

Paula Ramos Pimenta

AUTISMO: DÉFICIT COGNITIVO OU POSIÇÃO DO SUJEITO?

Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Estudos Psicanalíticos
Orientador: Prof. Antônio Márcio Teixeira
UFMG

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG
2003

*BEBÉ, coisinha deficiente, inconsciente, inerte, inválida,
trabalhosa, querida.*

Mário Quintana

*Dedico esta dissertação de Mestrado
aos meus maiores amores:*

*José Renato, companheiro de vida
e nossas filhas “mestrandas”
Beatriz, nascida em meio às pesquisas bibliográficas, e
Luísa, concebida ao final dos escritos dissertativos.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Antônio Teixeira, cuja orientação precisa e extremamente paciente foi indispensável para a conclusão desta dissertação de Mestrado.

À Cristina Drummond, pela participação na qualificação de meu projeto de Mestrado, pelas indicações bibliográficas e pela disponibilidade em me socorrer em minhas dúvidas teóricas.

Ao Prof. Jeferson Pinto, pelo sincero envolvimento em meus esforços para conseguir a prorrogação legal de minha bolsa de estudos.

A todos os colegas e professores do Mestrado que, através de indicações bibliográficas ou de discussões em sala de aula, contribuíram com o aprofundamento de minha pesquisa.

À Ana Paula de Ávila Pinto, pela inestimável disponibilidade em procurar e enviar a bibliografia francesa.

Ao Celso Rennó, pelo transporte desses textos.

À Ana Maria Chagas, pela preciosa ajuda com as traduções do espanhol e pelas discussões sobre o encaminhamento da escrita de uma dissertação.

Ao Dr. Navantino Alves Filho, pelas referências medicamentosas do tratamento dessas crianças e por seu interesse pessoal.

À Elisa Alvarenga, pela presteza em me oferecer as referências teóricas solicitadas.

Ao Gilson Iannini, pelas valiosas dicas sobre o *WORD*.

À Alice Ramos, pela revisão do *Abstract*.

À Malu, da Videomania, pela listagem de filmes sobre o tema.

À Oraida, bibliotecária da EBP-MG, pela pesquisa em sua biblioteca.

À Martha Goyatá, pela referência a Mário Quintana.

À Beth, da Secretaria, e ao Alessandro, da Seção de Ensino, pela atenção e disponibilidade nos atendimentos burocráticos do Mestrado.

À APAE-Contagem, pela oportunidade do exercício da clínica com crianças autistas, em instituição.

À CAPES, que financiou, por um ano, este trabalho de pesquisa.

Àquelas crianças, atendidas por mim na instituição ou no consultório, que me trouxeram a experiência e o espírito investigativo, que motivaram esta dissertação de Mestrado.

Em último lugar, mas em primeiro em meu coração, agradeço à minha família:

Ao José Renato, pelo fundamental estímulo inicial;

Ao Sérgio e à Rafaela, pelo auxílio com a pesquisa bibliográfica médica;

Ao meu pai, João Luís, pelo arquivamento de meus escritos em lugar seguro;

Aos meus sogros, Helenita e Reynaldo, pela disponibilidade em cuidar de minha filha e pelos providenciais almoços enviados aos domingos;

À Juliana, pelas traduções do inglês, estímulo final e cuidados de *baby-sitter*;

E à minha mãe, Mariângela, pelos serviços de *baby-sitter*, traduções do francês, correção de português e diagramação bibliográfica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
------------------	----

CAPÍTULO 1 - O AUTISMO PARA A MEDICINA

1.1 Historiografia do termo	19
1.2 Etiologia	23
1.3 Diagnóstico	29
1.4 Tratamento.....	50

CAPÍTULO 2 - O AUTISMO PARA A PSICANÁLISE

2.1 Etiologia	67
2.1.1 Demanda	69
2.1.2 Desejo do Outro	72
2.1.3 Alienação e separação	73
2.1.4 O Estádio do Espelho	74
2.1.5 A Metáfora Paterna	77
2.1.6 O sujeito autista	79
2.2 Diagnóstico	90
2.3 Indicações de Jacques Lacan sobre o autismo	95
2.3.1 Discurso de encerramento das Jornadas sobre psicose infantil	96
2.3.2 Conferência em Genebra sobre o sintoma	100
2.3.3 Considerações	102

CAPÍTULO 3 - O TRATAMENTO PSICANALÍTICO DO AUTISMO

3.1 Os autistas	105
3.2 Indicações para uma direção de tratamento	119
3.3 O exemplo de Temple Grandin	126
CONCLUSÃO	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
REFERÊNCIAS FILMOGRÁFICAS	150

RESUMO

A autora se propõe a examinar a concepção atual do autismo quanto a sua etiologia, seus critérios diagnósticos e seu tratamento. Seguindo essa linha investigativa, subdivide sua área de pesquisa em duas: médica e psicanalítica.

Na área médica, encontra uma pluralidade de hipóteses etiológicas, ainda em fase de pesquisas, denotando um desconhecimento científico quanto à origem do autismo. O diagnóstico médico é fenomenológico, baseado em descrições dos comportamentos observáveis e sem respaldo de exames laboratoriais complementares que possam confirmá-lo. O tratamento preconizado se dá, principalmente, pela via educativa, auxiliada por outros, secundários.

A psicanálise, com sua concepção estrutural do sujeito, localiza a etiologia do autismo na ausência do Ideal-do-eu, elemento simbólico que representa a criança no desejo da mãe. Seu diagnóstico realiza-se sob transferência, sem deixar de considerar os comportamentos observáveis da criança.

A autora procura tornar conhecidas as contribuições mais recentes da psicanálise lacaniana quanto às indicações para o tratamento do autismo, e realiza, ao final de seu trabalho, uma avaliação crítica das propostas médica e psicanalítica para esse tratamento.

ABSTRACT

The author proposes to review the concept of autism up to this day in terms of the etiology, diagnosis criteria and treatment thereof. Following this investigative line, the area of study has been divided into two subareas: medical and psychoanalytical.

In the medical field, a plurality of etiological hypothesis can be found, still to be confirmed, exposing the scientific ignorance about the origins of autism. The diagnostic is phenomenological, being based on descriptions of observable behaviors without further support from complementary laboratory test which could back it up. The prescribed treatment is focused on education aided by secondary ones.

Psychoanalysis, with its structural conception of the subject, places the etiology of autism in the absence of the Ego Ideal, the symbolic element that represents the child in the desire of the mother. The diagnosis is performed under Transference but also taking the observable behaviors of the child into account.

The author tries to make the most recent contributions of Lacan's psychoanalysis for the guidelines of autism treatment known, concluding this work with a critical evaluation of medical and psychoanalytical propositions for these interventions.

INTRODUÇÃO

A categoria nosológica do Autismo Precoce Infantil foi criada em 1943, pelo psiquiatra austríaco, radicado nos Estados Unidos, Leo Kanner. O autismo ocorre em 4 de cada 10.000 nascimentos, sem distinção de raça ou nível sócio-econômico, sendo mais prevalente no sexo masculino, na proporção de 4:1.

Na recente passagem do milênio, encerrou-se, também, o que pôde ser considerado como “o século da ciência”. Nesse período, importantes passos foram dados em várias áreas do conhecimento humano: Einstein e a relatividade, Oppenheimer e a bomba atômica, o rádio, o satélite, a televisão, o computador, a biotecnologia... Na área médica, houve progresso no tratamento de várias doenças. Apesar desse enorme desenvolvimento científico, é inevitável a constatação de que o tema do autismo permanece como um dos grandes enigmas atuais da medicina.

Para os Estados Unidos, país que se instituiu como o berço dos maiores avanços em pesquisas científicas, na atualidade, é difícil lidar com o incômodo causado por esse desconhecimento generalizado sobre o autismo. Esse enigma reflete-se até mesmo em sua mais conhecida manifestação cultural, a indústria cinematográfica. Em nossas locadoras de vídeo, todos os filmes que têm o autismo como tema central, foram produzidos naquele país, o que corrobora a inquietação provocada por esse mistério que já dura 60 anos.

Para melhor assinalarmos o desenvolvimento que as diversas áreas científicas deram ao tema do autismo, utilizar-nos-emos, nesta dissertação de Mestrado, de um pequeno artifício de nomenclatura. Trabalharemos com uma dicotomia de abordagem do autismo feita pela psicanálise, de um lado, e pela medicina, de outro. Sob a terminologia “medicina” estaremos incluindo todas as disciplinas que se aproximam do tema do autismo mediante o Discurso da Ciência, em oposição à abordagem psicanalítica, que leva em consideração o sujeito¹. Teremos, então, sob a rubrica “medicina”, as disciplinas: pediatria, psiquiatria, neurologia, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, farmacologia, bioquímica, genética, para citarmos as principais envolvidas nas pesquisas científicas do autismo.

A literatura psicanalítica apresenta trabalhos com crianças autistas desde a primeira metade do século XX. Melanie Klein relata, em seu texto *A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do eu*, datado de 1930, o tratamento de Dick, uma criança de quatro anos, que nos sugere tratar-se de um autista. Talvez a própria analista o nomeasse assim, caso o termo “autismo” já tivesse sido vinculado a esses quadros infantis, àquela época.

Vários psicanalistas sucederam Klein em seus relatos de atendimentos de crianças autistas. Destacamos Margaret Mahler e seu caso Stanley, de 1951; Serge Lebovici e o caso Sammy, de 1960, atendido por sua supervisanda Joyce McDougall;

¹ Para uma melhor compreensão do que seria a diferença entre o Discurso da Ciência, ou da Universidade, e o Discurso do Analista, dois dos quatro discursos propostos por Lacan, remetemos o leitor a *O Seminário, livro XVII: O Averso da Psicanálise* e a seu texto *A Ciência e a Verdade*, de 1965, publicado nos *Escritos*, p.869-892 da edição brasileira.

Bruno Bettelheim e seu caso Joey, de 1967; Françoise Dolto e seu caso Dominique, de 1971; Frances Tustin e seu caso John, de 1972; Donald Meltzer e seu caso Timmy, de 1975. Esses autores, pertencentes à segunda geração da psicanálise e comumente chamados pós-freudianos, podem ser considerados como os “clássicos” da literatura psicanalítica do autismo. Sua relevância se dá pelas descrições pormenorizadas que fizeram dos tratamentos daquelas crianças e pelas formulações teóricas que cada um desenvolveu, a fim de apreender os traços de seus pacientes, elaborando o mecanismo de funcionamento psíquico dos autistas, a etiologia do quadro e a melhor abordagem psicanalítica a ser realizada.

A solidez teórica que Lacan estabeleceu para a clínica da psicose propiciou contribuições preciosas à literatura psicanalítica do autismo, de vários psicanalistas contemporâneos. Uma delas refere-se, justamente, às avaliações críticas que esses autores fazem dos pós-freudianos, sob a luz da teoria lacaniana da forclusão do Nome-do-Pai, eixo de compreensão da psicose. Com essa nova bússola teórica, os pós-freudianos foram relidos e suas teorias e intervenções clínicas com as crianças, rediscutidas. As contribuições positivas de suas elaborações são salientadas e seus deslizes teórico-clínicos são apontados, com o intuito de se progredir na concepção psicanalítica do autismo.

A segunda contribuição dos psicanalistas lacanianos contemporâneos decorre dessa primeira. A análise crítica dos casos minuciosamente descritos pelos pós-freudianos, em conjunto com suas próprias práticas clínicas levaram esses autores a avançarem conceitualmente no estatuto do autismo dentro da teoria psicanalítica, propondo, inclusive, indicações para uma direção de cura com essas

crianças. São essas novas proposições do campo psicanalítico da clínica do autismo que tencionamos investigar e expor nesta dissertação.

Para tanto, partiremos da elucidação da origem do termo “autismo”, fruto de um diálogo entre a psiquiatria e as elaborações psicanalíticas de Freud, no início do século, e demonstraremos como esse conceito foi aproveitado, 32 anos mais tarde, para nomear o quadro patológico do Autismo Precoce Infantil. Em seguida, evidenciaremos as divergentes concepções da medicina e da psicanálise quanto à etiologia, o diagnóstico e a terapêutica do autismo. Ao final, anunciaremos as mais recentes formulações da clínica psicanalítica sobre o tratamento do autismo, sublinhando seu diferencial quanto aos demais tratamentos propostos.

Perguntas básicas sobre a etiologia do autismo ou sobre seu diagnóstico ainda são estímulo para inúmeras investigações e avaliações científicas. Sessenta anos após o estabelecimento da categoria nosológica do Autismo Precoce Infantil, não se vê uma produção teórica significativa, na área médica, que aponte para um estreitamento do amplo espectro das hipóteses etiológicas que se abriu para o autismo. Essa listagem, quase infindável, com que trabalha a medicina, apresenta um ponto em comum: estabelece o caráter orgânico da causação da doença. A psicanálise, por sua vez, mantém-se firme em sua consideração de um distúrbio estrutural da constituição do sujeito como base etiológica do autismo.

As numerosas pesquisas sobre a etiologia do autismo não contradizem, entretanto, um consenso emergente entre aqueles que trabalham com o tema. Se, por um lado, existe uma proliferação de hipóteses para a origem do autismo, por outro, o que vemos é uma anuência, por parte da maioria desses profissionais,

quanto ao caráter deficitário da síndrome². Ao contrário do que considerou seu fundador, que apontava, em suas elaborações iniciais, um distúrbio “afetivo” como a base das idiossincrasias das crianças autistas, diferenciando-as dos débeis por suas demonstrações de inteligência, hoje acredita-se haver um déficit “cognitivo” que impeça o autista de se relacionar socialmente de maneira adequada.

O diagnóstico do autismo, feito pela medicina, é um diagnóstico fenomenológico, que considera, unicamente, os comportamentos da criança descritos pelos pais, em conjunto com aqueles observados no exame clínico. A dificuldade diagnóstica do autismo se intensifica pela ausência de dados laboratoriais que possam corroborar a suspeita médica. Ao contrário, os exames mais comumente solicitados — EEG, tomografia computadorizada, exame auditivo —, quando não se mostram insignificantes, servem, no máximo, para contradizer ou tornar complexo o diagnóstico, não para esclarecê-lo e isolá-lo. Decorrem, daí, as diversas tentativas de se esmiuçar, cada vez mais, as características patológicas das crianças autistas, procurando especificar melhor os dados diagnósticos da doença. Entretanto, incorre-se, novamente, no único instrumento diagnóstico disponível, a inferência pela observação do comportamento.

A psicanálise leva em conta esses dados fenomenológicos, mas repousa sua hipótese diagnóstica de autismo sobre o estabelecimento da posição do sujeito

² Autorizamos-nos a utilização desse termo médico em relação ao autismo, por entendermos o conceito de síndrome como sendo um “conjunto de sinais e sintomas observáveis em vários processos patológicos diferentes e sem causa específica” (Cf. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 1.0*), o que se coaduna com o desconhecimento científico da etiologia do autismo.

autista diante do Outro e do objeto — conceitos psicanalíticos que condensam o que se tem como sendo o diagnóstico estrutural da psicanálise.

Os tratamentos propostos mostram íntima relação com a concepção do autismo elaborada por essas áreas. Para a medicina, que considera uma predisposição orgânica para a doença, manifestada, essencialmente, por um problema na cognição, o tratamento deve procurar suplantar esse déficit pela estimulação ininterrupta de todos os processos mentais de percepção, memória, juízo e raciocínio. A ênfase é dada às intervenções pedagógicas, sobretudo pela técnica de condicionamento comportamental, tendo como complemento terapêutico a intervenção medicamentosa.

A psicanálise não subestima o tratamento medicamentoso do autismo e mesmo o recomenda naquelas situações onde a criança se mostra exageradamente agitada ou agressiva, impossibilitando um certo apaziguamento que favoreça alguma interação com o analista. Assim como para a medicina, a medicação da criança autista não se configura como o tratamento principal, sendo apenas um coadjuvante importante da terapêutica relacional utilizada.

Essa terapêutica é, para ambas as áreas — médica e psicanalítica —, o objetivo primeiro no tratamento do autismo. O isolamento da criança autista é tão patente, sendo mesmo sua principal característica patológica, que o estabelecimento de algum contato social impõe-se como o ponto de partida das intervenções terapêuticas. Para atingir esse objetivo, a medicina opta pelo condicionamento e paga o preço da anulação da frágil subjetividade da criança autista. Esse preço é ainda mais alto quando se constata a incompletude e a freqüente regressão das

aprendizagens adquiridas, uma vez suspensa a constante estimulação a que essas crianças são submetidas.

A proposta de maior socialização dos autistas, enunciada também pela psicanálise, parte dessa sutil emergência de subjetividade. A intervenção psicanalítica observa as singularidades da criança e, a partir delas, procura desenvolver mecanismos de ampliação do espectro relacional da criança, satisfatórios, sobretudo, para ela. A generalização das mudanças no comportamento das crianças é uma decorrência do tratamento psicanalítico e uma das maiores objeções ao tratamento comportamental do autismo.

Com base em sua hipótese de uma falha estrutural que leva o autista a se proteger, ininterruptamente, da presença do Outro, a psicanálise guia suas intervenções para a redução desses mecanismos de defesa a níveis suportáveis para a criança, o que tem como consequência a ampliação de sua interação social. Mais do que isso, a psicanálise considera a necessidade, quase vital, da criação de um objeto autístico que funcione como suplência a essa falha estrutural instituída, e trabalha no sentido de facilitar a criação desse objeto. Temos, com isso, as intervenções voltadas para o cerne da problemática autista e o estabelecimento de um instrumento de relação social surgido a partir das indicações da própria criança, o qual ela mesma controla. Uma vez alcançado esse nível terapêutico, pode-se esperar que não haja riscos de regressão das aquisições sociais, pois elas surgiram por uma modificação estrutural na posição do autista.

A importância desse objeto especial para a estabilização da criança autista, ao lado da imensa dificuldade de acesso à fala e da inexistência da noção de corpo,

apresentadas por essas crianças, incitam-nos a considerar uma sutil diferenciação clínica entre o autismo e a esquizofrenia, suprimida pela maioria dos autores com quem trabalhamos. Essa hipótese mostra-se rudimentar, nesta dissertação de Mestrado, mas é um avanço para discutirmos, mais a fundo, a direção da cura na clínica psicanalítica do autismo.

As diferenças na abordagem médica e psicanalítica do autismo desembocam em um ponto consensual, quando se trata de estabelecer o prognóstico da doença. Invariavelmente, esse prognóstico é insatisfatório. Qualquer que seja a terapêutica utilizada, tem-se os casos refratários, que não respondem bem às intervenções. Um dos fatores que leva a esse obstáculo no tratamento reside na época de seu começo. Há uma concordância geral que, para se obter uma resposta mais favorável no tratamento do autismo, deve-se iniciá-lo o mais cedo possível, até os cinco anos de idade.

Se o objetivo primeiro é o de obter uma maior socialização da criança, podemos dizer que é também o último. Não se pode querer mais do autista. Suas bizarras sempre existirão, tendo sido ele submetido a um tratamento comportamental ou psicanalítico. Sua interação social sempre será limitada; disso ele nunca se libertará. A observação da psicanalista Anny Cordié resume bem o objetivo terapêutico com o autista:

“Não falemos de ‘cura’ como alguns alardeiam. Mas de ‘estar melhor’, de viver melhor, de uma vida não isenta de sofrimento, mas de uma vida que uma pessoa pode ela mesma administrar, que permite ter seu lugar na sociedade, e já não mais no hospício”.³

³ CORDIÉ, A., citada por TENDLARZ, 1997. p.117.

Esta dissertação pretende mostrar como o tratamento psicanalítico do autismo pode ser capaz de proporcionar essa própria administração de sua vida. de autista. Como eixo paradigmático dessa afirmação, aludimos ao testemunho de uma autista adulta, que concluiu seu doutorado e leciona em uma universidade, mas que depende, para seu bom funcionamento social, da sensação de segurança oferecida por um objeto que ela própria construiu e ao qual recorre em determinados momentos de sua vida.

CAPÍTULO 1 - O AUTISMO PARA A MEDICINA

1.1 Historiografia do termo

O termo “autismo” foi criado pelo psiquiatra suíço Eugène Bleuler (1857-1939), baseando-se na concepção freudiana de “auto-erotismo”. Sigmund Freud (1856-1939), por sua vez, tomara este termo emprestado do médico inglês Havelock Ellis (1859-1939). Mas foi o pediatra e psiquiatra austríaco Leo Kanner (1894-1981), radicado nos Estados Unidos, quem isolou um conjunto de manifestações patológicas infantis e, utilizando-se do termo criado por Bleuler, reuniu-as sob o que denominou Autismo Precoce Infantil.

Nos primórdios de sua elaboração da teoria psicanalítica⁴, Freud se utilizou do termo auto-erotismo, conceituando-o de maneira um pouco diferente de seu criador. Havelock Ellis chamou auto-erotismo a uma excitação que não era provocada de fora, mas que surgia do interior mesmo do organismo. Para Freud, o auto-erotismo foi tomado como um estágio do desenvolvimento sexual onde a pulsão não se encaminha para nenhum objeto, satisfazendo-se no próprio corpo. O estágio auto-erótico antecede o estágio narcísico, onde a pulsão toma o eu como objeto de satisfação. Os estádios seguintes ao narcísico, ao contrário dos dois primeiros, demonstram o predomínio de uma determinada pulsão: estágio oral, estágio anal-sádico e estágio fálico.

⁴ Cf. *Carta 125 a Fliess*, de 09/12/1899, e *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1905.

Eugéne Bleuler foi um dos poucos psiquiatras que acompanhou, interessadamente, as inovadoras elaborações psicanalíticas de Freud, em sua época. Bleuler, como vários psiquiatras seus contemporâneos, andava descontente com a nosologia de Demência Precoce, criada por Kraepelin. Ele a considerava mal nomeada, objetando que (i) não se tratava de uma verdadeira demência, (ii) ela não era sempre precoce e (iii) o processo de deterioração psíquica era freqüentemente tardio. Sob a influência da psicanálise, Bleuler cunhou, em 1911, um termo para designar nosograficamente a Demência Precoce de Kraepelin: *esquizofrenia*, que, em grego, significa “mente dividida”. Esse neologismo é fruto da incorporação da divisão do psiquismo, postulada na psicanálise, pela psiquiatria. Notem-se os termos psicanalíticos empregados na descrição da enfermidade.

Com efeito, Bleuler isolou o que considerava como o problema fundamental desses pacientes: a dissociação psíquica. Esta se manifestava no desaparecimento do poder regulador do eu e da consciência sobre o curso do pensamento, resultando em um estado subjetivo semelhante à associação livre e ao sonho — uma invasão difusa dos processos primários nos processos secundários do eu. A essa predominância da esfera psíquica sobre a síntese pessoal e a percepção da realidade, Bleuler designou *autismo*. Esse novo termo foi formulado extirpando-se a partícula central *eros*⁵ do auto-erotismo freudiano.

Se, na concepção de Freud, o auto-erotismo indicava uma pulsão que não se utilizou de um objeto para se satisfazer, voltando sua satisfação para o próprio corpo, para Bleuler a providencial retirada da partícula indicativa da libido em sua

⁵ Do grego: *amor, paixão, desejo ardente*. (Cf. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa* 1.0).

nova nomenclatura apontava para a simples perda de contato com a realidade, sem o direcionamento dado pelo componente pulsional. A realidade “externa” era substituída por uma realidade “interna” concordante com os desejos irrealizáveis no plano exterior e cuja manifestação se dava através dos delírios e das alucinações.

“Os casos mais leves vivem mais na realidade, os mais graves já não permitem que sejam retirados do mundo dos sonhos, apesar de ainda manter contato com a realidade para necessidades básicas como comer e beber.” (BLEULER, 1985:285).

Em 1943, Leo Kanner publicou seu estudo de 11 casos de crianças com sintomatologias semelhantes, cuja desordem principal configurava-se pelo extremo desligamento da realidade. Baseando-se na noção de autismo cunhada por Bleuler, Kanner adjectivou esses quadros como sendo *Distúrbios autísticos do contato afetivo*, título desse seu primeiro trabalho. Um ano depois, publicou outro artigo, mais sucinto que o primeiro, cujo título nomeia o quadro descrito em seu estudo anterior como *Autismo Precoce Infantil*, agora já se utilizando do substantivo de Bleuler para denominar uma síndrome com uma descrição clínica claramente definida.

O adjectivo “precoce” se devia ao surgimento dos sintomas desde cedo, elucidados pela ausência da atitude antecipatória, aos quatro meses de vida, e do ajuste de seu corpo à posição da pessoa que a carregava.

No autismo de Bleuler, constitutivo da esquizofrenia, surgiria um retraimento do sujeito, posterior a um período de relação com a realidade. Já no autismo isolado por Kanner, essa reclusão autística está presente desde o início.

Dentre as características descritas por Kanner, destacam-se a solidão autista com “um fechamento autístico extremo”; a ausência da função de comunicação da linguagem mesmo naquelas crianças “falantes”; uma “obsessão ansiosa de

permanência”, havendo a necessidade imperiosa de que não haja mudanças, as mínimas possíveis, em seu ambiente; e a boa relação com os objetos, em oposição às péssimas relações estabelecidas com as pessoas.

Kanner também observou que essas crianças possuíam boas potencialidades cognitivas e suas expressões faciais impressionavam pela inteligência, diferenciando-as dos débeis mentais. Habitualmente, gozavam de boa saúde física e seu desenvolvimento motor era satisfatório, contrastando, no entanto, com suas dificuldades de contato.

Berquez (1991) observa, em seu precioso artigo sobre o estudo histórico do autismo infantil, que, apesar de sua definição clínica — um distúrbio relacional — manter-se até os dias de hoje, 60 anos após a detalhada descrição da síndrome feita por Kanner, sua patogenia e sua etiologia suscitam inúmeras controvérsias. O próprio Kanner, ao longo de sua obra, evoluiu de uma concepção psicopatológica do autismo para uma concepção biológica da síndrome, passando, antes, por um período de transição, quando tomou o autismo como um distúrbio funcional, onde a capacidade inata da criança de entrar em contato com os outros estaria em combinação com anomalias bioquímicas ou psicológicas — nesse caso, a personalidade *sui generis* dos pais.

Temos, então, na evolução das idéias de Kanner, a precisa descrição semiológica que ele fez da síndrome do autismo, imutável até os dias atuais; a concepção dessa síndrome como sendo, inicialmente, psicopatológica e desembocando na concepção de uma síndrome eminentemente clínica e fenomenológica; e a etiopatogenia do autismo concebida como psicopatológica, no

início, e estabelecida como biológica, com um caráter genético e/ou bioquímico, ao final de seus estudos.

Berquez também assinala a importância da forma como se apresentou o trabalho original de Kanner. Rompendo com uma antiga tradição da psiquiatria infantil, Kanner publica os resultados de um estudo caracterizadamente experimental, cuja estrutura obedece rigorosamente os passos de uma pesquisa científica aplicada a fatos naturais, como a física, por exemplo: apresentam-se, inicialmente, os fatos (os 11 casos descritos), em seguida tem-se uma discussão, onde os sintomas semelhantes entre si são localizados e agrupados, configurando uma síndrome, e, por fim, tecem-se os comentários, onde se arriscam hipóteses etiológicas e patogênicas para a síndrome anteriormente descrita. Somente o seu artigo seguinte, de 1944, retomará a fórmula clássica da literatura médica, com uma descrição da síndrome apresentada já no início, ilustrada apenas por dois casos de sua pesquisa, quando se seguem a descrição dos principais sintomas e uma breve discussão sobre sua provável etiologia. Suas observações experimentais encontram-se presentes apenas como ilustração e não para fundamentarem a necessidade lógica da síndrome descrita.

1.2 Etiologia

Berquez traça um paralelo interessante entre as diferentes concepções da etiopatogenia do autismo e a teorização do Real⁶, feita pelo epistemólogo das

⁶ O Real, aqui, é tomado no sentido de realidade, não apresentando a conotação do registro lacaniano do Real psicanalítico.

ciências Karl Popper, e que nos ajuda a refletir sobre as divergências mais acaloradas a respeito da etiologia do autismo.

Popper propõe concebermos três mundos do Real, abertos uns sobre os outros: o Mundo 1 é o dos campos físicos das forças, onde se inserem a biologia e a química; o Mundo 2 é o mundo psicológico das experiências conscientes e inconscientes; e o Mundo 3 é o do saber humano e da linguagem, onde se localizam todas as teorias e argumentações.

Aplicando a proposta de Popper ao autismo, Berquez localiza no âmbito do Mundo 1 as descrições do real biológico relativas à síndrome, com as possibilidades de anomalias genéticas e/ou bioquímicas. No Mundo 2, os aspectos psicopatológicos do autismo, com as descrições dos mecanismos psicológicos perturbados e que dão conta das manifestações sintomatológicas reconhecidas no nível do Mundo 3. Por fim, nesse Mundo 3 está a própria síndrome do Autismo Precoce Infantil. Esse é o mundo da clínica — uma teoria dos signos que permite diferenciar as doenças entre si, sem a necessidade de se prejudicar, em uma primeira aproximação, as causas possíveis desses signos.

