

Autismos e seus tratamentos: contribuições da metodologia psicanalítica nesse campo*

INTRODUÇÃO:

O autismo foi descrito por Leo Kanner, em 1943, como um “distúrbio afetivo do contato” caracterizado por um “isolamento extremo” a partir do qual o paciente persevera em atividades repetitivas.¹

Desde lá até hoje em dia seu diagnóstico é feito clinicamente a partir do modo em que o paciente tem de se relacionar com os demais e não por exames laboratoriais orgânicos.

Isto porque tal quadro se apresenta na dificuldade da pessoa autista em se relacionar com os outros, inclusive com aqueles que estão mais implicados nos seus cuidados (em seus casos mais extremos, não endereçando seu olhar, voz ou postura corporal, assim como não respondendo a seus chamados).

No comparecimento inicial desse quadro é possível verificar clinicamente que o bebê/ pequena criança apresentam uma exclusão ativa das pessoas implicadas em seus cuidados de seu circuito de satisfação. Geralmente a mesma é precedida por uma baixa responsividade aos outros². Posteriormente começam a comparecer dificuldades na aquisição da linguagem e na produção simbólica, tais como brincar de faz de conta e participar dos hábitos da cultura. Em lugar dessas produções e pela ausência das mesmas surgem estereotípias que privilegiam uma auto-estimulação sensorial.

Em relação ao autismo existiram e coexistem diferentes critérios classificatórios dentro da psicopatologia - psiquiátrica e/ou psicanalítica³ -, mas todos esses critérios concordam em que se trata de um quadro no qual há dificuldades no reconhecimento entre a pessoa com autismo e seu semelhante, a partir do qual o autismo aparece em suas expressões mais típicas, tais como as descritas por Kanner, e, de modo extenso, em configurações que convergem com outros quadros, configurando o que atualmente se denomina como “espectro do autismo”.

Ao longo desses 70 anos, a complexidade desse quadro exigiu que as pesquisas e intervenções nesse campo não pudessem ser reduzidas a uma única área do conhecimento, tornando necessária sua articulação.

Nas diversas pesquisas médicas realizadas por geneticistas, neurologistas e psiquiatras encontram-se correlações entre a incidência de autismo e algumas patologias orgânicas, mas não uma única causa que possibilite centrar seu diagnóstico em exames orgânicos ou seu tratamento em uma solução medicamentosa.

Se desde o aspecto orgânico esse é o atual estado das coisas, apesar de todos os esforços e descobertas feitas até então, também há consenso sobre o benefício produzido por tratamentos que intervenham na relação da pessoa com autismo com os outros, possibilitando que suas produções possam ocorrer em uma circulação familiar, social e cultural. Nesse sentido, a psicanálise produz sua contribuição ao intervir seguindo passo a passo o caminho que torna possível a constituição psíquica, e assim também procede com pacientes que nele tropeçam devido a patologias orgânicas.⁴

Dessa articulação do conhecimento decorre que algumas das principais descobertas das neurociências e da psicanálise sejam confluentes: na falta de um saber instintivo da espécie, dependemos radicalmente de um saber transmitido pela linguagem para a nossa constituição. A linguagem incide decisivamente em nossa constituição e a possibilidade de representar na linguagem o que nos afeta no corpo é o que nos tira de produções puramente reflexas e automáticas.

Por isso é central que possamos interrogar: o que afeta, o que comove singularmente esse paciente? Para onde se dirige seu olhar? Qual som se repete em sua vocalização? O que o detém ou o lança em seu movimento? Uma vez localizadas essas preferências o clínico busca possibilitar a passagem entre esse fragmento perceptivo no qual a pessoa com autismo se fixa (por um automatismo repetitivo em que exclui os demais de seu campo), a uma possibilidade de extensão dessa produção que lhe permita compartilhar com os outros.

Isto é fundamental, pois sabemos que as conquistas que fazem parte do desenvolvimento não são automáticas e sim atreladas à constituição psíquica, desde aquelas próprias do início da vida (como o estabelecimento da preferência pelo rosto humano, o sorriso social, o estranhamento diante de pessoas desconhecidas, as vocalizações dirigidas aos outros, as primeiras palavras, as brincadeiras compartilhadas, a marcha voluntária reconhecendo a legalidade do espaço), até aquelas que permitem uma ampla circulação na cultura (como o brincar simbólico, o desenho, a escrita, o reconhecimento dos hábitos).

- INTERDISCIPLINA NA METODOLOGIA PSICANALÍTICA PARA A INTERVENÇÃO COM PESSOAS COM AUTISMO:

Considerando o levantado, a intervenção com o autismo torna imprescindível uma prática interdisciplinar na qual uma equipe de profissionais possa desdobrar, de modo conjunto, os impasses colocados pelo seu tratamento – quanto a etiologia, diagnóstico, detecção precoce e decisões que, ao longo da direção do tratamento, tornam possível a evolução clínica de cada paciente, estabelecendo prioridades na intervenção e não a aplicação de um tratamento técnico padrão.

