

VERIDIANA FRÁGUAS

**SAINDO DO AB(AUT)ISMO: O VIVIDO DE UMA EXPERIÊNCIA
A PARTIR DE UM TRABALHO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2003

BANCA EXAMINADORA

Para Daniel

AGRADECIMENTOS

- Em primeiro lugar, ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, orientador e mestre, com quem tenho aprendido tanto ao longo destes oito anos de participação como pesquisadora no Laboratório de Psicopatologia Fundamental. Agradeço por ter me acolhido nesse grupo, cujo trabalho de pesquisa tem contribuído muito para minha formação profissional e pessoal. Gostaria ainda de lembrar que este trabalho foi escrito, carinhosamente, PARA O MANOEL.
- À Profa. Dra. Elisa Maria Ulhôa Cintra, pela leitura sensível e cuidadosa do trabalho no Exame de Qualificação, e pelas ricas contribuições para a compreensão do caso.
- Ao Prof. Dr. Sérgio de Gouvêa Franco, antigo colega do Instituto Sedes Sapientiae e atual colega do Laboratório, que tem acompanhado a minha formação como analista e mais uma vez compartilha comigo um dos momentos mais significativos nesse percurso.
- À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo auxílio financeiro, sem o qual não seria possível realizar esta pesquisa.
- Aos colegas do Laboratório, de hoje e de antes, pelas fecundas discussões dos textos e pelas importantes contribuições a este trabalho.
- Ao Cláudio Waks, pela sugestão para o título.
- Aos queridos amigos: Lou Muniz Atem, Ricardo Telles de Deus, Beatriz Hardt, Marciela Henckel, Ana Cecília Magtaz Sczufka, Antônio Ricardo

Rodrigues da Silva e Gabriela Rondas Speller, pelo carinho e incentivo constantes.

- Às minhas “irmãs de coração”: Andréa Maia Assali e Maria Fernanda Velloso Vignola de Carvalho, que viveram comigo as dores e as delícias do trabalho na escola.
- À Mirella D’Angelo Viviani e Lilian Faversoni, que tanto me ensinaram sobre o processo de inclusão.
- À Carmen Molloy, por sua clareza e pelas importantes contribuições à leitura do texto lacaniano.
- À Ivna Fuchigami, pela cuidadosa revisão do texto.
- Aos meus pais, Eglê e José, pelo investimento financeiro e afetivo em mais um de meus projetos.
- Aos meus irmãos, Juliana, Renato e Tatiana, pelo apoio e carinho que sempre dedicaram a sua irmã caçula.
- Ao Rogério, companheiro de todas as horas, por seu amor, por seu carinho e apoio, que foram fundamentais nos momentos mais difíceis desta pesquisa. A alegria de ter concluído este trabalho, que tanto significa para mim, compartilho com você.

RESUMO

A presente pesquisa partiu de um trabalho de acompanhamento terapêutico desenvolvido junto a uma criança diagnosticada como autista. O estudo parte de uma situação problemática oriunda de uma discrepância entre um diagnóstico que prescrevia uma impossibilidade de mudanças no quadro da criança em questão e a evolução observada a partir de um determinado tipo de intervenção.

Inspirada pela proposta da Psicopatologia Fundamental, esta pesquisa apresenta uma modalidade de leitura das crises psíquicas que parte da experiência clínica e tem como compromisso a possibilidade de debruçar-se sobre o sujeito para ouvi-lo na singularidade de seu sofrimento, a partir de um lugar sem rótulos.

Fazendo uso da teoria psicanalítica, este estudo busca compreender as mudanças na fala e no comportamento da criança citada, a partir da intervenção de um acompanhante terapêutico. Trabalha-se a partir da hipótese, levantada por LAZNIK-PENOT (1997), de que modificações no uso da fala correspondem a mudanças no modo de funcionamento psíquico.

ABSTRACT

The present study is based on a therapeutical follow-up done with a child that had been diagnosed as an autistic. It derives from a problematic situation that arose from the discrepancy between a diagnosis that prescribed the impossibility of changes in the child's condition and the evolution that had occurred from a certain type of intervention.

Based on the Fundamental Psychopathology proposal, the present study features an approach of studying the psychic crisis that is grounded on the clinical experience and its compromise is to show the possibility of listening to the subject in his suffering from a nameless place.

By applying the psychoanalytical theory, the present study searches to understand the child's speech and behavior changes due to the intervention of a therapist. The research is based on the hypothesis presented by LAZNIK-PENOT (1997) according to which the changes in speech correspond to the changes that take place in the psychic field.

SUMÁRIO

Resumo
“Abstract”

INTRODUÇÃO	1
Questões norteadoras do trabalho	1
A proposta da Psicopatologia Fundamental	4
História	4
Princípios	5
Colocando em palavras uma experiência	6
CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO DO CASO	10
CAPÍTULO 2: CONSIDERAÇÕES METAPSICOLÓGICAS OU ALGUNS DISCURSOS A RESPEITO DA CLÍNICA	34
2.1 Visão panorâmica sobre algumas concepções de autismo	35
2.2 Sobre a aquisição da fala e o processo de constituição do psiquismo: uma possibilidade de leitura sobre a questão do autismo	58
2.3 Necessidade, demanda e desejo	73
2.4 Saindo do abismo	84
CAPÍTULO 3: A.T. OU PSICOTERAPIA? UMA PSICANÁLISE COMPLICADA	101
3.1 Sobre o acompanhamento terapêutico: histórico e panorama atual	101
3.2 Entre o pedagógico e o terapêutico: algumas considerações acerca do acompanhamento terapêutico dentro da escola	105
3.3 O acompanhamento terapêutico, a psicanálise e a psicoterapia	113
CONCLUSÕES	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

INTRODUÇÃO

Questões norteadoras do trabalho

O presente trabalho parte de uma experiência vivida enquanto acompanhante terapêutica (A.t.)¹ dentro de uma pré-escola da rede particular de ensino onde havia uma proposta inclusiva. Durante cerca de um ano e meio, trabalhei junto a uma criança diagnosticada como autista, o garoto Daniel, que na época tinha seis anos.

Uma das principais questões que motivaram o estudo a respeito deste caso foi uma vivência de perplexidade quanto à forma como este diagnóstico foi informado aos pais de Daniel. Quando aos cinco anos Daniel foi levado a um neurologista para que se diagnosticasse a causa de suas dificuldades em relacionar-se com as outras crianças e suas dificuldades escolares, aquele teria dito a seus pais que se tratava de uma criança autista e que iria ser assim *pelo resto da vida*.

A perplexidade decorria de uma impossibilidade de conceber que não havia esperanças de que esta criança pudesse apresentar algum tipo de evolução em seu quadro. Entretanto, a partir do trabalho de acompanhamento terapêutico desenvolvido junto a Daniel, pôde-se observar uma série de mudanças significativas.

No começo do trabalho, Daniel apresentava sérios distúrbios de linguagem: sua fala era ecológica, monossilábica; ele não fazia pedidos ou queixas e não utilizava o

¹ Visando a uma maior agilidade na leitura, serão empregadas ao longo da dissertação as seguintes abreviações: A.T., correspondendo ao trabalho de acompanhamento terapêutico e A.t., correspondendo ao (à) acompanhante terapêutico (a).

pronome *eu* para referir-se a si mesmo. Era uma criança bastante isolada, ficando a maior parte do tempo entretida com movimentos repetitivos.

No decorrer do trabalho, observou-se que Daniel foi fazendo um movimento no sentido da abertura para o contato com o outro, através do desenvolvimento da fala e de uma busca ativa por este contato.

Um dos momentos mais significativos desta vivência, e talvez inaugural de uma abertura afetiva de Daniel para o contato com o outro, foi quando ele conseguiu dirigir a mim uma demanda: um pedido de colo. A questão que se coloca para o desenvolvimento do presente trabalho seria pensar, em termos metapsicológicos, o que aconteceu nesta relação para que Daniel pudesse chegar a formular uma demanda.

Tendo como base o referencial teórico da psicanálise, CHALHUB (1997) propõe que pensemos no sujeito na situação comunicacional e se pergunta: o que faz com que um sujeito possa vir a falar? Ela diz:

“Falará para demandar, para comunicar-se, para explicar-se, enfim, falará. Nos processos comunicacionais, a relação é quase dual na sua completude. Sustenta este esquema comunicacional, uma espécie de compreensão que una interlocutores. Nesta situação de interlocução o que se atravessa, o que se comunica é uma espécie de intersubjetividade porque produzir uma mensagem é tanto significar algo, como significar algo para alguém. Supõe-se que seja este o mínimo múltiplo comum dos relacionamentos.” (CHALHUB, 1997, p. 42)

Entendemos, acompanhando a autora, que a possibilidade de Daniel formular uma demanda o insere num universo de comunicação com o outro, o que o retira de um fechamento afetivo. Esta seria uma mudança significativa em seu modo de

funcionamento psíquico, contrariando a prescrição de destino feita pelo médico que o diagnosticou. Esta possibilidade de abertura para o contato com o outro vem retirá-lo de uma espécie de *abismo* no qual se encontrava, onde, a princípio, nos parecia impossível atingi-lo.

Esta experiência nos remete a pensar sobre a insuficiência do diagnóstico psiquiátrico – entenda-se, o diagnóstico que se baseia em sinais e sintomas de forma objetiva – para compreender algo a respeito do funcionamento psíquico dos indivíduos.

A clareza a respeito desta insuficiência foi o motor para a busca de uma outra perspectiva de compreensão das patologias psíquicas. Durante esta busca, surgiu o convite para desenvolver uma pesquisa no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, espaço criado pelo Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, em 1995, e inspirado no trabalho desenvolvido por Pierre Fédida na Université de Paris 7 – Denis Diderot .

Vale ressaltar que a presente pesquisa foi desenvolvida num espaço de trocas com outros pesquisadores que se dedicavam ao estudo de psicopatologias precoces como o autismo e as psicoses infantis. Entre estes trabalhos, destacam-se as dissertações de mestrado de SILVA (1998), WAJNTAL (2000), ATEM (2002) e HENCKEL (2002).

A proposta da Psicopatologia Fundamental

História

Como nos relata BERLINCK (2000), a expressão “Psicopatologia Fundamental” foi cunhada por Pierre Fédida, na Universidade Paris 7 - Denis Diderot, visando se distinguir da Psicopatologia Geral de Karl Jaspers, criada no início do século passado. Segundo Berlinck, a disciplina de Jaspers “visa à formulação narrativa objetiva das doenças mentais conhecidas” (BERLINCK, 2000, p. 7), enquanto que a Psicopatologia Fundamental busca resgatar a dimensão subjetiva e singular do *pathos*:

“Nesse sentido, quando *pathos* ocorre, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha, sem que o eu possa se assenhorar deste acontecimento, a não ser como paciente, inaugurando, assim, condições necessárias e suficientes para a posição do terapeuta e para a transformação da vivência pática numa patologia e, daí, numa experiência.”
(BERLINCK, 2000, p. 7)

O ser humano seria, então, uma espécie pática, que sofre por este excesso, que pode ser traduzido enquanto dor, depressão, angústia, autismo, histeria, etc.

FÉDIDA (1988) define a Psicopatologia como “um sofrimento que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno” (FÉDIDA, 1988, p. 29). O autor nos remete à expressão *Patei-matos*:

“Ora, na tradição do poeta Ésquilo (seria interessante ler a peça *Agamenon*) emprega-se a expressão ‘*Patei-matos*’ para designar o que é pático, o que é paixão, o que é vivido. Aquilo que pode

se tornar experiência. (...) Não há simplesmente normal e patológico. Como vocês sabem, a descoberta da psicanálise consiste na possibilidade da experiência interna do que é o psicopatológico, desde que essa experiência interna não se psiquiatrize no sentido de se tornar uma patologia crônica e nada ensinar àquele que a vive.” (FÉDIDA, 1988, p. 29)

Princípios

A posição da Psicopatologia Fundamental seria, portanto, constituir-se enquanto uma proposta alternativa de leitura das crises psíquicas, em contraste com a leitura da Psicopatologia Geral, corrente que tem como perspectiva principal “obter um acordo mínimo quanto à definição das categorias diagnósticas, de modo que haja concordância entre as diversas disciplinas pelo menos no plano descritivo” (PEREIRA, 1998, p. 62).

Trata-se de uma proposta que tem como perspectiva olhar para o sujeito desde um lugar sem rótulos, buscando compreender a singularidade de seu sofrimento psíquico, de seu *pathos*. A idéia é que se possam encontrar palavras, as mais singulares possíveis, para traduzir aquilo que vivemos em nossa experiência clínica. É uma proposta que tem afinidade com a teoria psicanalítica, já que se objetiva escutar o discurso do paciente a respeito daquilo que o faz sofrer, a partir da relação transferencial.

O trabalho aqui apresentado traz em si a particularidade de ter sido desenvolvido dentro de uma Instituição dedicada ao ensino², por uma profissional cuja formação (psicóloga e psicanalista) a instrumentava para uma escuta a respeito do sofrimento psíquico da criança em questão. Esta possibilidade de escuta criou uma relação transferencial e, assim, construiu-se um campo em que Daniel podia ser visto e ouvido como sujeito.

Colocando em palavras uma experiência

Numa tentativa de colocar em palavras a experiência vivida, estaremos recorrendo ao trabalho de LAZNIK-PENOT (1997) a respeito da fala em crianças autistas, onde a autora levanta a hipótese de que na base de sintomas como os distúrbios de linguagem e o severo comprometimento na interação social – considerados característicos dos quadros de autismo – haveria uma determinada dinâmica psíquica. Com base nesta hipótese, recorreremos também a Freud e Lacan, na busca das bases metapsicológicas para este estudo. Esta forma de leitura da problemática dos casos de autismo abre uma possibilidade inédita de escuta para estas crianças e vem ao encontro da proposta da Psicopatologia Fundamental.

² No capítulo 3, abordaremos mais detalhadamente a questão da especificidade desse tipo de intervenção, qual a sua natureza e sua eficácia terapêutica.

No trabalho acima citado, Laznik-Penot relata casos por ela atendidos, onde a escuta e a possibilidade de atribuir sentido aos enunciados destas crianças trouxe efeitos terapêuticos importantes e, em alguns casos, a saída de um quadro de autismo.

Poupar-nos-emos o esforço de buscar definir se o diagnóstico de autismo se aplica ao caso de Daniel. Embora apresentasse algumas características que, segundo os manuais psiquiátricos (DSM-IV, CID-10), poderiam incluí-lo entre os autistas³, isso iria contra a proposta que inspira esta pesquisa, uma vez que nenhuma das classificações citadas fornece subsídios para uma compreensão do funcionamento psíquico destas crianças.

No relatório de atividades do Laboratório de Psicopatologia Fundamental (1997), Berlinck coloca a importância de um pensamento psicopatológico que tenha por base a clínica de cada profissional:

“Essa solicitação pelo clínico, pelo clinicar, envolve seguramente um debruçar-se, um inclinar-se sobre o sujeito para escutar sua fala, aquilo que ele diz na relação transferencial desde um lugar sem rótulos, que resiste à própria classificação psicopatológica em direção a uma ‘veste’ feita com exclusividade para ele, que lhe sirva bem e lhe dê toda a liberdade possível em relação às classes que não lhe são próprias e que dificulta o movimento psíquico.” (BERLINCK, 1997, p. 9)

A crítica assim colocada se dirige a uma tendência bastante comum nas instituições que trabalham com pacientes com distúrbios mentais graves, em que não há

³ Ver no capítulo 2, critérios diagnósticos para “transtorno autista” (DSM-IV) e “autismo infantil” (CID-10).

uma escuta da singularidade do sofrimento de cada paciente, mas uma tendência a classificá-lo de uma forma generalizadora. Uma das conseqüências mais comuns desta postura seria o que Berlinck chama de “fracasso classificatório do sintoma” (op. cit., p.10), ou seja, quando os profissionais se defrontam com sintomas que resistem a qualquer enquadre psicopatológico, como os casos *borderline*, por exemplo.

A postura da Psicopatologia Fundamental exige do profissional que ele esteja sempre disposto a sair de uma posição pré-determinada, fixa, para inclinar-se sobre o sujeito que vem falar de seu “*pathos*” (BERLINCK, 2000), daquilo que o faz sofrer. Nesse sentido, a psicanálise seria “a casa mais confortável existente na contemporaneidade para a Psicopatologia Fundamental” (op. cit., p.24), pois se propõe a uma escuta do discurso que cada sujeito traz a respeito de seu sofrimento, através da relação transferencial.

Berlinck nos alerta para o fato de que mesmo entre os psicanalistas pode haver uma tendência pela busca de categorias nosográficas para dar conta dos enigmas com os quais se deparam na clínica. Num texto intitulado “A histeria e o psicanalista”, o autor coloca:

“Creio que seria bom lembrar, aqui, que aplicação de categorias nosográficas na clínica sem uma escuta cuidadosa e prolongada pode se constituir numa resistência do psicanalista à sua própria escuta. Declarar que um sujeito é histérico, obsessivo, perverso ou psicótico serve muitas vezes para se evitar o enigma que o outro é.” (BERLINCK, 2000, p. 133)

Nesse sentido, a proposta da Psicopatologia Fundamental de compreensão das crises psíquicas implica em suportar a angústia diante desse *enigma que o outro é*. Esta

proposta envolve uma participação subjetiva do profissional, que irá esforçar-se para colocar em palavras aquilo que vive na sua clínica. Este é o trabalho que aqui procuraremos empreender.

CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO DO CASO

Inicialmente seria importante situar a proposta da escola na qual foi desenvolvido o trabalho em questão. Trata-se de uma pré-escola regular, da rede particular, que trabalha com crianças especiais (entenda-se, crianças com algum tipo de deficiência mental, com paralisia cerebral, crianças psicóticas ou autistas), dentro de uma proposta inclusiva. Cada classe de crianças “normais” recebe uma criança especial, de acordo com critérios como idade, tamanho e estágio de desenvolvimento cognitivo/afetivo. No caso de crianças psicóticas, autistas ou lesionadas cerebrais graves, existe a proposta de um trabalho de acompanhamento terapêutico, por apresentarem maior dificuldade de interação no processo de aprendizagem.

O trabalho do A.t. dentro da escola consiste em um acompanhamento da criança durante todo o período escolar, dentro e fora da sala de aula, procurando integrá-la ao grupo, assim como envolvê-la nas atividades propostas pelo professor, sempre levando em conta seus limites e suas potencialidades.

A demanda da escola em relação ao trabalho de um A.t. era decorrente do pouco preparo do professor para lidar com crianças com psicopatologias graves. O papel do A.t. seria o de sensibilizar o professor para a singularidade da criança, facilitando uma intervenção pedagógica junto a ela. Cuidando do grupo como um todo, o professor não podia oferecer à criança especial uma atenção mais individualizada, o que ficava a cargo do A.t..

Embora este trabalho fosse denominado como *acompanhamento terapêutico*, a escola não colocava a questão *terapêutica* como objetivo principal de sua proposta, e sim, a adaptação da criança ao processo de aprendizagem. No entanto, como observaremos adiante, o trabalho teve efeitos terapêuticos importantes para a criança em questão. O tema do A.T. será abordado mais detidamente no capítulo 3.

O trabalho em questão teve início em agosto de 1995, quando Daniel estava prestes a completar seis anos, e se estendeu até fevereiro de 1997. Em primeiro lugar, apresentaremos alguns dados sobre o histórico de Daniel, obtidos numa entrevista de anamnese realizada com sua mãe, Deise, alguns meses após o início do trabalho.

Deise e Edgar tinham dois filhos, um menino de dez anos e uma menina de oito, quando Daniel nasceu. Quando perguntada sobre a idéia de vir a ter um terceiro filho, Deise conta que queria muito ter o terceiro filho, e que isso acontecesse antes dos trinta e cinco anos. Aos trinta e três, tentou engravidar durante o mês de janeiro, e justifica da seguinte forma a escolha deste mês: *“Para que a criança nascesse depois do inverno”*. Durante o ano todo não conseguiu engravidar, seu médico disse que o útero estava um pouco virado (s.i.c.). O médico, então, teria mexido em seu útero para que ficasse na posição correta e, em janeiro do ano seguinte, ela engravidou.