No Mundo 3 encontram-se, também, todas as teorias orgânicas e psicológicas sobre o autismo. Como teorias, pertencem ao mundo do saber humano e da linguagem, e são passíveis de discussões, na qualidade de modelos teóricos. Entretanto, referem-se a modelos epistemologicamente diferentes, pois pertencem a mundos diferentes. Com a lógica “popperiana”, acrescenta Berquez, podemos compreender que os modelos teóricos biológicos passem diretamente do Mundo 1 para o Mundo 3, sem considerar o Mundo 2, o mesmo se dando com os modelos

teóricos psicológicos, que fazem como se o Mundo 1 não existisse. Como consequência, temos que essas teorias biológicas e psicogenéticas não são nem opostas nem complementares, devendo ser examinadas como pertencentes a níveis epistemológicos diferentes. Institui-se, assim, uma questão essencial para os estudiosos do autismo, que seria como estabelecer interfaces produtivas entre os Mundos 1 e 2, e suas teorias do Mundo 3.

Como teorias do Mundo 3, diretamente relacionadas às experiências do Mundo 1, estão as teorias médicas que pleiteiam numerosas hipóteses etiológicas para o autismo, estabelecendo, entre elas, um único ponto em comum: o fato de serem orgânicas. Se tomarmos a proliferação de hipóteses como denotação de um desconhecimento, podemos afirmar que a etiologia do autismo, para a medicina, ainda é ignorada.

Se sua etiologia é motivo de discussões entre os pesquisadores, o fundamento sintomático do autismo parece não ser. Há um certo consenso na concepção do autismo como sendo um processo de mau funcionamento do sistema nervoso central do indivíduo, que ocasiona um defeito em seu sistema cognitivo, levando a uma falha na comunicação de suas percepções sensoriais, de maneira que seu cérebro não obtém um conhecimento perfeito do que é captado por seus órgãos do sentido. Resta-lhes descobrir que fator produz esse distúrbio tão intrigante, que continua a desafiar a ciência médica.

Haveria, no autismo, um déficit na compreensão da linguagem falada, que antecede o desenvolvimento da fala. Quando esse déficit é grave, a criança não

responde ao ser chamada, nem quando alguém se dirige claramente a ela, aparentando ser surda (RUTTER, 1993:60).

Observamos a distorção da visão atual do autismo quanto ao que propôs Kanner, seu fundador. Kanner não considerava que os autistas possuíam algum déficit cognitivo fundamental — ao contrário do que prega a medicina contemporânea —, mas que as dificuldades nessa área eram decorrentes da impossibilidade de estabelecerem relacionamentos. Esse, inclusive, é o principal obstáculo que a criança impõe à investigação de suas capacidades cognitivas: uma vez que ela não responde ao que lhe é pedido, não se pode concluir, precipitadamente, que ela não compreendeu o que lhe foi dito.

Podemos dividir as principais hipóteses etiológicas do autismo em dois grandes grupos: as bioquímicas e as genéticas. Dentre as primeiras, estão aquelas causadas por agentes externos, como a rubéola pré-natal, a toxoplasmose fetal, o citomegalovírus, a infecção causada pelo vírus da Herpes logo após o nascimento, a candidíase e outras lesões cerebrais decorrentes de infecções ou viroses.

A vacina MMR, dada aos 15 meses de vida para se evitar o sarampo, a rubéola e a caxumba, também foi suspeita de causar o autismo. Esses estudos provavelmente foram levados a cabo não tanto pela característica da vacina em si, mas porque sua administração coincide com a época em que se observam os primeiros sinais da doença.

As hipóteses neurológicas, também pertencentes ao primeiro grupo etiogênico, consideram os estudos da relação entre a desconexão córtex pré-frontal

— neocerebelo e autismo (SKOYLES, 1999) — defeitos nos lobos temporais e no cerebelo (FACION, 1993).

Uma pesquisa realizada na UCLA (EUA), por Ritvo e colaboradores (RITVO, 1993), incluiu autópsia nos cérebros de quatro portadores de autismo e os comparou com o cérebro sadio de outras pessoas comprovadamente sem patologias do Sistema Nervoso Central. Sinais patognomônicos e medidas neurofisiológicas levaram os pesquisadores a iniciarem seus estudos pelo cerebelo, com a suposição de que haveria, nos pacientes autistas, alguma patologia localizada no eixo cerebelo-vestibular. Com efeito, foi encontrado um número significativamente menor de células de Purkinge nos cérebros dos autistas. Essas alterações, entretanto, encontram-se em um nível meramente especulativo no que concerne ao significado dessas anormalidades (FACION, 1993).

No âmbito das teorias que versam sobre a etiologia genética do autismo, mencionamos a síndrome do X-frágil (FISCHER et al., 1993), a hipótese de uma falha no braço longo do cromossomo 7 (LAMB, 2000) e desordens monogênicas como a Síndrome Esclerose Tuberosa, a Síndrome Neurofibromatose, a Síndrome de Moebius, a Síndrome de Cornélia de Lange, entre outras inúmeras síndromes (CAMARGOS JR., 1993).

Estudos realizados com gêmeos mostraram um índice de concordância para autismo de 36%, por par, em gêmeos monozigóticos, em contraste com 0% em gêmeos heterozigóticos. Para anormalidades cognitivas, as taxas de concordância foram de 82% e 10%, respectivamente (RUTTER, 1993:60). A conclusão a que chegaram os pesquisadores, após análise desses dados, foi de que haveria um

importante componente genético que se refere muito mais a uma predisposição a anormalidades cognitivas e de linguagem, do que ao autismo, propriamente dito.

Há, também, teorias que supõem ser a síndrome do autismo uma decorrência do excesso de opiáceos, produzidos pelo próprio organismo, no cérebro dos autistas. Outras pesquisam a origem alérgica do autismo, propiciada pela ingestão de algum alimento que, por suas reações imunológicas, acabem por afetar o cérebro das crianças (ROCHA, 2002). Outras etiologias propostas para o autismo são a fenilcetonúria e defeitos nos neurotransmissores serotonina, epinefrina e nor-epinefrina. Os chamados “erros inatos do metabolismo” são as possíveis causas para o autismo que mais se destacam nos dias atuais. Esses defeitos encontram-se relacionados às associações metabólicas ou genéticas, pois, ao alterarem a estrutura protéica, esses “erros” provocariam alterações genéticas, como defeitos de síntese de proteínas, que impediriam a síntese de outras, originando substâncias anormais no cérebro e comprometendo o sistema nervoso, em maior ou menor grau.

Existem teorias que postulam que o autismo, que se apresenta associado a algum nível de retardo mental, estaria relacionado a uma patogênese neurobiológica, e o autismo com bom funcionamento intelectual seria induzido por fatores psiquiátricos associados a uma forte influência genética (SCHWARTZMAN, 1994:170).

O consenso atual, quanto à etiologia do autismo, é que não se pode mais realizar uma diferenciação entre os casos de autismo associados a uma disfunção orgânica e aqueles que não o são.

“Esta proposta parece não ter tido fundamentação, pelo fato de que cada vez mais se torna claro, com o avanço das pesquisas, que não existe nenhum caso ‘não orgânico’ do Autismo de Kanner. Crianças autistas com ou sem indícios ‘neurológicos’ não se diferenciam, no que concerne a características comportamentais (Garreu e outros, 1984). Até casos clássicos de Autismo de Kanner demonstram claros indícios de uma lesão ou uma disfunção do sistema nervoso (Gillberg e outros, 1987). Eu penso que a posição mais sensata é definir o Autismo como uma síndrome, partindo das manifestações de comportamentos, independente de patologias funcionais.” (FACION, 1993:137)

Encontramos, no saber médico, uma abertura para se considerar diferentes origens para o mesmo problema. A infinidade de pesquisas que se superpõem umas às outras não são excludentes aos olhos da ciência. Alguns autores concebem o autismo como tendo sido causado, em um caso, por uma rubéola pré-natal e, em outro, pela síndrome do X-frágil, por exemplo. Tem-se, aqui, o autismo tomado unicamente como um índice comportamental, um conjunto descritivo de sintomas, cuja origem não interessa ao diagnóstico clínico. Sua causa pode ser, ademais, multifacetada.

1.3 Diagnóstico

A desconsideração da causa patológica do autismo em seu diagnóstico, reduzindo-o à mera descrição de sua sintomatologia, caracteriza-o como sendo um diagnóstico fenomenológico. Esse tipo de diagnóstico leva em conta apenas os fenômenos, os comportamentos observáveis no exame clínico. Os comportamentos autistas mostraram-se universais naquele quadro denominado por Kanner de Autismo Precoce Infantil. Instituiu-se, então, sua detecção em conjunto como o paradigma para se diagnosticar o autismo em crianças.

Ao longo de seus estudos, Kanner destacou o isolamento extremo das crianças, a ausência da função de comunicação, a ecolalia, a interpretação literal das palavras, os rituais, as estereotípias, a insistência obsessiva na manutenção da rotina, as boas relações com os objetos, a dificuldade de contato afetivo com as outras pessoas, a excelente capacidade de memorização e as boas potencialidades cognitivas, acompanhadas de uma fisionomia inteligente e uma aparência física normal.

Em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger descreveu uma condição que denominou de Psicopatia Autística⁷. Essa publicação, editada ao final da 2ª Guerra Mundial por um germânico, ficou restrita à língua alemã até 1971, quando foi discutida, em inglês, por Van Kreveken⁸. Em 1981, Lorna Wing, psiquiatra britânica, tornou-se a grande divulgadora das idéias de Asperger, ao escrever seu trabalho *Asperger's syndrome: a clinical account*.⁹

Acredita-se que Asperger desconhecia o trabalho de Kanner e que se utilizou do adjetivo “autista” de maneira diferente de seu colega austro-americano. Ele nomeava de Psicopatia Autística uma síndrome infantil que apresentava desvios importantes nas áreas de interação social, comunicação e nos jogos simbólicos, tal como ocorre no autismo de Kanner. Essas crianças, no entanto, apresentavam, de acordo com suas palavras, inteligência normal, boa criatividade e capacidade imaginativa. A fala também não se encontrava ausente, apesar da possibilidade de

⁷ ASPERGER, H. *Psicopatias Autísticas na Infância*. Arch. Psychiatr. Nervnk., 1944. 117:76-136.

⁸ VAN KREVELEN, D.A. *Early Infantile Autism and autistic psychopathy*. J. Autism Childhood Schizophrenia, 1971. 1(1):82-86.

⁹ WING, L. *Asperger's syndrome: a clinical account*. Psychol. Med. 1981. 11:115-129.

sua fluência se estabelecer mais tardiamente, por volta dos três ou quatro anos de idade. Não era incomum o aprendizado da leitura se dar espontaneamente, induzindo sua inscrição no rol dos superdotados.

A Síndrome de Asperger apresenta dificuldades motoras, com nítido desajeitamento no andar, o que não é característico do autismo de Kanner (SCHWARTZMAN, 1991). A comunicação verbal daqueles pacientes demonstra-se por um extenso vocabulário, com uso de palavras incomuns para a idade da criança e construção de frases rebuscadas, configurando o que caracterizaria uma fala pedante. O bom desempenho da comunicação verbal é, no entanto, apenas aparente, pois as palavras e frases são utilizadas de maneira repetitiva e estereotipada, acompanhadas de alterações no ritmo, na entonação, na altura e no timbre da fala. A compreensão da linguagem também se encontra atingida, havendo um entendimento literal do que lhes é dito. Em paralelo, apresentam mímica facial reduzida e gestos pobres. Há a presença de contato visual, mas não de comunicação visual; não consideram, ou mesmo percebem, as expressões faciais de seus interlocutores. Há uma delimitação de um campo peculiar de interesse, o qual se atém, entretanto, a assuntos muito específicos e não usuais em sua faixa etária, como línguas mortas, tabelas numéricas, máquinas, meteorologia, calendários etc. Vê-se uma superestima da inteligência dessas crianças, por seu vocabulário rebuscado e interesses proeminentes.

Asperger enfatizava a inteligência preservada dessas crianças, sua excelente memória e concebia-lhes um bom prognóstico. Ao tomar conhecimento dos trabalhos de Kanner sobre o autismo infantil, insistiu que os casos que descrevera

diferiam muito daqueles. A despeito da opinião de seu fundador, a maioria dos autores considera a Síndrome de Asperger como uma forma atenuada do autismo infantil, similar em suas manifestações, porém com sinais e sintomas mais sutis (SCHWARTZMAN, 1994).

Há uma tendência, nos dias atuais, de se considerar um *continuum* patológico — o chamado Espectro das Desordens Autísticas (WING, 1993b) —, em que a Síndrome de Asperger seria o extremo mais desenvolvido do Autismo Infantil de Kanner. Concordamos com essa concepção e acrescentamos que não diferenciamos os portadores de Síndrome de Asperger dos autistas de alto-funcionamento que encontramos em descrições da literatura, também denominados autistas-sábios ou autistas-eruditos.

Com o passar dos anos, a sintomatologia básica de Kanner foi detalhada e esmiuçada com base nas observações clínicas, na tentativa de se precisar ainda mais os parâmetros diagnósticos do autismo. Com o objetivo de se obter o diagnóstico precoce da síndrome, vê-se divulgada, na mídia e em instituições infantis, uma lista de atitudes a que pais e educadores devem se manter atentos, encaminhando qualquer criança suspeita para um diagnóstico médico mais aprofundado.

Algumas atitudes que encontramos descritas nessas listas “públicas”: risos ou risadinhas inapropriados; ausência de medo real do perigo; aparente insensibilidade à dor; evitação de contato físico ou visual; brincadeiras estranhas ou repetitivas; aptidões físicas ou verbais incomuns; preferência por estar sozinho; dificuldade em expressar necessidades, podendo usar gestos; apego inapropriado a objetos; insistência na repetição; resposta inapropriada ou ausência de resposta a

sons; repetição de palavras ou frases; gira objetos ou a si próprio; dificuldade de interagir com outros.¹⁰

Outros autores acrescentam novas atitudes que devem ser observadas ou descrevem melhor algumas já mencionadas acima:

- quando chamada, a criança não atende, aparentando ser surda;
- não fala, mas pode cantarolar músicas pronunciando bem as palavras;
- quando fala, sua linguagem não tem função de comunicação;
- presença de ecolalias;
- verbalismo solitário;
- olhar vazio ou olhar periférico;
- jogo com as mãos diante dos olhos, para além dos 5-6 meses de idade;
- presença de movimentos rítmicos, como balanceios corporais, giro de objetos etc;
- fraca integração do esquema corporal, chocando-se facilmente com os objetos à sua volta;
- identificação adesiva: indiferenciação dos limites de seu corpo e do corpo do outro;
- utilização do corpo do adulto como um prolongamento de seu próprio corpo;
- aquisição, muitas vezes precoce, da marcha e do controle esfíncteriano;
- presença de distúrbios alimentares e/ou esfíncterianos;

¹⁰ Relação retirada de um cartaz de divulgação da sintomatologia do autismo, elaborado pela Autism Society of America. (Tradução do Autor).

- compreensão periférica: atende ordens dadas a terceiros;
- apresentação de capacidades intelectuais específicas bem desenvolvidas;
- interesse por buracos, furos, rasgos;
- ausência de angústia de separação ou de temor frente a estranhos;
- foi considerado um bebê calmo e fácil de lidar;
- apresentação de boa saúde, sem as doenças comuns da infância;
- imutabilidade: necessidade de que nada do ambiente saia de seu lugar;
- presença de rituais;
- apresenta alto limiar para frio, calor e dor;
- isolamento;
- diante de uma tentativa forçada de se estabelecer um contato, entra em crise e aumenta suas bizarras.

A Dr^a Maria Júlia Kovács (GEPAPI, 1991:5) observa que Kanner estava convencido que a incapacidade do autista em estabelecer relacionamentos era inata e, em seu texto de 1956, reduziu os sintomas essenciais do autismo a dois: extrema solidão e preocupação com a manutenção da rotina.

A inteligência dos autistas é variada, oscilando de muito subnormal a acima da média. Calcula-se que 60% dos autistas apresentem Q.I. (quociente de inteligência) abaixo de 50; 20% encontram-se entre 50 e 70, e os demais 20% demonstram um Q.I. acima de 70. Devemos ressaltar que os resultados da medida de inteligência de autistas apresentam uma ampla variação, oscilando no tempo e em diferentes testes. De modo geral, as crianças autistas demonstram uma extrema variabilidade de funcionamento intelectual e são freqüentemente não testáveis em

tarefas verbais. Quando esse tipo de teste é possível, mostram um pior desempenho em tarefas que requeiram pensamento simbólico ou abstrato e seqüência lógica. Por outro lado, sobressaem-se naquelas tarefas que necessitem de habilidades manipulativas e viso-espaciais ou de memória imediata.

À afirmação de que as crianças autistas são “intestáveis”, os pesquisadores objetam que há a possibilidade de testá-las mediante muita paciência, criatividade e persistência, muitas vezes sendo necessária uma pequena modificação nas instruções padronizadas do manual de testagem.

“No entanto, se a situação estiver adequadamente estruturada, se o teste aplicado estiver no nível adequado e se houver cuidado em atrair o interesse da criança para os itens do teste, a testagem torna-se possível em quase todos os casos.” (RUTTER, 1993:71).

Para a testagem do Q.I., são indicados o WISC para pré-escolares (*Wechsler Intelligence Scale for Pré-school Children*, Wechsler, 1967), as Matrizes Progressivas de Raven e as Escalas de Bayley. Para se avaliar as habilidades de linguagem da criança, além dos dados recolhidos em sua anamnese e nas observações realizadas, indica-se uma avaliação quantitativa propiciada pelos testes Escalas de Desenvolvimento da Linguagem, de Reynell, o *Peabody Picture Vocabulary Test* e a *Nela Analysis of Reading Ability*.

A epidemiologia mostra uma prevalência de meninos sobre os casos de meninas autistas, na proporção de 4:1. Cerca de 2% dos irmãos de crianças autistas são afetados pela mesma doença, em um índice 50 vezes maior do que na população em geral. Entretanto, observa-se que é raro ter-se uma história familiar de autismo; o mais comumente encontrado é um histórico familiar de atraso na aquisição da linguagem.

Um exame médico mais detido é necessário para se realizar o diagnóstico adequado de autismo. Na anamnese, perguntas referentes à gravidez e a complicações perinatais, a doenças que acarretam possíveis seqüelas neurológicas e convulsões epiléticas devem ser detalhadas. Em um exame físico geral, examina-se, cuidadosamente, a pele da criança, investigando-se a presença de adenoma sebáceo, uma erupção cutânea associada à esclerose tuberosa. Investigam-se, também, outras anomalias físicas congênitas de menor ou maior gravidade, bem como índices de algum atraso no desenvolvimento neurológico da criança. Exames audiométricos e de acuidade visual também são realizados.

Recomenda-se que a freqüência dos exames seja mantida dentro de um mínimo necessário. Dentre eles, estão os exames de sangue e de urina, necessários para uma investigação metabólica, com cromatografia para aminoácido e evidência serológica de infecção intra-uterina — por exemplo, para toxoplasmose ou citomegalovírus. A esses, adicionam-se a “*maple syrup urine disease*”, a histidinemia, a homocistinúria e uma avaliação dos níveis de chumbo no sangue, para detecção da fenilcetonúria. Rotineiramente são indicados, dentro das condições do paciente, testes cromossomiais para detecção do X-Frágil. Por algum indício de hipotireoidismo ou da Doença de Wilson, determina-se a taxa de iodo. E o cobre sérico e a cérulo plasmina são determinados em decorrência da regressão significativa do desempenho. Para se identificar calcificações intracranianas significativas, pede-se um raio-X do crânio. Se houver dúvidas quanto a uma possível lesão cerebral localizada, justifica-se a indicação de uma tomografia

computadorizada. Entretanto, salvo na presença de convulsões, não há a necessidade da realização de um EEG e de sua inclusão nos exames de rotina.

O que se nota, em relação ao diagnóstico do autismo, é uma proliferação, na literatura especializada, de relatos de casos e de pesquisas que tratam de diferentes tipos de patologias sob o mesmo rótulo nosológico. Para tentar minimizar esse disparate diagnóstico, em 1977 a *National Society for Autistic Children* — atualmente denominada A.S.A. (*American Society for Autism*) — procurou definir o autismo e enumerar, sucintamente, sua sintomatologia básica, pretendendo alguma homogeneidade em seus critérios diagnósticos. Tem-se, então, o autismo como

“uma inadequacidade no desenvolvimento, que se manifesta de maneira grave, por toda a vida. É incapacitante e aparece tipicamente nos três primeiros anos de vida. Acomete cerca de vinte entre cada dez mil nascidos e é quatro vezes mais comum entre meninos do que meninas. É encontrada em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica e social. Não se conseguiu até agora provar nenhuma causa psicológica no meio ambiente dessas crianças que possa causar a doença. Os sintomas são causados por disfunções físicas do cérebro, verificados pela anamnese ou presentes no exame ou entrevista com o indivíduo.” (GAUDERER, 1993:22)

Os quatro sintomas básicos enumerados por essa associação são: (a) distúrbios no ritmo de aparecimentos de habilidades físicas, sociais e lingüísticas; (b) reações anormais às sensações, afetando as seguintes funções ou áreas: visão, audição, tato, olfato, paladar, dor, equilíbrio e postura; (c) fala e linguagem ausentes ou atrasadas, com perturbações em sua manifestação, podendo estar presentes algumas habilidades cognitivas específicas; (d) formas anormais de se relacionar com pessoas, objetos e eventos.

O DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), da Associação Americana de Psiquiatria — um dos tratados diagnósticos mais utilizados pela

psiquiatria no mundo, ao lado do CID (Classificação Internacional das Doenças), estabelecido pela Organização Mundial de Saúde — também intenciona a elaboração de diagnósticos bastante precisos, sendo que, a partir do DSM III-R, apresenta a possibilidade de uma classificação multiaxial das doenças, considerando-se, concomitantemente, cinco eixos diagnósticos distintos. Com esse inovador critério diagnóstico, o Distúrbio Autista pode coexistir com o diagnóstico de Retardo Mental, por exemplo.

A inovação do diagnóstico multiaxial reside no tratamento gradativo que ele dá à questão do diagnóstico diferencial, devido à multiplicidade de problemas apresentados pelas crianças autistas. A gradação diagnóstica a que ele induz ajuda o clínico a não se perder em um emaranhado de possibilidades inter-relacionadas. A desvantagem mais séria apresentada pela classificação do DSM III é a inclusão do nível intelectual no mesmo eixo que o distúrbio psiquiátrico, o que não ocorre na classificação do CID-9, também multiaxial.

O DSM é o modelo nosográfico de como o autismo foi se transformando, na concepção médica, de um distúrbio afetivo para um distúrbio adaptativo. No DSM II, de 1968, o autismo encontra-se incluído na categoria esquizofrênica do tipo infantil. Era, então, considerado como uma psicose, um distúrbio afetivo. Já no DSM III, de 1980, ele já surge como uma categoria diagnóstica distinta, localizando-se sob o termo geral de distúrbios globais (ou difusos) do desenvolvimento — em oposição aos distúrbios específicos do desenvolvimento. Nos distúrbios globais do desenvolvimento, múltiplas funções encontram-se comprometidas ao mesmo tempo, como as habilidades sociais, a linguagem, a atenção, a percepção, a

motricidade e o teste de realidade. O DSM III entendeu que, inserir o autismo no grupo das psicoses na infância, implicaria em afirmar que essa patologia afeta crianças previamente normais. A constatação de que há, na realidade, uma distorção grave e generalizada do processo de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, uma ausência de delírios e alucinações, levou o DSM III a banir esses distúrbios do corpo da psicose.

Andrea Kindgard (1997) indica a fragilidade das classificações atuais em relação aos conceitos fundamentais que constituem as entidades clínicas com que trabalham. Sugere o perigo que se anuncia caso se favoreça a divisão da clínica segundo as etapas do desenvolvimento, e não segundo a estrutura subjetiva em jogo. Seguindo-se esse caminho, haverá um privilégio dos sistemas informatizados de ajuda diagnóstica, que a realizarão automaticamente. A redução da patologia a uma enumeração de comportamentos desviados sugere uma fixação dessa patologia que não coincide com a realidade clínica, mais dinâmica e evolutiva.

Kindgard reconhece, no entanto, que não se pode prescindir de algum suporte teórico para se elaborar uma nosologia, já que cada classificação recorta o campo clínico à sua maneira. Sugere a utilização da classificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente — a CFTMEA —, menos conhecida, porém, segundo ela, mais próxima de uma abordagem estrutural dos problemas psicopatológicos. Além disso, ressalta que, entre as três classificações avaliadas — DSM, CID e CFTMEA —, podemos encontrar termos diferentes nomeando entidades clínicas iguais, como os transtornos invasivos do desenvolvimento, do DSM III-R, que corresponderiam às psicoses precoces, da

CFTMEA, como termos iguais referindo-se a entidades clínicas diferentes, como é o caso do autismo infantil para as três classificações.

Se o autismo é tomado pelo DSM e pelo CID como um distúrbio cognitivo-adaptativo — e não afetivo, como propusera, de início, Kanner — e com uma base orgânica, obviamente ele se inclui dentre os distúrbios do desenvolvimento e dos déficits mentais, em oposição às enfermidades mentais. Dentre os defensores dessa concepção organicista, há aqueles que chegam mesmo a se revoltar contra a idéia do autismo como uma patologia de origem afetiva. Pedro Paulo Rocha vai mais além e transfere para seus divergentes teóricos uma parcela da culpa pelo atraso do conhecimento atual sobre o autismo, dizendo ser um problema “a crença, predominante em nossa cultura, na causa psicológica das doenças mentais” (ROCHA, 2002).

Uma das concepções mais fundamentada, em termos de pesquisas experimentais, e bem aceita sobre a síndrome do autismo é a chamada Teoria da Mente. Ela foi desenvolvida, em 1984, pela psicóloga cognitivista, e grande estudiosa do assunto, Uta Frith, em colaboração com seus colegas Simon Baron-Cohen e Alan Leslie.

Frith define a Teoria da Mente como um poderoso instrumento mental, de caráter prático, que nos outorga a capacidade de estabelecer relações entre estados externos de fatos e estados mentais internos. Ela funciona em nós em todos os momentos e de maneira quase compulsiva, como se não pudéssemos evitar realizar as inferências sobre as causas e os efeitos dos comportamentos. Com nossas interpretações dos comportamentos observados, podemos dar maior coerência à

informação processada do que aquela que obteríamos se nos limitássemos a relacionar, tão simplesmente, os comportamentos com os fatos. E podemos interpretar adequadamente o que fazem as pessoas, até mesmo antecipar o que vão fazer em determinadas situações, por supormos uma teoria comum sobre a forma de funcionamento da mente humana. Os “conducistas”, estudiosos que procuram uma observação a mais objetiva dos comportamentos, esforçam-se em inibir ativamente sua tendência natural a relacionar os comportamentos com os estados mentais.

Pois os autistas seriam “conducistas” naturais, carecendo dessa teoria da mente. Eles não sentem essa compulsão normal que leva as demais pessoas, em sua busca de coerência, a entrelaçar a mente com o comportamento.

“As crianças autistas são conducistas. Não pressupõem que as pessoas podem ser, por exemplo, (bem) consideradas ou, ao contrário, cruéis. Tomam o comportamento tal qual. Por isso, aquelas intenções que mudam o *significado* do comportamento, como o engano, a adulação, a persuasão e a ironia, se lhes apresentam como de difícil compreensão. Poderíamos dizer que enquanto os autistas interpretam o comportamento de forma literal, aos mentalistas compulsivos ocorre o contrário: não interpretamos os comportamentos em si mesmos, senão desde a perspectiva das intenções que existem por trás deles. Estes são os efeitos de se ter uma teoria da mente.” (FRITH, 1991:229).

A Teoria da Mente estipula que a viga mestra que sustenta todos os sintomas presentes no autismo é a incapacidade de integrar informação, obtendo dela idéias coerentes e com sentido. A predisposição da mente em dar sentido ao mundo encontra-se defeituosa nos autistas.

A dificuldade dos autistas em conceitualizar adequadamente os estados mentais reflete-se em uma segunda dificuldade, a de criar empatia com os estados mentais das outras pessoas. Considerar os estados mentais dos demais implica em

estabelecer com eles um “contato afetivo”, razão pela qual esse tipo de contato encontra-se perturbado no autista.

O ponto culminante da capacidade de atribuir estados mentais é, para Frith, a autoconsciência, ou seja, a representação do eu como instância que possui e elabora estados mentais. Uma ausência de autoconsciência torna-se correlativa de uma intensa solidão, pela incapacidade desses indivíduos de conseguirem desfrutar da companhia de outras pessoas. E essa companhia não implicaria, para os autistas, uma “companhia entre mentes” (FRITH, 1991:233), com todo o prazer que essa relação poderia lhes proporcionar. Daí sua preferência pela companhia dos objetos, desprovidos de mente.

Frith, em referência aos estudos de Alan Leslie, assinala que a origem da Teoria da Mente encontra-se na fantasia. Ao bebê é dada a capacidade de realizar representações das pessoas, das coisas e dos acontecimentos que experiencia. “As representações levam o mundo à mente.” (FRITH, 1991:234) Mas, já em seu primeiro ano de vida, o bebê vivencia um grande passo em seu desenvolvimento: ele consegue elaborar “metarepresentações” — representações das representações. Nesse momento, a criança começa a desenvolver a capacidade de fantasiar e, logo a seguir, gradualmente, sua capacidade mentalista. No autismo, observa-se que, tanto os jogos de ficção como a capacidade mentalista, apresentam-se deficientes.