É partindo de tal complexidade que a psicanálise, desde o início do estabelecimento desse quadro, vem produzindo conhecimentos sobre o tratamento do autismo em um trabalho que excede em muito a intervenção em consultórios particulares, desdobrando-se em instituições públicas de saúde como UBS, CAPS, clínicas de atendimento ambulatorial universitárias, ONGS, hospitais, instituições terapêuticas, creches, escolas e abrigos, nos quais diversos profissionais intervêm com um referencial psicanalítico no atendimento daqueles que se apresentam no chamado “espectro autístico”.

Assim, a psicanálise não intervém nem avança no conhecimento sobre o autismo de modo isolado e, portanto, a interdisciplinaridade é um dos princípios que fazem parte da metodologia dos psicanalistas ao tratar de pacientes com quadros de autismo. Isto é necessário desde o atendimento, pesquisa e transmissão de conhecimento, dado que, com grande frequência, o autismo aparece associado com outros problemas que tornam imprescindível uma intervenção conjunta (tais como síndromes genéticas, deficiências sensoriais ou quadros neurológicos). Assim, a interlocução com pedagogos e psicopedagogos em relação à aprendizagem e inclusão escolar; com fonoaudiólogos, foniatrás e linguistas acerca da linguagem; com fisioterapeutas e psicomotricistas acerca do corpo em movimento; com pediatras, neurologistas, geneticistas e psiquiatras acerca da implicação orgânica e medicação, entre outros profissionais (nas funções de acompanhantes terapêuticos, terapeutas ocupacionais ou assistentes sociais), torna-se decisiva e tem sido prática corrente dos psicanalistas nesse campo, possibilitando avanços que não poderiam ocorrer por intervenções isoladas.

Isso não equivale a cair em um ecletismo ou sincretismo. Pelo contrário, a prática interdisciplinar na intervenção com os pacientes e na formação dos clínicos possibilita

elaborar critérios clínicos comuns que atravessam as diferentes disciplinas implicadas na intervenção acerca de como se produz um sintoma; o que ele representa; como ocorre a constituição psíquica ou como se dão as diferentes aquisições de linguagem, aprendizagem, psicomotricidade e hábitos de vida diária. Sem compartilhar essas concepções não há como estabelecer a direção de um tratamento em equipe interdisciplinar.

Isso precisa ser advertido, pois, na atualidade, encontramos diferentes concepções de tratamento presentes na sociedade que partem de lógicas diferentes acerca do que é sofrimento, sintoma e constituição psíquica. Por sua vez, na comunidade científica mantém-se aberto o debate acerca da metodologia utilizada por cada uma dessas abordagens, não se considerando que apenas uma seja eficaz. Por isso desde as políticas públicas não pode haver uma única metodologia padronizada, mas sim equipes que trabalhem com diferentes abordagens (sustentando internamente uma concepção compartilhada que possibilite a articulação da direção do tratamento interdisciplinar). Ao mesmo tempo isso permite que a pessoa com autismo e seus familiares possam ter acesso a essas diferentes metodologias de tratamento, podendo realizar uma escolha a depender de como entendem o que ocorre com o seu filho e de como consideram melhor tratá-lo.

- O LUGAR DO DIAGNÓSTICO E O DEVIR NO TRATAMENTO:

Para aqueles que compartilham de uma concepção psicanalítica⁵ o sintoma não é uma falha a ser suprimida e sim uma resposta do paciente, por isso partimos desse sintoma para a intervenção. Ao mesmo tempo, se essa é a resposta que ele pôde formular, o tratamento consiste em propiciar um contexto em que novas respostas possam vir a se produzir. Ou seja, os sintomas, ao mesmo tempo em que são reconhecidos e respeitados como uma produção do paciente, podem assumir um caráter transitório, não enclausurando necessariamente alguém a um quadro psicopatológico, fixando nele a sua identidade.

Desde a perspectiva psicanalítica, realizar o diagnóstico consiste em decifrar a estrutura que conduz o paciente a dar significação a seus atos na vida, tolerando nisso as incertezas e enigmas. Certamente isso implica verificar a incidência de certos sintomas (problemas/transtornos), não por meio de questionários ou aplicação de testes, mas pelo modo em que os mesmos aparecem na produção espontânea do paciente ao situar-se na relação com o clínico.

Se bem saibamos reconhecer os signos correspondentes a um quadro psicopatológico, como clínicos, não nos detemos neles: para além deles, consideramos central na intervenção buscar, recolher, encontrar os traços singulares de cada paciente, o que para ele conta, o que importa em seu prazer e desprazer, pois é na extensão desses traços que se torna possível produzir transformações ao longo do tratamento na produção de respostas subjetivas singulares que vão estabelecendo saídas para seu sofrimento.