Sobre o desejo do pai em relação a ter filhos, Deise diz: *“O Edgar queria ter onze filhos, por ele teríamos um por ano, já que não era ele quem cuidava mesmo...”*.

Vale notar que neste ponto do relato é possível identificar uma ambigüidade de Deise em relação ao desejo de ter um terceiro filho. É como se o desejo fosse mais do marido do que dela mesma.

Deixe conta que sofreu muito durante a gravidez de Daniel; foi uma gestação bastante “*incômoda*”. Dizia ela: “*O peso da barriga, aos quatro ou cinco meses, era o mesmo peso de oito ou nove meses. O médico disse que talvez fosse um problema hormonal*”. Refere-se um desconforto muito grande do quarto mês até o nascimento de Daniel: “*O médico dizia que estava tudo bem, mas eu não estava me sentindo bem!*”, conta.

Em julho daquele mesmo ano, fez com o marido uma viagem a Manaus, onde pegou uma gripe. Junto com a gripe veio uma tosse – contra a qual não podia tomar antibióticos, devido ao seu estado –, que a acompanhou até o nascimento de Daniel. Atribui a esta tosse o fato de Daniel ter nascido prematuro (com sete meses e vinte dias).

Conta que este foi um período de muita irritação e estresse. Coloca que se sentia “*sobrecarregada*”, tinha que trabalhar, cuidar das crianças e ainda atender às demandas de sua mãe. Pediu então uma licença de dez dias no trabalho (estava então grávida de sete meses e dez dias). Diz ter-se sentido “*muito exigida*” também no trabalho, em suas palavras: “*Judiarão tanto de mim na gravidez...*”

Durante a licença, providenciou o enxoval do bebê e os preparativos para sua chegada. No dia seguinte ao término da sua licença, quando voltou ao trabalho, passou mal e foi ao médico. Percebendo que o bebê já estava “*querendo nascer*”, o médico deu a ela uma injeção para que o segurasse por mais quinze dias. Nesse mesmo dia sentiu contrações, foi encaminhada ao hospital e, à noite, Daniel nasceu.

O parto foi normal, com anestesia. Ao nascer, Daniel pesava 2,480 kg, media 48cm e teve APGAR entre 8 e 9. Foi para a incubadora e apresentou dificuldades

respiratórias. Não chegou a ter anóxia, mas depois de um ou dois dias teve estafa por estar respirando com dificuldade. Os médicos então decidiram removê-lo para um hospital maior. No quarto dia após o nascimento, Daniel foi levado para um dos melhores hospitais da cidade, e internado na U.T.I infantil. Não chegou a ser entubado, recebeu remédios, soro e recuperou-se. A mãe faz uma queixa em relação aos médicos: ela atribui os problemas de Daniel ao nascer à negligência médica.

Daniel só pôde ir para casa dez dias após o nascimento. Quando perguntei a Deise como foi vê-lo pela primeira vez, como foi pegá-lo pela primeira vez, ela disse: “*Ah... normal*”. O tom de sua fala não tinha um colorido emocional. Impressionava a ausência de alguma fala que denotasse ansiedade por ver o bebê ou tocá-lo, limitando-se a contar as vicissitudes da internação na U.T.I..

Contou que, desde o princípio, Daniel mamou leite do peito; que, durante a internação, ela ia amamentá-lo todos os dias. Disse que, quando ele sentia fome, berrava, e as enfermeiras corriam atrás dela para atendê-lo o mais rápido possível, pondo fim à gritaria que fazia. Ainda comenta que “*ficou um pouco chateada*” por não poder levá-lo para casa quando ela teve alta mas o tom de sua fala é o mesmo, desprovido de qualquer emoção.

Daniel era um bebê muito “*bonzinho*”, segundo Deise. Comenta que sua filha, nos primeiros meses chorava muito, e ela só foi descobrir o motivo do choro quando um dia colocou-a para dormir consigo. Sentindo a temperatura do corpo da filha, percebeu, então, que a menina chorava de frio (um dos motivos pelos quais Deise queria que Daniel nascesse no verão).

Coloca que, quando era pequeno – um mês e meio –, Daniel não gostava muito que o tocassem; quando colocavam o dedo próximo à sua mão, não tinha o movimento de agarrá-lo e afastava a mão da pessoa. A princípio, isso acontecia com qualquer um que se aproximasse dele; depois, lembra que costumava acontecer com estranhos. Deise atribuía esse repúdio ao toque ao excesso de manipulação que Daniel teria sofrido no hospital.

Um outro dado que chama a atenção é que desde o nascimento até os cinco anos, Daniel sempre teve enfermeira ou babá. Quando perguntada a respeito da função destas enfermeiras ou babás, Deise diz: *“Para me ajudar quando eu estava muito cansada”*. Mas, logo em seguida, completa: *“Mas eu amamentava, dava banho... etc”*. Justifica a presença das babás por não contar com a ajuda do marido nos cuidados com o bebê, queixa que estende também aos seus filhos mais velhos. Coloca ainda que isso foi a sua condição para aceitar ter um terceiro filho. Diz: *“Se ele (o pai) queria ter mais um filho, que pagasse uma babá”*. E completa: *“Com uma babá para Daniel, foi ótimo. Ficávamos com ele só quando queríamos curtir. Não tínhamos trabalho nenhum: ela era tão boa que até ajudava a educar minha filha”*.

Quando perguntada a respeito de como era a amamentação – se Daniel pegava o seio, se olhava para ela –, responde afirmativamente e comenta: *“Sempre tivemos uma relação muito boa”*. Conta que ele era carinhoso, deitava-se sobre ela, abraçando-a com braços e pernas, coisa que já não faz hoje; quando chegava em casa, mesmo já tendo sido alimentado pela babá, Daniel sentava-se em seu colo e queria comer novamente, junto com ela.

Foram feitas algumas perguntas a respeito do desenvolvimento de Daniel, como por exemplo, quando apresentou resposta de sorriso, quando surgiram as primeiras palavras, e Deise responde de imediato: *“Foi normal”*. Conta que apresentou sorriso muito cedo, começou a balbuciar com um ano, não engatinhou e andou com um ano e quatro meses. As primeiras palavras também surgiram com um ano e quatro meses. No entanto, quando perguntada que tipo de palavras ou frases Daniel construía, teve dificuldades em lembrar. Lembra que pedia coisas, dizendo por exemplo *“Qué água”*, que chamava pelos pais, e respondia quando lhe perguntavam algo.

Comenta o seguinte: *“Com as babás ele falava muito, dava ordens a elas”*. Pergunta-se a ela que tipo de falas eram estas, se era curioso, se fazia comentários sobre alguma coisa que o interessava. Conta que, aos quatro anos, Daniel viu o Papai Noel e falou: *“Olha o Papai Noel!”*, mas lembra que era raro este tipo de fala.

Coloca que o que mais lhe chamou a atenção foi o atraso no treino esfinteriano: *“Daniel sempre teve fezes moles, parecidas com as de bebês. Não tinha as fezes amadurecidas”*.

Fala de sua expectativa em relação aos possíveis atrasos de Daniel em seu desenvolvimento: *“Tudo eu dava um desconto de três meses, achava normal que houvesse um pequeno atraso, já que ele não ficou na barriga o tempo suficiente”*.

Quando questionada a respeito de quando percebeu alguma coisa de errado na fala de Daniel, diz que foi aos dois anos e meio. Tem uma teoria de que, pelo fato de ter sempre tido babás, ele era atendido muito rapidamente em suas demandas: *“Ele não*

precisava pedir, já percebíamos o jeito dele quando queria alguma coisa, e logo já dávamos”. E completa: “Ele foi ficando um bebê de um ano e meio”.

Quando Daniel tinha três anos, numa visita ao pediatra, este teria dito a ela: *“Deise, chega de babás para o Daniel!”.*

Coloca que ela não podia ficar sem babá para o Daniel e não atendeu ao pedido do médico. Até mesmo na escola chamavam sua atenção para o fato de tratarem Daniel como um bebê: *“Quando eu ia buscá-lo na escola, ele pulava no meu colo. Talvez isso não deixasse a gente perceber que ele não tinha um desenvolvimento normal. Não achava que tinha algo de errado com ele, a não ser o fato de ser um bebezão”.*

Entre dois e três anos, Daniel esteve numa creche da Prefeitura. Aos três anos, a psicóloga da creche chamou a atenção de Deise para o fato de Daniel ser uma criança que não se integrava ao grupo: *“Ela me dizia que ele não participava das atividades”.* Conta que não levou a psicóloga a sério, porque esta trabalhava com a Antroposofia, doutrina na qual não acreditava e, portanto, achava que não devia levar em consideração suas observações.

Nessa mesma época, a diretora da creche fez uma queixa de que Daniel estava tirando a roupa dentro da sala de aula. A este respeito, comenta: *“Ela fez um cavalo de batalha”.* Depois disso, Deise tirou Daniel da creche.

À medida que Deise vai contando estes episódios é possível perceber uma ambivalência muito grande. Por um lado, é como se não ouvisse os alertas das pessoas que trabalhavam com Daniel a respeito de algo fora do normal. Por outro, busca profissionais como que para “tirar a prova”; mas toda vez que um deles afirma que há

algo de errado, ela duvida e o desqualifica de alguma forma. Isso fica muito evidente na seqüência da entrevista.

Conta que depois do que aconteceu na creche, levou Daniel a um pediatra e este teria dito que Daniel “*não tinha nada*”. Levou-o então a um neurologista, que sugeriu que procurasse um psicólogo. A esse respeito, coloca: “*Entrou por um ouvido e saiu pelo outro*”. Justifica esta posição dizendo que este mesmo neurologista teria feito um diagnóstico equivocado em relação ao seu filho mais velho, levantando a hipótese de uma paralisia cerebral, quando o que ele tinha era apenas um problema no joelho.

Fica como questão por que então levar Daniel a um médico em quem ela não confiava...

Na seqüência, comenta que nesse mesmo período, Daniel entrou na nataçãõ, e seu professor dizia que ele tinha “*um problema de atençãõ*”. Mas pensou: como o resultado era bom, ou seja, Daniel nadava bem, não devia se preocupar.

No período de avaliação de Daniel para a entrada numa nova escola (depois da creche), Deise ficou sabendo de uma psicóloga que tinha uma tese sobre crianças prematuras e então a procurou para fazer uma avaliação de Daniel. Segundo Deise, a psicóloga teria dito que “*estava tudo bem*”, mas lhe chamava a atençãõ os olhos de Daniel, ligeiramente separados. Aconselhou um exame genético.

Seguindo este conselho, Deise levou Daniel a um pediatra que disse que a única coisa que lhe chamava a atençãõ era o tamanho da cabeça, maior que o normal para sua idade. Esta hipótese foi descartada quando o médico conheceu seu pai, dizendo que Daniel tinha herdado dele tal característica.

À medida que Deise vai relatando estas histórias, vai dando a impressão de que cada um desses episódios teria sido considerado como um “falso alarme”.

Continua seu relato dizendo que, aos cinco anos, Daniel foi aprovado para entrar numa nova escola, uma escola regular da rede privada, mas que durante o ano não conseguia se integrar ao grupo, não acompanhando os colegas. Uma fonoaudióloga que trabalhava naquela escola chegou a pedir um exame auditivo, devido à sua dificuldade de atenção.

A partir desta queixa da escola de que era uma criança “*muito isolada*”, iniciou-se uma busca mais intensa de especialistas que pudessem diagnosticar o caso.

A escola colocou para os pais que não poderiam continuar com Daniel. Ele, então, foi encaminhado à pré-escola onde foi desenvolvido o trabalho aqui apresentado. Os dados a seguir foram obtidos através de reuniões com a mãe de Daniel.

Nesse meio-tempo, da mudança de uma escola para outra, Daniel passou por vários médicos. Foram feitos exames como eletroencefalograma e tomografia computadorizada, mas estes não acusaram nenhuma anomalia. Os médicos levantaram a hipótese de alguma síndrome genética e a primeira suspeita foi a da Síndrome do X-Frágil. Fizeram então um primeiro exame de DNA, que acusou a presença desta síndrome. Mas quando o resultado foi apresentado ao médico que o havia solicitado, este encontrou irregularidades no exame e propôs à família que o refizesse em outro laboratório.

Logo numa das primeiras semanas de trabalho com Daniel, durante uma reunião na escola, Deise conta que o resultado do segundo exame de DNA dizia que Daniel não

era portador da Síndrome do X-Frágil e que o primeiro exame estava errado. Comentou sobre o seu descontentamento com um erro num exame tão importante e lamentou o tempo em que eles acreditaram ser este o resultado.

A coordenadora da escola, presente à reunião, disse à mãe de Daniel que ela deveria procurar um neurologista. Deise respondeu que já havia providenciado uma consulta e, de fato, cerca de um mês depois, ela contou que levou Daniel a um neurologista, e que este o diagnosticou como uma criança autista. Nessa mesma ocasião, Deise evocou as palavras do médico: *“Ele é uma criança autista e vai ser assim pelo resto da vida”*. Este diagnóstico parece ter sido aceito pelos pais de Daniel com uma certa complacência, eles pareciam bastante conformados com esta perspectiva de uma impossibilidade de evolução do caso, o que chamava muito a atenção.

Este é um dado importante, que se articula com a atitude dos pais de Daniel, observada ao longo do trabalho desenvolvido com ele. Deise demonstrava uma ambivalência ao reconhecer os progressos de Daniel na escola, e Edgar, por sua vez, mostrava um descrédito absoluto. De posse destes dados do histórico familiar, poderemos mais adiante levantar algumas hipóteses a respeito do caso.

Passemos agora ao relato do trabalho desenvolvido junto a Daniel:

Quando se iniciou o trabalho com Daniel, ele era uma criança que não conversava com as pessoas, dificilmente respondia ao que lhe era perguntado, não pedia o que queria, não se queixava daquilo que o incomodava. Suas falas eram meras repetições de frases que ouvia, não formulava falas próprias e não usava o pronome *eu* para referir-se a si mesmo. Ficava grande parte do tempo isolado, preferindo brincar

sozinho a entrar em contato com as outras crianças. Passava longos períodos entretido consigo mesmo, fazendo movimentos repetitivos, como bater as mãos ou algum objeto no chão ou na parede. Tinha também uma atividade masturbatória bastante intensa.

Não interagia com as crianças em brincadeiras coletivas ou jogos de “faz-de-conta”, precisando ser constantemente estimulado a participar de tais brincadeiras, algumas vezes participando, em outras, não.

No entanto, apresentava um tipo de produção linguageira que lhe conferia um certo status dentro da escola: Daniel cantava músicas. Ele tinha um vasto repertório e, muitas vezes, cantava músicas relacionadas com determinados contextos. Assim, um dia quando a professora conversava com as crianças sobre a falta de verbas do governo para manter os programas infantis da TV Cultura, Daniel cantou:

“Ei, você aí, me dá um dinheiro aí, me dá um dinheiro aí...”

O início do trabalho com Daniel teve como objetivo principal a construção de um vínculo com ele. No começo, parecia muito desconfiado; quando percebia que estava sendo olhado, desviava o olhar. Sentava-me ao seu lado na roda que fazíamos com as crianças no começo da aula e notei que, aos poucos, foi perdendo o receio no contato comigo: tocava-me, pegava minha mão, começava, assim, a me conhecer.

A música foi um instrumento fundamental para a construção desse vínculo, num primeiro momento. Toda vez que eu percebia que uma música cantada por Daniel tinha alguma ligação com o que conversávamos ou com alguma brincadeira que fazíamos, restituía a ele o sentido que me parecia ter a sua cantoria, ou seja, dizia-lhe que entendia aquela manifestação como uma tentativa de compartilhar conosco aquele momento.

Às vezes, Daniel cantava apenas um trecho de alguma música, então eu continuava a cantar com ele, atitude que parecia agradá-lo. Em outras ocasiões, eu ensinava músicas novas, ele as aprendia rapidamente e passava a cantá-las também. Eu procurava pensar em músicas que diziam respeito a alguns temas trabalhados em sala de aula ou que tivessem a ver com brincadeiras propostas pela professora ou mesmo pelas crianças.

Também jogávamos bola, o que descobri ser uma de suas brincadeiras prediletas. Neste momento inicial, preocupei-me em conquistá-lo, propondo brincadeiras que continham aquilo de que ele mais gostava. Aos poucos, notei que sentia prazer em brincar comigo. Ao mesmo tempo, tinha muita dificuldade em me comunicar com ele verbalmente pois Daniel não respondia às minhas interpelações. No entanto, eu insistia em obter alguma resposta, até que um dia fui surpreendida por ele:

Todos os dias, durante quinze minutos, professores e A.t.s tinham um intervalo para tomar café. Sempre que ia sair para tomar café, eu dizia: *“Olha, Daniel, eu vou tomar o meu café. Daqui a pouco eu volto, tá bom?”* e ele nada respondia. Durante algumas semanas eu repetia a mesma coisa todos os dias, nesse mesmo momento, e ele nada respondia. Até que um dia eu disse: *“Vou tomar café, já volto tá bom?”*. E Daniel então respondeu: *“Tá”*.

Foi a primeira vez que me respondeu; até então, respondia apenas à professora, embora raramente e após muita insistência. Este foi um momento marcante, pois fala de uma resposta de Daniel a uma alternância do tipo presença-ausência. Guardemos esta

observação, pois ela será retomada posteriormente, a propósito de uma reflexão sobre o caso.

A partir de então, a cada dia foi aumentando a frequência com a qual Daniel respondia imediatamente às minhas interpelações. Algumas vezes, ele respondia às perguntas repetindo-as para quem as fazia, um exemplo de ecolalia. Quando perguntávamos, por exemplo, o que ele queria comer, Daniel repetia a frase. Quando dávamos a ele as opções, a resposta vinha mais prontamente, por exemplo, quando perguntávamos: “*Você quer bolo ou quer sanduíche?*”, Daniel pensava um pouco depois respondia simplesmente “*Bolo*”.

Chamava a atenção o fato de não surgir o pronome *eu* nestas respostas, o que sinalizava aquilo que seria uma questão fundamental para Daniel: a dificuldade em apresentar um discurso próprio. No entanto, com o desenrolar do trabalho, Daniel começou a utilizar o pronome *eu* e a expressão “*eu quero*” nas respostas às nossas perguntas.

Todo o trabalho em pensar uma forma de fazer com que Daniel respondesse às nossas interpelações, as estratégias, a insistência, tinha em sua base a confiança de que algum dia ele iria responder. Penso que isso tenha sido fundamental para o surgimento destas primeiras respostas.

Depois dessa primeira fase, do uso do pronome *eu* e da expressão “*eu quero*” nas respostas, começaram a surgir falas mais elaboradas, como, por exemplo, quando Daniel colocou um patinho de plástico em cima de um escorregador e eu perguntei a ele:

– “*Cadê o patinho, Daniel ?*”

Daniel: “*Cadê o patinho?*”

– “*Onde é que você o colocou?*”

Daniel: “*Fui eu que coloquei ele lá em cima.*”

Este exemplo ilustra o início de um processo de construção de uma fala própria, não mais ecológica. Num momento posterior, além do uso do *eu* nas respostas, surge o uso do verbo na primeira pessoa do plural (*nós*), como no dia em estávamos brincando de “Saci Pererê”, brincadeira que consistia em vestir-se de Saci e passear pela escola “assustando” a todos. Quando passamos pela professora da turma, ela perguntou: “*E aí, pessoal, assustaram as pessoas ?*”. E então Daniel respondeu: “*Assustamos.*”

Numa etapa seguinte – e fundamental neste caso –, Daniel passou a elaborar pedidos espontâneos, ou seja, passou a pedir coisas sem que alguém o interpelasse previamente. A primeira situação em que isso aconteceu de uma forma clara, foi num dia em que eu percebia Daniel muito entretido consigo mesmo, sentado num canto, batendo as mãos no chão. Na hora do parque não brincava na areia, algo de que mais gostava de fazer naquele momento. Fiquei a seu lado, pensando em alguma forma de tirá-lo daquele estado tão ensimesmado. De repente, ele olhou para mim e disse:

– “*Eu quero...*”

– “*O que você quer, Daniel?*”

– “*Eu quero que...*”

– “*Quer que...*”

– “*Quero colo*”. E abre os braços para que eu o pegue.