O componente essencial da capacidade “metarepresentacional” é o que Leslie denominou “desacoplamento” e que Frith ilustra com o uso das aspas em alguma palavra, deixando-se em suspenso sua referência semântica habitual. O “pensamento desacoplado” integra-se facilmente em outros pensamentos, sofrendo

uma surpreendente mudança de significado, “uma vez liberado de seus ‘deveres’ normais de referência ao real” (FRITH, 1991:236). Com a ausência dessa capacidade “metarepresentacional”, os autistas vêem tudo em preto e branco, não entendendo os matizes do significado. Interpretam literalmente o que se diz, não conseguindo “ler entre as linhas”.

O autista do filme *Rain Man*, com toda a sua capacidade de comunicação, desdobra-se, no entanto, durante todo o filme, para entender uma piada televisiva que leva em conta o “pensamento desacoplado” de que fala Leslie. Raymond toma como uma pergunta, cuja resposta lhe é desconhecida, o que, na verdade, pelo desacoplamento do significado das palavras, passou a ser uma afirmação. À assertiva do locutor esportivo de *baseball* – “*Quem* joga na primeira, *Qual* joga na segunda” (base) –, nomeando os jogadores, Raymond procura, em vão, as respostas dos pronomes interrogativos, a que essas palavras se prestam.

Com sua Teoria da Mente, Frith arrisca-se a explicar a tríade do autismo, estabelecida por Lorna Wing (WING, 1993b). A tríade sintomática de Wing indica a presença de deficiências nas relações sociais, na comunicação e na capacidade imaginativa do autista. A capacidade imaginativa origina-se no mesmo mecanismo primitivo que dá origem à teoria da mente. O comprometimento desta reflete-se, por sua vez, no processo de comunicação e de interação social, como vimos acima.

Frith vai mais além da tríade de Wing e justifica, com sua teoria, a presença de outros sintomas secundários do autismo. Desse modo, o problema de linguagem apresentado por essas crianças seria, na verdade, um problema da semântica dos estados mentais. O problema de relação afetiva deve ser entendido como um efeito

da incapacidade do autista de perceber o que significa ter mente, e pensar, saber, acreditar ou sentir de forma diferente de como pensam, sabem, acreditam e sentem as outras pessoas. O problema de aprendizagem das habilidades sociais relaciona-se com o fato de não bastar, para tanto, a aprendizagem superficial de normas sociais, mas que esta aprendizagem deva ser complementada com a capacidade de ler entre as linhas e ler os pensamentos dos demais. Por fim, a ausência do contato visual seria uma conseqüência da incapacidade do autista em usar e compreender os sinais visuais associados a certos estados mentais.

A Teoria da Mente embasa a concepção cognitivista deficitária do autismo e tem como proposta explicitar o modo idiossincrático de funcionamento autista, o que faz com relativo sucesso. Não se configura como um instrumento diagnóstico, mas como uma teoria psicodinâmica.

Uma vez esclarecidos os critérios diagnósticos do autismo, deve-se estabelecer aqueles utilizados como diferenciais para se distinguir o autismo das demais doenças que apresentem com ele alguma semelhança sintomatológica. Esse diagnóstico diferencial do autismo é feito com:

A *esquizofrenia infantil*, onde também ocorrem comportamentos estranhos, porém acompanhados por alucinações, delírios e associações soltas, desconexas ou incoerentes do pensamento, o que não se observa no autismo. O surgimento da esquizofrenia, na infância, ocorre mais tardiamente que no autismo, mas há alguns casos onde se relata um sério distúrbio do desenvolvimento desde o início da infância. Nesses, porém, observam-se, além dos distúrbios de pensamento, alucinações e delírios, relações sociais relativamente satisfatórias, com contato olho-

a-olho e ausência do déficit cognitivo como ponto capital (ASSUMPCÃO JR., 1991).

O *retardo mental*, onde as anormalidades do comportamento assemelham-se àquelas manifestadas no autismo, mas sem sua variabilidade de sintomas. Um dado importante para diferenciá-los é a observação da criança quanto à evidência de um interesse e um prazer na aproximação social, manifestada pelo contato visual, por sua expressão facial, pelos movimentos do corpo ou por suas vocalizações, no caso de se tratar de um retardo mental grave, sem a presença da fala. Esse é o diagnóstico diferencial mais difícil de ser realizado pelos autores, sobretudo por aqueles que associam, necessariamente, o autismo a algum nível de retardo mental, do mais profundo ao mais superficial. Nesse grupo mais amplo de “autistas”, a estatística de sua ocorrência na população sobe de 4 em cada 10.000 nascimentos para cerca de 21 casos em cada 10.000 crianças nascidas vivas.

A *Síndrome de Rett*, descrita em 1966, uma encefalopatia progressiva que ocorre somente em meninas e se caracteriza pela deterioração do comportamento, iniciando-se entre os oito e os 18 meses de vida, com demência e perda do uso controlado das mãos. Surge um movimento estereotipado padronizado, semelhante ao de lavar as mãos. Ocorrem microcefalia e comportamentos característicos do autismo. O prognóstico é muito ruim, culminando em uma grave deterioração motora tardia. Há que se fazer o diagnóstico diferencial da Síndrome de Rett em meninas com suspeita de autismo. Essa doença diferencia-se do autismo principalmente por um padrão evolutivo estável, composto de quatro estágios bastante distintos entre si (SCHWARTZMAN, 1994:174-181). A confusão

diagnóstica pode se estabelecer no período relativo aos dois primeiros estágios, sendo que no 3º estágio — dos dois aos 10 anos — a criança emerge do isolamento, voltando a estabelecer comunicação com seu ambiente, sobretudo através do contato visual.

O *distúrbio persistente do desenvolvimento de início na infância*, que tem o aparecimento de seus sintomas em um período mais tardio que no autismo e onde a totalidade da síndrome não se manifesta.

A *deficiência auditiva* atesta um histórico de respostas consistentes a ruídos muito altos, confirmados pelo exame audiométrico, enquanto que no autismo essas respostas específicas mostram-se inconsistentes.

A *cegueira*, parcial ou total, que pode induzir a perturbações de comportamento, inclusive aos chamados “ceguismos” (*blindism*) — gestos com as mãos, na frente do rosto, mas que não apresentam a estereotipia dos movimentos das mãos das crianças autistas. As crianças cegas não apresentam distúrbios da interação social, interessando-se pelo ambiente que as circundam e respondendo adequadamente às tentativas de relacionamento não-visual.

O *distúrbio do desenvolvimento da linguagem do tipo receptivo*, onde, ao contrário do que ocorre no autismo, a criança pode estabelecer contato e procurar se comunicar através de gestos.

O *mutismo eletivo*, onde estão ausentes as anormalidades da linguagem falada, quando esta ocorre, e das atividades lúdicas, sendo que, em algumas circunstâncias, a criança fala normalmente. Há uma reciprocidade social normal e a busca de vínculos afetivos. Nesse caso, também, não se observa uma anormalidade no padrão de

desenvolvimento desde o princípio, e sua etiologia localiza-se em um padrão anormal de criação de vínculos, devido à negligência ou abuso dos pais ou devido à institucionalização.

Se o diretor George Mihalka tivesse procurado se informar, minimamente que fosse, sobre o autismo e sua diferenciação com outras enfermidades, não caracterizaria o menino de seu filme — *Relative Fear* (1994) — de autista. O diagnóstico da criança ajusta-se, convenientemente, ao de mutismo eletivo, em oposição aos propósitos do diretor. O garoto Adam não menciona uma palavra sequer, mas comunica-se com seu comportamento e com seu olhar. Reage apropriadamente às emoções que os acontecimentos sugerem, demonstrando uma desconfiança sorrateira ao receber as fotos que lhe são comprometedoras.

A *psicose desintegrativa*, manifestada mais tardiamente, após os trinta meses de vida, e cujas primeiras manifestações distinguiriam-se daquelas primeiras manifestações do autismo, com perda quase total do interesse pelos objetos e grave perda das habilidades cognitivas em geral, acompanhadas pela perda de controle da urina e das fezes. Há autores que consideram a psicose desintegrativa uma variação da Síndrome de Rett; outros a superpõem ao autismo, não fazendo diferenciação entre eles.

A *Síndrome de Afasia Adquirida com Convulsões*, onde, após alguns anos de desenvolvimento normal e num período muito curto de ocorrência — semanas ou meses — a criança perde tanto a linguagem receptora quanto a emissora. As convulsões podem estar presentes no início do distúrbio, mas geralmente não persistem ao longo do tempo. O diagnóstico diferencial com o autismo pode ser

dificultado pelo enorme retraimento social e pelas perturbações do comportamento, causados pela perda da capacidade de compreensão do que dizem os outros. Mas não se encontra, nessa síndrome, uma deterioração intelectual generalizada, nem anormalidades nas brincadeiras, e a reciprocidade social mantém-se normal.

Apesar de alguns clínicos insistirem em diagnosticar diferencialmente do autismo a *Síndrome de Asperger*, não iremos considerá-la como um diagnóstico diferencial a ser realizado, pelas razões apresentadas mais acima (item 1.3). Alguns autores diferenciam, inclusive, a Síndrome de Asperger do autismo de alto-funcionamento, objetando que, além do Q.I. preservado e da ausência de todos os critérios diagnósticos de autismo — estes observados no autismo de alto-funcionamento —, na Síndrome de Asperger não se sobressairiam o atraso de linguagem e as anormalidades na comunicação. Essa não é a nossa opinião, em consenso com inúmeros outros autores que justificam a falta de empatia e de sentimento por outras pessoas, os estilos desviantes de comunicação, os interesses intelectuais incomuns e constritivos e os apegos idiossincráticos a objetos, apresentados pelos pacientes Asperger, como sendo “uma variação mais benigna do autismo” (RUTTER, 1993:75).

Como vimos anteriormente, a inclusão dos portadores de retardo mental no diagnóstico de autismo aumenta, consideravelmente, a estatística de sua ocorrência. A epidemiologia do autismo é, inclusive, uma das maiores controvérsias existentes nos dados da literatura. Esse fato apresenta íntima relação com o que procuramos demonstrar neste subitem de nosso trabalho: a dificuldade de se estabelecer critérios diagnósticos precisos e circunscritos para o autismo. Contribuem para isso o

agrupamento de uma sintomatologia puramente descritiva e comportamental e a ausência de exames laboratoriais que venham complementar a hipótese diagnóstica formulada.

Essa discussão suscitou, recentemente, um artigo publicado em uma revista americana de grande circulação, provocando o acirramento da polêmica nos meios científicos de todo o mundo. “Aumenta número de casos de autismo diagnosticados nos EUA”, intitulava a reportagem de J. Madeleine Nash, na *Time*.¹¹

Em seu texto, a autora esboça uma sensatez inicial, perguntando-se se esse aumento não poderia ser atribuído à recente ampliação do critério diagnóstico de autismo. Mas, em seguida, embute-se da perplexidade característica daqueles que não concebem tamanho desconhecimento científico acerca de um problema tão comum e, não sem demonstrar profundo estudo sobre as mais recentes pesquisas realizadas, passa a questionar se essa explosão demográfica autista não estaria relacionada à exposição a substâncias tóxicas ou a deficiências nos mais variados genes humanos — hipótese mais bem aceita, atualmente.

Um dos aspectos prementes nesse artigo relaciona-se às conseqüências sociais que a confusão dos parâmetros diagnósticos adotados pode surtir. “Nós nunca tivemos nenhuma criança com autismo, e agora temos dez! O que está acontecendo?”, perguntava uma diretora de escola americana. No caso específico do autismo, diagnosticado fenomenologicamente, não se entrevêem meios de sanar esse problema. Talvez seu reagrupamento às psicoses infantis pudesse minorar a confusão diagnóstica com essas próprias enfermidades, o que leva, sem dúvida, a

¹¹ Revista *Time*, de 29 de abril de 2002.

seu aumento estatístico. Essa reclassificação contribuiria, também, para a diminuição de nossa tendência cultural a vislumbrar, em todo canto, aqueles enigmas que nos causam espanto e inquietação.

1.4 Tratamento

A maioria dos profissionais que trabalha com o autismo prescreve a complementaridade dos variados tratamentos existentes. Essa indicação se justifica, sobretudo, pela necessidade de se tratar a criança autista intensivamente, várias horas por dia, todos os dias. A filosofia dessa terapêutica resume-se em: quanto mais estímulo, melhor.

Os profissionais também estão de acordo quanto à idade em que se deve iniciar o tratamento do autismo. Quanto mais precocemente diagnosticarem o autismo, melhores respostas obterão às suas intervenções, pois sabe-se que o cérebro é particularmente maleável à aquisição de aptidões de comunicação nos cinco primeiros anos de vida, quando a rede de neurônios cerebrais do sistema cognitivo desenvolve-se mais aceleradamente.

O tratamento básico, ao qual a criança autista não pode se furtar de participar, é a terapia pedagógica ou educativa. Se as crianças autistas não conseguem estruturar o mundo de uma maneira adequada, a terapia pedagógica pretende transmitir-lhes essa estruturação, através de pequenas etapas que se sucedem umas às outras, dentro de um programa educativo compensatório. Seu objetivo é o de estimular permanentemente o autista, não permitindo que ele se isole e se volte para suas estereotípias, o que ocasionaria o atrofiamento ainda maior de

seu sistema cognitivo. Para tanto, vale-se de atividades diversas, físicas e mentais, recorrendo à utilização de imagens, desenhos, pinturas, músicas, jogos, brinquedos especiais, massinha, dentre outros materiais.

As principais técnicas educativas são a terapia comportamental e o método TEACCH. A terapia comportamental constitui-se em “qualquer uma das várias técnicas específicas que utilizam princípios psicológicos (especialmente de aprendizado) para adquirir, mudar ou transformar construtivamente o comportamento humano” (LEON & LEWIS, 1993a:204). A terapia cognitivo-comportamental visa, sobretudo, a uma melhor adaptação social do autista. Através da técnica psicológica de condicionamento, estipula programas individuais para treinar a criança em diversas situações cotidianas, como os hábitos higiênicos, a alimentação, a comunicação de suas vontades, obtendo um relativo sucesso em seus objetivos (VOLKMAR, 1999; COHEN & VOLKMAR, 1997; MAURICE, 1996).

Os princípios norteadores do trabalho comportamental com o autista são:

- (a) a busca de entendimento exaustivo de como é, como pensa, como age a criança e o adolescente autista;
- (b) a determinação de objetivos específicos e claramente definidos em relação à terapia;
- (c) a especificação do repertório de comportamentos que a criança pode ou não desempenhar;
- (d) a elaboração de planos terapêuticos dirigidos aos comportamentos-alvo, com especificação das respostas desejadas;
- (e) a adaptação dos métodos de tratamento à problemática da criança ou adolescente;
- (f) a atenção constante naquilo que se vê a criança fazer, sem utilização de interpretações e com registro imediato;
- (g) a seleção cuidadosa e exaustiva de comportamentos que sejam verdadeiramente relevantes;
- (h) a seleção cuidadosa de

comportamentos que respeitem alguma semelhança com aquilo que a criança já saiba fazer ou esteja fazendo; (i) a divisão do comportamento final esperado em pequenas unidades, em uma seqüência progressiva e repetida e (j) a utilização de esquemas de reforçadores (primários e secundários) e de estímulos de preparação como recursos importantes do desenvolvimento dos repertórios comportamentais.

O objetivo prioritário é a promoção de um desenvolvimento normal; mesmo sabendo que essa meta pode não ser alcançada, deve-se tê-la em mente para não se acomodar com os pequenos sucessos obtidos no decorrer do tratamento, sem, no entanto, deixar de se realizar uma avaliação crítica e realista das possibilidades da criança. Para se obter essa meta é necessário focar tanto os mecanismos subjacentes ao crescimento e maturação normais, criando condições para estimulá-los, quanto determinar os aspectos autistas que interferem nesse caminho e elaborar medidas para reduzi-los ou anulá-los.

Tem-se, então, como objetivos programáticos do tratamento com o autista: a) a promoção de um desenvolvimento normal, nos aspectos cognitivo, lingüístico e social; b) a promoção da aprendizagem; c) a redução da rigidez e da estereotipia; d) a eliminação dos comportamentos "desadaptativos" inespecíficos; e) o alívio do sofrimento familiar e f) a educação e a conscientização da comunidade para a aceitação do indivíduo.

O método TEACCH — *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* — criado em 1966 por Eric Schopler, da Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos, é uma adaptação dos

princípios da terapia comportamental aos autistas e àquelas crianças com deficiências na área da comunicação.

Após uma intensa observação comportamental dos autistas, Schopler constatou que a falta de estrutura ambiental aumentava a ausência de objetivo na ação e piorava o comportamento estereotipado da criança. Observou, também, que as crianças autistas possuem melhor acuidade visual que outros indivíduos e que, por isso, o recurso visual deveria ser muito utilizado em seu tratamento. A participação dos pais também se torna fundamental, à medida que não somente colaboram no conhecimento de seu filho e na elaboração de um programa individual a ele destinado, como aplicam as atividades TEACCH no ambiente de casa, estabelecendo-se como co-terapeutas.

Tendo como princípio básico o fato de que o autista consegue realizar uma aprendizagem, porém de maneira significativamente diferente das demais pessoas, Schopler estabeleceu uma Escala de Habilidades Funcionais, utilizada na avaliação das crianças e também como orientação em seu tratamento, e elaborou um padrão de estrutura para uma sala de aula TEACCH, com um local reservado para atividades individuais com o terapeuta, um outro para atividade em grupo, um terceiro para o lanche e um quarto local destinado às atividades livres da criança. Neste último, ela tem o direito de executar suas estereotípias gestuais ou rodar seus objetos, sem que haja nenhuma intromissão do terapeuta. Cada um desses espaços é utilizado somente para a função que lhe é destinada, realizando, desse modo, um dos princípios básicos do TEACCH, a estruturação do ambiente.

Esse é um imperativo para o tratamento dos autistas, onde toda e qualquer situação apresentada deve ser estruturada, com material disponível, seqüência e tempo de duração preestabelecidos. A ocorrência de frustrações no desenvolvimento da atividade é vista como um item negativo e que deve ser minimizado ao extremo, se possível excluído. Como solução, ao se observar uma maior dificuldade do autista em alcançar determinado objetivo proposto, com a possibilidade de ocorrência de frustrações quanto a seu desempenho, divide-se essa atividade maior em pequenos passos a serem seguidos, de fácil realização pela criança, que obterá reforços positivos a cada sucesso alcançado. A preparação das atividades responde a um encadeamento de perguntas prévias: uma vez estabelecida a necessidade a ser alcançada, encontra-se o problema que a impede de ocorrer naturalmente, e a solução para se atingir aquele primeiro objetivo é então elaborada.

Na promoção de um desenvolvimento normal da linguagem, a necessidade prioritária não é a de ensinar à criança palavras, mas a de facilitar a comunicação social. Como o autista que tem alguma linguagem tende a não fazer uso dela para fins sociais, deve-se encorajar toda e qualquer forma de comunicação e não somente a fala em si. Alguns autistas jamais aprenderão a falar, sobretudo aqueles que não apresentam indícios de alguma habilidade, mesmo limitada em seu uso, como cadências semelhantes à fala em seus balbucios ou alguma fala em eco, por exemplo. O ensino deve se orientar para o nível de desenvolvimento da criança. Nos casos do autista que apresenta pouco ou nenhum progresso na fala, mas que demonstra alguma compreensão da linguagem, pode ser útil a introdução da linguagem gestual ou de cartões. Independentemente da utilização da fala pela criança, o método

TEACCH institui, necessariamente, o apoio visual para todos os atributos ensinados, pela facilidade que os autistas apresentam em assimilar essa via de informação.

A ausência da busca de vínculos e de resposta à tentativa de aproximação dos outros pode ser solucionada através da intrusão deliberada dos pais ou terapeuta nas atividades solitárias da criança, de modo que, para exercer essas atividades prazerosas, ela tenha, obrigatoriamente, que interagir com os outros. Tem-se, ainda, a exigência de, através desse recurso, tornar a interação social algo gratificante para o autista. Suas incapacidades sociais generalizadas, entretanto, não são sanadas, e a terapia comportamental reconhece sua ausência de conhecimentos que serviriam para suprir esse déficit (RUTTER, 1993:77). Sugere-se, no entanto, não deixar de abordar, com essas crianças, um treinamento em habilidades sociais.

A aprendizagem do autista ocorre quando ele é submetido a um ensino sistemático, em um ambiente organizado. Devido à sua incapacidade de auto-orientação, devem ser direcionados e supervisionados, ininterruptamente, nesse processo. As tarefas de aprendizagem são divididas em uma série de etapas pequenas e controláveis, e programadas de maneira a encorajar o autista a trabalhar sozinho. Uma das características dos autistas é a tendência a se concentrarem em um aspecto do problema, em detrimento de todos os demais. Isso pode ser minimizado se lhes oferecerem tarefas que impliquem um número pequeno de alternativas a serem consideradas e se os trabalhos terapêuticos forem focados no ambiente natural da criança, em casa e na escola.

Outra característica do autista que dificulta sua aprendizagem é a tendência de memorização das respostas aprendidas, sem a devida atenção aos conceitos envolvidos na questão que lhe foi apresentada. O terapeuta comportamental deve estar atento em verificar que o autista esteja compreendendo o que aprende de forma mecânica. Há uma tendência do autista em reagir à frustração recorrendo a um tipo de resposta estereotipada, daí a necessidade de minimizar suas chances de erro. Um dos problemas maiores que o terapeuta comportamental enfrenta, e que não deve perder de vista, é a generalização das aprendizagens a que o autista é submetido.

A redução da rigidez e das estereotipias é obtida através da técnica da “mudança gradativa”, onde são introduzidas pequenas modificações que são percebidas e aceitas pela criança como não contendo alterações de padrão, até que se atinjam mudanças importantes em seu comportamento. Alguns aspectos ambientais eliciam os comportamentos estereotipados. A detecção desses aspectos causais — geralmente ambientes áridos, pobres e pouco estimulantes — e sua extinção fazem-se necessárias. Esses comportamentos também podem ser reduzidos através da introdução de comportamentos incompatíveis com as estereotipias e passíveis de competir com elas. Como as situações desestruturadas tendem a piorar o comportamento das crianças autistas, a apresentação experimental de uma estimulação sensorial extra pode produzir estereótipos em autistas com grave retardo mental (RUTTER, 1993:78).

A eliminação de comportamentos inespecíficos e desajustados — ataques de raiva, agressões, medos, enurese noturna — também é feita através da análise

funcional do comportamento e da aplicação dos princípios da aprendizagem com que trabalha a terapia comportamental.

Para aliviar o sofrimento familiar, não basta apenas detectar a presença de situações psicossociais anormais. É preciso considerar, em relação à criança autista, o funcionamento geral da família e orientá-la sobre o que fazer nas diversas situações domésticas. O esclarecimento do diagnóstico, a discussão sobre o prognóstico e o estabelecimento da família, sobretudo dos pais, como co-terapeutas do tratamento do filho, juntamente com indicações de leituras voltadas para leigos, também ajudam a se obter algum alívio no sofrimento familiar. Os irmãos também são escutados e orientados, bem como toda a comunidade que participa do cotidiano daquela criança.

O holandês Theo Peeters observa que os autistas mostram-se lentos em suas aquisições e com uma incapacidade de generalização de seus aprendizados: conhecem o que lhes foi ensinado, mas desconhecem, completamente, o que não lhes foi ensinado de maneira direta. As atividades terapêutico-educativas são aplicadas também em casa; mas, se ocorre uma mudança de residência, deve-se ensinar tudo novamente à criança naquele novo ambiente familiar. A falta de generalização também está implicada na dificuldade dos autistas de reterem seqüências de eventos; sua atenção é estritamente seletiva e não abrangente.

“Tem de ser realista, inclusive com um programa ideal, o adulto autista não alcançará uma autonomia completa. O melhor dos programas não fará de uma criança autista deficiente mental um adulto sem déficit. É um handicap crônico; até um adulto autista dotado permanecerá demasiadamente ingênuo, em termos sociais, como para viver de maneira completamente autônoma.”¹²

¹² PEETERS, Theo, citado por TENDLARZ, 1997. p.90.

Vê-se, na concepção prévia que a terapia educativa faz do autista, a ênfase dada ao déficit — nesse caso, o mental — e a tentativa de superá-lo, através do treinamento de comportamentos socialmente adaptados. A escolha das aptidões da criança, que serão desenvolvidas nos programas educativos, é feita pelos educadores, mediante uma parceria com os pais. O critério utilizado é puramente ideológico e adaptativo, tomando-se as particularidades da criança unicamente como indicação dos comportamentos já presentes, e que devam ser desenvolvidos segundo tais critérios programáticos.

Aquelas particularidades “pulsionais”¹³ da criança, que lhe conferem alguma estruturação interna, por mais bizarras que possam parecer aos olhos da sociedade, não são consideradas; suas manifestações são, até mesmo, indesejadas. Estas se apagam, mais tarde, na aquisição estereotipada das condutas aprendidas.

Uma terapia complementar, e que pode ser utilizada de maneira intercalada pela terapia educativa, é a técnica da Integração Sensorial. Sua indicação baseia-se na hipótese de que o autista apresentaria um déficit específico, localizado no processamento das sensações. Essa disfunção se caracterizaria ou por um problema na modulação sensorial, isto é, na intensidade e na natureza da resposta dada aos estímulos sensoriais percebidos, ou por falhas na discriminação desses estímulos, com uma interpretação equivocada das características temporais e espaciais dos

¹³ Expressão nossa, que julgamos adequada para exprimir a diferenciação que procuramos fazer entre a concepção fenomenológica do autismo, acolhida pela terapia comportamental, e aquela estrutural do autismo, estabelecida pela teoria psicanalítica. Essa idéia será melhor desenvolvida mais à frente, no capítulo 3, quando abordaremos as singularidades dos autistas, considerando-se seus comportamentos, tão bem descritos pela área médica, sob a ótica de sua relação pulsional com os objetos e com o Outro.

estímulos sensoriais. No filme *Rain Man*, o autismo é descrito pelo médico assistente como “uma deficiência que prejudica o sensorial e seu processamento”.

A Terapia de Integração Sensorial não se confunde com a Estimulação Sensorial, pois não se trata, sempre, da aplicação de estímulos nessa área. Se a criança apresentar um problema de modulação sensorial, com uma hiper-reação aos estímulos percebidos, não seria indicado, pois, estimulá-la, mas, ao contrário, reduzir tais estímulos a níveis suportáveis para ela.

De acordo com as teorias que embasam a Terapia de Integração Sensorial, a consciência corporal se constitui através da coadunação dos estímulos percebidos pelos sistemas tátil, vestibular e proprioceptivo. Uma vez que a ausência de consciência corporal no autismo se daria por um déficit nessa área sensorial, o incentivo ao desenvolvimento geral de seu esquema corporal, com a avaliação e a instauração dos níveis adequados de estimulação sensorial, é considerado um recurso bem-vindo.

Uma versão exagerada da técnica de integração sensorial seria a terapia do abraço (*holding therapy*). Ela consiste em envolver o autista em abraços forçados, com o objetivo de obrigar a criança a um contato corporal, até torná-lo aceitável, superando sua tendência natural ao isolamento. Pedro Paulo Rocha observa que “esse é um recurso que pode apresentar alguns benefícios e para o qual não existe nenhuma restrição, sob o ponto de vista terapêutico.” (ROCHA, 2002).

Em nossa opinião, esse é o extremo da anulação total da subjetividade da criança que vemos em todos esses tratamentos. Sob a ótica da ausência de integração sensorial, o forçamento do contato corporal com o autista tem sua lógica

e seu bom propósito. Mas se se considera o pavor — conhecido por todos aqueles que lidam com essas crianças — que a maioria dos autistas têm à intrusão direta em seu espaço íntimo, esse tipo de intervenção pode trazer mais malefícios do que benefícios, com o surgimento de crises autísticas e a eventual necessidade da ministração de medicamentos para controlá-las.

A medicação também é parte integrante do tratamento conjunto do autismo. Ela não trata o autismo em si, mas os comportamentos anti-sociais exacerbados que alguns autistas podem apresentar, além dos já característicos. Como o tratamento medicamentoso trabalha somente com os chamados sintomas-alvo, institui-se como objetivo último de sua aplicação o estabelecimento de condições adequadas para que a criança consiga ser atendida pelos outros profissionais que participam de seu tratamento.

Para reduzir a hiperatividade, utiliza-se, atualmente, e com boa resposta ao tratamento, a Ritalina (metilfenidato liofilizado) e o Adderall, um medicamento mais novo, com menos efeitos colaterais e com um efeito positivo mais prolongado (ROCHA, 2002). O metilfenidato é também utilizado nos casos de autismo de alto-funcionamento, com o objetivo de melhorar o nível de atenção desses sujeitos.

Para a depressão, são utilizados antidepressivos que atuam sobre neurotransmissores, principalmente na serotonina, como o Prozac e o Tofranil. Seu uso, no entanto, implica em efeitos colaterais por vezes sérios, devendo ser ministrados com cautela e em doses muito baixas. Um recurso natural aos efeitos danosos dos antidepressivos sintéticos é o *hypericum*, mais conhecido como Erva-

de-São-João, cujos efeitos antidepressivos foram reconhecidos por pesquisas feitas na Alemanha (ROCHA, 2002).

Nos casos de agitação e agressividade, são receitados neurolépticos. Contudo, os graves efeitos colaterais de tais drogas desestimulam sua prescrição. Para as epilepsias, cujo aparecimento tardio é comum nos casos de autismo, são ministrados os anticonvulsivantes.