Embora se verifique uma relativa uniformidade dos automatismos originários presentes no autismo, não são todas iguais as preferências ou pequenos interesses despertados para cada pessoa com autismo. Reconhecer essas preferências como aberturas da subjetivação é central para que possamos estendê-las. Portanto o tratamento não é padrão, mas artesanal.

Um paciente não pode ficar reduzido a “ser” (autista, bipolar, TDAH) o seu diagnóstico, como tantas vezes se diz pelo efeito no social das classificações nosográficas, pois senão só se esperará dele a confirmação desses signos patológicos

anônimos sublinhados em sua produção. Diagnóstico não é identidade e tampouco é destino, por isso apostamos em um devir, em uma abertura a inscrições, fundamentalmente na infância. Mesmo quando este diagnóstico se confirma, apostamos na singularidade, pois as pessoas não “são autistas” todas do mesmo modo.

Ao apostar clinicamente na extensão dos pequenos traços singulares nos quais o paciente apresenta uma abertura (e não o fechamento das estereotípias), a intervenção psicanalítica tem possibilitado que alguns dos bebês e pequenas crianças que chegam em estados autísticos deixem de está-lo; em vários outros casos, ainda que permaneçam com esse modo de resposta fundamental, ao longo do tratamento vai se tornando possível que encontrem uma maior extensão em suas realizações do que as que apresentavam inicialmente em seus automatismos.

- DETECÇÃO e INTERVENÇÃO PRECOCE: A METODOLOGIA PSICANALÍTICA REVELA QUE O MOMENTO DE VIDA EM QUE A INTERVENÇÃO OCORRE CONTA

Detectar sofrimento psíquico em um bebê ou pequena criança não exige que o quadro esteja fechado em correspondência a todos os sintomas descritos em uma classificação psicopatológica. Esperar essa correspondência diagnóstica, esperar a configuração de um quadro fechado, faz com que se perca um tempo precioso para a intervenção – tempo em que, com os efeitos da intervenção clínica, as dificuldades presentes podem ser tanto mais reversíveis, devido à plasticidade neuronal e permeabilidade às inscrições próprias do psiquismo e organismo de um bebê e pequena criança.

Por isso, a detecção precoce parte do princípio de considerar como critério de risco o fato de que um bebê ou pequena criança não realize certas produções que seriam de se esperar em determinado momento da vida, tais como as conhecidas conquistas do desenvolvimento e algumas outras mais sutis e específicas que dão a ver como está ocorrendo a constituição psíquica na primeira infância.

Isso permite intervir a partir da detecção de um sofrimento (inicialmente apresentado como um empobrecimento ou ausência de conquistas próprias da infância), antes que este se configure como um quadro patológico (já com a apresentação de signos específicos de algumas patologias tais como autismo, depressão precoce, psicose simbiótica, graves casos de psicossomática - entre outras que podem incidir nos primeiros meses e anos de vida).

Freud, a partir das pesquisas clínicas, já afirmava que temos bons motivos para acreditar que a capacidade de receber e reproduzir impressões nunca é maior do que na infância.⁶ Aí, mais uma vez, as descobertas da clínica psicanalítica coincidem com as das neurociências, que apontam, por meio do conceito de plasticidade neuronal⁷, que nem tudo está decidido em nosso organismo quando nascemos e que as experiências de vida têm nisso um papel decisivo.

Por isso, a idade em que uma intervenção ocorre conta e é preciso intervir a tempo quando “algo não vai bem”, em lugar de esperar que seja possível enquadrar o sofrimento de um bebê em um diagnóstico psicopatológico plenamente configurado e, portanto, tanto mais fixado e menos permeável à intervenção.

Conhecer os passos da constituição psíquica permite detectar dificuldades nesse caminho. Este é um conhecimento produzido por psicanalistas que trabalham, há várias décadas, na clínica interdisciplinar com bebês e pequenas crianças. Compartilhar e transmitir esses critérios de detecção precoce de sofrimento psíquico com profissionais que intervêm com toda e qualquer criança (tais como pediatras, agentes de saúde e

educadores) tem possibilitado ao longo das últimas décadas que pacientes que apresentam dificuldades cheguem com menor idade a tratamento e, portanto, em um tempo em que tais dificuldades estão menos fixadas e mais permeáveis à intervenção.

Assim, intervir precocemente implica considerar o sofrimento que comparece cedo na vida e não estabelecer um caráter antecipatório ou preditivo de um quadro psicopatológico. Caso contrário, incorreria-se no mecanismo de profecia auto-realizável, em que se introduziria precocemente na vida de um bebê ou pequena criança a patologia que estaria por vir. Ao intervir a partir da detecção de dificuldades que se apresentam cedo na vida e que podem mudar de rumo devido à plasticidade e permeabilidade própria da infância, intervimos para um devir que não precisa necessariamente realizar-se de modo patológico. Isso implica considerar, antes de qualquer diagnóstico, a dimensão própria do sujeito na infância.