- “*Vem !*” . E o pego no colo.

Ele ficou em meu colo por alguns instantes, depois saiu e foi brincar na areia. Até este momento contávamos dois meses de trabalho. Este momento representa um marco no trabalho desenvolvido até então pois Daniel fora capaz de elaborar uma primeira demanda dirigida a mim, que foi seguida de muitas outras endereçadas às demais pessoas. Mais adiante, iremos nos deter sobre este momento, procurando pensar do ponto de vista metapsicológico o que isso representa em termos do funcionamento psíquico.

Passados esses dois primeiros meses, chegou o momento de enviar aos pais o primeiro relatório do trabalho que vinha sendo desenvolvido com Daniel. Neste, foram dados destaque e importância fundamental às mudanças na forma de Daniel se comunicar.

Este primeiro relatório teve como efeito uma mudança fundamental na postura da mãe de Daniel em relação a ele e ao nosso trabalho. Convém ressaltar que as informações sobre o modo como a família de Daniel lida com ele ou como reage às mudanças em seu comportamento são fornecidas pela mãe, que é a pessoa com quem mais tínhamos contato. O pai de Daniel dificilmente vinha à escola, mesmo quando convidado para reuniões. Estava sempre *“muito ocupado”* ou achava que *“não precisaria ir os dois, pai e mãe, às reuniões”* (segundo a mãe de Daniel).

A partir desse momento, Deise tornou-se mais atenta a Daniel, às mudanças em sua fala e em seu comportamento. Com isso, mudou também sua relação comigo: antes, tínhamos uma relação distante e formal. A partir de então, passou a falar da satisfação pelo resultado desses primeiros meses de trabalho; conversava comigo à porta da escola

sobre alguma coisa que percebia ter mudado em Daniel; perguntava como ele tinha se comportado na escola; contava como tinha sido em casa. Passou também a pedir esclarecimentos sobre que atitudes deveria tomar em relação a ele, como se naquele momento, eu detivesse o conhecimento sobre Daniel. Tornava-se, pois, necessário colocar para Deise os meus limites em relação ao que eu sabia sobre seu filho e reforçar nela a possibilidade de compreender e de lidar com ele.

Nos meses seguintes, ocorreram mudanças significativas na fala de Daniel, com uma rapidez impressionante. Surgiam a cada dia mais falas espontâneas em forma de pedidos (usando as expressões “*eu quero*” ou apenas “*quero*”), queixas, construção de frases, por vezes articulando ou modificando frases que ouvia e adaptando-as às suas necessidades.

As mudanças em Daniel na escola eram percebidas também em casa, quando sua mãe vinha contar, bastante surpresa, cada mudança que notava em sua fala. Convém salientar que esta *surpresa* tinha um misto de contentamento e de descrença quanto às possibilidades de Daniel.

Deise conta, por exemplo, que um dia estavam numa loja no Shopping e Daniel disse a ela: “*Não posso fazer xixi aqui, quero ir no banheiro*”. Num outro dia, Daniel estava se arrumando para ir à escola numa manhã muito fria, e a moça que o estava ajudando demorou um pouco para vestir nele a blusa de frio, então ele disse: “*Coloca a blusa que eu tô com frio!*”.

No entanto, vale ressaltar que havia momentos, podendo durar dias ou até semanas, em que Daniel estava mais ensimesmado, falando menos, muito entretido com

os movimentos repetitivos. Durante alguns períodos ficava muito triste, apresentando crises de choro e bastante angustiado. Em algumas ocasiões mais específicas, era possível identificar o motivo de sua tristeza. Quando sua mãe viajava, por exemplo, ele ficava muito triste, chorava e quando lhe perguntávamos o motivo de tanta tristeza, ele dizia “*mamãe*”.

Nestes momentos, havia uma preocupação em ajudar Daniel a nomear o que estava sentindo. Houve um episódio bastante marcante neste sentido:

A mãe de Daniel sempre atrasava cerca de meia hora para vir buscá-lo na escola e ele ficava muito triste. Era visível a sua angústia toda vez que se aproximava a hora de ir para casa. Um dia, estávamos na aula de educação física e, de repente, Daniel parou, sentou-se e começou a chorar. Perguntado sobre o que estava acontecendo, disse: “*Eu quero a mamãe.*” Mostrei meu relógio a ele dizendo: “*Daqui a pouco, a aula vai terminar e a mamãe virá buscá-lo*”. Na hora da saída, o tempo foi passando e a mãe não chegava. Ele começou a chorar, perguntei novamente o que estava acontecendo e ele tomou meu braço e segurou o meu relógio.

Não sabemos dizer até que ponto houve aqui uma comunicação simbólica, mas naquele momento, eu supunha que sim. O fato de Daniel segurar meu relógio naquele contexto específico leva a crer que ele estava triste devido ao atraso da mãe. Com isso em mente, disse a ele que não se preocupasse, que sua mãe estava demorando, mas que viria buscá-lo. Ele, então, se acalmou e logo ela chegou.

Dias depois, Deise contou que naquele dia, enquanto voltavam para casa, Daniel disse a seguinte frase: “*Você demorou muito. Eu não quero ficar esperando você*”.

Este parece ter sido o desfecho de um processo de construção de um discurso próprio que começou no dia da aula de ginástica, quando Daniel manifestou sua tristeza pela falta da mãe. Neste dia, foi-lhe sinalizado que a possibilidade de encontrar a mãe era uma questão de tempo. Num momento seguinte, Daniel deu sinais de que conseguia relacionar sua tristeza com o atraso da mãe, e isso foi colocado em palavras para ele, quando foi dito: *“Você está triste devido ao atraso de sua mãe.”* O desfecho deste processo foi a possibilidade de Daniel se apropriar desta fala elaborando, num momento seguinte, uma fala em nome próprio, dirigida à mãe, comunicando o que sentia em relação a seus atrasos.

A partir do momento em que Daniel passou a dizer o que queria e o que sentia, mudou a forma como era visto em casa e na escola. Aquela criança quieta, passiva, que não falava e não se dirigia a ninguém, já não era a mesma. Ele se tornara uma criança que podia dizer o que queria, queixar-se do que a incomodava e, principalmente, passava a solicitar bastante sua mãe. Queria estar junto dela o tempo todo, esperava-a chegar em casa para dormir, pedia que ela ficasse junto dele.

Deise percebia essa solicitação de Daniel e comentava como algo que a incomodava, sentia-se *“sobrecarregada”*. Falava de um cansaço em ter que *“viver em função dele”*.

É importante atentar para esta fala de Deise porque sempre foi possível perceber nela uma posição ambivalente em relação a Daniel. Por um lado, animava-se com sua melhora, por outro, o surgimento de uma criança que passava a solicitá-la enquanto mãe

a incomodava. Talvez isso ajude a compreender o porquê da dúvida que surgiu no final daquele ano sobre a permanência de Daniel na escola.

Tendo em vista a melhora evidente no quadro de Daniel, a dedução lógica era a continuação do trabalho que vinha sendo feito com ele. No entanto, no final do ano, os pais de Daniel colocaram em dúvida sua permanência na escola, devido ao aumento no preço da mensalidade. Avaliamos que este motivo não era suficiente para tirá-lo da escola já que possuíamos dados objetivos sobre a possibilidade de recursos financeiros da família para pagar a mensalidade. No entanto, houve muita relutância em decidir sobre esta questão, o que só foi resolvido uma semana após o término das aulas, depois de conseguirem um desconto de cerca de cinco por cento sobre a mensalidade, um valor quase simbólico.

Se pensarmos bem, talvez este valor seja mesmo altamente *simbólico*, pois pagar esta quantia a mais representaria uma aposta na possibilidade de Daniel sair daquele lugar que lhe foi destinado, ou seja, de uma criança portadora de uma doença grave e incurável. A dúvida sobre a permanência de Daniel na escola talvez possa ser lida como uma dúvida sobre até que ponto estes pais poderiam bancar uma aposta nesta criança.

Durante este período de indecisão, Daniel ficou muito ansioso. Mostrava-se bastante agitado, com crises de choro freqüentes, até que um dia começou a cantar o trecho de uma conhecida música popular que dizia: “*Meu destino não é de ninguém...*”.

Ao cantar esta música, é como se Daniel “respondesse” à prescrição de destino feita pelo seu neurologista e que foi aceita pelos seus pais: ninguém teria o direito de lhe outorgar um destino tão funesto.

Esta atitude dos pais revela claramente um incômodo pela melhora de Daniel. Notávamos que à medida que o trabalho avançava e a melhora de Daniel era evidente, aumentava a ambivalência de Deise em reconhecer seus progressos. Por vezes, achava que ele havia tido uma melhora significativa, acreditava que suas falas e gestos, mesmo sendo bastante diferentes do padrão de normalidade, tinham um sentido. Por outras, duvidava de sua capacidade de entender e de perceber certas coisas.

Por exemplo, quando ela o reprendia e ele não lhe obedecia, Deise achava que era porque Daniel não a compreendia. No entanto, no dia-a-dia com ele, percebia-se que Daniel entendia quando não devia fazer alguma coisa, mas simplesmente não queria obedecer. Isso foi colocado para Deise, mas parece não ter feito sentido para ela. Poder pensar que as falas de Daniel *tinham um sentido* parecia ser bastante perturbador para ela.

Era possível notar também por parte de Deise uma grande dificuldade em acreditar no afeto de Daniel por ela. Um exemplo disso ocorreu por ocasião de uma comemoração do “Dia das Mães”: houve uma festa na escola e as crianças fizeram cartões para serem entregues às mães. No dia marcado, Daniel estava bastante ensimesmado e, mesmo no momento da entrega do cartão, não parecia estar muito envolvido com o evento.

No entanto, sua mãe contou que no domingo, o “Dia das Mães” propriamente dito, logo ao acordar, Daniel pegou o cartão (que tinha sido deixado em seu quarto) e o levou para ela na cama. Deise achou que se tratava de uma “*mera coincidência*”.

Não se pode negar que Daniel não se expressava de maneira clara e é, portanto, compreensível que, em alguns momentos, os pais ficassem confusos. Por vezes, ele pedia o que queria diretamente, mas havia momentos em que era necessário todo um trabalho de “tradução” para compreender o que ele estava tentando comunicar.

Em contrapartida, convém dizer que a base desta possibilidade de compreensão está na suposição de que, quando se expressa, seja da maneira que for, Daniel está tentando dizer algo. Talvez esta tenha sido a maior dificuldade de seus pais.

Trabalhamos bastante este aspecto junto à mãe de Daniel e notamos que, com o passar do tempo, ela acabou adotando uma outra postura em relação a ele: passou a compreender melhor a forma de Daniel falar e de se dirigir às pessoas. Falando mais precisamente, talvez a dificuldade destes pais não possa ser atribuída a uma incapacidade de compreensão, mas a uma incapacidade de supor um sentido naquilo que Daniel dizia. De qualquer forma, isso foi mudando...

A modificação da postura de Deise em relação a Daniel ficou mais evidente no período final de meu trabalho na escola. Nessa ocasião, ela contou que havia conversado com Daniel a respeito de uma viagem que iria fazer e que no final desta conversa, Daniel cantou: *“Não sei o que fazer sem você perto de mim...”*. A forma como Deise relatou este episódio deixava claro que ela havia tomado esta música como uma mensagem de Daniel para ela.

Um outro aspecto que merece destaque é que depois de seis meses de trabalho, percebíamos que, lentamente, Daniel começava a investir um pouco mais no contato com as crianças e com outros adultos. Delicadamente, aproximava-se das crianças,

tocava-as, pedia a elas algo que traziam de lanche, ou um brinquedo que o interessava. Começava também a pedir coisas a outros adultos dentro e fora da escola.

Um dado interessante é que, dependendo do grau de interesse de Daniel por alguma coisa (brinquedo ou comida), sua iniciativa em aproximar-se do outro e pedir o que queria era mais direta.

Se, em alguns momentos, Daniel parecia uma criança bastante arredia ao contato com o outro, por vezes, era possível perceber um movimento nesse sentido, que se dava de uma forma bastante peculiar: ele provocava o outro. Muitas vezes, acontecia de dizermos a ele que não podia fazer alguma coisa e seu empenho era justamente em fazer aquilo que era proibido. Se lhe era dito que não podia tirar o sapato (estávamos no inverno), Daniel os tirava repetidas vezes, sorrindo com a irritação que ele provocava. Ele fazia o mesmo com os pais, mas eles demoravam muito a responder à sua provocação, que acabava ficando no vazio.

A música se manteve como o meio privilegiado de Daniel se expressar. Havia uma música que ele cantava sempre que estava triste:

*“Eu mato, eu mato, quem roubou minha cueca
prá fazer pano de prato!”*

Isso nos leva a pensar nas tantas outras músicas que cantava e nas relações que poderiam ser estabelecidas entre estas e seu estado emocional. Esta relação ficou bastante clara no momento em que eu deixava o trabalho naquela escola, pois foi também através de uma música que Daniel pôde falar de sua tristeza pela minha saída.

Na véspera do que seria o meu último dia de trabalho, Daniel brincava com um caminhão de brinquedo e cantava: *“Eu hoje fui na praça e encontrei um caminhão...”*. Pela melodia, foi possível identificar a música que ele cantava: era uma “versão” da música *A Praça*. Na verdade, cantava o trecho que na música corresponde ao verso *“Hoje eu acordei com saudades de você”*. Cantava apenas aquele trecho repetidas vezes. Ao me dar conta disso, decidi continuar a canção e então chegamos ao trecho mais significativo:

*“A mesma praça, o mesmo banco, as mesmas flores, o mesmo jardim,
tudo é igual, mas estou triste, porque não tenho você perto de mim.”*⁴

Embora estivesse claro o motivo de sua tristeza, não fui capaz de nomear isso para ele. O interessante é que Daniel o fez, num momento seguinte.

Neste mesmo dia, uma outra profissional que iria me substituir, estava presente (isso faz parte do procedimento de “passagem” de um A.t. para outro). Fui embora mais cedo e Daniel ficou em companhia de sua futura A.t.. A nova A.t. contou que, naquele dia, num determinado momento, Daniel começou a chorar. Então, ela perguntou a ele:

- *“O que foi Daniel ?”*
- *“Tô triste.”*
- *“Por que está triste ?”*
- *“A tia Veri foi embora.”*

⁴ *A Praça*, composição de Carlos Imperial. Letra completa da música: *“Hoje eu acordei com saudades de você, beijei aquela foto que você me ofertou, senti naquele banco da pracinha só porque foi lá que começou o nosso amor. A mesma praça, o mesmo banco, as mesmas flores, o mesmo jardim. Tudo é igual, mas estou triste, porque não tenho você perto de mim. Senti que os passarinhos todos me reconheceram, e eles entenderam toda a minha solidão. Ficaram tão tristonhos que até emudeceram, daí então eu fiz esta canção. A mesma praça... (etc).”*

Foi a primeira vez que Daniel disse o meu nome, justamente no momento em que se deu conta de minha ausência. E, desta forma, ele fez presente a sua tristeza pela minha saída...

CAPÍTULO 2: CONSIDERAÇÕES METAPSICOLÓGICAS OU ALGUNS DISCURSOS A RESPEITO DA CLÍNICA

Sendo inspirada na proposta da Psicopatologia Fundamental, esta pesquisa entende a metapsicologia enquanto um discurso a respeito da clínica, que nos auxilia tanto na compreensão do que fazemos em nossa prática quanto na possibilidade de comunicação com nossos pares.

Tendo em vista tais objetivos – compreensão e comunicação – em primeiro lugar, serão mapeadas algumas concepções sobre o autismo para, em seguida, apresentarmos aquela com a qual estaremos trabalhando. Vale ressaltar que esta proposta não envolve um rastreamento minucioso a respeito das inúmeras concepções sobre o autismo. Este é um campo excessivamente vasto e a tentativa de esgotá-lo seria uma tarefa de proporções gigantescas, que ultrapassa os objetivos deste trabalho.

É proposto um percurso por dois temas dentro da teoria psicanalítica, escolhidos a partir de questões levantadas pelo caso apresentado. A forma como Daniel fazia uso da fala sempre chamou muito a atenção, seja pelo uso invertido das frases, pela forma enigmática com que se utilizava da música ou pelas mudanças observadas ao longo do tempo na sua forma de se comunicar. Portanto, um dos temas que nos interessa é a compreensão das relações existentes entre a aquisição da fala e o processo de constituição do psiquismo, partindo da hipótese de LAZNIK-PENOT (1997) de que modificações no uso da fala correspondem a modificações em termos do funcionamento psíquico.

Dentro deste grande tema, pretendemos focalizar um outro, que diz respeito à seguinte questão: o que representa, em termos psíquicos, a possibilidade de formular uma demanda? Este recorte se justifica pela tentativa de compreender metapsicologicamente o movimento de abertura de Daniel para o contato com o outro, que se deu através de uma demanda: um pedido de colo.

Por último, sugerimos uma tentativa de compreensão do caso à luz das teorias aqui apresentadas.

2.1 Visão panorâmica sobre algumas concepções de autismo

O termo *autismo* foi cunhado por Bleuler⁵ para designar estados psicopatológicos de desinvestimento em relação ao mundo exterior, desinteresse pelos outros e isolamento psíquico num mundo fantasioso. Esta designação parte de seus estudos a respeito das psicoses, especialmente a esquizofrenia.

Tomando emprestado o termo, Leo Kanner cria, em 1943, a denominação “distúrbio autístico do contato afetivo”, para designar o que ele acreditava ser uma entidade clínica, a partir da observação de crianças com uma série de características semelhantes, que não se encaixavam em nenhuma das categorias existentes na nosografia da época, como:

⁵ BLEULER apud FÉDIDA (1992).

- 1) Incapacidade de vincular-se de maneira ordinária com pessoas e situações;
- 2) Incapacidade de adotar uma postura antecipatória;
- 3) Nenhuma linguagem ou incapacidade de empregar a linguagem de maneira significativa para os demais;
- 4) Excelente memória mecânica;
- 5) Repetição de pronomes pessoais tais como são ouvidos;
- 6) Repete não só as palavras, como a entonação da pessoa com quem fala;
- 7) Recusa de comida;
- 8) Reagem com horror a ruídos fortes e objetos em movimento;
- 9) Atitudes monotonamente repetitivas e necessidade de manter as coisas sempre iguais;
- 10) Boa relação com objetos que lhe interessam, podendo jogar com eles durante horas;
- 11) Boas potencialidades cognitivas e fisionomias inteligentes;
- 12) Fisicamente normais;
- 13) Provém de famílias bastante inteligentes.⁶

TAFURI; BERLINCK num texto inédito intitulado “Uma análise crítica do conceito de autismo em Kanner” retomam a cronologia da obra deste autor, destacando

⁶ Ver: STEFAN, D.R. Autismo e Psicose. In: Laznik-Penot, M.C. (org.) *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1994.

as mudanças em seu pensamento, suas contradições e a influência de seus estudos na forma como o autismo é concebido nos dias de hoje.

Um dos primeiros destaques apontado pelos autores é uma mudança terminológica: a síndrome que, em 1943, era chamada de “distúrbio autístico do contato afetivo”, recebe um ano depois o nome de “autismo infantil precoce”. Esta mudança marca o uso ambíguo feito por Kanner do termo *autismo*, ora como adjetivo, enquanto sinônimo de isolamento, ora como substantivo, para definir a síndrome. Kanner teria proposto esta mudança com o objetivo de inscrever um novo quadro clínico na classificação das doenças mentais. A crítica de Tafuri e Berlinck a este respeito é de que o autor, preocupado em cumprir exigências epistemológicas, não teria pensado nas conseqüências de transformar o adjetivo *autístico* no substantivo *autismo*.