Existem pesquisas atuais sobre a eficácia do uso da fenfluramina no tratamento dos autistas. A fenfluramina é conhecida, na realidade, como uma pílula para perder peso. Entretanto, os resultados de algumas pesquisas demonstraram que um pequeno grupo de autistas — 25% dos casos estudados — apresentou uma leve, mas definida, resposta a esse medicamento. Houve melhora no comportamento das crianças, com redução das estereotípias gestuais e dos rituais obsessivos, e uma maior adequação de suas expressões emocionais, acompanhada de um aumento da capacidade de se relacionarem socialmente (RITVO, 1993).

Outros estudos abordam o uso de peptídeos no tratamento do autismo. As teorias que investigam a participação de níveis inadequados de opiáceos produzidos pelo próprio organismo, na síndrome do autismo, preconizam um medicamento — a Naltrexone — que, bloqueando esses opiáceos, reduz a auto-agressividade e o isolamento da criança. Descobertas recentes relatam que o Famotidine, um peptídeo usado para tratar úlceras pépticas, provocou melhoras em pacientes autistas. Seus resultados, no entanto, carecem de estudos mais amplos e aprofundados. Outro medicamento, o Secretin, um hormônio polipeptídico usado no controle da função

gástrica, provocaria reações no organismo que neutralizariam o excesso de opiáceos no cérebro dos autistas (ROCHA, 2002).

Para diminuir os problemas potenciais causados por esses peptídeos e para se evitar as reações alimentares alérgicas que poderiam afetar os cérebros das crianças autistas¹⁴, indica-se uma intervenção dietética para elas. O tratamento à base de dieta é bastante difundido nos dias de hoje, fundamentado nas divulgações científicas da estreita relação existente entre nutrição e saúde. No caso específico do autismo, a nosso ver, como não há comprovação dos alimentos que fariam mal às crianças, a instituição de uma dieta torna-se um tanto infundada. As próprias organizações mundiais voltadas para a avaliação das conseqüências orgânicas dos desequilíbrios nutricionais nos seres humanos não apresentam nenhuma literatura que relacione esse tipo de desequilíbrio com o autismo (ROCHA, 2002).

Um outro tratamento medicamentoso, com pouco ou nenhum efeito colateral, prescrito nos casos de autismo, e com muitos defensores na classe médica, é o uso dos suplementos nutricionais. A Mega Vitamina (Nuthera) e o DMG (dimethylglycine) são os mais indicados. Enquanto que o segundo não possui estudos comprobatórios de sua eficácia, a Mega Vitamina apresentou excelentes resultados na redução da hiperatividade e dos problemas de sono de algumas crianças. Entretanto, em outras, nenhum efeito apreciável foi destacado (ROCHA, 2002). A Nuthera, ou Mega Vitamina, é um complexo vitamínico com altas doses de magnésio e vitamina B-6. Esta última supostamente aumentaria o nível de cognição

¹⁴ Cf. item 1.2, sobre a etiologia do autismo.

do autista e está relacionada com o metabolismo dos neurotransmissores, de especial importância no tratamento médico do autismo.

As atividades físicas também são recomendadas como tratamento. Sua indicação baseia-se, inicialmente, no conhecimento antigo da Máxima de Juvenal, *mens sana in corpore sano*. Além dos benefícios dos exercícios físicos para o espírito, eles são recomendados para o autista por diminuírem suas estereotípias e seus comportamentos perturbados, retirando-o de seu isolamento e obrigando-o a prestar atenção à atividade que está realizando (ROCHA, 2002). Ademais, no caso da natação, esta lhe é especialmente recomendável pela atração que o autista apresenta pela água.

Uma segunda afinidade dos autistas justifica a indicação de um outro recurso terapêutico em seu tratamento: a musicoterapia. Veremos mais adiante, no Capítulo 3, que o ritmo é fundamental para o autista. Ou ele impõe uma batida aos objetos de que se serve, ou ele não fala, mas cantarola pedaços de músicas ou *jingles* de televisão, ou aceita a voz de alguém que se dirija a ele, desde que essa pessoa lhe fale ritmadamente, de maneira quase cantada. A musicoterapia se vale de numerosos recursos sonoros — como diferentes instrumentos musicais, sons “do corpo humano” (BENENZON, 1987), silêncios, músicas escutadas, cantadas e tocadas — e tem como objetivos a estimulação da concentração e da atenção da criança, a exploração dos ritmos, a descoberta de suas possibilidades sonoras e o relaxamento. Seu objetivo principal, entretanto, é o estabelecimento de uma abertura para um contato relacional com o autista, mais difícil de se obter sob a forma verbalizada da fala.

Um programa global de tratamento do autismo envolveria cuidados médicos adequados, incluindo-se os cuidados odontológicos e uma revisão periódica da avaliação diagnóstica; educação especial, em uma escola ou uma classe regular especializadas, utilizando-se de recursos extras, quando necessário; e um programa de base doméstica para a família, com grupos de auto-ajuda e a possibilidade de atendimento em regime de internato, nas situações em que essa intervenção se fizer necessária.

A despeito dos numerosos recursos de que dispõe a medicina para o tratamento do autismo, seu prognóstico para a doença é bastante reservado. O Dr. Raymond Rosenberg propõe que se estabeleça o prognóstico segundo uma equação matemática:

$$P = (f) \frac{(Q.I.) \times (I. Fam.) \times F}{(i.d.) \times (p.b.) \times (Inst.)}$$

onde:

P = prognóstico
Q.I. = nível de inteligência
I.Fam. = integridade familiar
i.d. = idade do diagnóstico
p.b. = problemas biológicos presentes
Inst. = institucionalização
F = presença de fala (GEPAPI, 1991:20)

Vemos que, se a criança apresenta a fala — sobretudo com seu surgimento ocorrendo até os cinco anos de idade — e bons níveis de inteligência e de integração familiar, seu prognóstico é mais favorável. Mas àqueles itens se contrapõem outros, como a idade do diagnóstico, a detecção de problemas orgânicos e a institucionalização da criança. Se houver presença de complicações orgânicas

associadas ao autismo e se seu diagnóstico for feito tardiamente, pior seu prognóstico.

Quanto à institucionalização, se esta for crônica e sem resultados apresentáveis, concordamos que participe negativamente no prognóstico do autismo. No entanto, alguns autores mostram a clareza de perceber que, em situações muito específicas, a institucionalização da criança em regime de internato pode ser recomendável. Isso se dá nos casos em que a família, sobretudo a mãe, mostra-se desestruturada com o diagnóstico de autismo, não conseguindo oferecer uma contribuição positiva ao trabalho terapêutico da criança. Para se evitar uma maior desestruturação familiar, indica-se a internação em uma clínica, onde a criança será atendida por uma equipe especializada.

“O interessante é que, conforme constatamos, esses pacientes, quando são bem tratados, gostam desse regime. Frequentemente, quando levados para suas casas, insistem em retornar para a instituição.” (ROCHA, 2002).

No período da adolescência, nota-se que um grupo muito pequeno de autistas apresenta alguma melhora — e esse é um dado bastante otimista para o prognóstico na idade adulta. Entretanto, a maioria se mantém inalterada ou regride, nessa fase, sem que se constate nenhum outro fator desencadeante dessa regressão, além da própria puberdade.

A “fisionomia inteligente”, relatada por Kanner, também muda na adolescência. Suas expressões tornam-se mais distantes e menos atraentes que na infância. Nessa época, a hiperatividade do autista diminui e essa redução se faz acompanhar por um aumento de seu peso corporal. De 20 a 30% dos adolescentes

autistas apresentam algum tipo de manifestações epiléticas, com seu início ocorrendo, geralmente, entre os 11 e os 14 anos de idade.

A expectativa de vida do autista encontra-se dentro da normalidade. Sua independência, na idade adulta, é rara; mais da metade precisa, ainda, de alguma ajuda externa para sua sobrevivência, física e social. Cerca de 14% daqueles diagnosticados na infância não mais satisfazem, na maturidade, os critérios diagnósticos de autismo. “No entanto, estes continuam a ter falta de empatia e de *savoir-faire* social” (GEPAPI, 1991:21).

Há uma pequena diferença prognóstica dentro do próprio autismo. A epilepsia e outras manifestações neurológicas geralmente ocorrem nos autistas que apresentam algum grau de retardo mental associado; já naqueles autistas com bom funcionamento intelectual — ou Síndrome de Asperger, se assim o desejarem —, o que se observa é o surgimento de quadros psiquiátricos, notadamente de depressão, por vezes acompanhada de tentativas de suicídio, no período da adolescência.

Uma observação curiosa quanto à evolução do autismo, para a medicina, denota sua opção pelo caráter anátomo-fisiológico da doença. Se ao autismo podem vir a se juntar, mormente na adolescência, “complicações psiquiátricas” posteriores — bastante preocupantes para os profissionais que acompanham a criança —, tem-se que o autismo, ele próprio, não é nenhum problema mental, no sentido psiquiátrico do termo; antes, exclusivamente orgânico.

CAPÍTULO 2 - O AUTISMO PARA A PSICANÁLISE

2.1 Etiologia

A concepção da psicanálise quanto à origem do autismo difere sobremaneira das inúmeras hipóteses postuladas pela área médica. Outrossim, a psicanálise inclui a síndrome do autismo no rol das psicoses. O autismo é considerado um fenômeno no campo das psicoses.

Ao contrário do que houve com a evolução do pensamento de Kanner, a psicanálise se mantém firme em sua constatação de que o autismo é um distúrbio estrutural da constituição do sujeito. As classificações nosológicas que consideram o autismo como um transtorno invasivo do desenvolvimento soam-lhe por demais adaptativas, não contemplando, em seus critérios, a dinâmica interna própria das doenças mentais.

As variadas patologias orgânicas que se encontram, em alguns casos, diagnosticadas nos sujeitos autistas são passíveis de consideração pela psicanálise. Ressalvando-se, porém, seu acometimento em conjunto e não tomado como causal. Essa coexistência, entretanto, não deixa de surtir efeitos singulares sobre aqueles pacientes. Assim, para um portador da Síndrome de Down, que seja também diagnosticado como autista, observando-se os critérios diagnósticos para essa síndrome, não afirmaremos, precipitadamente, a relação causal da Síndrome de Down com o autismo — como nos parece fazer a medicina, em muitos casos —, visto que há portadores da Síndrome de Down que não apresentam qualquer dos

sintomas básicos necessários para se diagnosticar o autismo, e que há autistas não portadores da Síndrome de Down.

A concomitância entre um distúrbio orgânico e o autismo não nos autoriza a conceber sua organogênese. E, para a psicanálise, sua etiologia não se confunde com nenhuma organicidade. O autismo é o resultado da relação da criança com sua mãe, mais precisamente com o Outro materno, onde se instituiu uma falha tão radical na simbolização, que esse Outro se tornou real, não simbolizado. Os efeitos que daí decorrem são perenes e significativos, delineando o quadro, tão bem descrito por Kanner, do Autismo Precoce Infantil.

O Outro materno está implicado na causação do autismo do filho, porém de modo inconsciente, pois essa relação singular entre mãe e filho é estrutural, fruto da relação desse Outro com sua própria falta, o que não é, de modo algum, conhecido por ele, a não ser por aqueles poucos que já se depararam com esse aspecto, em seu próprio processo psicanalítico.

Uma vez estabelecida a concepção estrutural do autismo e precisada, já de início, a participação involuntária¹⁵ do Outro materno em sua origem, examinaremos como isso ocorre, procurando conceitualizar bem os termos. Para

¹⁵ Tivemos a oportunidade de assistir, no lançamento de um livro psicanalítico sobre o autismo, em 1995, à cena onde uma mãe de autista, presente ao evento e de posse do microfone destinado às perguntas do público, perguntava, indignada, aos autores do livro, por que os psicanalistas insistiam em afirmar que a mãe é a culpada pelo autismo do filho. Em outra ocasião, outra mãe de autista comentou que essa teoria já se encontra ultrapassada porque, se a mãe causou o autismo no filho, ela seria capaz, então, de revertê-lo. Sublinhamos a involuntariedade da participação do Outro materno na constituição do autismo do filho para evitarmos essa culpa terrível que se abate sobre as mães, quando escutam tal consideração psicanalítica. Ao contrário, nossa postura na clínica não se direciona por esse questionamento com a mãe, pois só obteríamos, como conseqüência, a instauração de uma culpa aliada a uma impotência enormes, que não encaminham o trabalho a nenhum lugar de onde se extraia algum benefício para a criança. Uma vez que a ausência do traço simbólico do Ideal-do-eu, que se encontra na base do autismo infantil, não possa ser completamente revertida — em desacordo com o pensamento daquela mãe —, nossa proposta é a de pensarmos, unicamente, por onde atuar para que a criança autista possa adquirir uma maior desenvoltura em sua vida.

tanto, torna-se necessário percorrermos, mesmo que sucintamente, as vicissitudes da constituição do sujeito psicanalítico, a fim de que possamos apontar os momentos de impasse que resultaram na instauração do autismo infantil.

2.1.1 Demanda

Em seu texto *Projeto para uma psicologia científica*, datado de 1895, Freud conceitua o que ele denominou de “outro primordial”, agente propiciador da primeira experiência de satisfação do bebê. Diante do aparecimento de uma necessidade física qualquer — desconforto, fome, frio —, vivenciada como desprazer, e ante sua total incapacidade psicomotora de realizar a ação apta a eliminá-la, o bebê chora. O grito do bebê, cujo motivo é desconhecido para quem o escuta, incita seu cuidador a intervir com uma ação específica, externa, suprimindo o desprazer sentido pela criança. Esse interventor é o que Freud chamou “outro primordial”. A partir daí, à emergência de um novo estímulo “desprazeroso”, a criança requer o reaparecimento desse objeto primário de satisfação que possibilitará seu apaziguamento.

O “outro primordial” freudiano, Lacan substituiu pela grafia Outro, com O maiúsculo, para diferenciá-lo dos outros, os semelhantes. O outro primordial da criança é o Outro materno, encarnado naquele que exerce essa função, normalmente a própria mãe biológica. Esse Outro tem um papel crucial na constituição psíquica da criança. É ele quem a insere na linguagem — o Outro, tesouro dos significantes — e no campo do gozo.

O Outro materno apresenta o poder discricionário de resposta ao choro do bebê. Ao escutar seu grito, o Outro materno exerce, única e exclusivamente, sua subjetividade ao interpretar o significado daquele grito. Instaura-se, então, uma dialética relacional, pois o bebê vai se amoldando às interpretações desse outro primordial e produzindo seus gritos em ressonância com os significados fornecidos pela mãe. Sublinhamos a importância da capacidade interpretativa da mãe, nos casos de psicose, em especial nos casos de autismo, o que será examinado mais adiante.

Quando o Outro interpreta o grito do bebê, e responde, satisfazendo sua necessidade, institui-se um S_2 , um segundo significante. O S_2 nada mais é que o saber do Outro, sua interpretação. Ele é o segundo significante porque, ao responder ao grito do bebê, a mãe supõe nesse grito um pedido, S_1 , e no bebê, um sujeito que pede (TENDLARZ, 1997:28).

O sujeito só se encontra, aqui, como potencialidade; ele não existe como tal. Isso só vai ocorrer quando a operação da separação tiver lugar. Nesse momento lógico de sua constituição, ele existe porque é possível falar sobre ele. O Outro demarca um lugar para o sujeito através da linguagem. A linguagem precede o surgimento do sujeito.

Uma vez instaurada no centro da relação entre o Outro e a criança, e permeada pela esperança da criança do reaparecimento de seu agente apaziguador, a necessidade perde seu estatuto de instinto, puramente real, e passa a ser acrescida pela solicitação da presença do Outro. Tendlarz (1997:27) nos indica que, mais ao final de sua obra, Lacan enveredará pelo tema do gozo, não mais falando de necessidade.

O grito não expressará mais somente o desprazer físico, mas também a “necessidade” dessa presença. A criança encontra-se, agora, no registro da demanda, conceito urdido por Lacan e desconhecido no texto freudiano. Em seu texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, Lacan define a demanda como “a significação da necessidade [...] que provém do Outro, na medida em que dele depende que a demanda seja atendida” (LACAN, 1958:644). O grito da criança é tomado como um apelo ao Outro, que o interpreta e responde à altura de sua interpretação.

“Quando a necessidade atravessa o código¹⁶, através do sentido outorgado pela mãe, transforma-se em demanda. (...) A demanda, como tal, é uma articulação da cadeia significante. A necessidade fica presa na rede significante como sentido do Outro, traduzindo a incidência do simbólico sobre o real.” (TENDLARZ, 1997:28).

Diante do imenso desamparo inicial que toma conta do filho do homem, o que ele demanda, para além da necessidade, é a presença do Outro, seus cuidados, sua atenção. Essa ênfase na resposta do Outro nos leva a dizer, então, que toda demanda se constitui em uma demanda de amor. A demanda de amor leva a criança a buscar, continuamente, os signos da presença do Outro — delineados pela voz e pelo olhar.

O Outro materno reconhece a criança como detentora de uma falta que a leva a demandar; ao mesmo tempo, ao responder à demanda da criança, ele mesmo

¹⁶ Em seu *Seminário, Livro V*, Lacan realça a dimensão “código” do Outro, caracterizando-a sob a forma do discurso comum, onde se reproduzem as leis gramaticais e morfológicas da língua e onde residem os sentidos estabelecidos pelo uso e pelos ideais comumente aceitos. O código, entretanto, devido à flexibilidade das relações entre significante e significado, permite uma abertura à dimensão da pluralidade significante, com suas ressonâncias metafóricas e metonímicas e seus efeitos de criação de sentido — o que é notoriamente dado no chiste como exemplo. Ressalta-se, então, a dupla dimensão do Outro: como código, por um lado, e como criação de sentido, por outro. (Nota do Autor).

é confrontado à sua própria falta. O Outro responde à falta da criança com sua própria falta¹⁷.

2.1.2 Desejo do Outro

Entre a primeira experiência de satisfação vivenciada pelo bebê e a seguinte, existe uma diferença. O reencontro do traço primário de satisfação, almejado pela criança, jamais se dará. Instaura-se, aí, o objeto primordialmente perdido, *das Ding*, a Coisa freudiana. Lacan postula que, por estar imerso na linguagem, o homem já perdeu o objeto desde sempre, devido à estrutura mesma da linguagem, onde a nomeação indica a morte da coisa nomeada. A primeira experiência de satisfação seria tomada, então, como um momento mítico da constituição do sujeito.

À diferença entre a satisfação obtida e a almejada, Lacan chamou “desejo”. A necessidade, metaforizando-se em demanda, não é recoberta por completo. O que resta dessa operação de subtração é o desejo. “O desejo, por sempre transparecer na demanda, como se vê aqui, nem por isso deixa de estar para-além.” (LACAN, 1958:640). Mas também ele se encontra aquém dela.

“O desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito, articulando a cadeia significante, traz à luz a falta-a-ser com o apelo de receber seu complemento do Outro, se o Outro, lugar da fala, é também o lugar dessa falta.” (LACAN, 1958:633).

O desejo é o impulsionador da cadeia significante, à medida que ele é sempre insatisfeito. Por introduzir um hiato entre a mãe e o filho, o desejo aponta para um terceiro termo; dizemos, por isso, que ele se sustenta no Nome-do-Pai. O desejo é resultado da operação de separação, como veremos a seguir.

¹⁷ Examinaremos mais detalhadamente essa afirmação, à frente, no subitem *O sujeito autista*.

2.1.3 Alienação e separação

Quando o Outro primordial interpreta o significado do grito da criança, transformando esse grito em apelo e lhe fornecendo significantes — S_1 —, dizemos que a criança passa a fazer ressonância a esses significantes que o Outro lhe confere. O sujeito se identifica com esses significantes que o representam. O S_1 configura-se no significante-mestre, insígnia que constitui o Ideal-do-eu, apoio das identificações do sujeito. Essa operação subjetiva é chamada “alienação” significante.

À medida que, em paralelo com a identificação ao S_1 , o sujeito vislumbra a falta do Outro que presentifica seu desejo, passa a questionar essa falta que ele próprio produz no Outro. O sujeito, então, não se faz mais exclusivamente significante, mas objeto. Objeto para esse Outro e, portanto, dele separado. Tem-se aqui o objeto *a*, parte *extima* do Outro e lugar *princeps* do sujeito na operação que constitui a “separação”.

A operação de separação condiciona a inscrição do sujeito em um discurso. Dizemos que o psicótico não se encontra fora da linguagem, mas, sim, fora do discurso. O fora-do-discurso da psicose é sua instalação, unicamente, no campo da alienação.

Sublinhamos a logicidade dessas duas operações, em contraponto a uma suposta cronologia de seu aparecimento. Elas são descritas separadamente, pois têm suas especificidades; mas ocorrem ao mesmo tempo. Na neurose, ocorrerá a operação de alienação concomitante à de separação; na psicose, pelo tipo de relação instituída com o Outro, apenas a alienação.

Mais à frente, veremos que, no autismo, não ocorreria nem mesmo a alienação significante.

2.1.4 O Estádio do Espelho

Os primeiros estudos significativos da relação da criança com sua imagem no espelho são creditados a Henri Wallon. Lacan se apropriou desses importantes dados do desenvolvimento psíquico da criança e, com eles, procurou investigar a constituição do sujeito em sua relação com o Outro, dentro de uma perspectiva estrutural.

Podemos acompanhar, na obra de Lacan, três períodos de sua formalização do Estádio do Espelho (ALVARENGA, 1994:85). O primeiro, de 1938 a 1953, onde a prevalência de sua abordagem é primariamente imaginária. Incluem-se, nesse período, seus textos *Formulações sobre a causalidade psíquica*, de setembro de 1946; *A agressividade em psicanálise*, datado de maio de 1948; e aquele primeiro, com explícita referência ao tema, *O estádio do espelho como formador da função do eu, tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*, apresentado aos 17 de julho de 1949, no XVI Congresso Internacional de Psicanálise, realizado em Zurique.¹⁸

O segundo período concerne aos anos de 1953 a 1964, com primazia de uma abordagem que leva em consideração os efeitos do simbólico sobre o imaginário. Inaugurado pelas concepções de Lacan, apresentadas em *Função e campo*

¹⁸ Esse é o texto publicado nos *Écrits*. Entretanto, ele se seguiu a uma intervenção feita por Lacan no XIV Congresso Internacional de Psicanálise, realizado em Marienbad, 13 anos antes, aos 3 de agosto de 1936, cujo título era *Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité conçue en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique*, o qual é mencionado por Lacan, na primeira frase do texto de 1949. Desse texto de 1936 não há registro de qualquer resumo feito pelo autor.

da fala e da linguagem em psicanálise, fazem parte desse período seus textos *Seminário sobre “A carta roubada”*, escrito em 1956, onde Lacan introduz o Esquema L; *A psicanálise e seu ensino*, de fevereiro de 1957; *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, de 1958, onde Lacan retoma o esquema L e introduz o esquema R; e *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade”*, de 1960, onde Lacan trabalha o esquema óptico.

O terceiro período, que se inicia em 1964 e vai até o fim de seu ensino, privilegia o registro do real como organizador das relações do simbólico com o imaginário.

A concepção primeira do Estádio do Espelho, com ênfase no imaginário, localiza a discordância do sujeito e do Outro na prematuração biológica do bebê. A falta de unificação de suas sensações corporais e a ausência de um controle motor que lhe permita movimentar-se de maneira coordenada, levam a criança a não ter uma percepção unificada de seu corpo, com uma subseqüente constituição de um eu corporal, diferenciado dos demais objetos do mundo.¹⁹ Esse eu vai emergir diante de sua imagem no espelho, sustentada pela imagem corporal do outro, vista em sua totalidade.

A imagem especular, baseada na imagem do outro, torna-se, por um lado, remédio para a discordância da prematuração do *infans*, mas, por outro, origem do

¹⁹ A esse respeito, cf. MERLEAU-PONTY, 1951. *As relações com o outro na criança*, onde o autor, demonstrando um profundo espírito de investigação, encaminha-nos por todas as vicissitudes pelas quais passa a criança no estabelecimento de seu contato com o outro, de zero a três anos de idade — período fundamental para o autismo.

estabelecimento de um desacordo, em uma relação de exclusão: “ou você, ou eu”.

Instaura-se, aí, a agressividade estrutural da relação narcísica.

Esse impasse imaginário é resolvido, já no segundo período da formalização de Lacan, com a prevalência dada ao Ideal-do-eu, I, na constituição do eu-ideal, *i(a)*. À indefinição da oscilação entre o eu e o eu-ideal, Lacan responde com o Outro como lugar do significante. Retomando o tema da identificação, em Freud, estabelece o Ideal-do-eu como o traço significante no Outro, ao qual a criança se identifica e do qual toma o parâmetro de ser, ou não, merecedora do amor do Outro.

Entretanto, tem-se, agora, um impasse que podemos qualificar de simbólico: a representação significante não abrange todo o real da coisa representada. O traço significante do Outro não representa todo o ser do sujeito; há um resto, que remete o sujeito a uma questão sobre o desejo do Outro não respondida totalmente pelo significante do Ideal-do-eu.

O olhar do Outro, um dos objetos que presentificam seu desejo, é vetor de um desconhecimento na vida da criança. “O que o Outro quer?”, ela se interroga. Sua imagem vem, então, recobrir esse olhar — representante da falta no Outro —, mascarando essa função de falta que lhe é intrínseca e emprestando-lhe uma consistência imaginária. A discordância primitiva do sujeito em sua relação com o Outro é solucionada, no final da obra de Lacan, pelo forjamento de uma consistência da imagem especular, recobrando a falta original do Outro.

Logicamente, situaríamos a esquizofrenia no momento do primeiro impasse, com sua fragmentação corporal, buscando sua solução, puramente

imaginária, ao recorrer à imagem especular para organizar suas pulsões. A paranóia se assentaria no segundo impasse, o da agressividade narcísica, e se valeria do Outro simbólico para localizar e pacificar seu gozo através do delírio. E a neurose se constituiria no momento do terceiro impasse — onde falta um significante no Outro que defina o ser do sujeito —, procurando superá-lo mediante a identificação do sujeito com o objeto do desejo do Outro: a fórmula da fantasia, $\mathcal{S} \diamond a$.

2.1.5 A Metáfora Paterna

Lacan (1957-58) distingue três tempos lógicos do Édipo, que se concretizam na fórmula da metáfora paterna.

O primeiro tempo corresponde às interpretações dadas pela mãe ao grito da criança. Nesse momento, o bebê recebe a ação da lei simbólica através da mãe, pois esta encontra-se a ela submetida, como ser falante. Mas essa lei, apresentada à criança, é descontrolada e onipotente, pois a mãe responde ao grito da criança de acordo com sua vontade. Temos aqui o Outro caprichoso, do qual fala Lacan em seu *Seminário V*.

Esse Outro absoluto, representado pela mãe, apresenta duas vertentes importantes à criança: insere-a na linguagem e representa-lhe o objeto primordial, *das Ding*, gozo perdido pela ação do simbólico.

A criança se identifica com o objeto de desejo da mãe, o falo, e constitui seu “eu” como primordialmente alienado.

O segundo tempo do Édipo produz a inauguração da simbolização, exemplificada pelo jogo freudiano do *Fort-Da*. Ao pronunciar palavras para nomear

a ausência e a presença da mãe, a criança nos indica que a mãe já se encontra simbolizada. Não é mais somente um objeto primordial, mas tornou-se um símbolo.

A inscrição da alternância presença-ausência, simbolização à qual acede a criança, introduz uma mediação da linguagem na relação mãe-filho. Tem-se, aí, um terceiro elemento, para além da lei materna: a lei do pai, já se presentificando para a criança, ainda não intervindo com sua presença, porém com sua palavra.

Ao indicar à criança que o desejo da mãe tem relação com a lei paterna, o Nome-do-Pai representa a proibição do incesto. Essa proibição “funciona do lado da mãe como a interdição de reintegrar seu produto, e, do lado do filho, separa-o de sua identificação com o objeto de desejo materno.” (TENDLARZ, 1997:30).

A mãe deixa de ser um Outro absoluto para ser um Outro barrado — ou “castrado”, de acordo com o termo freudiano —, incluindo a criança em uma ordem simbólica. O falo, então, torna-se o significante do desejo materno que permite dar sentido a todos os outros significantes por sua posição de exterioridade à cadeia significante.

No terceiro tempo, o do declínio do Édipo, a criança deixa de ser o falo da mãe para sucumbir à problemática de tê-lo. O pai real agora intervém com sua presença, tornando-se suporte das identificações do Ideal-do-eu, que permitem a nomeação do desejo.

A fórmula da Metáfora Paterna, introduzida por Lacan em 1955-1956, é a conclusão de todo o processo edípico que examinamos.

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da mãe}}{X} = \text{Nome-do-Pai} \left[\frac{A}{\text{Falo}} \right]$$

O Desejo da mãe é representado como DM. A escrita DM/x mostra-nos que não há uma relação direta entre a criança — no lugar de x — e o pai, mas que essa relação é metaforizada pelo Desejo da mãe. Apesar da semelhança da nomeação, não iremos confundir DM com o significado de “desejo” examinado acima. Para Lacan, o desejo é representado por “d”. DM nomeia um gozo sem lei, como aquele do primeiro tempo do Édipo.

A Metáfora Paterna nos mostra que é a incidência do pai que permite à criança responder ao enigma do significado do sujeito, x.

2.1.6 O sujeito autista

Se as crianças autistas não se tornam agentes de um discurso como consequência da operação lógica de separação, não se instituindo a divisão subjetiva entre sujeito do enunciado e sujeito da enunciação — ou do inconsciente, se assim o quiserem —, podemos falar de um sujeito no autismo?