A METODOLOGIA PSICANALÍTICA E A ESPECIFICIDADE DA CRIANÇA COMO ANTERIOR À ESPECIFICIDADE DO AUTISMO:

Bebês, crianças e adolescentes estão em um momento da vida caracterizado pelo crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição psíquica - sendo que cada um desses aspectos difere do outro e diz respeito a diferentes registros.

A infância, desde o ponto de vista da maturação, se caracteriza pela extrema *plasticidade neuronal*, descoberta da neurobiologia reveladora de que a formação da rede neuronal depende da experiência de vida e que sua plasticidade é suscetível a inscrições dessas experiências (Ansermet e Magistretti).⁸ Desde o ponto de vista da constituição psíquica, a infância é um momento de abertura a inscrições e que se caracteriza pela *permeabilidade a inscrições significantes* e pelo *polimorfismo das vicissitudes pulsionais*.⁹

Ao nascer todos contamos com os elementos de uma história familiar e com uma herança genética já estabelecidas. Porém ainda não está dado como um sujeito vai se posicionar a partir dessas estruturas orgânicas e simbólicas. Diante disso, algumas vertentes da psicanálise sublinham que, na infância, a estrutura psíquica do sujeito não está decidida¹⁰, testemunhando experiências clínicas com crianças e bebês que chegam com quadros de autismo ou outros quadros diagnosticados e que, ao longo do tratamento e por efeito deste, apresentam mudanças de rumo nessa constituição em andamento, não realizando um desfecho patológico. Outras vertentes da psicanálise sublinham que, em função do tratamento, o que se realiza é uma importante modulação no modo de o paciente colocar-se na vida.

É preciso nesse sentido advertir que as classificações psicopatológicas partem de um princípio adultomorfo, do já constituído, que nem sempre é aplicável à infância e menos ainda ao tempo dos bebês. Realizar uma aposta na constituição do sujeito é central na metodologia psicanalítica, pois ela permite, em vários casos, essa mobilidade amplamente testemunhada na clínica e descrita na publicação de casos. Por isso, em lugar de por em primeiro lugar o diagnóstico, é preciso destacar a condição de bebê, criança ou adolescente de um paciente e, portanto, de extrema abertura a inscrições.

Na metodologia psicanalítica com crianças, utilizamos em nossas avaliações alguns eixos centrais¹¹:

- 1- Brincar e estatuto da fantasia
- 2- Corpo e imagem corporal
- 3- Fala e posição na linguagem
- 4- Reconhecimento das regras e posição diante da lei

Há produções que são próprias do sujeito na infância e, portanto, centrais na intervenção e avaliação psicanalítica.

Quanto ao brincar, no que diz respeito a crianças com autismo, encontramos no momento de seu diagnóstico, e também ao longo da intervenção clínica e por efeitos transformadores da mesma, uma amplitude de produção que vai de um absoluto desinteresse pela função do brinquedo que é tomado na estereotipia (por exemplo, em lugar de empurrar o carrinho, perseverar em apenas girar a sua roda) a um brincar que algumas vezes responde a critérios lógicos (classificação de formas, cor, montagem de quebra-cabeças) e que reconhece a função dos objetos. A possibilidade da produção de um brincar simbólico com cenas que representam um faz-de-conta, ainda que breve, já se apresenta na direção da cura na borda desse quadro e não como forma típica do mesmo.

Antes disso, a produção de pequenas brincadeiras em que se compartilhe prazer com os outros é central no tratamento, como veremos a seguir.

Quanto ao corpo e imagem corporal, encontramos inicialmente um não reconhecimento da própria imagem, fazendo com que a criança busque atrás do espelho ou permaneça indiferente ao seu reflexo. Uma não apropriação de sensações corporais (como a dor, cócegas, calor, frio). Um encontro com o corpo do outro em que não o reconhece subjetivamente, tomando-o como instrumento para realizar uma ação (tal como pegar a mão de outro para que pegue algo, sem pedir-lhe). Isso se traduz em alguns casos em um fracasso do estabelecimento de esquemas corporais (como controle esfinteriano); em outros há esquemas extremamente eficazes, que ficam a serviço de não precisar recorrer aos outros, mas que fracassam no estabelecimento da legalidade simbólica do espaço (onde pode-se entrar e onde não, onde há riscos, ou ao vacilar ao dar um passo entre o tapete e o chão de diferente cor).

Quanto à fala e posição na linguagem, encontramos quadros de extremo mutismo, de produções vocálicas desarticuladas ou de surgimento de pequenas palavras utilizadas em situações de necessidade. Ao longo do tratamento, torna-se decisivo o surgimento da palavra que diz de um prazer, desprazer ou anseio experimentado e compartilhado com o outro através da palavra.