Uma outra mudança significativa teria sido a retirada da síndrome do grupo das esquizofrenias, tornando-a a partir de 1956 uma “síndrome *sui generis*”, de origem neurobiológica e com um padrão de traços bem determinado. O autismo passou então a ser visto como uma doença de natureza psicótica, que acomete crianças, cujo sintoma principal – o isolamento – é observado desde o princípio da vida. Os autores argumentam que estas duas mudanças tiveram uma influência marcante no fato de o autismo hoje ser visto como doença inata e incurável.

Por outro lado, um dos méritos de Kanner foi a ampla divulgação dos conceitos de autismo e esquizofrenia infantil no meio médico, algo que não ocorria até então. Foi a partir daí que a loucura passou a ser explorada como algo que não ocorre apenas na idade adulta, mas também na infância.

Os autores nos lembram que o termo *autismo* era usado por Bleuler para qualificar o pensamento de pacientes esquizofrênicos. Eles colocam que o *autismo* destes pacientes era acompanhado pela existência de um mundo ilusório, fantasioso e criativo e que isso se perde na descrição de Kanner, em que a síndrome carrega uma marca de deficiência orgânica, onde haveria um “isolamento vazio de pensamentos fantasiosos”.

Outra crítica dos autores se dirige ao fato de Kanner fazer afirmações sobre a etiologia do autismo baseando-se apenas em observações sobre o comportamento destas crianças, levantando a hipótese de uma etiologia orgânica sem nenhum dado de comprovação do ponto de vista anátomo-fisiológico. O autor simplesmente *supõe* que estas crianças teriam vindo ao mundo com uma incapacidade inata biologicamente determinada de estabelecerem contato afetivo com as pessoas, semelhantemente àquelas crianças que nascem com deficiências físicas ou mentais.

Que motivos teriam levado Kanner a mudar suas concepções? Por que o empenho na busca de uma especificidade da síndrome do autismo infantil precoce?

Tafuri e Berlinck colocam que no primeiro período de sua obra – 1943 a 1954 –, Kanner considerava que o *autismo infantil precoce* não poderia ser separado da *esquizofrenia infantil*, inclusive porque em sua aparência clínica, os dois quadros seriam bastante semelhantes. Estas duas psicopatologias eram consideradas *psicoses funcionais* em oposição a alguns quadros de *psicoses orgânicas*, como no caso das demências precoces.

Uma das conseqüências dessa postura inicial, ou seja, de considerar o autismo infantil precoce como uma das manifestações da esquizofrenia infantil, seria o encorajamento de pesquisas psicopatológicas a respeito das primeiras relações mãe-bebê. A difusão dos estudos a respeito dos determinantes emocionais do isolamento autístico teria causado um profundo incômodo em Kanner, que considerava que tal tendência acarretaria a diluição da síndrome, que voltaria a ser considerada apenas como um sintoma das esquizofrenias (como aconteceu nas origens do termo *autismo*, criado por Bleuler).

Ainda segundo estes autores, Kanner, a partir de 1956, teria se empenhado em distinguir o autismo das esquizofrenias, estabelecendo entre eles algumas diferenças fundamentais, como:

- nas esquizofrenias, ocorre uma evasão abrupta da realidade após um período normal de desenvolvimento; no autismo, a criança nunca chega a estabelecer relações usuais com a realidade, os sintomas estariam presentes desde o início da vida;
- o isolamento no autismo seria diferente do isolamento na esquizofrenia, sendo que no primeiro haveria a ausência de pensamentos fantasiosos;
- o conceito de esquizofrenia traria consigo uma inespecificidade, que teria como conseqüência o uso indiscriminado do termo para diagnosticar um grande número de crianças;

– a especificidade do autismo seria a combinação de dois sintomas, o isolamento e uma insistência obsessiva de preservar a mesmice, que não seria encontrada em nenhuma outra síndrome.

Nessa busca incessante por uma especificidade da síndrome, Kanner teria abandonado uma perspectiva psicogenética de compreensão do autismo, relegando a segundo plano o estudo psicopatológico deste quadro, considerado no final de sua obra como uma afecção orgânica.

A partir deste histórico sobre a evolução do pensamento de Kanner, poderíamos dizer que as mudanças na sua teoria tiveram como conseqüência a criação de duas vertentes para a compreensão da problemática do autismo: uma organicista, ou seja, que considera o autismo enquanto uma doença orgânica, e outra psicodinâmica, que leva em conta fatores psicogênicos. Proponho que examinemos alguns discursos sobre o autismo que poderiam ser divididos em cada uma destas vertentes.

Vertente organicista

Tomando a literatura psiquiátrica a respeito da questão do autismo infantil, notamos que diferentes autores utilizam os mais variados critérios diagnósticos para definir estes quadros. Segundo STEFAN (1994) “o quadro apresentado pelas crianças

autistas pode ser fenomenologicamente muito variado, e as descrições variam muito a depender dos autores, que privilegiam determinados sintomas” (STEFAN, 1994, p.16).

Entre as várias classificações existentes, seria importante destacar as duas mais conhecidas e reconhecidas no meio médico, que seriam a CID-10 e o DSM-IV. De acordo com estas duas classificações, os sintomas que mais freqüentemente aparecem enquanto característicos dos quadros de autismo são os distúrbios na linguagem, distúrbios na interação social, e um comportamento repetitivo e estereotipado. Como podemos ver, fica claro nestas classificações a forte influência dos estudos de Kanner.

Na CID-10 (1993) encontramos a descrição do “Autismo Infantil” (F84.0) entre os “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” (F84), da seguinte maneira:

“Um transtorno invasivo do desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometido que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo.”

(Organização Mundial de Saúde, 1993, p. 247)

De acordo com a CID-10, o diagnóstico de autismo infantil deve ter por base apenas aspectos comportamentais, e não a presença ou ausência de alguma condição médica associada como, por exemplo, rubéola congênita ou Síndrome do X-Frágil. Isso se justifica pela incerteza de que tais condições possam gerar este transtorno. Seriam aspectos universais do autismo infantil o comprometimento qualitativo na interação social recíproca, um padrão de comportamento restrito e repetitivo e um comprometimento qualitativo na comunicação. O comprometimento da comunicação se

revela pela pouca sincronia e falta de reciprocidade no intercâmbio de conversação, assim como na pouca flexibilidade na expressão da linguagem. Vale ressaltar que, segundo esta classificação, o retardo mental não seria um aspecto universal destes transtornos.

No DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª Edição, 1995), encontramos dentro do grupo dos “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento”, os critérios diagnósticos para o “Transtorno Autista”, como reproduzido na tabela a seguir:

Critérios Diagnósticos para 299.00 Transtorno Autista

- A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2), e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2) e um de (3):
- [1] Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos Seguintes aspectos:
 - (a) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;
 - (b) fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento,
 - (c) falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);
 - (d) falta de reciprocidade social ou emocional;
 - [2] Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos Seguintes aspectos:
 - (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);
 - (b) em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação;
 - (c) uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
 - (d) falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento;
 - [3] Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:
 - (a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;
 - (b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais;
 - (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);
 - (d) preocupação persistente com partes de objetos.
- B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: [1] interação social, [2] linguagem para fins de comunicação social, ou [3] jogos imaginativos ou simbólicos.
- C. A perturbação não é melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância.

O discurso médico na atualidade tem suas bases nestas classificações e é fortemente marcado por uma concepção do autismo enquanto doença orgânica. Vejamos qual a influência deste pensamento na Cultura, em que o discurso médico adquire *status* de verdade absoluta, já que figura entre as ciências positivistas.

No site da AMA (Associação de Amigos do Autista)⁷, instituição de referência no Brasil para o atendimento a crianças autistas - reconhecida por lei como instituição de utilidade pública - encontramos a seguinte resposta à pergunta sobre a possibilidade de cura nos casos de autismo: “Não se pode falar em cura para o autismo”. Neste mesmo site, consta uma declaração do psiquiatra infantil Christian Gauderer: “Autismo é uma doença grave, crônica, incapacitante, que compromete o desenvolvimento normal de uma criança e se manifesta tipicamente antes do terceiro ano de vida”.

Estas declarações exprimem a opinião médica amplamente difundida do autismo enquanto doença sem cura. No entanto, fica em aberto a questão a respeito do que tais entidades consideram indicativo de cura para estes casos. A forma como estas afirmações são veiculadas, imprimem à criança diagnosticada como autista uma prescrição de destino funesta.

Nessa mesma linha de pensamento, encontramos uma publicação da AMA denominada “Autismo – Guia Prático”, que vale a pena ser comentada. MELLO (2001), mãe de uma criança autista, elaborou um “Guia Prático”, de distribuição gratuita, para pais e profissionais interessados pelo tema.

⁷ <http://www.ama.org.br>

Segundo essa publicação, o autismo é descrito com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV e da CID-10 e, assim como no site, é considerado uma doença sem cura. Quanto à sua etiologia, a autora afirma que não se conhecem as causas do autismo, embora ela acredite na possibilidade de uma origem genética ou decorrente de problemas na gestação e no parto.

Podemos perceber nas entrelinhas de alguns trechos deste manual uma determinada concepção de autismo, em que ele é visto como uma doença cujo portador não pertence ao mundo dos seres humanos. Destaco alguns trechos a título de exemplo:

“O autismo intriga e angustia as famílias nas quais *se impõe*, pois a pessoa *portadora de autismo*, geralmente, tem uma aparência harmoniosa e ao mesmo tempo um perfil irregular de desenvolvimento, com bom funcionamento em algumas áreas enquanto outras se encontram bastante comprometidas.”

(MELLO, 2001, p.10, grifos nossos)

A autora assinala três tipos de desvios característicos dos quadros de autismo: desvio na comunicação, na interação social e no uso da imaginação. Em seguida, comenta:

“É muito difícil imaginar estes três desvios juntos. Um exercício que pode ajudar é o proposto em palestra no Brasil pela pesquisadora Francesca Happé, de imaginar-se na China, ou em um país de cultura e língua desconhecidas, com as mãos imobilizadas, sem compreender os outros e sem possibilidades de se fazer entender. É por isso que o autismo recebeu também o nome de Síndrome de ‘*Ops! Cai no Planeta Errado!*’.”

(MELLO, 2001, p.14, grifos nossos)

Outros trechos bastante significativos denotam pouca ou nenhuma crença nas potencialidades de uma criança com diagnóstico de autismo. Por vezes a idéia que a autora passa é a de que o autista se assemelha a um animalzinho que se pode treinar. Vejamos algumas citações:

– “Muitas vezes a criança autista *aparenta ser muito afetiva*, por aproximar-se das pessoas abraçando-as e mexendo, por exemplo, em seu cabelo, ou mesmo beijando-as, quando na verdade ela adota indiscriminadamente esta postura, sem diferenciar pessoas, lugares ou momentos. Esta aproximação usualmente segue um padrão repetitivo e *não contém nenhum tipo de troca ou compartilhamento.*” (MELLO, 2001, p. 20, grifos nossos)

– “Em crianças autistas com a inteligência mais desenvolvida, pode-se perceber a fixação em determinados assuntos, na maioria dos casos incomuns em crianças da mesma idade, como calendários ou animais pré-históricos, *o que é confundido, algumas vezes, com nível de inteligência superior.*” (MELLO, 2001, pp.19-20, grifos nossos)

– “Antes de fazer com seu filho alguma atividade programada por você em local público, *esteja certo de que conseguirá manter a situação sob controle*, de forma que, caso ocorram imprevistos, vocês possam facilmente se retirar. Evite tentar controlar a situação por meio de refrigerantes, saquinhos de pipoca ou salgadinhos, pois ele irá facilmente associar que sair de casa é sinônimo de comida. *Se você quiser dar a ele algum tipo de reforço alimentar*, é preferível fazê-lo, desde o começo, ao chegar de volta em casa.” (MELLO, 2001, p. 46, grifos nossos)

Numa determinada passagem, a autora faz uma “ressalva” que acena para alguma possibilidade de evolução nos quadros de autismo ainda que, ao longo do Guia, percebamos que tais mudanças são sempre colocadas como meros ajustes adaptativos ao ambiente:

“Lembre-se: *o autismo é para sempre*, mas não é uma sentença de morte. Você não fez nada para que isto acontecesse, mas pode fazer muito para melhorar as perspectivas de vida de seu filho.”

(MELLO, 2001, p. 24, grifos nossos)

Vertente psicodinâmica

SILVA (1998) coloca em questão algumas concepções de autismo, em que a criança não pode ser vista como um ser humano, pertencente à Cultura. Neste texto, o autor recorre ao mito da autoctonia enquanto metáfora para descrever a problemática presente nestes quadros.

O autor coloca que a criança autista “(...) aparece como jogada para fora da filiação, como um ser em suspenso que não pode se apoderar de uma tradição e transformá-la” (SILVA, 1998, p. 30).

Desta forma, o autismo seria o testemunho de uma não-inscrição no seio familiar, e a criança autista um ser expulso do mito familiar. Ele coloca o autismo como uma forma radical de recusa da humanização. Diz o autor:

“Nesse sentido, a criança autista pareceria ser propriedade dos deuses, e não de pais humanos castrados. Suspensa entre estes

dois mundos, seu lugar entre os humanos estaria bloqueado, daí sua suspensão numa espécie de ‘plataforma pré-humana’ (antes da humanização) num tempo silencioso, ao mesmo tempo que rodeada pelo barulho da cultura dos homens.”

(SILVA, 1998, p. 41)

Silva pergunta se a criança autista seria uma espécie de ser autóctone. Ele coloca que, na tradição mítica, é comum encontrar uma referência a seres que nascem da própria terra, que não estariam filiados a nenhuma tradição.

O autor questiona então por que algumas crianças acabam “encarnando” este mito autóctone. Ele levanta como hipótese uma derrocada na instauração do narcisismo primário, entenda-se, uma impossibilidade dos pais de construírem um projeto idealizado para seu filho. Esta derrocada se daria devido ao uso do mecanismo de recusa, ativado quando estes pais tiveram que se haver com questões referentes à maternidade e à paternidade:

“O Mito autóctone é resultante e está a serviço da Recusa da fantasia incestuosa, necessária e constituinte do processo de se gerar filhos, referidas que estão, as vivências Edípicas destes novos pais.” (SILVA, 1998, p.66)

Por alguma razão, este filho, ao ser concebido, surge como a concretização de uma fantasia incestuosa. Sendo assim, a encenação edipiana, revisitada pelo fato de gerar um filho, adquire um caráter traumático que leva ao uso do mecanismo da recusa. Mas o que se estaria recusando?

Seria uma recusa do fato de a criança ser fruto das relações sexuais entre um homem e uma mulher. A criança seria, portanto, um produto da “natureza”, auto-engendrado, não sendo referido a nenhuma tradição familiar.

Neste trabalho, o autor busca compreender a força desta vertente tão difundida de concepção do autista enquanto um ser excluído da Cultura e da experiência compartilhada entre os seres humanos. Propõe então que pensemos a problemática do autismo com base nos mecanismos psíquicos em jogo nas relações entre pais e filhos.

Nesse sentido, a psicanálise tem feito contribuições importantes. Partindo de uma das vertentes indicada por Kanner – a psicodinâmica –, encontramos os estudos de duas psicanalistas que tiveram ampla repercussão: os trabalhos de MAHLER (1989) e TUSTIN (1984).

MAHLER (1989), em seu texto “Sobre a psicose infantil e esquizofrenia: psicoses autística e simbiótica da infância”, escrito em 1952, coloca que o “autismo infantil precoce” descrito por Kanner seria um tipo de psicose infantil. Partindo de uma perspectiva das relações objetais e do desenvolvimento do senso de percepção da realidade, ela destaca dois tipos de psicoses infantis: uma *psicose autista infantil* (o autismo de Kanner) e uma *psicose simbiótica infantil*.

Na psicose autista infantil, a mãe não seria percebida emocionalmente pela criança enquanto figura representativa do mundo externo. A mãe é tomada como um objeto parcial, não catexizado, que pouco se diferencia dos objetos inanimados.

Segundo a autora, acrescenta-se a isso uma série de disfunções egóicas, como bizarras discrepâncias na integração do ego corporal, bizarro quadro de funções dispersas do ego, com ausência da função sintetizadora.

O autismo é considerado por Mahler como uma “atitude de defesa básica” contra estímulos do mundo externo e do mundo interno, que são sentidos pela criança como ameaças à sua integridade. Estas crianças experimentam o mundo externo como fonte de irritação intolerável. Quanto à etiologia, a autora considera que possam existir fatores constitucionais, assim como fatores ligados às distorções do relacionamento mãe-filho.

A psicose simbiótica infantil caracteriza-se por uma relação simbiótica mãe-bebê, de extrema dependência, acompanhada de ansiedade e pânico por parte da criança frente à possibilidade de separação da mãe. Diferente da psicose autista, observa-se então uma primitiva relação mãe-bebê, mas que não evolui para uma crescente diferenciação, ficando a criança mergulhada numa ilusão onipotente de unidade com a mãe. Os mecanismos característicos deste tipo de psicose visam à restauração de um “delírio parasito-simbiótico” de unidade com a mãe.

Segundo a autora, estes dois tipos de psicoses guardam as mesmas características da esquizofrenia (fragmentação do ego e alienação da realidade), só que ocorrendo na infância. Ela argumenta, portanto, contra as hipóteses de psiquiatras e psicanalistas de que a esquizofrenia não ocorre antes da puberdade.

TUSTIN (1984) se propõe a estudar os “estados autísticos em crianças”, afirmando que existem dois tipos de estados ou fenômenos autísticos: o *autismo primário normal* e o *autismo patológico*.

A autora busca especificar a forma como ela trabalha o termo *autismo*, diferenciando-o da síndrome descrita por Kanner em 1944. Segundo Tustin, o autismo estaria relacionado a um “estado em que a auto-sensualidade mantém movimento, sendo a atenção focalizada quase que exclusivamente em ritmos e sensações corporais” (TUSTIN, 1984, p. 13). Nesses estados, as pessoas e as coisas exteriores são experimentadas pela criança como extensões de seu próprio corpo.

Segundo a autora, existiria uma “fase autística primitiva”, que precede o narcisismo primário, descrito por Freud em 1914. Tustin praticamente sobrepõe o conceito freudiano de auto-erotismo a isso que chama de *autismo primário normal*, enquanto uma fase do desenvolvimento da criança anterior ao estabelecimento do narcisismo.

Nos casos normais, este estado inicial dominado pelas sensações seria ultrapassado, e a criança passaria a um estágio em que experimenta um relacionamento emocional com as pessoas sentidas como separadas e diferentes de seu corpo.

A autora propõe que este estado de autismo primário normal, em que a criança experimenta a ilusão de unidade com a mãe, protege o bebê recém-nascido de experiências de “não-eu”. Nesse primitivo estágio de seu desenvolvimento, a criança não seria capaz de suportar tais experiências, o que se daria somente *a posteriori*. A mãe seria aquela que, através de sua “preocupação maternal”, proporcionaria ao bebê esta experiência ilusória fundamental.

Com o passar do tempo, a mãe começa a ser percebida pela criança como separada e diferente de seu corpo. Ela passa então a tolerar o fato de a mãe não

satisfazê-la sempre e completamente. Essa etapa, em que a criança começa a experimentar a mãe como “não-eu”, seria decisiva para o posterior desenvolvimento de seu “senso de eu” ou seu *self*.

A hipótese é de que a criança psicótica – ou seja, aquela que sofre por um estado de *autismo patológico* – experimentou muito precocemente e de forma traumática estas experiências de “não-eu”. Conseqüência disso, é o desenvolvimento de reações autísticas patológicas para lidar com este sentimento de que seu corpo foi despedaçado. A autora justifica, assim, a hipersensibilidade dos autistas à interferência de estímulos externos.