Sim. Porque o sujeito, para a psicanálise, é inicialmente aquele que é tomado no significante. “O sujeito *existe* — na medida em que a palavra o moldou do nada, e é possível falar ou discursar sobre o sujeito — embora permaneça *sem-ser*.” (FINK, 1998:74).

A criança autista é falada pelo Outro; há, no Outro, significantes que a representam. S_1/s , escreve Colette Soler, indicando a primeira emergência de todo sujeito, onde s é o sujeito (não barrado, note-se) que se subpõe aos significantes que o representam no Outro (S_1). Essa fórmula

“escreve inicialmente o sujeito mortificado do significante, que não fez ainda sua ‘entrada no real’. É, então, no máximo, a libido do Outro que se liga a ele, ao ponto que poderíamos evocar sua inclusão no lugar do Outro.” (SOLER, 1990:74).

Essa ligação do sujeito autista com a libido do Outro deve ser sublinhada desde já, sendo de fundamental importância para a compreensão de alguns comportamentos autistas. Retomaremos esse assunto mais à frente, ao discorrermos sobre esses comportamentos à luz da teoria freudiana da pulsão.

Quanto ao conceito de sujeito mortificado pelo significante, há que se fazer uma ressalva. É notória a importância que dá a psicanálise à constituição do sujeito. Contudo, se o sujeito já o é, unicamente por encontrar no Outro significantes que o representam, supomos que ele já seja dado desde sempre. Bastaria existir uma gravidez para que o sujeito já existisse; sua “constituição” se resumiria a isso.

A constituição do sujeito, tão cara à psicanálise, que participa da instauração da estrutura psíquica daquele ser, situa-se mais além de sua existência simbólica. O sujeito que se constitui pela dinâmica travada no Estádio do Espelho, pela incisão da Metáfora Paterna, é o sujeito do inconsciente.

O sujeito do inconsciente, o sujeito cindido pelo significante, é o sujeito enunciativo, aquele que se separa da cadeia significante, de seu lugar tomado no Outro, para tornar-se agente de uma fala. E, para tanto, ele recorre ao falo como o significante que, excluído da cadeia, a reorganiza, dando-lhe uma nova significação.²⁰

Esse sujeito, o autista não o é. Nem o psicótico, de um modo geral. Ao nos autorizarmos a nos referir ao autista como sujeito, estamos, única e exclusivamente,

²⁰ Não nos deteremos nesse assunto, aqui. Para tanto, remetemos o leitor ao texto de Lacan, *A significação do falo*, p. 692-703 de seus *Escritos*.

indicando aquele sujeito falado pelo Outro, tomado no significante; o sujeito da linguagem, em contraposição ao sujeito da fala.²¹

O sujeito tomado nos significantes do Outro é, como vimos, o sujeito da alienação. Aquele que só existe sob a cadeia significante, não tendo vislumbrado uma falta no Outro que o levaria a não se fazer significante, mas objeto para esse Outro.

A operação da alienação é a marca da psicose. Recorrendo ao aporte da teoria dos conjuntos, Jacques-Alain Miller nos apresenta o sujeito como alojado em um conjunto vazio, recortado pelo significante. Um significante do conjunto dos significantes aloja-se nesse conjunto vazio e o substitui. O sujeito da alienação identifica-se com esse primeiro significante — S_1 —, significante-mestre que é o Ideal. Ao eleger o S_1 , elege também o Outro — representado pelo S_2 —, que dá sentido ao primeiro significante, que se inscreve sozinho. Tomando-se apenas esse primeiro significante, temos o traço unário que, segundo Lacan, preenche a marca invisível que o sujeito recebe do significante, alienando esse sujeito na identificação primeira que forma o Ideal-do-eu.²²

²¹ Júlia Kristeva nos dá a dimensão puramente material da linguagem, definindo-a como “uma cadeia de *sons* articulados, mas também uma rede de *marcas* escritas (uma escrita), ou um jogo de *gestos* (uma gestualidade)”; em oposição à fala, que é “sempre individual e o indivíduo é sempre senhor dela”. A língua recobre a linguagem “enquanto conjunto de signos formais, estratificado em escalões sucessivos, que formam sistemas e estruturas”. E o discurso, por sua vez, “designa [...] a manifestação da língua na comunicação viva. [...] O *discurso* implica primeiro a participação do sujeito na sua linguagem através da *fala do indivíduo*. [...] No discurso, a língua comum a todos torna-se o veículo de uma mensagem *única*, própria da estrutura particular de um determinado sujeito que imprime sobre a estrutura obrigatória da língua uma marca específica, em que se marca o sujeito sem que por tal ele tenha consciência disso.” (KRISTEVA, 1969. p.19-26).

²² Cf. LACAN, 1960b.

A operação de separação leva o sujeito a encontrar no desejo do Outro sua equivalência com o que ele é como sujeito do inconsciente. A ênfase, aqui, é posta na parte vazia do conjunto — resto da operação de identificação com o S_1 — e não mais no significante. Produz-se, então, uma interseção com a parte vazia do Outro. O sujeito sobrepõe sua própria falta à falta do Outro.

“Existe uma eleição do sujeito frente a essas operações lógicas. O sujeito elege a cadeia significante ou o vazio. O sujeito autista elege o vazio, produzindo-se por isso uma petrificação significante própria da estrutura da holófrase.”(TENDLARZ, 1997:41).²³

A holófrase seria a utilização de frases, expressões ou palavras, não decompostas, e que se relacionam a uma situação tomada em seu conjunto. A origem do termo data do século XIX e ele pode ser resumido como sendo a “palavra-frase” (*le mot-phrased*)²⁴. O princípio da holófrase pode ser traduzido como “um ruído (*bruit*) que adquire sua significação de uma situação de conjunto” (STEVENS, 1987:52).²⁵

Em termos lacanianos, a holófrase é uma compactação da cadeia significante, que não remete a um efeito de sentido mas a um vazio de significação. Nela, S_1 se encontra aglutinado com S_2 , sem intervalo, o que não permite a amarração significante produtora de sentido. As palavras se tornam possuidoras de um sentido original e unívoco, não adquirindo uma significação nova ao se relacionarem com outras palavras.

Essa ordem monolítica da cadeia significante é exemplificada pelo uso de frases fixas, utilizadas em qualquer ocasião. O autista do filme *Rain Man* utiliza-se de

²³ Apoiando-se esse autor nas considerações feitas por J.-A. Miller em seu curso *Donc*, de 11 de maio de 1994.

²⁴ Cf. STEVENS, 1987.

²⁵ Tradução do Autor.

uma holófrase quando se refere a alguém, dizendo: “Você está tomando algum remédio?”. Seu enfermeiro chega a interpretar sua frase enigmática como a manifestação de um apreço especial que o autista teria por seu interlocutor. A criança que está aprendendo a falar, ao empregar uma e mesma palavra em situações bastante diversas, estaria também se utilizando de uma holófrase.

Se a alienação é a marca da psicose, Colette Soler, entretanto, nos diz que, no autismo, não se institui nem a operação da alienação. Ela situa o autista como aquém da alienação, “uma recusa de entrar nela, um ‘parar na entrada’.” (SOLER, 1990:71).

Sublinhamos a indicação desses autores quanto a uma “escolha” do sujeito em relação à sua posição na estrutura, e perguntamo-nos o que teria ocorrido para que o autista “escolhesse o vazio” e “se recusasse a entrar na alienação”, deixando-se representar pelos significantes do Outro. Para isso, recorreremos ao livro de Lia Fernandes (2000) — *O olhar do engano. Autismo e Outro primordial* — e arriscamos algumas respostas.

Em seu trabalho, a autora interessa-se em estabelecer o lugar fundante do olhar do Outro no processo de constituição do sujeito. Para tanto, toma como paradigma negativo de sua proposição a clínica do autismo, onde essa função essencial do Outro primordial não se consumou. Fernandes afirma que a função do Outro primordial se dá no momento em que ele consegue remodelar a necessidade pela via do significante, criando uma nova mensagem que não representa exclusivamente a tradução da necessidade, comprazendo-se na autenticação desse novo sentido obtido. A autora assemelha essa função do Outro ao papel da terceira

pessoa do chiste, aquela que autentica a mensagem que lhe chega com pouco sentido (*peu-de-sens*), nos moldes do código, surpreendendo-a, e lhe dá seu reconhecimento como uma nova criação, admitida como tal por esse código²⁶.

Esse olhar do Outro primordial realiza o que Lacan chamou de operação humanizante e localiza-se entre o real e o simbólico, precisamente no destacamento que se produz entre esses dois registros, no momento mítico da expulsão do real pelo advento do significante na constituição do sujeito. Mediado pelo significante do desejo materno, o corpo real do bebê é transformado em imagem idealizada, o que bem ilustram os desenvolvimentos do esquema óptico, feitos por Lacan.

O Outro primordial interpreta as atitudes da criança — seus movimentos, seus sons guturais ou mesmo seu silêncio —, de início sem um sentido reconhecido no código como sendo mensagens dirigidas a ele, e as sanciona como tais. Além dessa necessária interpretação, há como que um limite instaurado nesse autocentramento da função materna exercida pelo Outro primordial, limite dado pela própria sujeição desse Outro à ordem da linguagem.

Vimos que o Outro caprichoso, do primeiro tempo do Édipo, está, ele próprio, submetido à lei do pai. O Outro, submetido ao simbólico, percebe seu filho como estando além do objeto materno, pertencendo a uma cultura, a uma filiação. Esse limite impingido à “loucura necessária” (Winnicott), que leva a mãe a afirmar demandas na criança ali onde só existe um esboço de movimento ou um leve som, permite-lhe, ao mesmo tempo, duvidar delas, instaurando, no Outro, a dimensão do engano.

²⁶ Sobre o tema do chiste, remetemos o leitor ao *Seminário, livro V*, de Lacan, *As Formações do Inconsciente*.

Esse engano estruturante consiste na metaforização do organismo da criança sem perder, no entanto, sua dimensão de real. O olhar do Outro primordial investe o bebê dos traços do desejo materno, encarnados em uma imagem idealizada, e, ao mesmo tempo, hesita, vacila quanto aos objetos que crê demandados pela criança. Uma “mentira verídica”, diz-nos Fernandes.

Esse corpo real, que se ilumina por um investimento libidinal do Outro, provoca neste um prazer manifestado pelos cuidados maternos exercidos como um “dom de amor”. Nesse dom, que é o do significante, reside o apoio necessário à constituição do pulsional. O Outro, com seu prazer, retorna à criança um significante carregado de desejo, o que permite o próprio movimento pulsional da criança.

A função do Outro primordial é, portanto, uma função de criação; criação, em seu olhar, de um sujeito.

Um belo exemplo dessa função interpretativa do Outro primordial encontra-se ilustrado no filme *House of Cards*. Enquanto o psiquiatra se questiona sobre o diagnóstico de autismo para a criança e propõe tratá-la comportamentalmente, sua mãe opta pela “crença” de que o mutismo da filha comporta uma intenção, uma mensagem nele escondida. A mãe aposta na subjetividade da filha e procura encontrar os significados de seu comportamento anormal. Ao final do filme, vemos que essa função materna suplanta o ceticismo médico.

“O mundo simbólico só pode vir a se abrir a um sujeito em constituição, permitindo sua introdução na linguagem se, do lado do Outro primordial, comparecer um chiste, uma brincadeira tomando, por objeto, a própria existência da criança — suas produções. Só assim serão dadas as condições de base para que, mais adiante, esta mesma criança possa vir a dar o salto subjetivo — decisivo e fundamental — que se processará, também para ela, no brincar.” (FERNANDES, 2000:153).

Esse salto subjetivo que se processa no brincar diz respeito ao segundo tempo do Édipo, ao jogo do *Fort-Da*, enfim, ao acesso à simbolização.

Fernandes sublinha, no decorrer de todo seu trabalho, a importância do Outro primordial “que se engana”. Sem a dimensão do engano, sem o real relativizando o simbólico, o bebê é situado como puro objeto de alucinação. Essa onipotência absoluta do Outro, que não se surpreende com o pouco sentido (*peu-de-sens*) da mensagem da criança, provoca uma certeza antecipada absoluta em suas interpretações, a qual não se presta à introdução do significante do desejo com sua dimensão pulsional. Teríamos, aqui, de acordo com a autora, o Outro do psicótico.

Para que o Outro primordial possa surpreender-se, ele precisa da função do $-\phi$, da falta que o leva a esperar algo, um sonho, uma metáfora. O $-\phi$ dota-o da capacidade de situar-se em uma suspensão do sentido, um desarmamento do saber. Mas quando essa suspensão se dá *ad eternum*, quando a mãe legífera em uma ausência total de atribuição de sentido às atitudes da criança, temos, segundo Fernandes, o autismo.

No autismo, teríamos a personagem do Outro primordial padecendo de um apagamento — ou uma redução — do Outro simbólico, estando incapaz de metaforizar o real do bebê, “remetendo-o ao deslizamento do sentido, ao ‘fazer-se sempre *um outro*’ próprio à criação do sujeito” (FERNANDES, 2000:150). Diante da

surpresa do pouco sentido (*peu-de-sens*) da mensagem da criança, o Outro do autista reagiria, não com um reconhecimento do código, mas com um “branco”, ausência de significação.

Lia Fernandes parece ir ao encontro da hipótese de Pierre Bruno (1997) quando este ressaltava a ausência do Ideal-do-eu — I — como o elemento propiciador de toda a desordem autista — e esquizofrênica, ele diz. O I é o ponto do sujeito (*point d’oeil*) do desejo materno, o elemento simbólico que representa a criança no desejo da mãe. O Ideal-do-eu precede e é condição para o surgimento da imagem especular, *i(a)*. E a imagem especular é o molde do narcisismo.

Seguindo o desenvolvimento exposto, podemos relacionar o I com o $-\phi$. Para que o Outro primordial realize o movimento de investir a criança com um significante carregado de desejo — o Ideal-do-eu, traço simbólico — é necessário, como vimos, que ele se apóie em uma falta, $-\phi$. A função $-\phi$, base da primeira metaforização do bebê, é fundante do desejo materno.

Poderíamos pensar o “aquém da alienação”, proposto por Soler, como sendo essa incapacidade do autista de se deixar representar pelos significantes do Outro, um efeito da ausência do significante do ideal — I — que orienta sua existência. O Ideal-do-eu funda a primeira imagem do eu, a imagem real, pela incorporação do elemento simbólico que é ele próprio, o I. Nas palavras de Freud, essa imagem real se forma pela “identificação primordial”.

O I mantém íntima relação com o S_1 . O Ideal-do-eu é o conjunto dos S_1 , das marcas de resposta do Outro que vêm a significar o grito do bebê.

“Mas, esse lugar do sujeito original, como haveria este de encontrá-lo na elisão que o constitui como ausência? Como reconhecera ele esse vazio como a Coisa mais próxima, mesmo escavando-o de novo no seio do Outro, por nele fazer ressoar *seu* grito? Antes, ele se comprazera em encontrar ali as marcas de resposta que tiveram o poder de fazer de seu grito um apelo. Assim ficam circunscritas na realidade, pelo traço do significante, as marcas onde se inscreve a onipotência da resposta. Não é à toa que essas realidades são chamadas de insígnias. O termo, aqui, é nominativo. É a constelação dessas insígnias que constitui para o sujeito o Ideal do Eu.” (LACAN, 1960a:686).

Piera Aulagnier, em 1963, apresentou um trabalho sobre psicose onde descrevia a mãe do esquizofrênico como alguém que não soube sustentar esse lugar do Outro interpretador. Ela chega a essa conclusão após realizar um levantamento das entrevistas com mães de esquizofrênicos, onde o que se observa é uma dificuldade da mãe em interpretar as atitudes de seus filhos, desembocando na suspensão de algum significado qualquer que ela sancionaria para tais comportamentos. Mais do que isso, Aulagnier se refere à concepção que a mãe do esquizofrênico faz do filho no momento de sua gestação: um corpo diversamente cômodo ou incomodativo, um “órgão acrescentado” a seu próprio corpo.

Em seu *Seminário X: A Angústia*, Lacan menciona o trabalho de sua colega e acrescenta que esse corpo não simbolizado é subjetivado como um objeto *a*, um puro real. Localizamos, nesses dados, o lugar vazio do Ideal-do-eu presente antes mesmo do nascimento da criança.

Lasnik-Penot²⁷ aventura-se a identificar duas situações de origem desse fracasso na constituição da imagem especular: a primeira recairia sobre a “falta da falta” no Outro primordial, com a ausência da função $-\phi$ e de todos os desdobramentos, daí decorrentes, para a constituição da imagem real da criança. O

²⁷ Citada por FERNANDES (2000. p.129).

transtorno dessa função provocaria o que Lacan expôs em seu *Seminário X* como sendo a subjetivação do pequeno *a* como puro real. Esse fracasso da metaforização originária, que transmutaria o corpo real da criança em significante de um Ideal, poderia ser consequência de um transtorno emocional essencial pelo qual aquele que encarnou o Outro primordial estaria passando, como algum estado depressivo, por exemplo.

A outra circunstância, um pouco diversa da primeira, referir-se-ia à possibilidade de um desencontro instaurado entre o real do organismo da criança e sua imagem real. Nesse caso, teríamos a função $-\phi$ operando no Outro, simbolizada por significantes; no entanto, estes não se fariam encarnar naquela criança, originando essa imagem real. E isso devido, por exemplo, à presença de uma repulsa, no Outro, a um problema orgânico percebido no corpo real da criança, impedindo que a imagem investida libidinalmente — aquela da “sua majestade o bebê”, de que trata Freud — coincida com esse corpo real.

A falta de constituição da imagem real da criança, matriz de sua imagem especular, ocasionada pela ausência do Ideal-do-eu, ponto do sujeito no desejo materno, é o cerne do autismo. Sua problemática localiza-se, logicamente, nos primórdios do primeiro tempo do Édipo e tem como consequência a não-alienação da criança nos significantes do Outro. Esse contexto estrutural é o que provoca o “desencadeamento” tão precoce do autismo (ou seja, desde sempre).

Notamos, entre os autores mencionados neste subitem, por vezes uma distinção, por vezes uma superposição estabelecida entre autismo e esquizofrenia.

Seria o autismo uma esquizofrenia ou teria ele algumas peculiaridades que nos autorizassem a diferenciá-los? É o que procuraremos desenvolver, a seguir.

2.2 Diagnóstico

O diagnóstico do autismo dado pela psicanálise lacaniana é um diagnóstico estrutural. Baseia-se na posição do sujeito em relação ao Outro e ao objeto. Os comportamentos observáveis do paciente mostram-nos a forma dessa relação, mas não bastam por si sós. É necessário que se tenha um contato com ele para que se possa constatar o estatuto do Outro para esse sujeito e, assim, estabelecer o diagnóstico. Em outras palavras, o diagnóstico psicanalítico é realizado sob transferência. Esta, no momento, entendida como o lugar que o sujeito se coloca diante do Outro, lugar esse explicitado no contato com o psicanalista.

Poderíamos nos perguntar se é correto dizer de transferência no autismo.

Pierre Bruno é categórico ao responder que sim.

“Se é verdade que o autista não fala para impedir o desaparecimento do Outro, isso demonstra que o autista se encontra plenamente na transferência. Já que seu mutismo é determinado pela sua relação com o Outro. O problema não é, então, ausência de transferência. O problema é que o autista está em uma relação transferencial que bloqueia, radicalmente, de maneira extrema e absoluta, poder-se-ia dizer, toda demanda de sua parte.” (BRUNO, 1997:44).²⁸

No contato do psicanalista com o autista, essa ausência de demanda é um dado diagnóstico, o qual é estendido para a análise da posição ocupada pelo sujeito diante do Outro, encarnado ali pelo próprio analista, e suas relações com os objetos.

²⁸ Tradução do Autor.

Vamos afirmar, junto à maioria dos autores, que o autismo é um fenômeno situado no campo das psicoses. Uma exceção a essa afirmação provém da concepção de Rosine e Robert Lefort, que estipulam o autismo como sendo, talvez, uma quarta estrutura²⁹, tamanha a sua radicalidade quanto ao estatuto do Outro, se comparado às demais psicoses: esquizofrenia e paranóia.

Os Lefort propõem o autismo como “a-estrutura”, ou seja, fora dos padrões das estruturas clínicas estabelecidas pela psicanálise — psicose, neurose e perversão. E apontam distinções entre autismo e psicose:

“Dado o fracasso maciço da Metáfora Paterna, no autismo não há Outro, nem objeto *a* — o que equivale a dizer que não há inscrição da falta. A criança autista encontra-se em relação a um Outro maciço e total, ficando, por isso, um laço ‘corpo-a-corpo’, sem divisão nem de um lado, nem de outro. O Outro se reduz a uma ausência. Também falta a imagem especular. A criança está por inteiro no lugar do objeto *a*, enquanto não especularizável. O psicótico, por outro lado, tem um objeto e um Outro; mas esse objeto está incorporado ao real como um objeto *a* mais. No autismo, é o sujeito que está *a* mais, tanto que procura desaparecer.”.(TENDLARZ, 1997:17).³⁰

Em uma referência aos esquemas ópticos trabalhados por Lacan³¹, os Lefort afirmam que o espelho plano do Outro — designado, no *Seminário X*, como \mathcal{A} — não se interpõe, no autismo, entre *i(a)*, a imagem real, e *i'(a)*, o que produziria esta última: a imagem especular. Teríamos, então, o “laço corpo-a-corpo” com o Outro; este encarnando-se no real como um duplo do autista — *i(a)* e *i'(a)*.

Essa idéia do duplo é a contribuição mais produtiva dos Lefort à clínica do

²⁹ Cf. LEFORT & LEFORT (1998. p.224).

³⁰ TENDLARZ citando os Lefort e resumindo as considerações de seu livro — *O nascimento do Outro*, e de seu texto — *Autismo e psicose, dois significantes: “partin” e “quebron”*.

³¹ Lacan trabalhou esses esquemas em seus textos *O Seminário, Livro I; Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: psicanálise e estrutura da personalidade; O Seminário, Livro VIII e O Seminário, Livro X*. Indicamos, para uma leitura complementar e esclarecedora dos desdobramentos que Lacan dá a esses esquemas, os textos de VODOVOSOFF (1993. p.16-63) e de FERNANDES (2000. p.93-129).

autismo. Não se trata, aqui, do duplo da agressividade narcísica, onde o paranóico é tomado, como vimos antes, em nossa menção ao Estádio do Espelho. Trata-se de um duplo real, não especular. O autista estaria no lugar do objeto *a* como não “especularizável”, sem imagem constituída no espelho do Outro, um puro real. Esta não é a posição de objeto do Outro — como é proposto para a psicose —, pois o Outro absoluto do autista não presentificou uma falha que pudesse estabelecer alguma alteridade “fora-significante”, lugar do objeto *a*. Ao autista resta, então, o lugar mesmo do Outro, seu duplo.

Esse lugar de um duplo real poderia nos autorizar a conceber o Outro do autista apenas como outro. Mas os Lefort nos indicam que, apesar da função significante do Outro não ter se consumado, não instituindo um S_1 para o autista, esse Outro fala, ele é vetor de S_2 .

“Este S_2 , em ausência do S_1 , não representa o sujeito para um outro significante, portanto está fora da alienação, tornando toda separação devastadora pois impossível e real. Isso faz do autista um sujeito um tanto ‘verboso’, diz Lacan, mas, por causa da ausência da alienação, não encontra a condição da própria fala em casos de ausência de nomeação. Só resta para o autista, que se situa na linguagem, a ecolalia, onde ele se encontra mais ainda numa posição de duplo, fora do discurso.” (LEFORT & LEFORT, 1998:223).

Os Lefort também distinguem o autismo da psicose quanto ao lugar da criança para a mãe. Na psicose, a criança ocuparia um lugar na fantasia materna e, no autismo, a ausência do Ideal-do-eu a manteria fora dessa fantasia, como um objeto auto-erótico da mãe, excluindo-se, assim, qualquer referência ao simbólico, ao Pai.

Vários autores divergem da posição dos Lefort³². Reconhecem essa radicalidade do Outro do autista e seus efeitos sobre o sujeito, mas se pautam nas conseqüências da forclusão do Nome-do-Pai para inserir o autismo na estrutura psicótica. Um deles é o próprio Lacan. Em seus pronunciamentos sobre o tema do autismo, Lacan sempre o aproxima da esquizofrenia. (Cf. o item 2.3).

Pierre Bruno mostra-se inteiramente de acordo com Lacan, colocando o autismo em série com a esquizofrenia. Ele propõe que a diferença entre eles baseia-se, unicamente, no momento de seu desencadeamento — precoce, no primeiro caso, e mais tardiamente, no segundo —, traduzindo o “autismo precoce infantil”, nomeado por Kanner, por “esquizofrenia precocemente desencadeada”. Bruno chegou a essa conclusão de similitude utilizando-se de uma metodologia no mínimo interessante: apropriando-se de um caso da literatura psicanalítica, reconhecido como autismo, e de outro, reconhecido como sendo uma esquizofrenia, comparou-os, procurando extrair algum ponto em comum entre eles, sob a ótica da estrutura.

Éric Laurent também insere o autismo dentro da estrutura psicótica, buscando demonstrar que os estados alucinatórios dos autistas são efeito da ação da forclusão do Nome-do-Pai. Considera os diversos exemplos clínicos da literatura que ressaltam a eleição, por parte do autista, de um objeto de gozo fora-do-corpo, o qual Laurent eleva à categoria de objeto *a*.

³² Às vezes, até eles próprios. Escrevem: “O que podemos dizer do autismo? Certamente, trata-se de uma psicose; mas será que, devido à sua evolução variável, poderíamos pensar o autismo como uma quarta estrutura, junto à tríade neurose, psicose e perversão?”. E então ensaiam um diagnóstico diferencial intra-estrutura psicótica onde, na infância esquizofrênica, teríamos “uma criança fácil, sem raiva, nem manifestação de violência e de destruição”, enquanto que o autista seria “colérico, ativo, agressivo”. Um diagnóstico fenomenológico, digamos de passagem. A diferença com a paranóia residiria no fato de que, nesse caso, o Outro seria portador do objeto, mesmo que seja impossível e real, o que propiciaria a presença de um corpo, nesses sujeitos. (Cf. LEFORT & LEFORT, 1998. p.224-225).

A instauração desse objeto especial torna-se fundamental na clínica do autismo, como veremos no capítulo destinado ao seu tratamento. A construção desse objeto seria uma tentativa do autista de se criar um corpo com um movimento de localização do gozo.

A importância desse órgão suplementário, ao qual se converte esse objeto, faz com que Laurent não diferencie o autismo da esquizofrenia, pois, seguindo as indicações de Lacan, a esquizofrenia se caracteriza pela tentativa de aderir um órgão a seu próprio corpo³³.

Silvia Tendlarz, apesar de não se posicionar explicitamente quanto ao diagnóstico de esquizofrenia dado ao autismo, procura diferenciá-lo daquela quando, discordando de Laurent, aponta que

“os dois tipos clínicos da psicose — com seu tratamento particular do gozo — mantêm a presença de um corpo. Não há atribuição de um corpo nas crianças autistas. A falta de extração do objeto impede que se estructure a consistência corporal, pois essa ‘peça despregada do corpo’ não consegue alojar-se no ponto da falta no Outro. Estas crianças apresentam-se como sujeitos que não chegarão a constituir-se como um *eu*, em um estado pré-especular, sem adquirirem consciência de si mesmas como corpo.” (TENDLARZ, 1997:22).

Parece-nos que a instauração, por parte dos autistas, desse objeto fora-do-corpo, para o qual atenta Laurent, direciona-se, justamente, para uma tentativa de se assegurar um corpo, por mais frágil que esse se mostre.

Quanto à precisão diagnóstica do autismo em relação à estrutura, parece-nos seguro estabelecê-lo como uma psicose. Acreditamos haver exposto argumentos que justifiquem tal diagnóstico.

³³ Em *L'Étourdit* (1972), Lacan trabalha o conceito de órgão-libido, postulando que, na esquizofrenia, a linguagem nunca pôde se fazer órgão.

Entretanto, quanto à problemática de se considerar o autismo como uma esquizofrenia, julgamos difícil fazê-lo, no momento. Apesar de suas semelhanças estruturais, a extrema dificuldade de acesso à fala e a inexistência da noção de corpo, presentes nessas crianças, incita-nos a deixar em aberto essa questão, onde um posterior trabalho de investigação pode vir a se delinear.

Por ora, dividimos com o leitor um ensaio de uma possível diferenciação entre eles. Estamos tentados a perseguir, para nosso estudo ulterior, as duas situações propostas por Lasnik-Penot para o fracasso da constituição da imagem especular, procurando relacioná-las com esses dois tipos clínicos da psicose. À ausência da função $-\phi$ operando no Outro primordial, faríamos corresponder o autismo; e à presença dessa função no Outro primordial, perturbada pelo desencontro instaurado entre o real do organismo da criança e sua imagem real, equivaleríamos a esquizofrenia. Em ambas, trata-se de um problema simbólico mas, talvez, com desdobramentos um pouco diferenciados para a posição do sujeito.

2.3 Indicações de J. Lacan sobre o autismo

Jacques Lacan, em seu ensino, não se deteve especificamente no tema do autismo. Suas referências a ele são facilmente encontradas por serem pontuais em sua obra.