Quanto ao reconhecimento de regras, encontramos nas pessoas com autismo uma oscilação que vai de um total desconhecimento até uma fixação rígida em alguns procedimentos de modo estereotipado. Por isso, ao longo do tratamento, a possibilidade de modulação das permissões e proibições de modo mais flexível às circunstâncias, e não fixada de modo estereotipado, é uma importante conquista que pode advir.

Dada a desorganização intensa que algumas crianças apresentam diante da menor interferência em suas rotinas, muitas vezes os pais sentem-se impelidos a tentar cuidar para que essas interferências não ocorram. A introdução da modulação (nas normas, assim como na rotina que muitas vezes se estabelece durante as sessões, na entrada ou na saída) pode ter importantes desdobramentos, não só para a criança, mas também para os pais. Daí a importância não só da escuta e da implicação dos pais no tratamento, mas de sua presença na cena analítica, possibilitando-lhes construir, conjuntamente com o psicanalista, mediações entre as demandas necessárias à vida da criança e a angústia avassaladora que muitas vezes esta apresenta diante da frustração.

Desde a concepção psicanalítica, é fundamental na formação do clínico conhecer os diferentes momentos lógicos que fazem parte da constituição de uma criança/bebê e o modo como eles compõem em suas diferentes produções de linguagem, psicomotricidade e aprendizagem.

É por conhecer os diferentes momentos lógicos que fazem parte dessa constituição que o psicanalista intervém podendo ir buscar a criança/bebê onde ele está,

sem que seja preciso para tratá-lo introduzir um artificialismo técnico descontextualizado da sua vida ou preferências.

A especificidade da intervenção psicanalítica é a de que estas transformações possam ocorrer fazendo sentido para a criança na medida em que sustentem sua possibilidade de escolha e implicação psíquica nessas realizações produzidas dentro do contexto familiar e cultural.

O LUGAR DOS PAIS NO TRATAMENTO NA METODOLOGIA PSICANALÍTICA:

Na medida em que uma criança está em constituição, seus pais têm um lugar central no tratamento, pois a sua condição de pais implica que eles são os primeiros que contam na transmissão que se realiza com a criança e, portanto, na resposta que esta possa chegar a formular quanto ao seu modo de estar no mundo (a partir das condições orgânicas com que conta).

Portanto, na clínica psicanalítica consideramos e intervimos com:

- o lugar da criança no discurso parental
- como esse discurso é posto em ato nos cuidados dirigidos à criança
- como o bebê, criança e adolescente responde a esse lugar com sua produção dada a ver, no brincar, corpo, fala e posição diante da lei.

Um bebê nasce com uma carga genética herdada, mas hoje em dia se sabe que grande parte de sua constituição depende de processos epigenéticos. Nesses processos, a transmissão simbólica ocupa um lugar decisivo e os pais são protagonistas dessa transmissão, pois eles detêm um saber consciente e inconsciente sobre o filho, no qual se sustenta a singularidade do mesmo, mais além de qualquer patologia. A possibilidade de, junto ao psicanalista que atende o filho, desdobrar este saber em questões, reflexões, preocupações produzidas a partir das experiências cotidianas vividas com o filho é decisivo para as transformações que podem advir no tratamento.

Há problemas orgânicos de base que podem fazer com que um bebê apresente no início da vida uma menor responsividade às convocatórias dos outros; em outros casos há acontecimentos de vida que dificultam o estabelecimento da relação primordial dos pais com o bebê. O fato é que a psicanálise não centra a sua intervenção em decorrência desses fatores etiológicos (em uma falsa questão de divisão orgânico-psíquica). Ao tratarmos de um bebê/criança com comprovados problemas orgânicos de base, ou sem patologias orgânicas detectadas, a aposta do clínico é a mesma: supomos que há ali um sujeito e buscamos seus traços de interesse, pois tratamos do que pode vir a fazer com o organismo que tem.

Os pais fazem parte dessa aposta ao levar o filho ao tratamento. E, portanto, a intervenção não consiste nem em culpá-los, nem em desculpabilizá-los pelas dificuldades que comparecem. Acima de tudo eles estão implicados nos cuidados do filho pela sua condição de pais e, por isso, podem contar com a interlocução do psicanalista, ora fazendo parte das sessões da criança (testemunhando o trabalho que vai sendo realizado e participando dele); ora em sessões em que elaboram situações em relação ao filho com o psicanalista que o atende, a fim de, junto com este, poderem ir reconhecendo limites e possibilidades que a criança coloca em sua produção e em seu modo de situar-se com os outros.

PASSOS CHAVES NA DIREÇÃO DO TRATAMENTO PSICANALÍTICO COM PACIENTES COM AUTISMO:

A práxis da clínica psicanalítica permitiu, ao longo do tempo, a elaboração de certos critérios metodológicos para o tratamento de bebês e crianças que apresentam uma exclusão dos outros de seu campo.