Resumindo:

“A tese desenvolvida até agora é a de que o autismo primário normal é um conjunto de reações automáticas que têm valor de sobrevivência no que formam um casulo em torno da criança de uma maneira sensual, a partir do que são sentidas como prejudiciais as influências do mundo exterior, por exemplo o estímulo excessivo que provoca a consciência de separação corpórea. Tem-se sugerido que tal estado é normal e útil no começo da vida, já que suplementa e complementa a proteção que vem da ‘preocupação maternal’ da mãe.”

(TUSTIN, 1984, p. 21)

Se, por alguma razão, o autismo primário normal é catastróficamente perturbado, desenvolve-se o que Tustin considera como sendo um “quadro clínico psicótico”, ou seja, o autismo patológico. Quanto à etiologia do autismo patológico, esta estaria possivelmente ligada a fatores constitucionais, embora não se descarte a hipótese de que também estariam em jogo fatores psicológicos.

Vemos como o autismo patológico de TUSTIN (1984) se assemelha ao que MAHLER (1989) chama de psicose simbiótica, e que a sobreposição dos conceitos de psicose e autismo aparece com frequência nas obras das duas autoras.

A tese de Tustin a respeito do autismo enquanto um estado em que predomina a auto-sensualidade, que se pode constituir tanto numa etapa normal do desenvolvimento, quanto num estado patológico, levanta questões que foram retomadas por alguns autores contemporâneos, como Pierre Fédida.

FÉDIDA (1992) coloca que o termo *autismo* foi criado a partir da subtração da partícula *eros* do conceito freudiano de auto-erotismo. A noção bleuleriana de autismo se refere a um auto-erotismo sem *eros*: *eros* falta, gerando uma impossibilidade de regulação do afeto e uma incapacidade de investimento no conjunto da vida psíquica.

Fédida coloca que entende o autismo enquanto um “estado pré-imaginário de um auto-erotismo gravemente impedido” (FÉDIDA, 1992, p.156). Esse estado implica que a criança não tenha em relação a seu corpo uma noção de superfície, em que a pele se constituiria como uma fonte auto-erótica diferenciada. Aqui estaria em jogo a primazia de um *autos* sem *eros*, assim como no modelo de Bleuler:

“(...) *autos* gera-se a si mesmo, dele mesmo e por ele mesmo, graças a uma energia que lhe seria própria.”

(FÉDIDA, 1992, p.167)

A hipótese de Fédida a respeito das causas desse auto-erotismo impedido diz respeito a vivências catastróficas ocorridas no início da vida, que teriam afetado todo um conjunto de possibilidades de constituição de um *si* e de suas defesas.

Conseqüentemente, a criança adquire uma percepção *em abismo* desta catástrofe, em que o outro é sentido como aterrador e precisa ser evitado, ou então, defensivamente mantido num lugar de indiferença.

Um outro tema trabalhado é de que a forma a metapsicologia freudiana pode contribuir para a compreensão do autismo. O autor coloca que Freud, em 1914, estava preocupado com o fenômeno da retirada da libido, observado nas parafrenias (a esquizofrenia de Bleuler). Freud atribui esta retirada da libido a um tipo de recolhimento narcísico, em que a libido se voltaria totalmente para o Eu. Fédida questiona por que Freud fala em narcisismo e não em auto-erotismo.

O autor nos chama a atenção para o fato de que a reflexão freudiana a respeito das psicoses não inclui o autismo (esquizofrenia) de Bleuler. Para Freud, o modelo das psicoses seria a parafrenia, cujo entendimento se baseia na teoria do narcisismo. Assim, na metapsicologia freudiana, as psicoses são concebidas como patologias em que já existiria um Eu constituído, para o qual se volta a libido numa atitude narcísica.

Fédida acentua a diferença entre os conceitos de auto-erotismo e o narcisismo, e critica Freud por não explorar suficientemente o primeiro, o que torna sua metapsicologia insuficiente para a compreensão do autismo. Segundo Fédida, o autismo é um modelo que serve para a compreensão das psicopatologias em que justamente a constituição do Eu está em questão. Explorar mais detalhadamente a questão do auto-erotismo e seus desvios seria uma herança que Freud nos deixou para a construção de uma metapsicologia do autismo.

TAFURI; BERLINCK no texto inédito anteriormente citado, se questionam a respeito dessa “ausência de *Eros* no conceito de autismo”. Os autores colocam que Kanner teria se enveredado pelo mesmo caminho que Bleuler – ou seja, excluindo a presença de *Eros* nos casos de autismo – já que suas observações não levavam em conta a sensação prazerosa presente no isolamento da criança autista. Os próprios pais de crianças autistas observavam que elas sentiam algum tipo de prazer em seu isolamento. Tafuri e Berlinck argumentam que esta observação seria um motivo suficiente para que a questão do auto-erotismo fosse explorada.

Os autores nos lembram que FREUD (1905), nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, já falava numa “*satisfação autística* do lactente”, numa referência ao prazer que a criança sente ao sugar o seio, e que parece aliená-la completamente do mundo à sua volta. Eles lamentam, assim como Fédida, que um conceito tão rico como o de auto-erotismo proposto por Freud seja tão pouco aproveitado para a compreensão da problemática do autismo.

Existe uma outra questão apontada por Fédida que seria importante destacar, porquanto ela vem sendo tema de discussões recentes sobre a problemática do autismo: a questão que diz respeito à existência ou não de um Eu constituído nos autistas. Cabe lembrar, a título de exemplo, dois trabalhos que tratam desta questão.

HENCKEL (2002) relaciona suas observações a respeito de algumas manifestações psicopatológicas da infância com a problemática da inibição. A autora retoma o conceito freudiano de inibição e busca articulá-lo com as psicopatologias

infantis (autismo, psicoses infantis e debilidades mentais), cuja problemática envolve falhas no processo de subjetivação.

Segundo FREUD (1926), a inibição é a expressão de uma restrição funcional do Eu. O autor coloca que tais restrições incidem sobre algum tipo de habilidade desenvolvida pela pessoa, como tocar piano, escrever ou andar. Ele fala neste texto especificamente de “inibições neuróticas”, em que algumas funções são inibidas por adquirirem uma significação sexual. Nestes casos, diz FREUD (1926), o Eu renuncia a tais funções para evitar ter que levar a cabo uma nova repressão, evitando, assim, conflitos com o Isso.

Freud trabalha ainda a inibição nos casos de luto e nas depressões, onde o Eu se veria tão absorvido pelo trabalho psíquico que estas afecções demandam, que pouparia suas energias, deixando de exercer determinadas funções.

Em suma, nesse texto Freud coloca que a inibição seria um processo que acontece no Eu, e tem como consequência a restrição de algumas de suas funções, o que pode acontecer por duas razões: como medida preventiva em relação a conflitos com o Isso e com o Supereu, ou como consequência de um empobrecimento da energia psíquica.

Retomando o trabalho de Henckel:

“Na inibição tem-se um Eu afetado por uma limitação funcional. Ora como defesa por precaução; ora por um empobrecimento de energia por estar envolvido numa tarefa psíquica difícil impedindo a realização de outras ou, como sugerido nesta pesquisa, empobrecido pela sua constituição mesma.”

(HENCKEL, 2002, p.126)

A autora sugere, assim, que a inibição pode ocorrer em casos onde existe uma frágil constituição do Eu. Ela considera alguns impedimentos nas diferentes modalidades de atividade psíquica presentes nas graves manifestações psicopatológicas da infância como “inibições”. Coloca como hipótese que a inibição interfere no processo de subjetivação, provocando limitações nas operações organizadoras do aparelho psíquico.

Diferentemente de FREUD (1926) que considera a inibição como um processo que ocorre num momento posterior à constituição do Eu, Henckel a coloca como um impedimento que poderia ser observado antes mesmo de haver um Eu constituído.

É importante apenas colocar como questão por que não falar em um funcionamento psíquico falho ao invés de um funcionamento “inibido”. Ao considerar que existe uma “inibição” do funcionamento psíquico, supõe-se que havia anteriormente um sistema atuando normalmente e que algo veio inibir essa atuação. Fica como questão se o termo “inibição” poderia ser aplicado no caso das psicopatologias precoces, já que estas seriam decorrentes de falhas que existem desde os primórdios da constituição do psiquismo.

ATEM (1998) traz questões que se articulam às de HENCKEL (2002), uma vez que questiona se existe ou não um Eu constituído no autismo. As questões da autora partem de sua clínica com autistas, onde se depara com o sofrimento atroz destas crianças quando se retira delas algum objeto autístico, ou seja, um daqueles objetos que visam reforçar suas defesas e o isolamento em relação às pessoas.

Ela se pergunta: o autista sofre? Em sua clínica ela observa que sim, mas pergunta como poderia falar em sofrimento – sentimento ligado à consciência –, nos casos de autismo, em que se supõe que ainda não existe um inconsciente recalcado, separado da consciência.

A autora não afirma que exista um Eu constituído nos autistas, mas enfatiza que existe aí um modo de funcionamento psíquico que possui uma atividade. Ela se refere a uma observação muito comum nestes casos, que é o desvio ativo do olhar. Este, assim como o fechamento e a evitação do contato com o outro, seriam formas ativas de isolamento:

“Estar no mundo, através do isolamento ativo, é de certa forma portar um desejo.” (ATEM, 1998, p.80)

Atem considera que este isolamento seria uma forma de defesa primária, de um organismo que tende à homeostase, por não suportar um mínimo grau de desprazer. Ela coloca ainda como questão se esta atividade defensiva do autista, que porta em si uma intensidade e uma intenção, não poderia nos levar a pensar que existiria aí um sujeito.

Não pretendemos fechar a questão, nem tampouco levar adiante esta polêmica a respeito da existência ou não de um Eu constituído nos autistas. Basta que saibamos que ela existe e que a deixemos em suspenso por enquanto, para que nos sirva para elaborações futuras.

Passemos então à apresentação da concepção de autismo com a qual estaremos trabalhando nesta pesquisa, baseada nos estudos de LAZNIK-PENOT (1994 / 1997).

2.2 Sobre a aquisição da fala e o processo de constituição do psiquismo: uma possibilidade de leitura sobre a questão do autismo

LAZNIK-PENOT (1997) fez um estudo minucioso sobre a fala das crianças autistas. A autora parte de um sintoma característico dos quadros de autismo, os distúrbios de linguagem, e busca compreender a dinâmica psíquica presente nas suas bases.

A partir de sua experiência clínica, a autora conclui que o que está em questão no autismo é o processo que possibilita a entrada da criança no universo da linguagem, ou seja, no universo simbólico e sua entrada no circuito das trocas afetivas com outros seres humanos. Coloca ainda que o estudo desta psicopatologia traz questões fundamentais para a compreensão do processo de constituição do psiquismo, pois que estas crianças apresentam uma sintomatologia que mostra onde podem ocorrer falhas.

Este estudo traz uma importante contribuição ao propor que a forma como uma criança faz uso da fala nos dá pistas sobre seu modo de funcionamento psíquico. Penso que seus estudos sobre a linguagem dos autistas podem nos ajudar na compreensão do caso de Daniel.

As hipóteses da autora têm por base a teoria lacaniana, apesar de encontrarmos uma referência constante a Freud ao longo de todo o desenvolvimento de seu trabalho. Portanto, propomos abordar o tema do entrelaçamento entre a aquisição da fala e o processo de constituição do psiquismo, partindo dos estudos da psicanalista, mas sem

nos limitarmos a ele. A referência a Freud e Lacan também se fará presente ao longo do texto.

LAZNIK-PENOT (1997) introduz o tema da fala em crianças autistas com uma crítica a algumas afirmações feitas por Kanner como a de que, no autista, a linguagem não é feita para comunicar. Ela coloca que para este autor, a fala dos autistas seria uma mera repetição do que ouvem, prova disso seria o uso invertido dos pronomes pessoais (*você* ao invés de *eu*). Embora concorde com Kanner no aspecto descritivo de suas observações, a autora faz uma importante ressalva: nem toda linguagem é feita para comunicar. Ela lembra uma passagem do Seminário sobre “A angústia”, lição de 5 de junho de 1963, que vale a pena citar:

“A comunicação, como tal, não é o que é primitivo, pois na origem S⁸ não tem nada a comunicar, pela razão que todos os instrumentos da comunicação estão do outro lado, no campo do Outro, e que ele tem que recebê-los dele.”

(LACAN, 1997, p.313)

Laznik-Penot coloca ainda que Kanner pensava o isolamento da criança autista enquanto consequência do uso da linguagem como mera repetição do que o outro diz. A autora fala das consequências destas afirmações para o trato com as crianças autistas: acaba-se dando pouca ou nenhuma atenção aos enunciados destas crianças. A escuta atenta a tais enunciados nos dá pistas sobre o seu funcionamento psíquico, sobre as

⁸ Aqui entenda-se “S” como o sujeito ainda não barrado, ainda não dividido pelo objeto de seu desejo.

falhas neste funcionamento e sobre o que é preciso fornecer a estas crianças para que possam se assumir como sujeitos de seus enunciados.

LAZNIK-PENOT (1997) chama a atenção para o uso que algumas destas crianças fazem de trechos de enunciados ou ainda pequenos pedaços de uma determinada palavra, que, usados *aparentemente* fora de contexto, tornam-se incompreensíveis para o ouvinte. No entanto, propõe um minucioso trabalho de investigação – para o qual os pais e as pessoas que convivem com a criança podem contribuir – a respeito de falas que ela ouve em seu ambiente familiar e escolar, histórias que lhe são contadas, livros e revistas aos quais ela tem acesso ou músicas que costuma ouvir. Com isso obtêm-se pistas do contexto de onde tais trechos de enunciados foram retirados e freqüentemente descobre-se que se ligam a questões bastante significativas para a criança, do ponto de vista afetivo/emocional.

A autora relata, por exemplo, o caso de uma criança que conta repetidas vezes a história de um gigante de aspecto horrendo, mas também muito bondoso, que é abandonado à solidão por ser considerado um monstro. Esta criança, ao evocar tal história, lhe “conta” sobre a experiência que viveu numa escola que freqüentava, onde as outras crianças a viam como um “monstro”, por causa de suas estereotípias.

Podemos observar, a partir de relatos como este, que estas crianças, quando não estão completamente mergulhadas em um fechamento autístico, apresentam uma percepção bastante aguçada do que se passa à sua volta, mas possuem uma forma bastante peculiar de “colocar em palavras” aquilo que percebem. Fazem-no a partir do uso de trechos de textos ou de falas que não lhe são próprias, inclusive trechos de

músicas. Empreendem também um trabalho de deformação nestas palavras ou frases que lembra o *trabalho do sonho* – conforme descrito por FREUD (1900) em seu livro “A interpretação dos sonhos” – onde estão presentes deslocamentos e condensações. É fundamental que se tenha em mente que tais produções languageiras da criança sempre estão ligadas a elementos bastante significativos para ela, embora tal ligação não fique clara para o ouvinte num primeiro momento.

A autora coloca que a linguagem metafórica da criança autista, assim como acontece com os sonhos, não visa partilhar algo com o outro. Ela comenta que diante de um neologismo, de uma palavra truncada ou deformada que a criança emite, o ouvinte pode ter duas atitudes diferentes: uma seria rejeitá-lo de imediato, considerando que aquilo não quer dizer nada – julgamento bastante habitual nos pais de autistas que excluem toda a possibilidade de que um enunciado da criança possua uma significação – e a outra seria deixar-se *siderar* pelo enunciado, recebendo-o como se fosse uma mensagem. Diz Laznik-Penot:

“(…) aceitar ratificar como mensagem o que acaba de ser proferido mesmo que a significação deva permanecer temporariamente em suspenso, indica para a criança que ela pode ser ouvida para além de seu dizer.”

(LAZNIK-PENOT, 1997, p.142)

A autora coloca que as produções languageiras da criança autista podem ser consideradas pertencentes ao campo das *formações do inconsciente*, regidas pelo processo primário. Descreve o psiquismo delas como um “inconsciente a céu aberto”

(*idem*, p.150), onde se operam condensações e deslocamentos, processos característicos do trabalho onírico.

Vale lembrar que existem casos de crianças autistas que sofrem de mutismo. A este respeito, MANNONI (1985) faz uma importante observação, dizendo que estas crianças, apesar de não falarem, possuem um repertório de linguagem. O que existe é uma certa repulsa em usar este repertório para se comunicarem:

“Quando, passados os sete anos, a criança permanece muda, há muita probabilidade de que jamais aceda à palavra. O que está irremediavelmente perdido para esse tipo de crianças é um espaço interno onde se constituiria um auditório disposto a ouvi-la.”
(MANNONI, 1985, p.88)

TUSTIN (1984) relata casos de crianças autistas mudas, cujas primeiras falas se constituíam de frases bastante longas e elaboradas. Este relato vem reafirmar a hipótese de Mannoni a respeito da existência de um repertório de linguagem presente nas crianças autistas que não falam. Diz a autora:

“Também é importante estar consciente do fato de que a criança muda tem quase que com certeza uma linguagem interna. Por exemplo, ela entenderá e realizará ações que lhe são pedidas. E também, quando uma criança desse tipo fala pela primeira vez, ela geralmente usa sentenças muito longas.”
(TUSTIN, 1984, p.174)

O que as autoras estão enfatizando é que de alguma forma, um repertório de linguagem se constrói para estas crianças, mas algo as impede de fazer dele um uso

adequado. Retomemos o trabalho de Laznik-Penot, para investigar as bases da construção deste repertório.

Tomando como exemplo as etapas do desenvolvimento normal da fala, LAZNIK-PENOT (1997) propõe que, no início, a criança profere sons que não se dirigem a ninguém e não têm a intenção de comunicar. Por outro lado, se o adulto toma por mensagem tais sons, isso terá como efeito, a posteriori, o reconhecimento, pela criança, de que ela é o agente dessa fala:

“A mãe vem operar, na massa sonora escutada, certos cortes que precipitam uma significação que ela pode, a partir de então, restituir ao bebê. Não seria isso o que Winnicott designava quando falava da *loucura necessária das mães*? Loucura de escutar uma significação aí onde há apenas massa sonora, mas também direito exorbitante de escolher um sentido em detrimento de todos os outros possíveis. Ora, a maioria dos pais de autistas manifestam uma incapacidade de conferir sentido a esta forma. Evidentemente é difícil esperar que esta possibilidade de isolar uma significação se tenha mantido em uma mãe cujo filho já conte dois ou três anos.”

(LAZNIK-PENOT, 1997, p. 21)

Para que se possa ouvir os sons ou os enunciados dos autistas como se fossem mensagem é preciso olhar para esta criança e ver algo que ainda não está lá, pensar nela enquanto um pequeno sujeito, capaz de sentir, pensar e desejar. Para tanto, é necessário que esta criança ocupe para o Outro, representado pelos pais, o lugar de um Ideal.

Ao pensar a questão da fala das crianças autistas, dois aspectos chamam particularmente a atenção: um deles é o fato de estas crianças ficarem totalmente coladas

a um discurso que não lhes é próprio, ou seja, são incapazes de se apropriar de seu discurso. O outro diz respeito ao fato de que estas falas necessitam tradução para que possam ter algum valor de comunicação. É uma fala que não se dirige ao outro, mas, ao mesmo tempo, diz muito a respeito da criança: é preciso saber como escutá-la.

Vemos nos exemplos de Laznik-Penot que algumas destas crianças apresentam um repertório verbal bastante rico, mas é como se elas fizessem uso de uma linguagem que não *encarna* nelas, como se não lhes pertencesse. Elas fazem uso de enunciados que carregam em si uma certa neutralidade subjetiva. Falta a essa linguagem a questão da enunciação, ou seja, uma participação subjetiva que invoca o sujeito enquanto tal no discurso.

Lembremos que uma das formas em que se apresenta a ecolalia é o modo como as crianças autistas denominam a si mesmas. Elas usam o pronome *você* quando, na verdade, deveriam dizer *eu*. Essa inversão pronominal indica, como aponta Laznik-Penot, a impossibilidade destas crianças se sentirem sujeitos de seus enunciados. Aproximamo-nos, então, do que parece ser a questão fundamental da problemática do autismo: uma falha na constituição do Eu.