A primeira delas localiza-se em seu *Discurso de encerramento das jornadas sobre psicose infantil*, pronunciado em outubro de 1967, em Paris, por ocasião do colóquio promovido pela psicanalista francesa Maud Mannoni. Os textos apresentados nessas

Jornadas foram posteriormente publicados em dois números subseqüentes da revista francesa *Recherches*, de setembro e de dezembro de 1968, intitulados *Enfance Aliénée* e *Enfance Aliénée II*, respectivamente.

A segunda indicação de Lacan acerca do autismo encontra-se na reprodução da discussão que sucedeu à sua *Conferência em Genebra sobre o sintoma*, pronunciada em 4 de outubro de 1975, frente à Sociedade Suíça de Psicanálise.

2.3.1 Discurso de encerramento das jornadas sobre psicose infantil

Uma das comunicações desse colóquio foi feita pelo psicanalista “winnicottiano” Sami-Ali, sob o título *Gênese da palavra em uma criança autista — Contribuição à teoria dos objetos transicionais*. Em seu texto, Sami-Ali procura demonstrar “o que há de não-verbal na gênese do verbo” (SAMI-ALI, 1971:86), defendendo a tese de que a criança não acede à palavra sem antes realizar a “síntese das coisas”. Essa função de síntese não estaria mediada pela linguagem mesma, mas pela constituição de objetos simbólicos estáveis em um espaço aberto ao outro. A criança criaria, primeiramente, uma equivalência entre os objetos que manipula e seu próprio corpo. Subjacente à constituição dos objetos estaria a progressiva introjeção da mãe. É preciso que a mãe seja introjetada em sua totalidade para que um objeto simbólico — constante e permanente — seja criado à sua imagem. Somente então a palavra poderá advir. Antes da constituição objetual, não haveria operância da palavra, pois o mundo seria tomado como um “fluxo contínuo”.

“Sobre esse fundo de objetos que se correspondem uns aos outros refletindo a correspondência fundamental do corpo próprio e do objeto materno, surge a palavra. A criança fala porque, em um primeiro momento, ‘fala’ a uma mãe que deve introjetar e porque, em um segundo momento, *se* fala, falando à mãe introjetada. Tal introjeção confere aos sons evanescentes trocados com a mãe a estabilidade, a continuidade e a solidez de um objeto simbólico.” (SAMI-ALI, 1971:98).³⁴

Sami-Ali afirma ser a palavra, ela mesma, um objeto transicional.

O psicanalista procurará demonstrar sua tese através do relato da análise de um menino que ele diagnostica como autista. A criança chega ao tratamento apresentando um mutismo extremado e, ao longo de seu percurso, começa a falar. Destacaremos, aqui, a exposição de Ali sobre a criança, e algumas observações referentes às suas sessões de análise.

Martin, um menino de sete anos e terceiro entre quatro irmãos, é encaminhado para se tratar com Sami-Ali. Além do acentuado mutismo, mostra-se indiferente, sem expressão facial significativa e com um olhar fugidio e sem brilho. Aparenta ser surdo, hipótese não sustentada após a realização de um exame orgânico. Não ingere alimentos sólidos e quem o alimenta é sua mãe. Suas brincadeiras são solitárias, repetitivas e sem nenhum propósito relacional. Normalmente dócil, por vezes apresenta crises passageiras de oposição. A comunicação que manifesta é feita através de gestos e verbalizações bastante específicos, entendidos e traduzidos somente por sua mãe. A criança e sua mãe são tidas, por Ali, como “dois termos de uma relação perfeitamente complementar” (SAMI-ALI, 1971:87).

No início de seu desenvolvimento, Martin aparentava ser uma criança comum. Nascido prematuro e retornado à mãe aos oito meses de idade, sua

³⁴ Tradução do Autor.

evolução tomou o caminho normal devido à presença de uma ama-de-leite, à qual ligara-se afetivamente. A ela dirigira suas primeiras palavras. Com a partida da ama, aos dezoito meses de idade, a criança passou a se mostrar deprimida, em seguida apática, culminando em uma inacessibilidade em relação a todos que a rodeavam.

Sami-Ali assinala que Martin fugia tanto de ruídos como de vozes, tampando seus ouvidos com os polegares. Logo no início de sua reclusão, uma surdez parcial fora identificada, como consequência da obstrução de seus condutos auditivos causada por algum tipo de vegetal. Após a operação de retirada, Martin começou a manifestar um enlouquecimento diante dos ruídos, que pareciam intensificados a um tal grau que ele não podia agüentá-los.

A análise da criança já se iniciara havia três meses, quando de seu relato no colóquio organizado por Mannoni. Já na 1ª sessão, um esboço de relação com o analista, por parte da criança, se delineara. Dois encontros mais e Sami-Ali observa que sua existência fora percebida por Martin. A 4ª sessão traz uma inovação no modo como a criança se comportava. Arrancando páginas de uma revista e as mandando pelos ares, Martin gritava sem, no entanto, tapar seus ouvidos. O desdobramento dessa sessão encaminhou-se para o progressivo reaparecimento da palavra na criança, de início através de sons mais guturais, até se chegar a um registro normal de voz e às entonações características da fala.

O mutismo da criança é considerado por Sami-Ali como “uma consagração da ruptura com o objeto primordial, a mãe, sinônimo do mundo exterior” (SAMI-ALI, 1971:88). Mediante uma equação simbólica entre os objetos extraídos da análise da criança, Sami-Ali retira a direção de tratamento: o analista deveria se

prestar à retomada dessa relação com a mãe, interrompida prematuramente, objetivando o estabelecimento de objetos simbólicos permanentes, através da interiorização da mãe como objeto. Para ele, a análise efetuou o surgimento da palavra na criança autista por ter favorecido e completado essa função sintética elementar.

No encerramento das Jornadas, após traçar uma crítica precisa aos trabalhos da antipsiquiatria, apresentados naquele colóquio, Lacan retoma a apresentação de Sami-Ali e lhe dirige observações diretas. Critica o que chama de “fantasia postíça” e “folclore”: a crença de uma harmonia inicial entre criança e mãe. Afirma que uma criança que tem a atitude de tampar os ouvidos não se encontra de nenhuma maneira em um pré-verbal, “já que do verbo se protege”. À intenção de Ali em demonstrar o princípio do processo de construção de um espaço, inicialmente pré-verbal, Lacan replica que “o lingüístico está na construção mesma do espaço”. Critica a consideração de Sami-Ali sobre o mutismo da criança, afirmando que “o espaço apela à linguagem em uma dimensão totalmente distinta daquela em que o mutismo promove uma palavra mais primordial que (algum) *mom-mom*” (LACAN, 1971:158).

Passa, então, a objetar a noção de “corpo” apresentada por Ali e enuncia o que, mais tarde, desenvolverá melhor em seu ensino³⁵, que o corpo da criança é o que responde ao objeto *a*. Ao tratar do objeto transicional, Lacan observa que sua importância não se detém no fato dele preservar, ou não, a autonomia da criança, mas se a própria criança serviu, ou não, de objeto transicional para sua mãe. Essa

³⁵ Cf. LACAN, O Seminário, Livro XXII: R.S.I. (Inédito).

afirmação de Lacan nos reporta às duas notas endereçadas a Jenny Aubry, dois anos mais tarde, onde ele diferencia o sintoma da criança de acordo com a sua posição no desejo materno (LACAN, 1969).

2.3.2 Conferência em Genebra sobre o sintoma

Lacan inicia sua conferência justificando, historicamente, o momento inicial de seu ensino, através da instituição de seu *Seminário*, em 1953, e a posterior publicação de seus *Escritos*, em 1966, pelo seu desejo de que permanecesse algo do que dizia. Do testemunho de sua prática de analista — a que se prestavam os *Escritos* — Lacan passa a tratar dos desdobramentos de sua *Proposição*, de 1967, quanto à autorização assumida pelo próprio analista sobre sua posição e quanto às razões de seu inovador procedimento do passe.

Após essa extensa digressão, introduz propriamente o tema, afirmando serem os sintomas o nome do sujeito, e a infância o período decisivo para a sua cristalização. O sentido do sintoma poderia apenas ser interpretado corretamente em função das primeiras experiências do sujeito com o que julgou melhor denominar “a realidade sexual”. Define o inconsciente como sendo “uma descoberta associada ao encontro que certos seres têm com sua própria ereção”, com essa realidade sexual, e discorda de Freud quando este diz que a realidade sexual é sempre auto-erótica, descoberta, inicialmente, no próprio corpo.

Lacan assinala a importância do desejo dos pais na constituição do sujeito e sua incidência na modelagem a que submetem seus filhos, dentro da função do simbolismo. A linguagem é tomada como “um cancro” que impregna o sujeito. O

ser humano é considerado, essencialmente, um ser falante. Essa linguagem, a qual Lacan ousa considerar inata, intervém sempre sob a forma do que ele denominou “alíngua” (*lalangue*). A “alíngua” seria os detritos da linguagem, depositados ainda antes da criança ser capaz de estabelecer uma frase verdadeira, com os quais ela terá que lidar por toda a sua vida. A esses restos irão se agregar seus problemas futuros. Com isso, a criança fará a união da linguagem com a realidade sexual.

Por fim, Lacan se propõe a uma consideração sobre o que abordara em seu artigo de 1958, *A significação do Falo*. Reafirma a inexistência d’A mulher e, a despeito disso, seu estabelecimento como o sintoma do homem. A mulher, sendo não-toda e não se prestando à generalização falocêntrica, teria, contudo, no falocentrismo, a sua melhor garantia.

Ao final de seu pronunciamento, Lacan solicita a seus ouvintes que façam comentários. Variados questionamentos lhe são dirigidos, abordando temas diferenciados, como o fenômeno psicossomático, a obsessão e a mulher. Mas é a pergunta do Dr. Cramer que nos interessa. Ele indaga a Lacan, a propósito de sua consideração de que é a mãe quem fala à criança e é necessário também que a criança a escute, se os autistas não estariam privados dessa audição. Lacan responde que os autistas escutam muitas coisas, sobretudo, como seu próprio nome indica, escutam a si mesmos. Não escutam o que os outros têm a lhes falar quando se ocupam deles. Mas, certamente, haveria algo a lhes dizer.

Se os autistas escutam muitas coisas, isso os leva, normalmente, à alucinação, cujo caráter vocal é sempre mais ou menos presente, afirma Lacan. No entanto, acrescenta, nem todos os autistas escutam vozes, porém articulam muitas

coisas e trata-se, precisamente, de entender onde escutaram o que articularam. Constata que há algo no autista, como no esquizofrênico, que se congela. Mas não se pode dizer que ele não fala. Finaliza asseverando serem os autistas “personagens bastante verbosos”, apesar da dificuldade de outros entenderem o que dizem.

2.3.3 Considerações

Sami-Ali concebe o imaginário como precedendo a constituição do simbólico. Para ele, o imaginário é pré-verbal. A relação mãe-criança se refletiria na correspondência dos objetos, de onde, só então, surgiria a palavra. Sua crença de uma relação harmoniosa entre a criança e a mãe é criticada por Lacan, como também sua concepção de um espaço pré-verbal. Em contraposição, Lacan indicasse a precedência do lingüístico em relação à construção espacial, exemplificando-a com a oposição significante “aqui-ali”.

Em sua conferência sobre o sintoma, Lacan traz à luz aquilo que ficou implícito no texto de 1967. Em seu discurso de encerramento das Jornadas organizadas por Mannoni, ele advertira que a criança tratada por Sami-Ali não estaria em um pré-verbal — como afirmara seu analista — pois, ao tapar seus ouvidos, do verbo se protegia. Sua consideração era uma referência à presença de alucinações no autismo, tema que retomou em 1975, na discussão que se seguiu a seu pronunciamento.

Lacan afirma que os autistas estão incluídos na linguagem, a despeito de seu mutismo ou de suas dificuldades para falar. Não escutam o que os outros têm a lhes

falar, *quando se ocupam deles*, mas escutam muitas coisas, sobretudo a si mesmos. Essa escuta multiplicada e voltada para si, levá-los-ia à alucinação.

Em sua pequena intervenção, podemos destacar um esboço de uma direção da cura com autistas. Ele nos diz: os autistas, personagens bastante verbosos, articulam muitas coisas e *trata-se, precisamente, de entender onde escutaram o que articularam*. Estaria Lacan, aqui, enfatizando o esforço que o analista deve fazer em localizar a procedência daqueles significantes “apanhados” pelo autista, indicação fundamental, visto que o autista não pôde aceder aos significantes do Outro materno?

Pierre Bruno (1997) observa que Lacan mostra-se extremamente freudiano em sua constatação de que os autistas ouvem-se a si mesmos, pois ressalta o funcionamento de uma pulsão que retorna, sem modificações, a seu ponto de partida. Para o autista, ouvir-se a si mesmo indica que o discurso do Outro não foi subjetivado no inconsciente — do que nos dão mostra as ecolalias dos autistas —, mas transferido ao real. Não ouvir-se a si mesmo é a marca da existência do inconsciente e isso a clínica da neurose nos mostra muito bem. Através da alucinação auditiva ou da simples repetição do discurso do Outro, os autistas falam a si mesmos.

Por fim, Lacan assemelha os autistas aos esquizofrênicos, no modo como se utilizam da linguagem. Esse “algo que se congela”, característico da fala de ambos, evoca o que nomeara em seu *Seminário XI* como o psicótico “tomar a cadeia significante em massa” (LACAN, 1990:225) — a estrutura da holófrase.

Apesar dessa semelhança quanto à estrutura da linguagem do esquizofrênico e do autista, o fato do primeiro se apropriar da linguagem com um

pouco mais de desenvoltura do que o segundo instiga-nos a realizar uma investigação sobre a especificidade da holófrase para cada um, como também observara Lacan:

“...quando não há intervalo entre S_1 e S_2 , quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, temos o modelo de toda uma série de casos — ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar.” (LACAN, 1990:225).

Em relação ao autismo, Jean-Claude Maleval (1997), em seu esforço de caracterizá-lo, encaminha-se para a descrição de uma pluralidade do S_1 , cuja referência não se localizaria externamente, mas, sim, internamente à cadeia significante. Esse seria o Outro de síntese do autista, que procuraremos explicitar no capítulo que se segue.

CAPÍTULO 3 - O TRATAMENTO PSICANALÍTICO DO AUTISMO

3.1 Os autistas

Se, em nossa análise do diagnóstico médico do autismo, pudemos trazer as detalhadas descrições comportamentais utilizadas para diagnosticá-lo, neste capítulo iremos examinar mais detidamente os fundamentos desses comportamentos, à luz da teoria das pulsões, de Freud. Ou seja, não nos importam, aqui, as descrições fenomenológicas dos autistas, mas as conseqüências que se presentificam nos comportamentos desses sujeitos a partir de sua posição na estrutura, considerando-se as suas particularidades que procuramos elucidar no capítulo anterior.

A teoria das pulsões, onde se implicam as relações do sujeito com o Outro, servir-nos-á de orientação. Mas, já de início, um problema se coloca: não havendo uma separação Outro-objeto *a*, no autismo, não há a constituição das zonas erógenas, onde o gozo se aloja, fazendo um corpo. O objeto *a*, afirma Lacan, se reduz às partes destacáveis do corpo — seio, fezes, voz e olhar —, pois estas marcam, ao mesmo tempo, uma promessa e uma perda, tornando-se propícias a encarnarem o semblante desse objeto. Veremos, então, como os autistas se posicionam em relação a essas configurações *princeps* da pulsão.

Para tanto, referimo-nos ao trabalho dos profissionais da instituição belga Antenne 110, que acolhe, há mais de 20 anos, crianças autistas para tratamento, em regime de internato. Eles procuraram descrever os fenômenos característicos dessas crianças, quanto a suas relações com o Outro e com seus objetos.

Em relação ao corpo, naquilo em que ele pode ser afetado, observam que são freqüentes uma certa insensibilidade à dor e uma ausência de doenças. Quanto à imagem do corpo, mensurada em sua relação com o espelho ou com o corpo do outro, algumas crianças não se mostram interessadas pela imagem, mas sim pelos buracos nela presentes; outras, entretanto, instituem a relação com a imagem como sendo essencial, mas a seqüência dessa relação deve ser regulada minimamente.

Em relação aos objetos destacáveis do corpo que presentificam o *desejo* do Outro — olhar e voz —, algumas crianças os evitam, olhando para outro lugar, não falando e parecendo surdas à voz do Outro³⁶ que lhes fala; outras, entretanto, encaram o olhar do Outro de maneira fixa e perturbadora, sem desviar os olhos, ou utilizam a voz, mas não como objeto de troca com o Outro; e outras, ainda, conseguem uma troca de olhar, o que lhes parece bastante apaziguador, ou utilizam-se da voz como suporte para uma troca com o Outro. Nesses dois casos, entretanto, também há a imperiosa necessidade de regulação: o olhar do Outro deve ser controlado por uma batida ou por uma vigilância extrema, por parte da criança, e a voz do Outro deve ser ritmada, musical, não tendo outra intenção senão a de cantar.

Quanto aos objetos destacáveis do corpo que presentificam a *demanda* do Outro — alimento e excrementos —, algumas crianças anulam esse Outro da

³⁶ Outro ou outro? Para justificar nosso emprego da maiúscula, nós nos utilizaremos da mesma justificativa de Baio e Kusnierek, apresentada em nota de rodapé de seu texto: “Com respeito à criança psicótica é às vezes difícil optar, quando falamos de sua relação com o Outro, pela escrita do Outro com maiúscula ou com minúscula, seja para o outro imaginário ou para o Outro em sua dimensão significativa. É que, para eles o outro se transforma no Outro e vice-versa. Nós, no entanto, escolhemos quando falamos do olhar do Outro, a voz do Outro, do desejo do Outro, da demanda do Outro, escrever o Outro com maiúscula.” (BAIO & KUSNIEREK, 1993).

demanda, mostrando-se totalmente dependentes na alimentação (se não forem alimentadas, morrem) ou não comendo na presença do Outro, ou se mantêm constipadas ou evacuam em locais escondidos do Outro; outras, entretanto, pedem a presença do Outro, para regulá-la, controlando os gestos do Outro que serve seus alimentos ou que abre suas calças, que dá descarga (ou que é impedido de fazê-lo). Esses objetos da demanda do Outro são, também, eles mesmos, submetidos a tratamentos diversos: manipulados, amassados, espalhados, antes de serem ingeridos ou jogados fora.

A relação dessas crianças com o espaço estabelece-se, com frequência, através de circuitos inteiramente obrigatórios, devendo elas passarem somente em determinados lugares ou andarem de determinada forma. Configuram-se, aqui, seus rituais.

“O espaço é o resultado de uma apreensão visual global que nos dá, por antecipação, a geografia dos lugares, a partir da qual nós sabemos como nos deslocar.” (BAIO & KUSNIEREK, 1993). Para além da geografia dos lugares, os “falasseres” (*parlêtres*) procuram uma outra medida para se deslocarem: a do desejo do Outro. A falta desse organizador simbólico, que distribui e ordena as percepções, produz uma deficiência na assimilação das nuances espaciais, por parte do autista. O tratamento do espaço, por parte dos autistas, faz com que o dentro e o fora sejam contínuos, como um toro.

“Para estabelecer essa equivalência (entre a janela e os olhos do terapeuta), supomos um espaço que não está construído com um dentro e um fora, limitado pelas bordas da casa, mas um espaço estruturado como um toro, onde, do ponto de vista da superfície, o interior do círculo do toro ou o exterior, são sempre exterior. Pode-se olhar para o centro, mas está-se sempre olhando para o infinito. [...] O Outro pode, assim, invadir sempre o corpo do sujeito com um gozo atroz, de maneiras catastróficas, sem que as bordas possam marcar uma pulsação regrada.” (LAURENT, 1998:88).³⁷

Em seu *Comentário sobre Maurice Merleau-Ponty*, Miller elucida a crítica de Lacan à concepção psiquiátrica da alucinação, onde afirma ser a percepção, primariamente, simbólica. Não atribuiremos, portanto, essa indiscriminação espacial do autista a uma deficiência de sua capacidade sensorial, mas, sim, à ausência do sistema de oposições lingüístico, que instituiria, nesse caso, um “aqui” em contraponto a um “ali”. Essa é a indicação de Lacan, em sua resposta a Sami-Ali, quando diz que a construção do espaço comporta algo de lingüístico.

Por serem puramente reais, os objetos carecem de conotação imaginária. John, um dos pacientes de Kanner, não diferenciava a bidimensionalidade da tridimensionalidade. Ao se deparar com pessoas em uma fotografia, perguntava-se quando elas sairiam dali e passariam à sala em que estava.

Assim como ocorre com a noção espacial, a ausência do organizador simbólico produz distorções também na temporalidade do autista. Na neurose, a significação fálica que o sujeito dá ao desejo do Outro organiza seu tempo, entre antecipação e retroação. A relação com o tempo, totalmente desorganizada no autismo, leva esses sujeitos a responderem a uma pergunta demasiadamente cedo,

³⁷ Tradução do Autor.

fazendo eco, em lugar da resposta, ou demasiadamente tarde, interpondo entre a pergunta e a resposta um tal lapso de tempo que uma se desconecta da outra.

Quanto à linguagem dos autistas, uns não falam nada, outros apenas repetem as mesmas palavras ou fonemas, pronunciados de maneira holofrásica. Alguns se dispõem a falar; uns sob o modelo da mensagem não invertida e outros em uma ordem própria e bastante precisa, parecendo querer inventar uma nova significação.

Por fim, os autores assinalam a manipulação de objetos variados feita por essas crianças, os quais são, para elas, freqüentemente, indispensáveis, e aos quais sempre é aplicada uma batida.

Diante do levantamento desses fenômenos, o que observamos é a total ausência de padronização do comportamento do autista. Ele pode falar, ou não falar. Manter contato através do olhar, ou não fazê-lo. Responder ecolalicamente, ou não. Esse dado nos indica a inconfiabilidade do diagnóstico do autismo realizado unicamente sobre a observação do comportamento da criança, tal como faz a medicina, incorrendo em equívocos diagnósticos por vezes graves, como nos alerta Kindgard.³⁸ E esse dado favorece o critério diagnóstico psicanalítico, que se apóia na consideração da posição do sujeito frente ao Outro e ao objeto para denominá-lo “autista”.

A psicanálise não descarta a observação do comportamento das crianças como dado diagnóstico, mas propõe uma reiteração diagnóstica feita pela análise da posição do sujeito na estrutura. Nesse contexto, vários supostos diagnósticos de

³⁸ Cf. o capítulo 1, desta dissertação.

autismo perdem seu valor, incorrendo em um outro tipo de psicose ou mesmo em uma neurose mais grave, como nos atesta o caso de Nádía, paciente de Rosine Lefort. (Cf. LEFORT & LEFORT, 1984).

Colette Soler (1994) procura formalizar essa relação do autista com o Outro, reagrupando os traços dessas crianças, revelados nos estudos de casos da literatura psicanalítica.

Ela indica, primeiramente, que os autistas são crianças que se sentem perseguidas pelos signos da presença do Outro, em especial por dois objetos: olhar e voz. Deduzem-se daí as estratégias daqueles que se ocupam delas: de abordá-las dando-lhes as costas ou de lhes falar cantando, por exemplo.

Soler também toma o imprevisível como um índice da presença do Outro. Quando algo se move do lado do Outro, e multiplica suas demandas, obtém-se um impacto direto sobre essas crianças. Instauram-se, então, suas tendências aos rituais: nada pode se mexer, apresentar-se como instável, pois a presença do Outro é intrusiva. “No fundo, sua própria estabilidade depende de que o Outro não se mexa.” (SOLER, 1994:76). Essa necessidade imperiosa de controlar o Outro justifica a boa resposta dos autistas aos programas educativos, examinados no item 1.4 deste trabalho. Uma vez aprendida a seqüência de atitudes que lhes é demandada, os autistas não têm muita dificuldade em repeti-la muitas outras vezes. O que eles não querem é que novas demandas lhes sejam feitas.

A segunda característica diz respeito à anulação do Outro. Os autistas parecem surdos ou apresentam problemas no olhar. Esse traço é uma conseqüência do primeiro, à medida que visa a uma aniquilação dos signos da presença do Outro.

O terceiro traço é o que Soler chama de uma recusa da intimação do Outro e que Bruno traduziu como uma “demanda grau zero” (BRUNO, 1991:52). O Outro chama através da voz e do olhar. Essa recusa de serem chamadas pelo Outro produz, nessas crianças, uma ausência da dimensão do apelo. O autista é uma criança que não faz apelo, ele não entra na dialética da demanda.

A variabilidade das aprendizagens funcionais habituais dos autistas, ilustrada pelo texto da Antènne, leva-nos a encontrar, em uma mesma criança, uma dificuldade do controle esfinteriano coexistindo com uma memória prodigiosa, por exemplo. Essa variabilidade nos faz considerar a anomalia autista não como puramente deficitária, mas fora-das-normas.

Esse fora-das-normas autista relaciona-se, principalmente, ao desenvolvimento pulsional. Se Lacan nos diz que a ordem das pulsões corresponde à sucessão das demandas do Outro e se há uma anomalia da relação com o Outro no autismo, a própria diacronia dos estados libidinais encontra-se perturbada.

Um quarto e último traço refere-se ao problema de separação, concretamente falando, do autista em relação à mãe ou ao terapeuta. Esse aspecto é melhor elucidado por Soler quando ela analisa a questão do corpo no autismo. Uma das observações feitas pelos psicanalistas que atendem essas crianças trata de uma aparente ausência de noção de fronteira entre seu corpo e corpo do Outro, como se o Outro fosse um prolongamento de seu corpo. Com efeito, é comum notarmos que o autista pega, com sua própria mão, a mão do outro para que este abra a torneira; olha para a porta e, sem mais nenhum gesto, aguarda que o outro a abra.

Soler afirma ser esse comportamento menos uma confusão de fronteiras imaginárias do que uma confusão quanto ao ponto de inserção da libido. Não haveria um déficit na percepção dos limites da imagem na criança, mas uma perturbação do instrumento-libido. As fronteiras do corpo são representadas por $i(a)$, nos grafos de Lacan. Vimos que essa imagem primeira, base da imagem especular — $i'(a)$ — não se forma, no autismo.

Em seu último desdobramento do esquema óptico, Lacan (1963) faz corresponder a formação da imagem real — $i(a)$ — à incorporação dos objetos a na borda do corpo real. Essa incorporação só se dá mediante uma falta no Outro primordial, que Lacan escreve $-\phi$. Nesse esquema, sobre a boca do vaso da imagem real Lacan escreve a , e sobre a boca do segundo vaso, o da imagem especular surgida no espelho plano do Outro, Lacan escreve $-\phi$.

“Eis nossa leitura do esquema. O Outro primordial é aquele que pode dar sua falta, $-\phi$, na medida de sua simbolização por meio dos ideais que a vêm, em cada sujeito, representar. Estes, encarnando-se sobre o corpo da criança, permitem vê-la aureolada dos objetos a . Trata-se da operação que corresponde ao eixo do simbólico no esquema, constituindo-se em uma primeira metaforização que sofre a criança, no olhar do Outro. Tal operação se dá por meio de um reconhecimento inaugural da criança enquanto *sua majestade o bebê*, franqueando à criança a formação de uma primeira idéia de unidade do corpo. [...] Na formação da imagem especular opera um Outro marcado, igualmente, por uma falta, frente à qual nenhuma imagem idealizada do bebê pode vir a suprir, a suturar. Disto decorre que a imagem especular fica marcada por $-\phi$, no local ao qual correspondia, na imagem real, aos objetos a .” (FERNANDES, 2000:126-127).

Os objetos a , da boca do primeiro vaso, apresentam íntima relação com a libido. Dissemos, no início deste capítulo, que eles se prestam às configurações da

pulsão nas partes destacáveis do corpo, como o seio, as fezes, o olhar e a voz. É a libido (em latim, *vontade, desejo*³⁹) não é nada mais que a energia dessa pulsão.

Enunciamos, assim, a principal contribuição de Colette Soler em relação à clínica do autismo. Ela afirma ser o autismo uma “doença da libido”, mais além de uma perturbação das ditas “relações de objeto”.⁴⁰

A linguagem, que causa o sujeito, opera também sobre o corpo, instituindo o que Lacan denominou de “órgão-libido”.⁴¹ “A libido é incorporal: um órgão fora do corpo, que não é um significante, mas que expressa o mais-de-gozar exterior à ação do simbólico.” (TENDLARZ, 1997:22) Tudo se passa como se a inclusão do autista no Outro do significante se traduzisse ao nível do corpo, pelo fato de a libido ser também do Outro.

Os casos da literatura nos são favoráveis para explicitar essa afirmação. Não são poucas as descrições dos autores sobre os “desligamentos” e os “ligamentos”, geralmente voluntários, que fazem as crianças autistas. Elegemos um caso — o de Stanley, tratado por Margaret Mahler — que, para nós, é paradigmático desse movimento libidinal. Com efeito, Stanley oscilava entre uma inércia total e uma animação de autômato. A passagem da primeira à segunda se dava quando ele ou dizia “bebê” ou “panda”, ou tocava o corpo da analista. O significante ou o contato corporal tinham o mesmo efeito de ligá-lo. Como se o corpo do Outro — a analista — se encontrasse no mesmo lugar do Outro como máquina significante, corpo da linguagem. De fato, Baio (1998a) nos diz que, no autismo, como na esquizofrenia

³⁹ LAPLANCHE & PONTALIS, 1988. p.344.

⁴⁰ Sobre esse assunto, cf. LACAN, J. (1956-1957) *O Seminário, Livro IV: A relação de objeto.*

⁴¹ Cf. LACAN, 1964, 1972 e 1972-1973.