Iremos referir-nos aqui à intervenção diante do autismo em sua manifestação mais específica de exclusão dos outros de seu campo com o estabelecimento de estereotípias e forte empobrecimento da linguagem, pois se bem o conceito de “espectro autístico” tenha criado uma categoria vasta em sua abrangência, tornou-a, em certa medida, inespecífica, o que faz com que seja impossível unificar todos os critérios terapêuticos relativos aos diferentes quadros que o “espectro autístico” passou a comportar, já que cada um deles apresenta pontos de intervenção específicos (no que se refere aos nomeados como “autismo de alta performance”, “Síndrome de Asperger”, “autismos depressivos”, “autismos com hiperatividade”, entre outras formas).

Ao longo da direção do tratamento há alguns passos a considerar:

1- reconhecer os automatismos da criança: consiste na possibilidade de fazer parte dos automatismos produzidos pelo paciente, ou seja, partimos do seu sintoma respeitando isso que o paciente pôde produzir. Não nos opomos a isso, não buscamos suprimi-lo. Em primeiro lugar buscamos começar a fazer parte desse automatismo, para que o paciente nos permita aí entrar (buscamos o que desperta seu interesse, em seu gesto, olhar, voz, endereçamento corporal).

2- reconhecer e sustentar as aberturas apresentadas pelo paciente que se oferecem como permeabilidade à relação com os outros em meio às estereotípias. Trata-se de ir em busca daquilo que desperta o interesse do paciente estendendo, alargando, a partir de tais interesses, as aberturas¹² nas quais o paciente não realiza uma exclusão dos outros de seu campo.

Por serem reconhecidas, localizadas e nomeadas na relação com o clínico essas vivências de prazer e desprazer passam a poderem ser minimamente representadas e compartilhadas com os demais em lugar de ficarem achatadas na auto-estimulação do fragmento sensorial da estereotípia.

É aí que comparecem singularidades que buscamos estender.

3- por meio desses dois primeiros aspectos busca-se um efeito de identificação. É preciso dar lugar a uma identificação do outro com a criança (rompendo o estranhamento que as estereotípias costumam causar, ou a desistência dos investimentos diante da resposta de exclusão do outro de seu circuito) a fim de possibilitar um campo em que a criança possa entrar nessa identificação. Ou seja, trata-se de ir buscá-la onde ela está procurando fazer parte de sua produção.

Não se trata de aplicar um método na criança ou submetê-la a um artificialismo adaptativo, trata-se de possibilitar que, na medida em que ela possa servir-se da linguagem posta em cena na relação espontânea com o outro, ela possa produzir de forma endereçada aos demais e convocando-os a compartilhar com ela a cena.

Isto porque a exclusão do outro que a criança faz não é um superficial problema de comportamento a ser corrigido. É uma profunda resposta que se produziu, é uma forma de estar no mundo. Por isso não se pode suprimir essa resposta antes que se constituam para ela (em tratamento) outras formas possíveis de estar com os demais.

Esses efeitos de identificação são claros quando a criança, em lugar de prestar atenção no automatismo, passa a interessar-se mais pela descontinuidade que o clínico introduziu ali, por exemplo, uma alteração de ritmo na brincadeira. Isso revela que se abriu a brecha para que o outro faça parte de seu circuito.

4- possibilitar a partir de tais aberturas a produção de jogos constituintes do sujeito para que seja possível compartilhar com o outro pequenas cenas de brincar em que há

um endereçamento e convocatória entre outro-criança, com o olhar, voz, ritmicidade corporal, jogos gestuais.

A partir dessas pequenas brincadeiras primordiais, que inicialmente parecem de modo fragmentário, a criança pode ir estendendo seu percurso de satisfação do movimento estereotipado a cenas um pouco mais extensas em que compartilha com o outro a expectativa e a satisfação lúdica, começando não só a se sentir convocada, mas também a demandar, solicitar, propor a retomada desses jogos àqueles com os quais os compartilha.

5- o estabelecimento desses jogos permite **introduzir alternâncias presença-ausência**, dentro-fora, aqui-lá. Esses jogos comportam a matriz fundamental da linguagem e da representação pela qual pode se falar do que está ausente e festejar o seu retorno (como no “Cadê? Achou!”) Por meio dessa alternância em que o espaço deixa de ser contínuo, a presença e a ausência dos objetos passa a ser representada, e o tempo se experimenta em uma tensão temporal entre a expectativa e a precipitação (como no: um, dois, três e já!). A criança passa a sustentar-se em uma série simbólica que lhe possibilita representar-se mesmo diante da ruptura de uma continuidade, não precisando fixar-se no continuum das estereotipias sem fim.

A partir desses jogos trata-se de produzir cenas um pouco mais extensas de um brincar que passa a desdobrar-se em uma sequência em lugar de apresentar-se como a repetição fragmentária da estereotipia.