LAZNIK-PENOT (1997) coloca que, antes que um sujeito possa formular a questão sobre “Quem sou eu?”, deve vir do Outro um enunciado na forma de um “Tu és”. Ela lembra uma passagem do seminário de Lacan sobre “A angústia”, da lição de 5 de junho de 1963, que gostaríamos de citar:

“A primeira emergência, aquela que se inscreve nesse quadro, é apenas um ‘*quem sou eu?*’ inconsciente, pois informulável, ao qual responde, antes que se formule, um ‘*tu és*’, quer dizer que

ele recebe inicialmente sua mensagem sob uma forma invertida, já disse há muito tempo.” (LACAN,1997, p. 313)

Pode-se perguntar ainda se a inversão pronominal, característica dos quadros de autismo, não poderia ser pensada como um estágio normal do desenvolvimento da fala. Laznik-Penot questiona se esta inversão pronominal nos autistas não seria característica da aquisição da fala, o que se daria tardiamente nestas crianças. E faz a seguinte observação:

“Este anacronismo na criança autista revelaria, a céu aberto, uma característica da aquisição da linguagem; e ainda aí o patológico viria nos informar sobre o normal.”

(LAZNIK-PENOT, 1997, p. 121)

A autora aponta ainda que não basta enunciar o pronome eu para que a criança se sinta sujeito de seu enunciado. Seria necessário mais do que um trabalho *da criança* para que se torne sujeito de seu discurso, existem elementos que dizem respeito a uma qualidade de relação estabelecida com o Outro para que essa passagem possa acontecer.

Em um outro trabalho, LAZNIK-PENOT (1994) irá colocar a questão do autismo enquanto uma falha na instauração da relação especular, relação fundamental para a constituição do Eu:

“Esses casos clínicos que se acham confrontados com uma não-instauração da relação especular permitem, me parece, colocar em evidência patologias que traduzem certamente uma não-instauração da relação simbólica fundamental - a presença/ausência materna (...) - por uma *falha fundamental da própria presença original do Outro*, tendo como consequência a

impossibilidade da instauração do tempo constitutivo do imaginário, e então do eu, através da relação especular com o Outro.” (LAZNIK-PENOT, 1994, pp. 32-33)

Quando Laznik-Penot fala de uma “falha fundamental da presença original do Outro”, refere-se a uma *presença* no sentido da qualidade de um *olhar*, em que o olho seria um signo de investimento libidinal e não apenas um órgão responsável pela visão:

“O não-olhar entre uma mãe e seu filho, e o fato de que a mãe não possa se dar conta disso, constitui um dos principais signos que permitem atribuir, durante os primeiros meses de vida, a hipótese de um *autismo*.” (*idem*, p.31)

A falha à qual se refere a autora estaria na *falicização* da criança que, por algum motivo, não pôde ocupar o lugar de um Ideal para seus pais, o lugar de “His Majesty, the baby” (Freud, 1914). É uma falha em termos da instauração do *narcisismo primário*, etapa anterior ao estabelecimento da relação especular e fundamental para que tal relação se estabeleça.

Ao tentar caracterizar os quadros de autismo do ponto de vista fenomenológico, LAZNIK-PENOT (1994) utiliza o modelo do “hospitalismo”. Fala de casos em que bebês, mesmo sendo criados pela mãe e não apresentando nenhum distúrbio orgânico, apresentam um quadro de “carência materna” semelhante ao hospitalismo, com algumas características suplementares, como não olhar para a mãe, não sorrir ou chamar por ela em caso de aflição. Diz Laznik-Penot:

“Eu me proponho a falar de *hospitalismo em casa* para descrever uma situação onde a mãe estando fisicamente no mesmo espaço

que a criança, e executando os gestos que convém para responder às necessidades desta, não pode *olhá-la*.” (ibidem, p.32)

Não poder “olhá-la” aqui no sentido de *investir libidinalmente*. Estamos falando de um estágio bastante anterior do desenvolvimento psíquico da criança, que corresponde ao que FREUD (1914) chamava de narcisismo primário. O narcisismo primário não seria observável numa criança, mas deduzido do narcisismo de seus pais. O olhar desejoso dos pais em relação ao seu bebê e a possibilidade de vislumbrar nessa criança um projeto de vida idealizado, dão origem ao narcisismo primário, primeiro passo para a constituição do Eu.

Quando introduz a segunda tópica, FREUD (1923) fala do *Eu* enquanto um “Eu-corpóreo”, cuja constituição implica numa representação do próprio corpo. Coloca que esta representação seria possível a partir de uma projeção de percepções internas, cujo protótipo seria a percepção da dor: exemplifica dizendo que adquirimos um novo conhecimento sobre nossos órgãos internos a cada vez que estes órgãos adoecem.

Nessa mesma linha, LAZNIK-PENOT (1994) aponta algo mais, tendo por base a formulação de Lacan sobre o “Estágio do espelho”: para que a criança venha a constituir para si uma representação de seu corpo, é preciso que o Outro lhe forneça esta imagem, com a qual irá se identificar. Entenda-se, uma imagem idealizada, carregada de investimento, e de caráter narcísico.

WINNICOTT (1975) comenta o texto de Lacan, escrito em 1949, sobre o “Estágio do espelho”, colocando que o desenvolvimento do Eu da criança depende da possibilidade de ela vislumbrar o seu Eu (*self*) no rosto da mãe:

“Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro minha apercepção e também percebo. Na verdade, protejo-me de não ver o que ali não está para ser visto (a menos que esteja cansado).”

(WINNICOTT, 1975, p.157)

A experiência de poder ver *algo de si*, refletido no *rosto do outro*, seria essencial para se estabelecerem as primeiras trocas significativas com o mundo. Se esta experiência é possível, ela assegura à criança seu lugar no mundo, enquanto alguém que *existe para o outro* e, portanto, pode existir para si mesmo.

Por outro lado, PASCHE (1971) nos alerta para a possibilidade de um excesso nessa troca de olhares, que deve ser evitado. Como vimos anteriormente, quando um cuidador materno se coloca no lugar de espelho para a criança, é importante que a imagem devolvida a ela seja carregada de um investimento do tipo narcísico. Por outro lado, um excesso desse tipo de investimento pode aprisionar a criança a uma imagem que não condiz com o que ela realmente é. Diz Pasche:

“O que falta é o reflexo, dito de outra maneira, o olhar da mãe. Um certo olhar que procuramos discernir ao longo destas páginas, na órbita do qual a criança é vista, e colocada em seu lugar, considerada, um lugar dentro do qual ela pode se ver e o resto do mundo também, pois este olhar não retém nada para si, ele entrega escrupulosamente tudo que recebe – também o ar que circula entre as coisas – , e as coisas, ele as mostra a ela; enfim, por causa disto, e acima de tudo, sua liberdade, ele a entrega a ela.

(...) A neutralidade analítica surge de uma variante desta situação. O psicanalista presente, portanto audível e visível, susceptível de ser ouvido e visto, pode olhar o analisando como

o resto. Ao passo que no tratamento das psicoses, o terapeuta deve ser visto e ouvido, de fato. Mas a ‘benevolência’, o amor, tem que ser guardado dentro desta neutralidade como o amor no olhar e no aspecto da mãe.”

(PASCHE, 1971, pp. 859-870, tradução livre do francês)

O que se busca enfatizar nessa breve citação é a importância de um olhar que libidine a criança, mas que não a aprisione ao desejo da mãe, como acontece, por exemplo, no caso das psicoses.

Ao trabalhar a importância da troca de olhares entre mãe e bebê nos primeiros meses de vida, WINNICOTT (1975) coloca ainda uma outra possibilidade: aquelas ocasiões em que o bebê pode olhar para a mãe e o rosto dela refletir apenas um vazio ou então uma rigidez defensiva, o que pode ter consequências catastróficas.

Por alguma razão, entre as quais uma depressão ou fantasias despertadas por um bebê pouco responsivo ao nascer, a mãe acaba não podendo *olhá-lo*, não podendo investi-lo. Consequência disso, é a criança cair num marasmo, que a impede de dirigir seu *olhar* para o mundo à sua volta.

Um caso muito comum em que ocorre esta impossibilidade de investimento libidinal ocorre, por exemplo, com os pais de crianças prematuras. MATHELIN (1999), num trabalho sobre a clínica psicanalítica com bebês prematuros, questiona a possibilidade de investir libidinalmente um bebê que nasce tão magro e doente. Como colocar este bebê num lugar de ideal se os pais não se reconhecem nele? A capacidade de ilusão esbarra com a violência do real, e o risco é de que a criança seja reduzida a este

puro real, sem que algo da ordem do simbólico venha permitir sua falicização. Diz Mathelin:

“Se o olhar da mãe se desvia do filho, se o filho fraco demais e distante demais não dá à mãe o sentimento de que se interessa por ela, o investimento de amor entre eles se torna problemático e o bebê não tem mais nada em que se agarrar para se construir.”
(MATHELIN, 1999, p. 25)

A autora relata casos de bebês que, depois de alguns dias na incubadora, acabavam por fixar seu olhar em algum ponto do aparelho, como se quisessem se agarrar a algo, assim como “náufragos numa bóia de salvamento” (*idem*, p. 54). No caso destas crianças, afirma:

“O tipo de trabalho que podemos então fazer com elas evoca as curas das crianças autistas, o pânico do vazio, o não-eu, o buraco negro de que fala Frances Tustin.”
(*ibidem*, p. 25)

Este “trabalho” se refere à possibilidade de falar com a criança a respeito de sua história e dos cuidados a que estão sendo submetidas. A autora coloca que, fazendo isso, observou que as crianças deixavam de fixar o olhar em um determinado ponto e voltavam ao nosso mundo.

LAZNIK-PENOT (1997) observa que existe nos autistas um evitamento ativo em relação ao contato com o outro, que se dá através de seu fechamento e do desvio de seu olhar. A autora coloca que este evitamento se deve ao fato de o funcionamento psíquico destas crianças ser regido essencialmente pelo princípio do prazer, em que se

evita o desprazer às custas de defesas extremadas como, por exemplo, o mecanismo de *elisão*⁹.

Nesse momento seria interessante retomar o que diz FREUD (1911), em seu texto sobre “Os dois princípios do funcionamento psíquico”, em que ele discorre sobre a forma como se dá a passagem de um funcionamento regido unicamente pelo princípio do prazer, para um funcionamento que leva em conta o princípio de realidade.

Ele parte do exemplo dos bebês de colo que, quando acometidos por uma necessidade interna bastante premente (como a fome, por exemplo), vivem uma experiência alucinatória de satisfação, que acalma momentaneamente o desprazer.

No entanto, a alucinação mostra-se insuficiente para dar conta das necessidades internas, o que obriga o psiquismo a levar em conta as circunstâncias reais do mundo externo e a tentar modificá-las: nasce aí o princípio de realidade. A partir deste momento, o psiquismo já não representa mais, através da alucinação, uma experiência agradável, mas passa a representar o real, ainda que desagradável.

Entre as implicações dessa passagem, enquanto parte do processo evolutivo do aparelho psíquico, destaca-se o aprimoramento de determinadas funções dos órgãos sensoriais – responsáveis pela apreensão da realidade externa – como a *atenção*, ligada à consciência. O aparelho psíquico deixa de perceber apenas as sensações de prazer e

⁹ Termo proposto por Lacan, em 1959, no seminário sobre “A ética da psicanálise”, que designa o mecanismo através do qual a percepção de um objeto cessa subitamente, o que implica numa retirada total de investimento no sistema perceptivo e uma falha na inscrição de traços mnêmicos no inconsciente. Para o psiquismo, o objeto, mesmo estando presente, é como se nunca tivesse existido. Ver: LAZNIK-PENOT (1997).

desprazer, para atentar àquilo que, pertencente ao mundo externo, pode ser capaz de aplacar uma determinada necessidade interna.

Pensando nas colocações de Freud, pode-se concluir que o uso do mecanismo de elisão nos autistas indica que não foi possível atingir essa etapa do desenvolvimento psíquico. LAZNIK-PENOT (1997) coloca que, quando a criança se torna capaz de suportar representações carregadas de desprazer, sem recorrer a mecanismos de fechamento autístico, encontra-se num estado “pós-autístico”, em que o psiquismo já não é regido unicamente pelo princípio do prazer.

Vimos então como se dá a passagem de um funcionamento psíquico regido exclusivamente pelo princípio do prazer, para um funcionamento que leva em conta o princípio de realidade, e a importância desta conquista em termos da evolução do aparelho psíquico.

LAZNIK-PENOT (1997) coloca que uma característica complementar ao fechamento e ao desvio do olhar nos autistas é a sua incapacidade de formular uma demanda. A partir desta afirmação, proponho que pensemos nesse momento da evolução do aparelho psíquico, em que a criança passa a buscar no mundo externo algo que possa aplacar uma necessidade interna, agora em termos da possibilidade de dirigir ao outro uma demanda.

2.3 Necessidade, demanda e desejo

Para pensar a questão da *demanda*, devemos retomar a formulação lacaniana a respeito dos conceitos de *necessidade*, *demanda* e *desejo*. No “Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan”, editado por KAUFMANN (1996), encontramos a seguinte afirmação, que consta do verbete *Desejo*:

“Na cultura psicanalítica, literária e filosófica de língua francesa, o termo *désir* (desejo) designa o campo de existência do sujeito humano sexuado, em oposição a toda abordagem teórica do humano que se limitaria ao biológico, aos comportamentos e aos sistemas de relação. No desenho desse campo, a obra de Lacan, com a distinção que estabelece entre necessidade, demanda e desejo, é decisiva.” (KAUFMANN, 1996, p.114)

A distinção entre os conceitos de necessidade, demanda e desejo, feita por Lacan, é decorrente de uma releitura do texto freudiano a respeito da natureza do desejo. Em primeiro lugar, cabe localizar em Freud as bases de que se serviu Lacan para esta releitura.

No capítulo VII de “A interpretação dos sonhos”, FREUD (1900) trata do sonho como “realização de desejo”, desejo este que, em última instância, se refere ao infantil. O autor, então, se propõe a definir a natureza psíquica do “desejar”. Para tanto, remete-nos a pensar sobre a evolução do aparelho psíquico, partindo das primeiras experiências de satisfação dos bebês.

Um bebê pequeno está invariavelmente submetido às exigências de necessidades de natureza orgânica. Quando acometido por alguma exigência desta natureza (como a

fome, por exemplo) seu corpo é tomado por um estado de tensão que o leva ao choro ou ao esperneio. Supondo que, diante destas manifestações do bebê, um cuidador materno lhe forneça aquilo de que necessita (alimento, no caso), esta criança então vive sua primeira experiência de satisfação. Tal experiência adquire um registro mnêmico, que passa a ser reativado a cada vez que o bebê é acometido por uma necessidade desta ordem.

Em outras palavras: a partir desta primeira experiência, quando volta a sentir fome, o bebê passa a alucinar a satisfação outrora obtida. A este tipo de alucinação Freud denomina “identidade de percepção”. A identidade de percepção se constitui numa primeira forma de atividade psíquica que corresponde a uma repetição da percepção que se enlaçou à experiência de satisfação de uma necessidade.

Para que esta imagem mnêmica seja reativada, é necessário que haja investimento psíquico. Freud coloca que o impulso que investe repetidamente esta identidade de percepção, seria o que podemos chamar de *desejo*. Portanto, desde este ponto de vista, *realizar um desejo* corresponderia a alucinar repetidamente esta primeira experiência de satisfação.

No entanto, uma alucinação não é suficiente para aplacar a necessidade, sua eficácia é apenas momentânea. Como vimos anteriormente, a partir do momento em que a alucinação torna-se ineficaz, o aparelho psíquico desenvolve algumas funções como a atenção àquilo que, pertencente ao mundo externo, pode satisfazer as suas necessidades. Pensando no exemplo da satisfação alimentar, este seria o momento em que a criança passa a chorar e espernear intencionalmente para chamar a atenção da mãe.

Poderíamos dizer que este é o momento em que a criança começa a distinguir o mundo externo de seu mundo interno. WINNICOTT (1975) sugere que existe uma área intermediária na experiência do indivíduo que abarca tanto a realidade interna quanto a externa. Uma área intermediária entre o subjetivo e o objetivamente percebido, que ele denomina de “área de ilusão”.

Winnicott, supondo a existência de uma mãe que se adapte às necessidades de seu bebê¹⁰, coloca que, assim fazendo, ela lhe fornece a *ilusão* de que ele possui um controle mágico sobre o seio. Com isso, a mãe criaria no bebê a ilusão de que a realidade externa coincide com sua capacidade alucinatória ou criativa.

Winnicott acrescenta que este tipo de experiência alucinatória ocorre também na vida adulta, em que a existência dessa área de ilusão não pressupõe necessariamente uma patologia ou a loucura. Seria nesta área que se desenvolve, por exemplo, o viver imaginativo, a criatividade ou o sentimento religioso das pessoas.

O que o autor enfatiza é que nessa primitiva relação mãe-bebê, não só o bebê tem uma experiência ilusória, mas também a mãe que pode, em alguns momentos, ter uma vivência subjetiva de que o bebê faz parte dela.

Vejamos agora a leitura lacaniana a respeito destas questões:

No seminário sobre “A relação de objeto” (1956-1957), Lacan coloca que, para situar as relações primitivas da criança, é necessário partir do conceito de *frustração*.

¹⁰ Como veremos adiante, se tomarmos por base o pensamento de Lacan sobre as primeiras experiências de satisfação dos bebês, não seria possível pensar numa mãe que se “adapte” às necessidades de seu bebê, mas numa mãe que, com base *em seu próprio desejo*, supõe que o bebê necessita de uma determinada coisa.

O autor propõe a noção de “falta de objeto” como sendo a mola da relação do sujeito com o mundo. Existiriam então três categorias distintas da “falta de objeto”: privação, frustração e castração.

Segundo Lacan, a privação seria, por natureza, uma falta real, comparável a um “furo”. Ele coloca, no entanto, que o objeto da privação é sempre um objeto simbólico:

“A ausência de alguma coisa no real é puramente simbólica. É na medida em que definimos pela lei o que deveria estar ali que um objeto falta no lugar que é seu.” (LACAN, 1995, p. 38)

Portanto, a privação se refere à falta de algo que se esperava encontrar num determinado lugar. O protótipo da experiência de privação seria a “inveja do pênis” nas meninas.

A frustração se situa num outro plano, que seria o plano imaginário. Ela se refere a um prejuízo ou um dano imaginário, diz respeito a algo que é desejado e não obtido, mas desejado sem nenhuma referência a qualquer possibilidade de satisfação. Seria o domínio da reivindicação, das exigências desenfreadas. Aqui, o objeto faltante é sempre um objeto real. Lacan enfatiza que é sempre de um objeto real que sente falta a criança, por mais imaginária que seja a frustração.

Quanto à castração, o autor coloca que esta se constitui por uma dívida simbólica. Ela estaria essencialmente ligada a uma ordem simbólica instituída:

“A ligação da castração com a ordem simbólica é evidenciada por todas as nossas reflexões anteriores, bem como por esta simples observação: em Freud, desde o início, a castração foi ligada à posição central atribuída ao complexo de Édipo, como o

elemento de articulação essencial de toda a evolução da sexualidade.” (LACAN, 1995, p. 61)

Neste caso, o objeto faltante, aquele que é colocado em jogo na dívida simbólica, é um objeto imaginário: o falo. Retornaremos à questão do falo mais adiante.

Nesse mesmo seminário, Lacan propõe que a teoria analítica coloque em primeiro plano a noção de *frustração*. Esta noção seria central para a compreensão dos primórdios do psiquismo e seria aquela que “prepara o terreno” para a instalação do conflito edipiano. Desta forma, o autor não se distanciaria tanto da proposta freudiana de considerar o complexo de Édipo e a castração como centrais na teoria analítica: ele apenas acentua o que estaria na base desta conflitiva.