(ele parece não diferenciá-los), onde todos os órgãos são fora-do-corpo, tem-se o Outro da língua, ou Outro do corpo. Aqui a palavra não é o assassinato da Coisa, ela é a Coisa.

Quando o autista se liga ao Outro, o corpo do significante superpõe-se ao organismo, traçando uma zona de incidência onde o significante governa o corpo. Esse corpo libidinizado é mais estreito do que os limites do organismo, mas vai além dele pelo prolongamento libidinal estabelecido com o Outro. O Outro torna-se uma máquina-libido, necessária e exterior ao corpo do autista. Se ele lhe falta, o autista cai, literalmente; privado de sua própria energia.

O autista, então, não se separa do Outro porque o Outro não é um objeto compensador de sua falta, mas uma parte de sua libido. E, ao se ligar ao Outro, ele se liga a seus significantes, tornando-se o seu reflexo. Sua fala, quando adquirida, apresenta um aspecto “como se” (*as if*), reproduzindo o outro, mas sem “inteligência”, sem se apropriar verdadeiramente das palavras, invertendo a mensagem do Outro e tornando-a sua. Ou seja, não há separação da cadeia significante. Isso leva Soler a considerar os autistas como “puros significados do Outro”, “marionetes do Outro”. Esse dado adquire sua importância quando, no tratamento, qualquer modificação ocorrida do lado do Outro provoca efeitos imediatos sobre a criança.

O Outro colocado como prolongamento libidinal do autista e a não constituição da imagem real dessas crianças, onde os objetos *a* seriam incorporados, poderiam sugerir-nos a afirmação de que o autista não tem corpo. Essa é uma questão conceitual delicada, à qual preferimos apenas aludir. O corpo, para a

psicanálise, não se resume a uma superfície projetada; nele há furos onde se aloja o gozo, estabelecendo seus limites. No autismo, a ausência da operação simbólica que propicia a constituição desses limites teria, como efeito, um sujeito sem corpo. A consistência corporal não pode se estruturar sem que haja a extração do objeto e sua posterior instalação no ponto da falta no Outro. O lugar do Outro, estabelecendo-se como um prolongamento libidinal, insinua uma concepção do corpo do autista como sendo, também, o Outro.

Jean-Claude Maleval (1997) escreve um pequeno texto que nos traz grandes contribuições à especificidade do autismo — ou “psicose autística”, como ele bem a precisa. Utilizando-se da análise das formas mais elaboradas de defesa do sujeito — o mesmo método que, segundo ele, orientou Freud e Lacan a desembaraçar os mecanismos da psicose — Maleval assinala o que seria característico da defesa autística: a função asseguradora e essencial de alguns objetos.

Em seu estudo inicial, de 1943, Kanner já apontava as boas relações que a criança autista possuía com os objetos, os quais lhe propiciavam “uma sensação gratificante de onipotência e controle” (KANNER, 1997:163). Maleval observa que essa defesa se desenvolve através da justaposição de significantes a esses objetos, produzindo um efeito de animação que eleva esses últimos ao estatuto de máquina, esta não sendo mais que uma realização simbólica. A máquina autística é, por essência, um objeto portador de significantes organizados.

Apropriando-se da expressão de Tustin para esses objetos especiais do autista, Maleval propõe as quatro etapas da defesa autística, em ordem decrescente de frustração:

- a) O objeto autístico bruto: esse objeto não porta significantes organizados, mas ajuda o sujeito a pôr ordem no mundo, mantendo a imutabilidade e protegendo-o do desejo do Outro. São exemplos desse objeto os brinquedos manipulados pelas crianças.
- b) O objeto autístico não regulado: portador de significantes, contribui para um ordenamento mais elaborado do mundo. O sujeito autista ou se encontra colado a esse objeto, sob uma relação transativista, ou se mantém em um estado de inércia, devido a um “deixar-se cair”. As máquinas liga-desliga, de Joey (Bettelheim), e acende-apaga, de Stanley (M. Mahler), são exemplos desse tipo de objeto.
- c) O objeto autístico regulado: são aqueles dos autistas-eruditos — calendários, significantes da aritmética etc. O objeto regulado também porta significantes. O autista-erudito é nele “tomado em massa”, respondendo a questões que o testam em suas habilidades excepcionais de modo quase alucinatório, sem um verdadeiro trabalho próprio.
- d) O objeto autístico regulador: traz a referência, fixada pelo significante, mas dele o autista se descola. Em razão dessa distância relativa, o sujeito consegue desenvolver capacidades de adaptação a situações imprevistas. São exemplos desse mais alto progresso dos autistas, a máquina elétrica de Joey (Bettelheim) e o livro publicado de Temple Grandin.

Por adquirir um estatuto de suplência para o sujeito, tal como o delírio do paranóico, o objeto autístico não deve ser interpretado. Esse objeto instaura uma borda entre o sujeito e o Outro do desejo. Nele alguns autistas conseguem enxertar o que Pierre Bruno denominou o Outro de síntese. Esse Outro funciona como um reservatório do objeto real, permitindo estruturar a realidade e preservar o desejo do Outro.

O Outro de síntese é holofrásico: um aglomerado de S_1 ordenados, mas sem uma referência externa. Os significantes são organizados uns em relação aos outros, porém permanecem isolados, sem uma amarração que produzisse um sentido. As proezas dos autistas-eruditos, que tanto encantam, inserem-se nesse Outro de síntese. Elas diferem, por exemplo, de um romance, um estudo ou um relatório, onde a referência final não lhes é inerente, estando localizada na enunciação dos autores. Essas são leituras muito complexas para os autistas, mesmo os eruditos; eles podem decifrar o escrito, mas se perdem na compreensão de seu conteúdo. É como se “o sentido se perdesse na confusão das palavras comuns”⁴². O autista assimila o escrito de um romance como também sendo conglomerados de S_1 , não ascendendo à amarração operada entre seus significantes, cuja articulação se dá pelo enlaçamento fálico.

A indicação clínica dessa ausência de articulação significativa é notada no isolamento de algumas letras que ganham um peso particular para o sujeito.

⁴² Trecho do livro de uma autista adulta, Donna Williams — *Nobody nowhere*, 1992 —, citado por MALEVAL, 1997).

A extraordinária memória de Raymond, o autista do filme *Rain Man*, para decorar os números do catálogo telefônico da cidade e sua capacidade de contar rapidamente as cartas de um baralho exemplificam o funcionamento do Outro de síntese do autista. Mas sua dificuldade para entender a piada televisiva — exposta aqui no primeiro capítulo — também o faz. O Outro de síntese não é barrado; entretanto, ele é organizado, ordenando alguns campos da realidade, e localiza o gozo do sujeito.

Em seu *Seminário, Livro XX: Mais, Ainda*, Lacan precisa a característica do significante-mestre, S_1 , de não se reduzir a um significante qualquer, representando o sujeito em todos os níveis do discurso por uma posição de exterioridade que envolve, permitindo o ordenamento da cadeia significante. Essa pluralidade do S_1 que o leva a permanecer “indeciso entre o fonema, a palavra, a frase, mesmo todo o pensamento” (LACAN, 1982:196) permite a Lacan um equívoco homofônico conceitual, nomeando-o de “enxame” (*essaim*, em francês, que se pronuncia tal como S_1). De acordo com Miller (1993), é na esquizofrenia que podemos ver o enxame de significantes irremediavelmente disperso, com seus fenômenos manifestando o espalhamento e a desaparecimento do significante-mestre.

Maleval observa que, no autismo, haveria uma outra forma de pluralização do S_1 , a qual não possui um ordenamento instaurado por um processo de revestimento, efeito da posição de exterioridade do significante-mestre. No Outro de síntese do autista há uma coordenação dos elementos, mas sua referência localiza-se internamente, no próprio sistema significante, e não em um ponto

exterior. O autista-erudito não está “representado” por seu Outro de síntese, mas “acoplado” a ele.

Acoplando-se a seu Outro de síntese, o sujeito autista liga-se a ele e dele se desliga voluntariamente. A intervenção protetora desse objeto permite a elaboração da alienação significativa, acentuando a animação da libido e os efeitos de apaziguamento do gozo. A alienação significativa vai sendo melhor elaborada pelo autista tendo o objeto como suporte, o que lhe permite uma maior utilização das palavras, e sua relação com o Outro torna-se mais suportável.

3.2 Indicações para uma direção de tratamento

Estabelecendo-se a defesa autística como se apoiando sobre objetos, tiramos daí algumas indicações para a condução do tratamento com esses sujeitos.

Quando Collete Soler estabelece o lugar em que o Outro é colocado para o autista, como um prolongamento libidinal, uma espécie de máquina significativa, ela se pergunta o que fazer diante dessa separação impossível. E sugere, um pouco desanimada, que a solução seria “a de arranjar uma máquina terapêutica para o resto da vida” (SOLER, 1994:79).

Parece-nos que o Outro de síntese, que Maleval faz coincidir com os objetos especiais, portadores de significantes, dos autistas, faz às vezes dessa máquina terapêutica vitalícia, proposta por Soler. A questão que se coloca é a de como instituí-la no tratamento dessas crianças.

Éric Laurent nos dá uma pista, ainda que um tanto obscura. Ele enuncia que a interpretação do analista deve ser a de dizer “um *não* ao estado homeostático”

do autista. O “não” a esse êxtase se dá pela introdução da dimensão de um objeto, de um parceiro real do autista. O analista deve converter-se em um novo parceiro do sujeito, porém fora de toda reciprocidade imaginária e, mais ainda, sem a função de interlocução. Essa oposição ao gozo não consiste, forçosamente, em verbalizações, mas em se fazer barreira a ele.

“É o *não* ao gozo estático assim efetuado que instaura um vai-e-vem e as diferentes oscilações do sujeito ao redor do objeto do Outro, que o levam a extrair-se um objeto e depositá-lo no corpo do analista, objeto que entra em uma série de substituições, construindo assim uma metonímia psicótica.” (LAURENT, 1998:93).⁴³

A colocação do analista no lugar de onde se pode arrancar o objeto, na tentativa do autista de construir uma posição em relação ao saber, é a indicação de tratamento postulada por Laurent. Continuamos, entretanto, sem saber como essa extração pode se dar.

Talvez a prática das instituições belgas Antenne 110 e Le Courtil possa nos trazer algumas respostas. Virginio Baio (1998a) nos afirma que a “mania” dos autistas de aplicar uma batida contínua nos objetos é uma tentativa vã de criar uma suplência para a carência do significante fálico. Esse significante, fálico (+) produz uma perda de gozo (–) que orienta o sujeito no espaço e no tempo, quanto ao sexo e à existência. Na falta desse dispositivo estruturante, o autista isola um órgão suplementar — o objeto —, ao qual ele aplica uma batida, um + e um –.

Mas essa batida continua metonímica, sem conseguir engendrar um – pela substituição de um +. Essa construção não pára de não inscrever um – e o autista a repete, também sem parar.

⁴³ Tradução do Autor.

O que o analista pode, então, fazer? Colocar-se como parceiro do autista, onde um saber pode se localizar e se fixar, responde-nos Baio. Para tanto, deve encarnar, para ele, um Outro vazio de saber, portanto de gozo, mas também um Outro regulado, que se apresente dócil em relação ao seu olhar e à sua voz e, principalmente, em relação ao saber metonímico que a criança vai construindo. Um Outro que pode ser negativizado.

Seguindo as mesmas indicações que Lacan postula para o tratamento das psicoses, também no tratamento específico do autismo o analista se coloca no lugar de uma testemunha. Mas uma testemunha que atua. Se o Outro é real, deve-se introduzir uma descontinuidade em seu saber total, “descompletando-o” e nele inserindo uma subtração, fazendo-o inexistir. Esse saber metonímico construído, que se apóia no objeto que é órgão suplementar, ao mesmo tempo em que diz “não” ao Outro do gozo, faz surgir, no autista, uma presença de sujeito.

Um exemplo de Baio pode vir a clarear essas considerações. Uma criança autista, fechada em seu mundo, passava horas batendo com um copo na vidraça, alternando esse movimento com um barulho dos lábios. Ela procurava, inutilmente, tratar seu Outro real com sua “batida-barulho”. O educador⁴⁴ introduziu um acorde de violão a cada toque da criança. Se esta parava, ele parava; quando ela retomava o movimento, ele também o fazia. Após um certo tempo, a criança se virou e olhou o

⁴⁴ O trabalho *sui generis* dessas instituições considera (e prepara para tanto) qualquer pessoa apta a ser tomada como esse Outro regulado, parceiro do autista — o chamado “ato com vários” (*la pratique à plusieurs*). E isso porque, se é uma condição que o Outro se coloque em um lugar vazio de saber, seria uma contradição sua autoproclamação como o analista daquela criança. Quem “escolhe” seu analista é a própria criança, pelas situações criadas por ela, e todos estão lá prontos para exercer essa função, no momento em que ela se impõe. Daí a denominação generalizada de “educador”, ao invés de analista. Ademais, essas instituições proclamam que todos os seus atos são embasados pela teoria psicanalítica, mas que sua prática não pode ser considerada uma psicanálise, pelas especificidades que ela comporta.

educador. Este então se pôs a cantar: “Pippo está aqui, Pippo está aqui”. Essa cena se repetiu por longas semanas, até que Pippo interrompeu sua batida inútil para ir tocar no violão do educador e, finalmente, sentar-se em seu colo, no lugar do violão, mordê-lo e sorrir.

O que fez o educador? Ocupou o lugar do destinatário da “batida-barulho”, que não conseguia se inscrever simbolicamente. Forçou um contraste com o real, retomando, por sua conta, pelo acorde do violão, um dos dois tempos daquele + e – realizado. Quando a criança se virou para verificar de onde vinha a réplica, uma descontinuidade foi introduzida e se fez um sinal da presença do sujeito.

O objetivo das intervenções dos educadores é o de fazer com que algo se escreva e tome o *status* de letra. Outra criança que não comia e só roía as bordas dos alimentos, ao se deparar com pedaços de biscoitos e um menu incompleto que lhe foram servidos, passou a reclamar o que lhe faltava e daí a chamar os educadores pelo nome, a classificar os objetos em quebrados e não quebrados, para, então, culminar em um interesse especial pelas instalações dos esgotos, pelos circuitos do corpo, dentre outros.

Mais do que ajudar o autista a escrever aquilo que não cessa de não se inscrever, ao se deixar regular, o analista permite à criança algum repouso em seu trabalho constante de regulação do Outro e, quem sabe, pode até ser tomado como um sócio no tratamento desse Outro, levando o autista a construções cada vez mais elaboradas e até mesmo a um delírio.

Destacamos, até aqui, uma primeira indicação de cura, onde uma máquina significativa é fabricada apoiando-se sobre os objetos especiais do autista, e

funcionando como seu prolongamento libidinal. Uma segunda indicação seria onde o analista se coloca no lugar do Outro regulado e procura instituir uma descontinuidade no saber total do Outro real, infligindo-lhe uma subtração. Essas duas indicações não se mostram antagônicas, porquanto complementares. A segunda pode ter como efeito a produção da primeira.

Há uma terceira, que se refere mais diretamente ao cerne da questão do autismo, a ausência do Ideal-do-eu. Autores como Collete Soler (1994) e Lasnik-Penot (1997) não duvidam de que o lugar do analista no tratamento psicanalítico do autismo é o do Outro primordial. O plano do significante, o lugar da demanda do Outro e, portanto, do complemento de libido, é o que nos diz a primeira. Mas Soler toma esse lugar do analista com certa desconfiança. Não deixa de reconhecer os efeitos que produz, mas considera que se chega a um impasse, devido à separação impossível que não se realiza. É então que sugere a solução de se arranjar para o autista uma máquina terapêutica vitalícia, o que recai em nossa primeira indicação de cura.

Lasnik-Penot não se mostra pouco à vontade nesse lugar do Outro primordial. Ela defende a posição do analista como a de reconstrução do Ideal-do-eu, expoente do desejo materno. Esse trabalho se daria com o autista — com quem a analista procura se fazer, às vezes, da terceira pessoa do chiste, enxergando demandas na criança onde o que se vê são pedaços de músicas, frases cortadas ou palavras soltas no ar⁴⁵, e com seus pais (ou qualquer outra instância que ocupe esse

⁴⁵ Cf. sua descrição do caso Louise, in LASNIK-PENOT, 1997. p.133-178.

lugar de Outro primordial), levando-os a interpretar cada vez mais as atitudes do filho, estabelecendo, assim, um investimento libidinal naquela criança.

Em certa medida, Pierre Bruno segue nessa mesma direção. Em seu texto de 1997, responde a uma pergunta da audiência, sobre até onde se encaminha uma cura com crianças autistas, com um exemplo de sua clínica no qual sua posição foi a de ajudar a criança a construir algo do desejo materno.

Ao considerar que o autista se encontra na transferência, mas com uma demanda que está “impedida de nascer”, Bruno problematiza o tratamento psicanalítico do autismo ao afirmar que, para que haja análise, é necessário que haja uma demanda. Enuncia a necessidade de se manejar minimamente a transferência, nesses tratamentos, para que “um começo de demanda” possa surgir. Essa seria uma condição necessária, porém não suficiente.

Bruno retoma as máquinas das curas dos autistas e as relaciona com a indicação de tratamento dada por Lacan, em seu texto de 1975. Ele diz que a criação dessas máquinas engenhosas assinala, para o autista, “de onde se escuta”. É preciso que se distinga de onde se ouve, antes de se poder falar — seria essa a recomendação de Lacan em seu texto. “Quando se pode determinar de onde se ouve, se isso é possível, então falar já não terá a significação da morte do Outro.” (BRUNO, 1997:55).⁴⁶

O problema que se coloca quanto à função do analista no lugar de Outro primordial, sem recorrer ao aporte do objeto, é que o autista permaneça na posição de significado do Outro. Sabemos que, nessa relação peculiar, se o Outro se

⁴⁶ Tradução do Autor.

movimenta (no campo significante) seus efeitos se fazem notar também do lado do autista. Afinal, o autista é o Outro.

A introdução de uma negativização no Outro real, ao lado da construção de um objeto que funcione como prolongamento libidinal do autista, parece-nos alcançar um horizonte mais extenso no tratamento dessas crianças.

Quanto ao prognóstico que a psicanálise faz desse tratamento, não diremos que seja animador. Apesar dos desenvolvimentos teórico-clínicos que procuramos trazer aqui, reiteramos que o tratamento do autismo depende de numerosos fatores conjunturais, sobretudo da resposta que a própria criança oferece ao tratamento.

Rosine e Robert Lefort acreditam que a saída do autismo se faça pela debilidade ou pela paranóia. Esta última seria a mais desejável, pelo acesso à palavra e a possibilidade de elaboração de um delírio. É o que Virginio Baio também espera.

Para Maleval, um tratamento psicanalítico do autista não pode esperar mais do que a colocação em movimento do autista e seu acompanhamento. Collete Soler parece dividir com o colega sua prudência, porém mostra-se um pouco cética na avaliação da cura dessas crianças:

“Os efeitos obtidos não vão além do progresso no plano da norma e no plano educativo. Essas crianças aprendem palavras, aprendem a servir-se delas de maneira quase apropriada; elas aprendem a ficar limpas, quando elas não o eram. Elas se civilizam, então, um pouco. Já é alguma coisa, dirão alguns. Mas encontramos sempre o mesmo obstáculo: a separação impossível.” (SOLER, 1994:79).

3.3 O exemplo de Temple Grandin

Essa barreira prognóstica pode não se mostrar tão desfavorável assim se se consegue estabelecer, na vida do autista, mecanismos defensivos que lhe permitam alguma ancoragem simbólica. Foi o que se passou com Temple Grandin, autista americana que construiu uma máquina que lhe proporciona certa tranquilidade nos momentos de crise, e que escreveu um livro, em colaboração com uma jornalista, sobre sua vida de autista.

Adiantamos que Temple não se submeteu a nenhum tratamento psicanalítico, nem mesmo comportamental. Até porque, como ela própria observa, seu diagnóstico se deu em 1950, quando o termo “autismo”, aplicado a esses casos, ainda era novo e desconhecido da maioria dos especialistas. Nem por isso as circunstâncias de sua vida deixaram de encaminhá-la no sentido prescrito pela psicanálise e que acabamos de delimitar no corpo deste capítulo.

Temple Grandin, nascida no final dos anos 40, estudou psicologia e se intitulou Ph.D. em ciência animal. É professora-assistente do Departamento de Ciências Animais da Colorado State University e uma das maiores especialistas na concepção de sistemas para criação e corte de animais de fazenda.

Temple é considerada como portadora da Síndrome de Asperger, devido à sua inteligência e a seu campo de interesse bem estabelecido. Retomamos, no entanto, nossas considerações do primeiro capítulo deste trabalho e reiteramos o diagnóstico de autismo para essa mulher.

Com efeito, esse “rótulo” foi-lhe dado por um neurologista quando Temple contava três anos de idade. Seu autismo já se fazia notar, pois, nessa idade, não

falava, era destrutiva e gritava continuamente. Demonstrava impulsos repentinos que, uma vez frustrados, provocavam ataques de raiva violentos. Temple padecia de uma intensificação anormal das sensações, sobretudo as auditivas e olfativas, o que a levava a considerar que vivia em um “caos”. Aos seis meses já se mostrava enrijecida nos braços da mãe e, aos dez, arranhava-a “como um animal encurralado”.

Também aos três anos de idade, Temple foi levada pela família a uma escola especializada em crianças excepcionais. Lá, Temple foi submetida a uma terapia da fala o que, segundo ela, se configurou como sua “salvação do abismo”. Temple começou a falar, misturando os pronomes e sendo incapaz de compreender os diferentes sentidos de “você” e “eu”⁴⁷, dependendo do contexto. A despeito de sua dificuldade inicial, aos seis anos já havia conquistado uma linguagem satisfatória. A nova relação com as coisas do mundo, propiciada pela linguagem adquirida, instituiu-se como um esteio para dominar o caos, e seu sistema sensorial começou a se estabilizar. Dali em diante, Temple só fez se adaptar, cada vez mais, a seu mundo circundante, ao mesmo tempo em que desenvolveu um alto poder de concentração, que a conduzia a anular, alternativamente, esse mundo.

⁴⁷ Merleau-Ponty esclarece, de maneira luminosa, toda a complexidade em que se torna a aquisição dos pronomes “eu” e “você” pelos seres humanos. Ele escreve: “O pronome ‘eu’ é ainda mais tardio que o próprio nome, pelo menos se se o entende em seu sentido pleno, vale dizer em seu sentido relativo. O pronome ‘eu’ não tem verdadeiramente seu sentido pleno senão [...] logo que ela (a criança) compreende que cada um dos que estão diante dela podem por sua vez dizer ‘eu’, e que cada um é para si próprio um ‘eu’ e para os outros um ‘você’. É logo que ela compreende que, ela que é tratada por ‘você’ pelos outros, pode também dizer ‘eu’, o pronome ‘eu’ está adquirido em toda sua significação.” (MERLEAU-PONTY, 1984:75).

A despeito de seu progresso notável, ainda hoje se apresenta com seus traços de autista. Esforça-se por aprender com os seres humanos, mas sabe que é “diferente”, o que a levou a se considerar — expressão incrivelmente metafórica para uma autista — como “um antropólogo em Marte”. Seu sentimento de exclusão da espécie humana reside, sobretudo, em sua total incapacidade de experienciar as regras implícitas das convenções e dos códigos sociais, como ela própria justifica. Temple diz que aprendeu a inferir os signos sociais vigentes, mas não consegue percebê-los. Quando criança, a falta de consciência de que era *ela* a diferente, levava-a a considerar as demais crianças como sendo “telepáticas”, capazes de se comunicarem entre si sem se utilizarem de nenhuma palavra verbalizada.

Os traços autistas de Temple são percebidos pela sua fala sem entonação e alta, além de clara e completa, onde nada é deixado implícito ou solto no ar. Manifesta uma inocência e uma credulidade em relação ao que percebe do mundo, ao mesmo tempo em que não partilha, em suas atitudes, de cerimônias ou delicadezas sociais. Ao ser interrompida na exposição de um pensamento, não consegue retomá-lo do ponto onde havia parado, necessitando recomeçar, desde seu início, repetindo-o na mesma seqüência e com as mesmas palavras. Demonstra extrema dificuldade em entender um romance e não cria empatia com nenhum de seus personagens.

Essa ausência de sentimentos também ocorre diante de um pôr-do-sol ou em relação à música; Temple diz que esta não lhe passa nenhum significado. Podemos concluir, precipitadamente, que os autistas, então, não têm emoções. No entanto, suas paixões violentas, fixações e fascinações altamente carregadas de afeto

e suas preocupações elevadas com certos aspectos da vida — como é o caso de Temple com os animais —, não nos autorizam tal afirmação. Seus afetos encontram-se comprometidos em relação às experiências humanas complexas.

Outra característica de Temple, bastante comum em casos de autismo, é seu recurso às imagens visuais, que embasam seu pensamento e que a ajudam a memorizar alguns conceitos abstratos obscuros. Ela explica que sua mente é como uma biblioteca de fitas de vídeo ou um CD-Rom, com acesso rápido, que armazenam as cenas de tudo o que já presenciou na vida. Ela se recorda até mesmo de fatos de seu primeiro ou segundo ano de vida. Mas uma vez iniciadas as cenas do “vídeo”, é preciso que se veja tudo. “É um método lento de pensamento”, ela diz.

Um repertório de imagens concretas é utilizado por Temple para representar conceitos abstratos complexos. Mesmo sentenças, poemas e séries de números se “transformam” em alguma imagem especial para serem armazenados em sua memória. Quando pequena, Temple só conseguiu guardar as palavras da oração, que repetia diariamente, através desse recurso. Assim, o Poder se resumia em fios de alta tensão e a Glória, num sol resplandecente.

Desde os cinco anos de idade, Temple sonhava com uma máquina mágica, que pudesse espremê-la com força, porém gentilmente, em uma espécie de abraço, mas de uma maneira inteiramente controlada por ela. Isso porque ela desejava muito ser abraçada mas, quando isso acontecia — sobretudo com sua tia predileta — o abraço a esmagava e essa sensação a subjugava. Sentia, nesses momentos, prazer e paz, mas também terror e um medo de ser afundada. Ficou intimamente obstinada com essa idéia da máquina de abraço. Até que, aos 15 anos, aconteceu o que

considera um marco em sua vida: um professor apresentou-lhe uma foto de uma calha afunilada, desenhada para impedir a passagem do gado ou contê-lo. Temple concluiu que era aquilo que ela queria para ela.

O professor, ao invés de desdenhá-la, ajudou-a em suas pesquisas sobre fazendas de gado e seus maquinários, o que se desdobrou em um conhecimento da biologia e de outras ciências. Temple Grandin encontrou na linguagem da ciência “um alívio”: era clara, explícita e sem aqueles rebuscamentos custosos da linguagem social, com suas alusões, pressuposições, ironias, metáforas e brincadeiras. Ela montou, então, sua “máquina de espremer”, que lhe proporciona a sensação de tranqüilidade e prazer com que sonhava desde a infância. “Não teria sobrevivido a meus dias mais tumultuados na universidade sem minha máquina”, afirma ela.

Possui duas, uma em sua casa e outra em sua sala, na universidade. A máquina ocupa para ela um lugar de conforto e consolo. Se não podia se voltar para os seres humanos para obtê-los, agora pode sempre recorrer à máquina. Mais do que isso, a máquina é sua porta para um mundo emocional; ela a ensina a “entrar em comunhão com os outros”, como diz. Enquanto está lá dentro, sentindo sua pressão firme e confortável, pensa nas pessoas de quem gosta — na mãe, na tia predileta, em seus professores.

Quando Temple contava 28 anos, observou um desenhista fazendo plantas de construções. Foi aí que começou a desenhar, mas de uma maneira bastante singular: fingiu que era o desenhista, o desenho saiu por si mesmo e ela própria se espantou. “Apropriei-me dele”, ela conta — dele, o desenhista. Essa é outra característica espantosa dos autistas: sua capacidade de introjetar habilidades

complexas identificando-se maciçamente com seus detentores, como se os autistas os engolissem e os assimilassem lentamente. Depois, podem até se desvincular completamente das pessoas e de suas habilidades, deixando-as de lado.

Sua nova capacidade de desenho, aliada à sua ternura pelos animais — “Se você é um pensador visual, é fácil se identificar com os animais; eles não pensam”, ela costuma dizer — levaram Temple a dirigir sua carreira para o que faz hoje. Além da profissão de docente e da consultoria a fazendas, ela escreve artigos e dá palestras sobre os dois assuntos que abraçou em sua vida: a recuperação do “sentimento” animal, na agroveterinária, e o autismo.

Temple é bem informada sobre as últimas descobertas científicas a respeito de seu problema. Observamos, inclusive, que ela se mostra bastante influenciada pela ciência, pelo uso que faz de seus jargões e explicações quando justifica suas percepções e comportamentos. Chega a criticar a Teoria da Mente, pelo fato de que suas considerações não explicam o enrijecimento do bebê no colo da mãe, ainda aos seis meses de vida — momento onde não há nenhuma teoria da mente não introjetada que o diferencie de um bebê normal —, e pela presença de variações extremas em seu dia-a-dia, indo das excessivas reações aos estímulos sensoriais até uma total ausência delas.