Os jogos de litoral, os jogos de borda, os jogos de superfície, os jogos de lançar para que outro recupere, os jogos de temporalidade intersubjetiva¹³ são formas de brincar que uma criança não realiza sozinha (diferentemente do jogo simbólico). Esses são jogos que, para se produzirem, precisam ser sustentados na relação com o outro, não ocorrem primeiramente com brinquedos e sim com a voz, olhar, gesto, corpo do outro e da criança implicando um prazer compartilhado. Mesmo que ali haja esses objetos-brinquedos eles não são o central da cena, e sim o compartilhar.

Esses jogos são fundamentais para toda e qualquer criança, pois possibilitam inscrições constituintes ao convocarem primeiramente a criança a compartilhar com o outro algo que a que a afeta em seu corpo e, a partir disso, oferecerem a passagem desse afeto a uma representação na linguagem. Por isso eles se tornam decisivos na metodologia de intervenção com bebês e crianças que apresentam quadros de autismo na aposta de sua constituição.

Possibilitar essa passagem de uma exclusão a uma possibilidade de compartilhar com o outro exige uma extrema delicadeza do clínico para não ser invasivo (o que só faz a pessoa com autismo recuar e excluir ainda mais) e, ao mesmo tempo, ser bastante atento, disponível e preciso em sua intervenção para localizar, sustentar e produzir as pequenas brechas iniciais que se apresentam à relação. Por isso a intervenção não consiste em um silêncio que espera e tampouco de uma massa de palavras dirigidas à criança, mas de possibilitar-lhe dispor da linguagem para representar o vivenciado, nas cenas em que ela se encontra afetada (daí a importância de oferecer nesses momentos, pequenas palavras, até mesmo interjeições como “opa!”, “cadê?”, “achou!”, “caiu”, “pumba!” que possibilitam para todos, nos primórdios da entrada na linguagem, compartilhar o afeto experimentado.

Compreende-se que, diante de manifestações bastante avançadas do quadro, e em idades mais tardias, se levante a necessidade de lançar mão de métodos que permitam, ao menos, uma adaptação - oferecendo códigos de referência para o paciente, estabelecendo-lhes rotinas organizadoras para defender-se de angústias avassaladoras, emprestando-lhe signos que lhes permitam minimamente posicionar-se diante dos

demais. Mas partir desse princípio terapêutico em épocas precoces da vida quando a construção psíquica ainda está ocorrendo ou está em seus tenros primórdios é não dar ao menos uma chance a essa constituição. Ainda que nem sempre ela venha a ser possível não há porque, de início, descartar essa aposta.

Esperamos que esse texto esclareça que aqueles que acusam a psicanálise de culpar os pais pelas dificuldades do filho, servindo-se de chavões, tais como os de “mãe geladeira”, que há muito caíram em desuso, estão em um discurso anacrônico que ignora os resultados de uma prática psicanalítica realizada no âmbito de intervenção interdisciplinar há muitas décadas.¹⁴

Cabe lembrar que há bastante menos do que os 70 anos desse conceito investigava-se se a causa genética do autismo estaria no cromossomo 21, devido ao grande número de pessoas com Síndrome de Down que apresentavam esse quadro. Aqueles que fizemos parte dessa grande experiência clínica e sociológica - a modificação do lugar social das pessoas com Síndrome de Down - pudemos testemunhar como a suposição de suas possibilidades como sujeitos foi inversamente proporcional à incidência de autismo entre eles. Nem por isso se acusou a pesquisa genética de falta de seriedade, em lugar disso, como é digno no campo da ciência, apostamos em seus avanços. A psicanálise também fez os seus. Ignorá-los é cultivar o obscurantismo. Conhecê-los favorece o tratamento de todos.

¹ Ainda que esse autor não tenha sido o primeiro a utilizar essa nomenclatura ou a tratar de pacientes com autismo, seu estudo, realizado a partir do atendimento de vários pacientes, é um marco que configura a especificidade desse quadro.

² Não é assim em todos os casos. Em alguns há bruscas perdas do já adquirido que podem ocorrer por patologias orgânicas (como síndrome de Rett) ou por afastamentos traumáticos das pessoas que sustentavam os seus cuidados.

³ Inclusive dentro da psicanálise comparecem diferenças quanto à concepção de autismo, relacionadas a um campo conceitual relativamente amplo e diverso. Há, por exemplo, autores que consideram que o autismo seria um estágio da constituição psíquica pela qual todos passariam, os que consideram o autismo como uma manifestação clínica dentro da estrutura da psicose ou os que consideram o autismo como uma estrutura clínica específica (diferente de neurose, perversão e psicose). Somente para citar algumas correntes do pensamento.

⁴ Veja-se a esse respeito todo o amplo trabalho da psicanálise com crianças que apresentam quadros genéticos, deficiências sensoriais ou lesões cerebrais.