Como nos interessa aqui justamente a questão dos primórdios da constituição do aparelho psíquico, faz-se necessário deter-nos sobre a noção de frustração, que nos auxiliará na compreensão da questão da demanda:

“A frustração é, pois, considerada como um conjunto de impressões reais, vividas pelo sujeito num período de desenvolvimento em que sua relação com o objeto real está centrada habitualmente na imago dita primordial do seio materno, com referência ao qual vão se formar nele o que chamei há pouco de suas primeiras vertentes, e inscrever-se suas primeiras fixações, aquelas que permitiram descrever os tipos de diferentes estádios instintuais.” (LACAN, 1995, pp. 62-63)

Lacan afirma que neste período a criança está numa “posição de desejo” em relação ao seio como objeto real. Ele trabalha então o que vem a ser esta relação tão primitiva do sujeito com o objeto real.

De que forma se daria esta relação? Nos primórdios do desenvolvimento do sujeito, ele não é capaz de distinguir o *eu* e o *não-eu*. No entanto, distinguirá momentos de ausência e presença do objeto de satisfação da necessidade. O autor coloca que nesta relação o objeto em si não tem instância, ou seja, *ele adquire importância apenas a partir do momento em que falta*. Ele introduz então a noção de *agente*:

“E nessa relação fundamental que é relação da falta do objeto, é possível introduzir a noção do agente, que vai nos permitir trazer uma formulação essencial à posição geral do problema. Neste caso, o agente é a mãe.” (LACAN, 1995, p. 67)

A mãe apresenta à criança os objetos da necessidade sob a forma de seu seio. A seu critério, ela irá fornecer ou não à criança o objeto de satisfação da necessidade, instaurando assim uma alternância do tipo presença-ausência. Este jogo de presença-ausência é o que leva a criança a emitir um *apelo*. A mãe – ou quem quer que esteja exercendo esta função para a criança –, será chamada justamente quando houver um registro de que algo falta.

No entanto, haverá um momento em que, diante do apelo da criança, a mãe não responde. Neste momento, diz Lacan, ela torna-se real, torna-se uma *potência*. Quando a criança percebe que a mãe é aquela que lhe permite ou não o acesso aos objetos de satisfação, estes objetos adquirem um outro status. Deixam de ser simplesmente objetos de satisfação da necessidade, e passam a ser objetos de *dom* – o *dom* aqui entendido como *signo de amor*. Tais objetos passam a ser a marca da potência da mãe. A partir deste momento, o objeto passa a ser duplamente satisfatório: satisfaz uma necessidade e simboliza o amor que a mãe lhe dedica.

Retomando então a noção de frustração, esta incide sobre algo de que o sujeito é privado, por alguém de quem ele esperava receber o que demandou. Portanto, o que está em jogo na frustração não é tanto o objeto, mas o amor de quem lhe faz este dom. O sujeito se frustra em relação ao dom, e não em relação ao objeto.

Quando uma demanda não é atendida, ou seja, quando se nega ao sujeito o dom, o objeto passa a ser reivindicado. Nesse momento, o objeto entra numa espécie de área narcísica de pertinências do sujeito. No entanto, lembra o autor, uma demanda jamais é atendida como tal, por esse motivo é que ela se projeta e se desloca sobre diferentes objetos, infinitamente. Ele conclui:

“O que intervém na relação de amor, o que é demandado como signo de amor nunca passa de alguma coisa que só vale como signo. Ou, para ir ainda mais adiante, não existe maior dom possível, maior signo de amor que o dom daquilo que não se tem.”
(LACAN, 1995, p. 142)

O dom seria algo que circula, ou seja, o dom que se faz, é aquele que um dia foi recebido. Esta afirmação lacaniana nos remete a pensar no que FREUD (1914) denominava “narcisismo primário”, em que os pais atribuem ao filho um lugar que um dia acreditaram ter ocupado para seus próprios pais, um lugar que abriga todas as perfeições e a promessa de cumprir todos os projetos que não puderam realizar. Talvez seja isso o que Lacan esteja chamando de *amor*.

Lacan coloca ainda que, diante de uma frustração de amor, ocorre uma tentativa de compensação através da satisfação de uma necessidade. É como se a criança se agarrasse ao seio como um alibi diante de uma situação de frustração do amor. Segundo

o autor, este seria um movimento regressivo da pulsão (no caso, da pulsão oral), que se dirige para o objeto primitivo de devoração. O que acontece aqui é uma tentativa da criança em aniquilar a insatisfação fundamental da relação com a mãe enquanto potência, através da satisfação de uma necessidade. Este momento de inversão marca toda a dialética simbólica da atividade oral, quando o objeto real de satisfação da necessidade assume um valor simbólico.

Retomemos então as idéias principais expostas até o momento: nas origens da relação mãe-bebê, a frustração significa a recusa do dom, pois este é símbolo de amor. Uma criança chora, e a mãe interpreta esse choro como um apelo a ela dirigido. Fornece à criança o seio e também as *palavras* que atribuem um sentido a este apelo. Estas palavras vindas do Outro futuramente serão assumidas pela criança como próprias. Nesse sentido é que Lacan coloca o apelo como algo essencial à palavra. O apelo seria primeiro tempo da palavra.

Nesse mesmo seminário, o autor propõe uma distinção entre o *choro* e o *grito*. O choro seria aquilo que faz apelo, como já foi descrito. O grito se produz num momento em que a linguagem já está instituída para a criança e na qual ela já se encontra imersa num meio de linguagem. Poderíamos dizer que a emissão do grito contém uma intencionalidade, ele é feito para se fazer ouvir. Lacan nos lembra o interesse muito precoce das crianças pelos “gritos modelados e articulados que se chamam palavras”.

O autor então articula a questão do dom à questão da palavra, afirmando que o “dom-tipo” seria o “dom da palavra”:

“Desde a origem, a criança se alimenta tanto de palavras quanto de pão, e perece por palavras.” (LACAN, 1995, p. 192)

Conforme estas idéias vão sendo articuladas, a questão do *dom* vai se mostrando como o elemento essencial na relação primitiva mãe-bebê, tendo uma função estruturante no psiquismo do sujeito. Resta ainda pensar como se articula a questão do dom com o *desejo*.

Ainda no seminário sobre “A relação de objeto”, Lacan coloca que esta primitiva relação mãe-bebê é uma *relação de amor*. Quando tudo corre bem nessa primeira etapa da vida, a criança se inclui como objeto de amor da mãe. Ela tem para si a noção de que é capaz de trazer prazer à mãe. Como diz o autor, *ser amado* é fundamental para a criança.

Numa segunda etapa, algo vai se articulando pouco a pouco para a criança: a noção de que ela não é a *única* a dar prazer à mãe. Esse tipo de percepção decorre, por exemplo, quando da chegada de um irmão mais novo. A mãe, pouco a pouco, vai sendo percebida pela criança como marcada por uma falta fundamental: existe algo que a mãe deseja para além dela, e que apenas provisoriamente a criança pode satisfazer. Em outras palavras, a criança descobre que a mãe busca em vários lugares o objeto capaz de preencher o que lhe falta: sua busca é pelo falo. Diz Lacan:

“A criança se apresenta à mãe como lhe oferecendo o falo nela mesma, em graus e posições diversos. Ela pode se identificar com a mãe, se identificar com o falo, ou apresentar-se como portadora do falo. Existe aí um grau elevado, não de abstração, mas de generalização, da relação imaginária que chamo de

tapeadora, pela qual a criança atesta à mãe que pode satisfazê-la, não somente como criança, mas também quanto ao desejo e, para dizer tudo, quanto àquilo que lhe falta. Esta situação é decerto estruturante (...).” (LACAN, 1995, p. 230)

Esta relação seria estruturante uma vez que deixa marcas que definirão mais adiante as modalidades de relação de objeto que o sujeito irá desenvolver.

O que seria importante retermos é que o essencial para que um sujeito possa advir, aquilo que é estruturante para o seu psiquismo, é a possibilidade de que, em algum momento, ele tenha sido colocado no lugar daquilo que é capaz de preencher a falta na mãe, ou seja, um lugar fálico.

Como coloca Lacan, o desejo visa ao falo na medida em que este deve ser recebido como um dom. Para tanto, é necessário que o falo se torne objeto de dom. Com isso, o autor quer dizer que a criança só deseja colocar-se no lugar do falo, desde que este seja o lugar de quem é amado por alguém. O desejo então se desloca indefinidamente em busca desse lugar fálico, ou seja, o lugar de objeto de desejo do outro.

Numa passagem do seminário sobre “As formações do inconsciente” (1957-1958), o Lacan especifica a distinção entre necessidade, demanda e desejo. Coloca o desejo como aquilo que está para além da demanda. A demanda sempre desvia, modifica e transpõe a necessidade. Essa transposição deixa em seu rastro um resíduo, que se apresenta como desejo. A demanda nada mais é que demanda de amor, ela não diz respeito a nenhuma satisfação particular. O desejo apresenta-se, através da demanda de amor, como algo que é irredutível a qualquer tipo de necessidade.

Formular uma demanda seria uma tentativa de exprimir o desejo em palavras; no entanto, diz Lacan, nem tudo é redutível à linguagem: não existiria palavra capaz de exprimir o desejo:

“Há, por um lado, a posição do Outro como Outro, como lugar da fala, aquele a quem é endereçada a demanda, aquele cuja irreduzibilidade radical manifesta-se por ele poder dar amor, isto é, alguma coisa que é tão mais totalmente gratuita na medida em que não existe nenhum suporte do amor, já que, como eu lhes disse, dar amor é não dar nada que se tenha, pois é justamente por não se o ter que se trata de amor.” (LACAN, 1999, p. 397)

Retomemos a questão inicial a respeito do que significa, em termos psíquicos, formular uma demanda, especialmente o que isso representa dentro da problemática trazida pelos casos de autismo. Lembremos que, no caso dos autistas, uma característica comum é a impossibilidade de dirigir ao outro um pedido, ou seja, a impossibilidade de formular uma *demanda*.

Uma passagem do texto “A/ssombrosa fala”, de CHALHUB (1997), resume de uma forma bastante sensível o que estaria em jogo na possibilidade de formular uma demanda:

“(…) a mais proeminente característica da fala, na interação comunicacional é a demanda, ou seja, a posição de demandar. Esta posição reenvia à idéia de relação mais direta entre signo e o objeto. Demandar significa pedir coisas ou transformar o pedido enigmático em coisas mais ou menos concretas. Toda demanda é um pedido de amor, e todo pedido de amor é de reconhecimento e de invocação do olhar do Outro sobre o próprio sujeito.

Um passo adiante da demanda estaria um outro nível da fala que é desejar. Desbejar, na verdade não tem objeto à frente do verbo, no sentido de que não se trata de uma transitividade. Desejar implica numa temporalidade aquém do próprio verbo, onde o que está sendo movente e o que move é o objeto causa do desejo. (...) Este resto não-traduzível, não-simbolizável, cria todas as condições para fazer falar.” (CHALHUB, 1997, p. 44)

Chalhub nos propõe pensar na demanda como um pedido de *reconhecimento e de invocação do olhar do Outro sobre o próprio sujeito*. Esta idéia vem ao encontro de algo que falávamos desde o início, quando evocamos os estudos de LAZNIK-PENOT (1994/1997) a respeito do que estaria na base da problemática dos casos de autismo: uma falha fundamental da presença original do Outro, *presença* no sentido da qualidade de um *olhar*, onde o olho seria um signo de investimento libidinal.

Acredito que já temos elementos suficientes para dar um passo adiante. Tendo exposto algumas temáticas dentro da psicanálise ligadas à questão do autismo, passemos a uma tentativa de compreensão do caso, à luz destas teorias.

2.4 Saindo do abismo

Tendo apresentado uma leitura da questão *autismo*, do ponto de vista da psicanálise, cabe agora, a partir deste referencial, fazer um exercício de compreensão do caso, assim como levantar algumas hipóteses a respeito de sua evolução.

Vale destacar aqui o que pareceu ser uma seqüência na evolução do trabalho com Daniel, em que foi percorrido um caminho entre o isolamento e o início da busca pelo contato com o outro, paralelamente a um caminho entre a fala ecológica e a fala espontânea, que surge através de uma *demanda*. Convém uma reflexão sobre este percurso.

Algumas observações sobre o histórico de Daniel

“Quando eu nasci veio um anjo safado,
um chato dum querubim...
Que decretou que eu tava predestinado,
a ser errado assim...
Já de saída minha estrada entortou, mas vou até o fim!”
(*Até o fim* - Chico Buarque de Holanda)

Existem alguns dados no relato de Deise, desde antes do nascimento de Daniel, que sinalizam algumas questões importantes para a compreensão do caso. Deise relata, por exemplo, episódios de choro de sua filha ainda bebê, para os quais ela não conseguia imaginar o motivo. Levou muito tempo para que Deise percebesse que sua filha sentia frio, o que só aconteceu no momento em que houve o contato direto com o corpo da criança. Esta parece ter sido uma experiência marcante para Deise, que justifica que *por este motivo* queria que Daniel nascesse no verão. É como se, com isso, ela dissesse o quanto foi perturbadora esta vivência de não conseguir imaginar que sua filha podia sentir frio. Podemos notar que parece existir alguma dificuldade desta mãe quanto à sua

capacidade de ilusão antecipatória, ou seja, a capacidade de, diante do choro de um bebê, poder imaginar o que se passa com ele.

Outro dado que chama a atenção, é a forma como Deise relata sua gravidez. Uma gravidez que foi vivida como um “*estorvo*”, a barriga enquanto “*um peso que não podia suportar*”, o terceiro filho como uma “*sobrecarga*”, sendo condição para ele vir ao mundo o auxílio de uma babá. Isso nos dá pistas sobre que lugar estava reservado para Daniel na constelação psíquica de sua mãe.

A impressão que esse relato nos causa é que, para Deise, ser mãe seria “*um estorvo*”, uma “*sobrecarga*”, uma vivência de terror diante das demandas que um bebê poderia lhe dirigir, e às quais sentia-se incapaz de responder.

Nesse sentido, coloca-se em questão o desejo de Deise em ter um terceiro filho. Vale ressaltar que os dois primeiros filhos do casal praticamente foram criados pelos avós paternos, o que Deise justifica pelo fato de terem passado por um momento de vida bastante atribulado em termos profissionais. Até que ponto ela desejava este terceiro filho, já que representava um *peso* que não podia carregar?

O nascimento prematuro de Daniel parece ter despertado angústias em relação a esse desejo, uma vez que Deise atribuía aos médicos toda a culpa pelos problemas que ele teve ao nascer, uma culpa que talvez tenha sido insuportável para ela. Deise devia estar bastante atormentada pelo fantasma de que seu desejo poderia ter causado o nascimento precoce de Daniel. A defesa contra esta angústia parece ter sido uma frieza em relação ao seu bebê, presente no relato sobre os primeiros contatos com ele.

O fato é que Daniel se recuperou, e chegou o momento de ir para casa. Deise contrata então os serviços de uma enfermeira, para “auxiliá-la” nos cuidados com o bebê. O que se observa é que os cuidados de Daniel acabam ficando em sua maior parte a cargo de uma enfermeira, e depois de babás, em seguida de empregadas, etc.

Chama a atenção uma observação de Deise a respeito do desenvolvimento da fala em Daniel. Ela conta que *“com as babás ele falava bastante, dava ordens a elas”*. Talvez isso nos conte sobre o que estas babás representavam para Daniel, ou seja, seriam aquelas que respondiam a todas as suas demandas.

No entanto, é possível perguntar de que ordem seriam estas demandas, já que Deise fala de pedidos como *“Qué água”*. Ela coloca também que, às vezes, ele não precisava nem pedir alguma coisa, quando percebiam o que ele queria, logo já davam. Penso se estas demandas não seriam da ordem da satisfação de uma necessidade.

Isso nos faz pensar no que LACAN (1956-1957) afirmava sobre a possibilidade de que, diante de uma frustração de amor, ocorra uma tentativa de compensação através da satisfação de uma necessidade. Daniel era atendido prontamente naquilo de que necessitava, mas o que dizer da possibilidade de uma demanda que invoca o olhar do Outro sobre si? Guardemos esta questão, por enquanto.

Ao longo do relato de Deise, ela nos conta sobre um longo caminho entre os alertas de médicos, psicólogos e fonoaudiólogos, de que havia algo de errado com Daniel, e o diagnóstico de autismo feito pelo neurologista.

Este longo percurso nos fala de algo que Deise não podia ver, ou seja, que havia algo de errado com seu filho. A constatação de que haveria algo de errado com Daniel

poderia despertar angústia na medida em que Deise desconfiava que tais problemas poderiam estar relacionados com seu desejo. A “solução de compromisso” para este conflito foi aceitar com complacência um diagnóstico de autismo, enquanto doença inata e incurável, ou seja, uma doença cuja causa nada tem a ver com as relações entre mãe-bebê.

O diagnóstico médico teve como função apaciar a angústia: *“Ele é um autista e vai ser assim pelo resto da vida”*, portanto, ninguém é responsável por isso e não há nada que se possa fazer para mudar esta situação.

Nesse sentido, qualquer discurso que vinha questionar a fala do médico era recusado. Um exemplo disso foi um episódio vivido na escola, onde aparece claramente uma recusa de Deise em acreditar que Daniel poderia ser uma criança portadora de um desejo.

Deise estava em dúvida se Daniel deveria ir a um passeio com um grupo de crianças (que não era o grupo da escola) ou se ele deveria vir à escola nesse dia. Então, quando ela vem deixar Daniel na escola – no dia anterior ao passeio – ela pergunta *a mim* o que eu acho melhor. Proponho a ela que perguntemos a Daniel *o que ele prefere*. Como a conversa se dá no portão da escola, ela me diz que vai estacionar melhor o carro e já volta. A questão é que ela não volta! Ficamos eu e Daniel, na porta da escola, esperando por ela. Depois de algum tempo me dou conta de que ela foi embora e entro com ele. Quando veio buscá-lo perguntei o que aconteceu e ela me disse que não achou vaga para estacionar o carro e foi embora.

Fiquei pensando até que ponto não seria insuportável para essa mãe poder ver Daniel enquanto um sujeito, com vontades e desejos. Por algum motivo, parecia ser tranquilizador pensar nele como um autista, ou seja, um ser alheio ao universo compartilhado de nossos sentimentos.

Outro dado que chama a atenção é que, justamente no momento em que Daniel começa a dar sinais evidentes de uma evolução em seu quadro, os pais ameaçam tirá-lo da escola.

Isso nos faz lembrar do que FREUD (1923) descrevia como uma “reação terapêutica negativa” durante o tratamento de seus pacientes. Ele observou em seus pacientes uma reação inesperada ao tratamento, que acontecia justamente quando tudo parecia se encaminhar bem. No momento em que o analista se mostrava satisfeito com os efeitos do tratamento e alimentava no paciente as esperanças de uma melhora, este último se mostrava descontente e apresentava uma piora em seu estado.

Freud conclui que é como se a cura representasse um perigo para estes pacientes, e não um alívio. Nos casos que descreve, o autor relaciona a reação terapêutica negativa a um sentimento inconsciente de culpa, que utiliza a neurose do paciente como castigo ao qual ele deve se submeter.

Parece que também no caso de Daniel, a possibilidade de evolução em seu quadro não trazia alívio a seus pais, mas representava algum perigo. Como foi visto anteriormente, o diagnóstico e o prognóstico médico parecem ter servido para aplacar a angústia destes pais frente às suas dificuldades em relação à maternidade/paternidade. Nesse caso, seria mesmo muito perigoso se esta prescrição de destino caísse por terra.

Esta atitude dos pais de Daniel se assemelha àquilo que foi apontado por TAFURI; BERLINCK (texto inédito) no histórico do conceito de autismo em Kanner. Ainda hoje, na clínica, lidamos com os resquícios do mal-estar de Kanner em considerar a síndrome como resultante de fatores psicogênicos e de seu empenho em desencorajar as pesquisas sobre as relações do autismo com as primitivas relações mãe-bebê.