Apesar de toda a sua “impessoalidade” quanto ao assunto, buscando o alívio da linguagem científica para explicá-lo, podemos isolar a necessidade de ser abraçada como o que Temple apresenta de mais subjetivo em toda a construção por que passou em sua vida. Sua “máquina do abraço” é seu órgão suplementar. Um objeto autístico regulador, que traz a referência significante, mas que permite que

dele Temple se descole. Em razão dessa distância relativa, ela consegue desenvolver capacidades de adaptação a situações imprevistas, como nos descreveu Maleval.

Temple não passou por um processo formal de psicanálise para elaborar esse seu Outro de síntese, mas podemos afirmar que seu professor da adolescência fez às vezes de analista: um secretário, que acompanhou e orientou — não mais que isso — o trabalho de Temple em sua construção de um objeto fora-do-corpo, localizador do gozo do sujeito.

Além do objeto portador de significantes, fundamental para a estabilização de Temple, parece-nos que ela alcançou um S_1 , uma identificação a um significantemestre que a orienta em sua vida — o significante *autista*. Com efeito, uma de suas palestras, Temple encerrou assim: “Se pudesse estalar os dedos e deixar de ser autista, não o faria — porque então não seria mais eu. O autismo é parte do que eu sou.” (SACKS, 1997b:297).

CONCLUSÃO

Foi uma opção nossa, para a escrita deste trabalho, não abordar as importantes contribuições dos pós-freudianos que se dedicaram à exploração do tratamento do autismo. A análise de suas teorias acerca do autismo, bem como da condução dos tratamentos a que submeteram seus pacientes autistas, seria bastante pertinente ao tema que propusemos estudar; porém, tornariam esta dissertação demasiado extensa. Além do que, numerosos autores já se detiveram em uma ou outra discussão a esse respeito⁴⁸ e pensamos que tratar aqui das abordagens diagnósticas e dos tratamentos atuais enriqueceria mais a discussão sobre o tema.

Não conseguimos nos furtar, entretanto, como bem deve ter observado o leitor, de citar, esporadicamente, os trabalhos desses pós-freudianos, sobretudo seus exemplos clínicos, que já se tornaram clássicos para a literatura psicanalítica do autismo. Nada melhor que recorrer a esses casos clínicos, tão conhecidos de muitos, para exemplificar o que procuramos elaborar teoricamente, em nosso percurso.

Se citamos seus casos clínicos como ilustração de alguns pontos teóricos, deixamos de ressaltar inúmeras observações feitas por esses autores, em suas teorias, que vão ao encontro daquelas elaboradas pelos analistas lacanianos contemporâneos, reunidas neste trabalho. Para que essa lacuna não seja instaurada,

⁴⁸ Cf. Tendlarz (1997) e Letra Freudiana (1995). Indicamos essas análises, feitas sob a luz da teoria laciana que procuramos expor aqui, pois mostram o sucesso e o insucesso das abordagens de cada um dos autores pós-freudianos.

mencionamos, como indicação para futuras consultas, os “objetos autistas” nomeados por Frances Tustin; a observação de Bettelheim sobre o surgimento e a importância desses objetos especiais no tratamento dessas crianças; a indicação de Margaret Mahler do lugar de “máquina influenciada”, acerca da posição de Stanley, o que nos remete ao lugar de objeto acoplado ao Outro, ocupado pelo autista; o diagnóstico de Françoise Dolto em relação a Dominique, que aponta para a diferenciação entre a posição do débil e a do autista; a observação de Donald Meltzer quanto à bidimensionalidade do mundo do autista, elucidando a questão da superfície sem furos, e sua indicação da disponibilidade corporal do analista, no tratamento dessas crianças.

O que a maioria desses autores, com suas teorias educativas ou mais voltadas para o sujeito, têm em comum são suas convicções de que não poderiam representar uma intrusão no universo fechado dessas crianças. Suas intervenções só seriam possíveis se se mantivessem próximos a elas, sem, no entanto, apresentá-lhes alguma ameaça persecutória.

Consideramos que o tratamento do autismo tem sido, até hoje, fonte de experimentalismos — científicos e psicanalíticos. A terapia comportamental e o método TEACCH, especialmente, exaltados como o melhor achado da ciência, nos últimos tempos, para o tratamento dessas crianças, de certo modo fazem jus a essa posição. Eles têm o mérito de obter respostas dos autistas, que se encaminham para uma comunicação maior com os outros e para a aprendizagem de habilidades sociais. Sua proposta de adaptação social do autista é alcançada com relativo sucesso.

Essa maior desenvoltura da criança no meio social, a despeito de uma postura “como se” (*as if*) por ela apresentada, traz um certo apaziguamento à angústia dos pais. E isso não é sem importância. Em nossa discussão sobre a concepção psicanalítica do autismo, vimos como a suspensão de um saber dos pais em relação ao filho autista fá-lo se manter no mesmo lugar. Por outro lado, um movimento significativo desses pais tem efeitos imediatos sobre a criança. O Outro se move, seu significado se move.

A terapia comportamental fornece aos pais um saber sobre o seu filho, com uma hipótese deficitária (o cognitivo), uma teoria de seu funcionamento psicodinâmico (a Teoria da Mente) e o caminho a ser percorrido em seu tratamento, incluindo a participação desses pais. Significantes que movimentam o Outro e o sujeito.

A psicanálise também se encontra em um estágio experimental em relação à clínica do autismo. Apesar de seu preceito fundamental, em que ela se cria no caso-a-caso, seus desenvolvimentos teóricos sobre o tratamento do autismo só agora se mostram frutíferos. Foram precisos anos de considerações teóricas diversas sobre a posição dessas crianças e anos de prática clínica institucional para se chegar a uma concepção teórica que aponte direcionamentos produtivos em seu tratamento.

É claro que os ensinamentos de Jacques Lacan a respeito da psicose foram de suma importância para essa elaboração, o que se deu recentemente. Acreditamos, ademais, que esse foi um marco precioso para se estreitar o leque de concepções discordantes sobre o autismo, que se abriu até então. Uma vez aceita a determinação significativa do sujeito como fundamento de sua constituição, a

discussão nos meios psicanalíticos passou a se concentrar nos encaminhamentos possíveis de se promover no tratamento dos autistas.

A psicanálise demonstra uma visão original do autista, compreendendo-o como um trabalhador incessante em seu propósito de regulação de seu Outro. Uma visão bastante diferente daquela da cultura em geral, que toma o autista como um ser totalmente alheio ao mundo externo e imerso em seu próprio mundo, fantasiado, muitas vezes, como sendo um lugar especial e tranqüilo, o que provoca muita curiosidade nos neuróticos que o rodeiam.

Há que se considerar que as últimas teorias médicas sobre o autismo também o retiram desse lugar idílico proposto pela cultura. A medicina prega o incômodo sentido pelos próprios autistas — sobretudo aqueles de alto-funcionamento — com sua posição deslocada em relação às normas implícitas da cultura. Esse sentimento desafinado vai, de certo modo, ao encontro do que estabelece a psicanálise, porém mantendo-se bastante aquém da concepção estrutural com a qual ela trabalha.

O resultado mais fecundo de se tomar o autista como um trabalhador em sua regulação do Outro é o oferecimento de um lugar que poderíamos chamar de “próprio”, obtido através dos efeitos-sujeito que a análise visa a produzir. A singularidade da criança não é desconsiderada, e o tratamento toca o eixo central do problema do autismo: a sua posição em relação ao Outro.

Vamos concluir, por ora, que o autismo é uma psicose esquizofrênica. Quanto à sua posição na estrutura psicótica, cremos que não haja dúvidas estruturais. Quanto à esquizofrenia, o movimento que leva esses sujeitos a

construírem um órgão suplementar em substituição ao órgão-linguagem, que lhes falta, torna-os bastante íntimos em sua posição. Entretanto, o maior traquejo que o esquizofrênico demonstra ter com a linguagem e com a noção de corpo, em relação ao autista, sugere-nos uma investigação mais aprofundada quanto às circunstâncias e aos efeitos de um desencadeamento precoce, em um caso, e tardio, em outro. Esta é a proposta que deixamos em aberto, neste trabalho.

Outra questão que se coloca diz respeito ao caráter cronológico do tratamento do autismo. É de ampla aceitação, por médicos e psicanalistas, a idéia de que, quanto mais cedo se inicia o tratamento, melhores respostas dele se obtém. A idade máxima estipulada para esse período “produtivo” é a de cinco anos.

A medicina procura justificar essa observação comum por meio da anatomia cerebral. É sabido, no âmbito médico, que até os cinco anos de vida o cérebro dos seres humanos apresenta uma plasticidade notável, sendo capaz de encontrar saídas para os problemas de conexões neurais, estabelecendo novas conexões entre neurônios que, naturalmente, não seriam destinados a isso.

Mas e a psicanálise? Será que ela se contenta com o fator orgânico para explicar tal situação? Se ela postula a logicidade das operações de alienação e separação para a constituição do sujeito, em oposição a uma suposta cronologia de seus aparecimentos, como aceitar pensar uma melhor disposição às intervenções terapêuticas até os cinco anos de idade? Estaria o autista, no início de sua vida, em uma posição de maior abertura aos significantes do Outro primordial? E o que aconteceria, após os cinco anos, para que ele voltasse a excluir ainda mais os signos da presença do Outro?

Essas são questões que merecem ser analisadas e respondidas, mas para as quais não oferecemos, no momento, nenhum desenvolvimento. Apenas uma sutil indicação: colocar no mesmo nível de especulações teóricas o fato, conhecido por todos, de que, na infância do psicótico, vêem-se muito mais fenômenos ligados ao corpo do que à palavra. Há mais fenômenos esquizofrênicos do que paranóicos⁴⁹. O estatuto que ganha o corpo em detrimento da palavra, na infância, mesmo naqueles casos “futuros” de paranóia, ao se colocar como condensador de gozo para outro corpo, encontrar-se-ia no mesmo fundamento que oferece uma maior abertura aos significantes do Outro no início da vida?

Um terceiro e último ponto controverso se refere às saídas do autismo. Ao discutirmos suas “saídas”, pensamos estar, novamente, abordando-o sob o aspecto fenomenológico. Considera-se que a criança que passa a falar e a suportar melhor a presença do Outro tenha saído do autismo. Este está sendo tomado como sinônimo do profundo isolamento social que acomete essas crianças. Éric Laurent (1992) assinala o aparente paradoxo: se há cura e a criança sai do estado autista, é porque não era autista. Estaríamos falando, aqui, com Tustin, dos “estados autísticos”, tão criticados que foram por darem abertura às concepções de saídas, as mais diversas.

Entretanto, se estamos precisando ser o autismo uma esquizofrenia, a “saída” do autismo se daria por uma maior estabilização de seu sintoma esquizofrênico. Não estaríamos deixando tomá-lo aqui como índice da posição do sujeito diante de um Outro real tão radical que o levaria a evitar, pelo seu

⁴⁹ A esse respeito, cf. LAURENT, Éric. *La psychose chez l'enfant dans l'enseignement de Jacques Lacan*. In: Quarto, 1983.

isolamento, a presença desse Outro. Na verdade, teríamos que nos referir a esses sujeitos como o “esquizofrênico autista”, fazendo jus à sua posição estrutural.

Mas há aqueles que demonstram alguma desconfiança na “saída” do autismo, mesmo se falada nos termos em que procuramos expor acima. Parece-nos que os trabalhos de Maleval sobre as especificidades da psicose autística se encaminham nesse sentido, o mesmo ocorrendo com as considerações de Collete Soler. Para esses autores, uma vez autista, sempre autista.

Maleval sugere que a dependência desses sujeitos de seus objetos autísticos é tão grande e fundamental, que não se pode dizer que eles consigam sair dessa posição. Sua metodologia de investigação é oposta àquela utilizada por Pierre Bruno para caracterizar o autista como um esquizofrênico. Sem colocar a problemática de ser ou não o autista um esquizofrênico, Maleval se pergunta quais são as singularidades da relação daquele com o Outro e com o objeto que o diferenciam do esquizofrênico, minimamente que seja, mas de maneira significativa para que se estabeleçam os parâmetros de um tratamento, ao lado de seus limites.

Sendo o autismo uma esquizofrenia, uma vez que seu “desencadeamento” se dê precocemente, como nos afirma Bruno, isso não é sem conseqüências para o sujeito. A sua psicose não segue o mesmo curso da esquizofrenia desencadeada mais tardiamente. E seus recursos não se tornam os mesmos.

Por fim, temos o prognóstico reservado dessas crianças. Mais uma vez, diante das constatações inequívocas, medicina e psicanálise dividem a mesma opinião. A psicanálise, com sua concepção de estrutura, procura desenvolver seu tratamento ladeando os limites que a posição do autista lhe impõe. Já a medicina faz

o que lhe é possível, no momento, mas não deixa de aguardar por um progresso científico que demarcará a cura para o autismo.

Citamos, a esse respeito, os filmes sobre autismo a que assistimos. Não são poucos os que terminam com o retrocesso da reclusão autística em que se encontrava a criança. Em *Relative Fear*, ao enunciar contextualmente sua primeira palavra — “mamãe” —, subtende-se que a criança passa a estabelecer, a partir daí, um progresso cada vez maior em sua comunicação. Em *House of Cards*, o diagnóstico em suspenso de autismo da criança configura-se em um mutismo eletivo, com a menina saindo completamente de seu mundo próprio. O autista de *Silent Fall* continua, ao final, com suas bizarras de falar com várias vozes diferentes, mas atende prontamente à proibição que o pai adotivo lhe inflige quanto a seu comportamento.

Mas é *Son Rise – A Miracle of Love* que retrata claramente os desejos mais profundos de pais e profissionais que lidam com essas crianças. Ao se sentir verdadeiramente amada por seus pais, a despeito de seu profundo isolamento, a criança “resolve”, um belo dia, sair de sua reclusão autista. Uma força de vontade, um desejo puro e simples, motivados pelo amor, tornaram-se o caminho da cura do autismo.

Quem dera a vida imitasse a arte...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, J. & MARCELLI, D. *Psicoses infantis*. In: Manual de psicopatologia infantil, 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.240-267.

ALVARENGA, Elisa. *A Esquizofrenia e o Estádio do Espelho*. Revista de Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes, Belo Horizonte: FHEMIG, v.1, n.1, dez. 1994. p.83-87.

ASSUMPCÃO JR., Francisco. *Diagnóstico diferencial psiquiátrico*. In: GEPAPI.: Autismo: visão multidisciplinar, 2.ed., São Paulo: Memnon, 1991. p.31-38.

BAIO, Virginio. *Enfrentar o real da criança psicótica*. In: FUNDAÇÃO DO CAMPO FREUDIANO: O sintoma-charlatão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a. p.227-232.

BAIO, Virginio. *Como um S_2 va al encuentro del S_1 . Notarios del niño autista*. In: Carretel n.1, Barcelona: Nueva Red Cerda, jul. 1998b. p.89-95.

BAIO, Virginio & KUSNIEREK, M. *O autista: um psicótico a trabalho*. Préliminaire n.5, Bruxelas: Antenne 110, 1993. p.7-18. (Apostila. Trad. Cristina Drummond).

BENENZON, Rolando O. *O autismo, a família, a instituição e a musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1987, 364p.

BENETI, Antônio. *Corpo na psicanálise e na medicina*. Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental n.5, Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, ano 3, nov. 2000. p. 8-10.

BERQUEZ, G. *O autismo infantil e Kanner. Estudo histórico e conseqüências teóricas*. In: MAZET & LEOVICI: Autismo e psicoses da criança. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.20-30.

BLEULER, Eugéne (1911). *As esquizofrenias*. In: Psiquiatria, 15.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p.279-321.

BRUNO, Pierre. *Autismo y psicosis infantil*. Analítica del Litoral n.7. Santa Fé, Argentina, jul. 1997. p.40-59.

BRUNO Pierre. *El dicho – sobre la esquizofrenia. Freudiana n.9.* Escuela Europea de Psicoanálisis. Paidós, 1993. p.93-112.

CAMARGOS JR., Walter. *Genética e autismo infantil.* In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993. p.145-156.

COHEN & VOLKMAR. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders.* 2.ed. USA: John Wiley & sons, 1997.

DRUMMOND, Cristina. *O corpo e o autismo.* Texto apresentado no Seminário Preparatório das Jornadas “As palavras e os corpos”, da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998. (Inédito).

DRUMMOND, Cristina. *Autismo e clínica borromeana.* Texto apresentado em seu seminário “O tratamento psicanalítico do autismo” proferido na Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998. (Inédito).

FACION, José Raimundo. *A síndrome do autismo e os problemas na formulação do diagnóstico.* In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993. p.136-140.

FERNANDES, Lia R. *O olhar do engano. Autismo e Outro primordial.* São Paulo: Escuta, 2000. 166p.

FINK, Bruce. *O sujeito lacaniano, entre a linguagem e o gozo.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998. p.71-83.

FISCHER, Mary et al. *O que é síndrome do X- Frágil?* In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993. p.157-161.

FREUD, Sigmund (1895). *Projeto para uma psicologia científica.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.1).

FREUD, Sigmund (1899). *Carta 125 a Fliess, de 09/12/1899.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. p.380. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.1).

FREUD, Sigmund (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.7).

FREUD, Sigmund (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.14).

FREUD, Sigmund (1915). *Os instintos e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.14).

FREUD, Sigmund (1923a). *O ego e o id*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.19).

FREUD, Sigmund (1923b). *Neurose e psicose*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.19).

FREUD, Sigmund (1924). *A perda da realidade na neurose e na psicose*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.19).

FRITH, Uta. *Autismo*. Madri: Alianza Editorial, 1991. 255p.

GAUDERER, E. Christian. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais*. Brasília: CORDE, 1993. 348p.

GEPAPI – Grupo de Estudos e Pesquisas em Autismo e Outras Psicoses Infantis. *Autismo: visão multidisciplinar*. 2.ed. São Paulo: Memnon, 1991. 70p.

GRANDIN, Temple & SCARIANO, Margaret. *Uma menina estranha. Autobiografia de uma autista*. Trad. Sergio Flaksman. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. 193 p.

KANNER, Leo (1943). *Os distúrbios autísticos do contato afetivo*. In: ROCHA, Paulina S. (Org.): *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997. p.111-170.

KINDGARD, Andrea. *Presencia del autismo en las clasificaciones psiquiátricas norteamericana y francesa*. *El Caldero de la Escuela*, n.53, Buenos Aires: EOL, jul. 1997. p.11-14.

KRISTEVA, Julia. (1969). *História da linguagem*. Trad. Maria Margarida Barahona.

LACAN, Jacques (1946). *Formulações sobre a causalidade psíquica*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p.152-194.

LACAN, Jacques (1948). *A agressividade em psicanálise*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p.104-126.

LACAN, Jacques (1949). *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p.96-103.

LACAN, Jacques (1953). *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p.238-324.

LACAN, Jacques (1954-1955). *O Seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques (1955-1956). *O Seminário, Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques (1955-1956). *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p.537-590.

LACAN, Jacques (1956-1957). *O Seminário, Livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

LACAN, Jacques (1957-1958). *O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LACAN, Jacques (1958). *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p.591-652.

LACAN, Jacques (1960a). *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: "Psicanálise e estrutura da personalidade"*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p.653-691.

LACAN, Jacques (1960b). *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p.807-842.

LACAN, Jacques (1963). *O Seminário, Livro 10: A angústia*. (Inédito).

LACAN, Jacques (1964). *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

LACAN, Jacques (1967). *Discurso de clausura de las jornadas sobre psicosis infantil*. In: MANNONI, Maud et al.: Psicosis infantil. Buenos Aires: Nueva Visión, 1971. p.150-161.

LACAN, Jacques (1969). *Deux notes sur l'enfant*. In: Ornicar? n.37, Revue du Champ freudien, Paris: Navarin, avr./juin 1986, p.13-14. (Apostila. Trad. Ana Lydia Santiago).

LACAN, Jacques (1972). *L'étourdit*. In: Scilicet 4. Paris: Seuil, 1973.

LACAN, Jacques (1972-1973). *O Seminário, Livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1982.

LACAN, Jacques (1975). *Conferência em Genebra sobre o sintoma*. In: Opção Lacaniana, n.23, Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo, dez. 1998. p.6-16.

LAGE, Ana Maria V. *Autismo Infantil. Revisão Bibliográfica*. Fortaleza: [s.e.], 1984, 119p.

LAMB, A. J. et al. *Autism: recent molecular genetic advances*. Hum. Mol. Genet., v.9, 6, 2000. p.861-868.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 10.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

LASNIK-PENOT, Marie-Christine. *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1997. 252p.

LAURENT, Éric. *De quelques problèmes de surface dans la psychose et l'autisme*. Quarto n.2, set. 1981. p.30-46.

LAURENT, Éric. *La psychose chez l'enfant dans l'enseignement de J. Lacan*. Quarto n.9, [198-]. p.3-20.

LAURENT, Éric. *Lecture critique II. Séries de la Découverte Freudienne n.8*, Toulouse: Presses Universitaires du Mirail, 1992. p.129-150.

LAURENT, Éric. *Reflexiones sobre el autismo*. Anamorfosis, Buenos Aires: EOL, v.5, n.5, jun. 1998. p.85-94.

LEFORT, Rosine. *O S₁, o sujeito e a psicose*. In: MILLER, Judith (Org.): A criança no discurso analítico, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991. p.27-33.

LEFORT, Rosine & LEFORT, Robert. *O nascimento do Outro*. Salvador: Fator Livraria, 1984.

LEFORT, Rosine & LEFORT, Robert. *Autisme et psychose, deux signifiants: "partie" et "cassé"*. Séries Découverte Freudienne n.8, Toulouse: Presses Universitaires du Mirail, 1992. p.229-238.

LEFORT, Rosine & LEFORT, Robert. *O autismo, especificidade*. In: FUNDAÇÃO DO CAMPO FREUDIANO. O sintoma-charlatão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.220-226.

LEON, Viviane & LEWIS, Soni Maria. *O que e como ensinar ao autista, segundo a terapia comportamental e o método TEACCH*. In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993a. p.204-206.

LEON, Viviane & LEWIS, Soni Maria. *Informações e esclarecimentos para os pais*. In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993b. p.207-211.

LETRA FREUDIANA. *O Autismo*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, ano14, n.14, 1995. 197p.

MALEVAL, Jean-Claude. *Ébauche d'une approche de la spécificité de la psychose autistique*. L'Autisme. Bulletin 10. Groupe Petite Enfance. Nouveau Réseau Cereda Diagonale Francophone, jan. 1997. p.136-138. (Apostila. Trad. Cristina Drummond).

MALEVAL, Jean-Claude. *La machine autistique de Temple Grandin*. La Cause freudienne, n.38: Nouveaux symptômes, Paris: Navarin, fev. 1998. p.98-102. (Apostila. Trad. Cristina Drummond).

MAURICE, C. *Behavioral intervention for young children with autism: a manual for parents and professionals*. Pro-ed, Austin, Texas, 1996.

MERLEAU-PONTY, Maurice (1951). *As relações com o outro na criança*. Belo Horizonte: SEGCP/Imprensa Oficial, 1984.

MILLER, Jacques-Alain. *Comentário sobre Maurice Merleau-Ponty*. [s.l.]: Nueva Biblioteca - Psicoanalítica 1, 1995.

MILLER, Jacques-Alain. *Esquizofrenia e Paranóia*. In: BROCA, R. et al.: Psicosis y psicoanálisis, Buenos Aires: Manantial, 1993.

NORDEMANN, Daniel & CARACAS, João. *Problemas neuro-metabólicos. Autismo e candidíase*. São Paulo: Memnon, 1999. 84p.

QUINET, Antônio. *A psicopatologia da esquizofrenia: Bleuler com Freud e Lacan. O Risco*, Belo Horizonte: Associação Mineira de Psiquiatria, ano 11, n.10, mar. 2000.

RITVO, Edward. *Neuropatologia, epidemiologia, estudos de família, eletroretinografia, imunologia e tratamento com fenfluramine*. In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993. p.224-227.

ROCHA, Pedro P. *O trabalho terapêutico em crianças autistas*. Disponível em: <www.psicopedagogia.com.br/artigos>. 2002. Artigo extraído de seu livro A saga do autismo. (Esgotado).

RUTTER, Michael. *Autismo Infantil*. In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993. p.60-82.

SACKS, Oliver. (1995a). *Prodígios*. In: _____ Um antropólogo em Marte. Sete histórias paradoxais. Trad.: Bernardo Carvalho, 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997a. p.199-251.

SACKS, Oliver. *Um antropólogo em Marte*. In: _____ Um antropólogo em Marte. Sete histórias paradoxais. 3.ed. Trad.: Bernardo Carvalho. São Paulo: Companhia das Letras, 1997b. p.253-301.

SAMI-ALI (1967). *Génesis de la palabra en un niño autista. Contribución a la teoría de los objetos transicionales*. In: MANNONI, Maud et al.: Psicosis infantil. Buenos Aires: Nueva Visión, 1971. p.85-98.

SANTIAGO, Jesús. *O corpo é o Outro*. Texto apresentado no seminário preparatório das Jornadas “As Palavras e os Corpos”, da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais, 1998. (Inédito).

SANTIAGO, Jesús. *Noções básicas da história das teorias psiquiátricas e da psiquiatria como especialidade médica*. Capítulo do Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPq, cujo título é Investigação da emergência do conceito de psicose na história do saber psiquiátrico. 1994. (Inédito).

SCHOPLER, Eric & MESIBOV, Gary B. (Ed.). *Behavioral issues in autism*. New York: Plenum Press, 1994. 295p.

SCHOPLER, Eric, VAN BOURGONDIEN, Mary & BRISTOL, Marie M. (Ed.). *Preschool issues in autism*. New York: Plenum Press, 1993. 276p.

SCHWARTZMAN, José Salomão. *Síndrome de Rett*. Temas sobre Desenvolvimento, 1990. 1:8-13.

SCHWARTZMAN, José Salomão. *Síndrome de Asperger*. Temas sobre Desenvolvimento, 1991. 2:19-21.

SCHWARTZMAN, José Salomão. *Autismo infantil*. Brasília: CORDE, 1994. 56p.

SKOYLES, John R. (1999). *Autism III: Is it linked to higher-level context information defects in the cerebello-prefrontal circuit?* Disponível em: <<http://cogprints.soton.ac.uk/abs/psyc/199901012>>.

SOLANO SUÁREZ, Esthela. *Autisme: noeuds de jouissance*. Actes de l'École de la Cause freudienne: Les formes du symptôme, v.9, Paris, oct. 1985. p.11-12.

SOLER, Colette. *El sujeto psicótico en el psicoanálisis*. In: _____ Estudo das psicoses, Buenos Aires: Manantial, 1989. p.45-52.

SOLER, Colette. *Fora do discurso: autismo e paranóia*. Revista de psiquiatria e psicanálise com crianças e adolescentes, Belo Horizonte: FHEMIG, v.1, n.1, dez. 1994, p.69-80.

STEVENS, Alexandre. *L'holofrase, entre psychose ey psychosomatique*. Ornicar?, Revue du Champ freudien, n.42, juil.-sept. 1987. p.45-54.

STRAUSS, Marc. *Les références de Jacques Lacan à l'autisme*. Séries de la Découverte Freudienne n.8, Toulouse: Presses Universitaires du Mirail, 1992. p.209-218.

TEIXEIRA, Antônio. *O amor na psicose*. Texto apresentado no Núcleo de Psicose, Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, 2002. (Inédito).

TENDLARZ, Sílvia E. *De que sofrem as crianças? A psicose na infância*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

TENDLARZ, Sílvia E. *Objeto e imagem em crianças autistas*. Opção Lacaniana n.13, São Paulo: Edições Eólia, ago. 1995. p.47-50.

VODOVOSOFF, Adrian. *Considerations sur la foule et le moi par rapport à l'ideal et le désir*. *Memoire desu*, Cap. 3 e 4, sept. 1993. p.16-63.

VOLKMAR, F. et al. (1999). *Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders*.

AACAP official action - J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 38, 12 supplement dec., 32-54s.

WING, Lorna. *A abordagem educacional para crianças autistas: teoria, prática e avaliação.* In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993a. p.83-89.

WING, Lorna. *O contínuo das características autistas.* In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993b. p.90-98.

WING, Lorna. *Como manejar os problemas de interação social das pessoas autistas.* In: GAUDERER, E. Christian: Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Brasília: CORDE, 1993c. p.99-104.

ZENONI, Alfredo. *La psychose chez l'enfant.* In: _____ Le corps de l'être parlant. De l'évolutionnisme à la psychanalyse. 2.ed. Bruxelas: De Boeck Université, 1998. p.47-53. (Apostila. Trad. Cristina Drummond).

REFERÊNCIAS FILMOGRÁFICAS

1. BECKER, Harold (Dir.). *Mercury Rising*. EUA, Universal Picture, 1998. (Título em português: Código para o inferno).
2. BERESFORD, Bruce (Dir.). *Silent Fall*. EUA, Warner Bros., 1994. (Título em português: Testemunha do silêncio).
3. JORDAN, Glenn (Dir.). *Son-Rise – A Miracle of Love*. EUA, Orion/Filmways TV Productions, 1979. (Título em português: Meu filho, meu mundo).
4. LESSAC, Michael (Dir.). *House of Cards*. EUA, Penta Entertainment, 1992. (Título em português: O enigma das cartas).
5. LEVINSON, Barry (Dir.). *Rain Man*. EUA, MGM/UA, 1988. (Título em português: Rain Man).
6. MIHALKA, George (Dir.). *Relative Fear*. EUA, NCA Pictures, 1994. (Título em português: Os segredos de Adam).