⁵ Com isso denotamos que, além da intervenção do psicanalista em si, é preciso considerar a concepção psicanalítica como um paradigma de sujeito psíquico que é tomado, em extensão, como uma referência por outras áreas de intervenção em sua práxis, tais como pedagogia, psicopedagogia, fonoaudiologia, psicomotricidade, terapia ocupacional. Ao fazê-lo essas áreas passam a considerar em sua intervenção interdisciplinar a transferência, a direção da cura, a constituição do sujeito e o brincar como operadores fundamentais do tratamento. Sublinha-se aí o paradigma *psicanalítico* como um corte epistemológico de referência para a intervenção em outras áreas e não só a intervenção do *psicanalista*.

⁶ Freud, S. (1905). Os três ensaios, Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago.

⁷ Kandel, E.R., Shuartz, J.H., Jessell, T.M. (1995). *Essentials of Neural Science and Behavior*, Appeton & Lange, Prentice Hall International (UK) Limited, London.

⁸ Ansermet, F. e Magistretti, A. *A cada uno su cerebro: plasticidad neuronal e inconsciente* - 1a ed. - Buenos Aires : Katz, 2006.

⁹ Freud, S. (1905).

¹⁰ Bernardino, L.M.F. *As psicoses não decididas da infância*: um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004; Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem. In: *Psicose – Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 9. Porto Alegre: Artes e Ofícios, novembro de 1993, p. 62-73.

¹¹ A partir da pesquisa IRDI e da pesquisa AP3, na qual se realizou posterior avaliação das crianças que fizeram parte da pesquisa de IRDI -indicadores precoces de risco para o desenvolvimento infantil- esses tradicionais eixos de avaliação da clínica psicanalítica com crianças foram formalizados e validados como pesquisa acadêmica, considerando como nessas produções aparecem operações centrais da constituição psíquica: suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença-ausência e função paterna. (Kupfer, A. Jerusalinsky, Rocha, Infante ET ali, 2009).

¹² Essas aberturas são denominadas por alguns autores como Janelas Pulsionais.

¹³ Esses jogos, assim denominados por diferentes autores da clínica psicanalítica com crianças, são todos jogos anteriores à possibilidade de que a criança sustente por conta própria um brincar simbólico. Esse brincar simbólico atinge seu auge no faz-de-conta e tem o seu início no jogo do fort-da descrito por Freud, em 1920, no texto *Além do Princípio do Prazer*. Esses jogos constituintes do sujeito são anteriores e precursores do jogo do Fort-da descrito por Freud e logicamente necessários para que o Fort-da se produza.

¹⁴ o próprio autor desse termo, Bruno Bettelheim, em 1953, no livro “Fugitivos da Vida”, retratou-se dizendo que o que até então ele tinha formulado como hipótese de causa podia muito bem ser consequência: considera a possibilidade de as mães se retraírem devido à constante frustração produzida pela não resposta de seu filho embora sua disposição e insistência. Comenta que os próprios terapeutas experimentam essa frustração quando, apesar de suas tentativas de comunicação com a criança autista, recebem uma negativa, um rechaço, ou simplesmente uma total indiferença. Também ele, a partir de então, deixou de usar o chavão de “mãe geladeira”. Nesse sentido, utilizar esse chavão como argumento de uma suposta culpabilização dos pais é incorrer em uma banalização e superficialismo diante do complexo debate que exige intervir com pessoas autistas, não contribuindo em nada para que os pais possam construir possibilidades diante das dificuldades que comparecem na vida do filho e na relação com este.

* Este texto foi produzido pelo grupo de trabalho 7 do MPAsp “metodologia da psicanálise na clínica com o autismo”.

Participaram na produção desse texto de forma coletiva:

Julieta Jerusalinsky na função de coordenação (Instituto Travessias da Infância: Centro de Estudos Lydia Coriat- SP – Clínica interdisciplinar Mauro Spinelli/SP; COGEAE/PUC-SP);

Alicia Lisondo (GEP Campinas/ SBPSP);

Ana Beatriz Freire (UFRJ);

Alfredo Jerusalinsky (ALI; Centro Lydia Coriat Buenos Aires; Instituto Travessias da Infância: Centro de Estudos Lydia Coriat- SP)

Claudia Mascarenhas (Espaço Moebius; Instituto Viva Infância/BA);

Daniela Teperman (NEPPC -SP);

Heloisa Prado Telles (EBP-SP);

Ilana Katz (NEPPC- SP);

Luciana Pires (IPUSP)

Maria Prisce Cleto Telles Chaves (ABENEPI –RJ);

Mariangela Mendes de Almeida (SBPSP/UNIFESP);

Patricia Cardoso de Mello (SBPSP e IFA/ SP);

Paula Pimenta (EBP/MG).

Colegas inscritos no grupo de trabalho 7:

- Ana Beatriz Freire (UFRJ)

freireanab@hotmail.com

- Claudia Mascarenhas (Espaço Moebius; Instituto Viva Infância/BA)

claudia.mascarenhasfernandes@gmail.com

- Cristiane Palmeira (ABEBE/SP)

crispalmeira@uol.com.br