Não se trata de culpabilizar os pais pela problemática de seus filhos, mesmo porque, aquilo que determina as modalidades de relação mãe/filho e pai/filho são elementos inconscientes, passíveis de clareza apenas através de um minucioso trabalho de análise pessoal. Trata-se apenas de poder implicar estes pais de alguma maneira na problemática apresentada por seus filhos e passar a eles a idéia de que é possível fazerem algo por estas crianças.

Primeiro momento do trabalho: como retirar Daniel do abismo?

“Só uma palavra me devora,
Aquele que meu coração não diz.
Só o que me cega, o que me faz infeliz,
É o brilho do olhar que não sofri...”
(*Jura Secreta* - Abel Silva e Sueli Costa)

Passemos então a algumas reflexões sobre o trabalho desenvolvido. No início do trabalho com Daniel, frente ao seu isolamento e seu jeito ensimesmado eu me perguntava de que forma eu poderia tirá-lo daquela espécie de *abismo* no qual se encontrava. Como atingi-lo, o que fazer para chamar sua atenção?

O primeiro passo foi tentar descobrir as brincadeiras de que ele mais gostava. Um outro, foi procurar uma aproximação bastante cautelosa, permitindo a Daniel ir perdendo o medo no contato comigo.

É importante destacar que tive uma empatia imediata por Daniel, uma criança bonita, meiga e, ao mesmo tempo, muito triste. Durante o tempo em que eu o estive observando, antes de começar a intervir diretamente com ele, fiquei encantada com aquele menino que cantava músicas e por perceber que estas serviam como sinalizador de que ele estava de alguma forma ligado ao que se passava à sua volta, embora parecesse, na maioria das vezes, completamente alheio.

Nesse momento inicial do trabalho, é possível notar que algo de meu próprio desejo se colocava em jogo. Aquela criança, por características que lhe eram próprias, despertava em mim um desejo de aproximação e de construir um vínculo com ele.

No começo, Daniel me olhava mas quando percebia que eu olhava para ele, desviava o olhar. Retomando as colocações de WINNICOTT (1975) sobre a importância da troca de olhares entre mãe-bebê nos primeiros meses de vida, penso na possibilidade de Daniel ter vivido uma experiência bastante penosa nesse período. Como foi colocado no histórico de Daniel, algo da indiferença de sua mãe no período imediatamente após o seu nascimento pode ter interferido nessa troca de olhares entre eles, o que se reflete hoje no movimento de desvio de seu olhar.

À medida que Daniel foi percebendo meu interesse e meu investimento na possibilidade de estabelecer um vínculo com ele, ele pôde começar a me olhar sem receio. A possibilidade de Daniel dirigir seu *olhar* para mim abrange um sentido mais

amplo nessa experiência, que se refere a algo além do movimento dos olhos. Este *olhar* pode ser entendido como o esboço de um investimento libidinal, que se traduzia no interesse de Daniel por mim, interesse em me olhar, em me tocar, em brincar comigo.

Algo da pulsão começava a circular, e era possível vislumbrar, assim, uma possibilidade de *saída do abismo*.

Uma primeira resposta

“Eu não sei dizer, nada por dizer, então eu escuto...
Se você disser, tudo o que quiser, então eu escuto...
Fala!
Se eu não entender, não vou responder, então eu escuto...
Eu só vou falar, na hora de falar, então eu escuto...
Fala!”

(*Fala* - João Ricardo e Luli)

Um dos momentos mais significativos deste trabalho foi quando, pela primeira vez, Daniel respondeu a mim imediatamente. A situação a qual me refiro é aquela em que digo a Daniel que vou deixá-lo por alguns minutos para tomar café, digo que volto logo, e pergunto se está bem assim para ele. Daniel responde: “*Tá*”.

Essa primeira resposta possui dois aspectos importantes. Um deles é que essa resposta imediata, sinaliza que algum laço se estabeleceu entre mim e ele, que antes não existia. É como se, antes, estivéssemos cada um em uma margem de um rio, olhando-se, observando-se, mas sem poder ir ao encontro do outro e que, com sua resposta, uma ponte tivesse sido construída entre estas duas margens.

O outro aspecto é que este primeiro contato verbal surge em resposta à minha ausência. Penso se não seria possível entender essa resposta de Daniel como sinalizador da aquisição de uma representação psíquica desse movimento, entre a minha ausência e minha presença.

Toda vez que eu ia me ausentar, eu avisava Daniel. Eu o avisava, *supondo* que ele poderia vir a sentir a minha falta. Podemos pensar que, agindo desta forma, eu inscrevia nele uma falta, tomando como base o meu próprio desejo. Guardemos essa idéia por enquanto, que poderá nos ajudar a compreender um passo posterior na evolução deste caso, que foi a possibilidade de Daniel elaborar uma demanda.

As primeiras respostas usando o pronome eu

Num momento seguinte, Daniel passou a responder imediatamente ao que lhe era perguntado, e começou a surgir nestas respostas o uso do pronome *eu*. Ele começava, assim, a inverter o discurso do outro, formando frases em primeira pessoa.

Como vimos anteriormente, a possibilidade da criança vir a nomear-se enquanto um *eu* está diretamente relacionada com uma qualidade de relação estabelecida com o outro, uma relação especular. Lembremos a colocação de Lacan sobre a mensagem vinda do Outro na forma de um “*tu és*” antecedendo a possibilidade de se formular o enunciado “*eu sou*”. Muito além de um simples jogo de palavras, isto representa a possibilidade de o Outro olhar para a criança e antecipar que ali existe um sujeito,

projetando nela uma imagem idealizada, investida libidinalmente, com a qual a criança poderá se identificar. Se isso não for possível, não há possibilidade de um sujeito vir a se constituir.

Dentro desta perspectiva do Outro, enquanto aquele que fornece à criança uma imagem com a qual ela se identifica, a formulação de WINNICOTT (1975) a respeito do papel de espelho do rosto da mãe no desenvolvimento da criança é um modelo interessante para pensar essa questão. A experiência de poder ver *uma imagem de si, investida libidinalmente*, refletida no *rosto do outro* seria essencial para se estabelecerem as primeiras trocas significativas com o mundo. Se esta experiência é possível, ela assegura à criança que ela *existe* para o outro, no sentido de ocupar um lugar privilegiado para ele:

“Quando olho, sou visto ; logo, existo.” (WINNICOTT, 1975, p.157)

Parece que algo dessa ordem aconteceu na relação com Daniel. Ao cantar as músicas que ele cantava, ao reconhecer que elas diziam respeito a ele, supondo que ele queria me comunicar algo através delas, acredito que eu desempenhava um papel de *espelho* para Daniel. *Espelho* que refletia a imagem de uma criança com sentimentos e desejos, pois era o que eu realmente acreditava ver diante de mim.

Pode-se pensar que estaria em jogo aqui algo da ordem de uma *ilusão*, no sentido winnicottiano do termo. Lembremos então o que LAZNIK-PENOT (1997) coloca sobre a importância de *“deixar-se siderar”* pelos enunciados da criança autista, tomando-os como mensagens, mesmo que a significação fique em suspenso por algum tempo. Se o Outro pode se surpreender com os enunciados da criança e tomar estes enunciados como

objeto de investimento pulsional, *a posteriori*, a criança pode vir a se identificar com a fonte deste prazer experimentado pelo Outro. Este seria um primeiro passo para que um dia ela possa vir a se sentir sujeito de seus enunciados.

Vale lembrar uma ressalva de LAZNIK-PENOT (1997): não basta usar o pronome *eu* para que o indivíduo se sinta sujeito de seu enunciado, pois tal uso pode fazer parte da ecolalia. Isso muda, numa certa medida, quando observamos falas espontâneas nessas crianças. É o que veremos a seguir.

Um primeiro pedido espontâneo

“Desejo, necessidade, vontade...
Bebida é água. Comida é pasto...
Você tem sede de que? Você tem fome de que? (...)
A gente não quer só comer, a gente quer comer e quer fazer amor...
A gente não quer só comer, a gente quer prazer pra aliviar a dor...
A gente não quer só dinheiro, a gente quer dinheiro e felicidade...
A gente não quer só dinheiro, a gente quer inteiro e não pela metade.”
(*Comida* - Arnaldo Antunes / Marcelo Frommer / Sérgio Brito)

Este parece ter sido o momento mais importante do trabalho, quando Daniel pôde dirigir à A.t. uma demanda: um pedido de *colo*. Vale ressaltar que não se trata de um pedido qualquer, ou seja, um pedido pela satisfação de alguma necessidade, por exemplo, querer água, comida, ir ao banheiro, etc.

Esta talvez tenha sido uma primeira *demanda* em que parecia estar em jogo algo além da satisfação de uma necessidade, uma demanda por um *a-mais*. Pegar no colo é uma das atitudes mais primárias da mãe em relação ao seu bebê, em sinal de carinho e de acolhimento. Nesse sentido, este pedido fala de algo da ordem de uma *demanda de amor*.

À medida que o meu desejo estava em jogo, Daniel foi colocado num lugar de objeto de investimento libidinal. A aposta que eu fazia em suas capacidades e a demonstração de uma alegria genuína diante de suas conquistas, constituíam uma forma de *olhar* para Daniel que era perpassada pela questão do *dom*.

Através desta demanda, Daniel invoca o olhar do Outro sobre si, ele demanda por este lugar privilegiado de objeto do desejo do Outro. Tal demanda só foi possível porque alguém atribuiu a ele este lugar, no caso, sua A.t. Podemos pensar que, a partir daí, algo da ordem do desejo começava a operar.

Esta demanda nos fala de algo de que Daniel foi privado. Em seu histórico e mesmo no dia-a-dia do trabalho na escola, era possível perceber a dificuldade dos pais de Daniel em atribuírem a ele um lugar idealizado. Nesse sentido, talvez possamos dizer que Daniel foi privado – no sentido de uma falta real – de uma significação fálica, de uma imagem idealizada, que possibilitasse a identificação com este lugar de objeto do desejo do Outro.

Ao formular uma demanda desta ordem, ou seja, uma *demanda de amor*, Daniel estaria dando um passo em direção à saída de um modo de funcionamento autista. Este pedido foi a resultante de todo um trabalho psíquico que caminhava em direção às trocas

de investimento com o mundo. A importância deste momento do trabalho com Daniel pode ser reconhecida pelos desdobramentos que se seguiram, como quando ele dirigiu à mãe uma queixa pela sua ausência.

A queixa pela ausência da mãe

Num determinado momento do trabalho com Daniel, ele pôde dizer à mãe, referindo-se à demora em vir buscá-lo na escola:

“Eu não quero mais ficar esperando você, você está demorando muito!”

Para compreender o que possibilitou a Daniel fazer uma queixa dessa ordem é preciso levar em conta dois fatores. Um deles é o trabalho que vinha sendo feito junto a Daniel de nomear para ele aquilo que sentia. Diante de sua tristeza, eu supunha que era da mãe que ele sentia falta e nomeava isso para ele. No episódio do choro na saída da escola, enquanto esperava sua mãe, eu lhe disse algo do tipo *“tu choras porque sentes a falta de tua mãe”*, o que talvez tenha sido um dos elementos fundamentais para que Daniel pudesse chegar a dizer para sua mãe algo do tipo *“eu sinto tua falta”*.

O outro fator, e talvez o mais importante, é que nesse momento do trabalho, a postura da mãe de Daniel em relação a ele começava a mudar. Como foi apontado no histórico do caso, após a leitura do primeiro relatório escrito para os pais, Deise tornou-se mais atenta a Daniel e às suas falas. Ela começou a *ouvi-lo* de uma forma diferente.

Portanto, à medida que Daniel pôde perceber a mãe como um “auditório disposto a ouvi-lo”, pôde dirigir a ela uma queixa por sua ausência.

Nessa queixa está embutido um pedido, que soa como um *apelo* pela *presença* da mãe, no sentido de alguém que *olhe* para ele e que o *escute* enquanto um *sujeito*, enquanto alguém capaz de sentir falta *dela*.

É importante lembrar aqui uma observação de LAZNIK-PENOT (1997) sobre a dificuldade dos pais de autistas atribuírem algum significado aos seus enunciados. Por um lado, a forma como os autistas usam estes enunciados confunde mesmo o ouvinte. Tais enunciados podem surgir como pedaços de palavras, pedaços de frases, frases com os pronomes invertidos, repetições de enunciados que a criança ouve, músicas, repetições da narração de histórias que lhe são contadas, entre outros. Se com o passar do tempo a criança vai crescendo e, ainda assim, mantém este “estilo” em suas falas, vai diminuindo a capacidade dos pais verem algum sentido em tais produções languageiras.

LAZNIK-PENOT (1997) aponta a importância do trabalho de um psicanalista junto à criança e seus pais. Um psicanalista atento a essas questões relativas à linguagem, pode ajudar os pais a *adquirir* ou *recuperar* (dependendo do caso) a capacidade de atribuir significação aos enunciados da criança, passo fundamental para que ela venha a se apropriar de seu discurso. Nesse sentido é que não podemos perder de vista que, tão importante quanto um trabalho feito junto à criança, é um trabalho junto aos pais, buscando sensibilizá-los para uma escuta diferenciada das falas destas crianças.

Sobre a possibilidade de simbolizar uma ausência

Chama a atenção o fato de Daniel poder enunciar meu nome, justamente no momento em que se encerrava o trabalho com ele e a questão da separação estava em pauta. Lembremos algo que antecedeu este episódio: naquele dia, no momento em que eu ainda estava com ele, Daniel cantou uma música cujo tema era a tristeza por não ter por perto alguém que se ama. É interessante perceber todo um trabalho psíquico, em que uma articulação de representações foi sendo processada, desde a evocação do tema da separação pela música até uma fala, em primeira pessoa, através da qual pôde significar o que sentia:

“Tô triste porque a Tia Veri foi embora.”

Este episódio tão significativo do final do trabalho com Daniel, nos fala de uma aquisição importante em termos de seu funcionamento psíquico: a capacidade de representação simbólica de objetos ausentes.

Essa experiência faz lembrar o jogo do Fort-Da, descrito por FREUD (1920), em que, diante da angústia frente às ausências da mãe, a criança cria um jogo no qual encena o desolamento que a toma nesses momentos. A criança joga longe um brinquedo e diz, desolada: “Longe!!!”. Na seqüência, esta mesma criança cria uma variação no jogo: ela prende um carretel a uma linha, o atira e diz: “Longe!!!”. Em seguida, puxa o carretel pela corda até alcançá-lo e diz, exultante: “Aqui!!!”. Segundo o autor, esta variação do jogo representa uma possibilidade de domínio da criança sobre a alternância entre a presença-ausência materna, o que proporciona a ela muito prazer. Vale ressaltar

que o jogo é acompanhado por verbalizações referentes aos dois momentos distintos da experiência da criança, com o uso das palavras “longe” e “aqui”.

Nesse mesmo texto, Freud coloca que as crianças costumam repetir, em seus jogos, tudo aquilo que, em suas vidas, lhes causa uma forte impressão. Nesse sentido, penso que o impacto diante da possibilidade real de uma separação, teve como efeito a possibilidade inédita de Daniel falar o meu nome, ou seja, nesse momento, ele se mostrou capaz de representar simbolicamente a minha pessoa.

LAZNIK-PENOT (1997) coloca que a função de representação é tida como algo bastante comprometido nas crianças autistas. Portanto, a partir do momento em que Daniel adquire esta capacidade de representação, penso que podemos falar em um passo bastante significativo rumo à saída do autismo.

CAPÍTULO 3: A.T. OU PSICOTERAPIA? UMA PSICANÁLISE COMPLICADA

Seria importante dedicar uma parte deste trabalho a algumas questões relativas à especificidade do modo de intervenção utilizado junto a Daniel. Estamos falando de um caso de acompanhamento terapêutico, realizado dentro de uma escola, e que teve efeitos importantes para a criança em questão.

Cabe uma reflexão sobre este tipo de intervenção, sobre a sua especificidade, suas funções e sua eficácia terapêutica.

3.1 Sobre o acompanhamento terapêutico: histórico e panorama atual

O acompanhamento terapêutico é uma prática originalmente pensada como recurso auxiliar no tratamento de pacientes psicóticos, com o objetivo de re-inseri-los no universo social, ao invés de mantê-los restritos ao espaço dos hospitais psiquiátricos. Numa publicação histórica, como o livro “*A rua como espaço clínico*” da Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia *A Casa*, encontramos uma definição em forma de verbete:

“*Acompanhamento terapêutico*: prática de saídas pela cidade, com a intenção de montar um ‘guia’ que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico.”

(BERGER et al., 1991, pp.30-31)

Esta definição procura caracterizar o A.T. enquanto um modo de intervenção junto aos “loucos” (numa referência aos psicóticos), que utiliza o espaço urbano, entendendo como terapêutica a possibilidade de circulação social destes pacientes.

A publicação em questão foi produto do I Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos, realizado na cidade de São Paulo, em 1989. Este foi um dos primeiros eventos¹¹ promovidos no Brasil para se discutir o trabalho desta nova categoria profissional – o acompanhante terapêutico –, que nasceu sob o nome de “amigo qualificado”, na Argentina, no final da década de 60.

Sob a influência político-ideológica das reformas psiquiátricas que aconteciam na Europa Ocidental e nos Estados Unidos nas décadas de 60 e 70¹², surge na Argentina o “amigo qualificado”, enquanto uma proposta alternativa de trabalho junto aos pacientes psiquiátricos, indicada para períodos pós-crise.

No Brasil, a Clínica Pinel em Porto Alegre foi pioneira, ao inaugurar uma prática que incluía eventuais saídas às ruas com seus pacientes psiquiátricos. Nessa época havia um intercâmbio intenso entre a psicanálise praticada em Porto Alegre e em Buenos Aires. Conseqüência disso é que o A.T. no Brasil (Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro) nasce sob forte influência da psicanálise argentina.

¹¹ Houve em 1984, o I Encontro de A.t.s do Rio de Janeiro – RJ.

¹² Para uma descrição mais detalhada a este respeito, ver SERENO (1996).

No entanto, o que se observava na prática era uma forte ligação com a psiquiatria. As primeiras denominações para o acompanhante terapêutico foram, por exemplo, “atendentes psiquiátricos”, “auxiliares psiquiátricos” e “acompanhantes psiquiátricos”. Observa-se que, em seus primórdios, o A.T. se apresentava como uma prática *coadjuvante* no tratamento de pacientes com psicopatologias graves.

A princípio, as intervenções do A.t. junto ao paciente estavam estreitamente ligadas ao cotidiano institucional. No Hospital-Dia *A Casa*, por exemplo, os A.t.s acompanhavam seus pacientes em atividades como terapias de grupo, terapia ocupacional, atendimentos familiares, etc. Aos poucos, surgiu uma demanda dos próprios pacientes por um trabalho durante os fins-de-semana, quando eles se sentiam muito sós, sem amigos e tendo que lidar com a dura convivência familiar. A partir deste momento é que as equipes de A.t.s começaram a pensar em novas estratégias clínicas “extra-muros”, e surgiu então a ênfase na “saída às ruas”.

Ao longo dos anos, brotavam questionamentos a respeito desta clínica que buscava sua especificidade. A questão que se colocava era pensar no A.T. para além daquilo que ele visava *evitar*, tentando pensar no que ele era capaz de *produzir*¹³.

Segundo NETO (1995), o A.T. é uma prática que sempre se pretendeu clínica dentro do campo da saúde mental. O autor comenta que o A.T. surge em substituição a práticas psicoterápicas tradicionais que se mostravam insuficientes para o tratamento de determinados tipos de pacientes. Desde então e até os dias de hoje, o A.T. vem buscando reconhecimento enquanto uma modalidade de psicoterapia.

¹³ Ver Neto (1995), onde o autor trabalha este tema detalhadamente.

Notamos também, atualmente, uma extensão do conceito de A.T. para uma série de práticas terapêuticas que não se “encaixam” num *setting* tradicional, ou seja, aquelas que não se restringem ao espaço dos consultórios. Sob a denominação de “acompanhamento terapêutico” encontramos, por exemplo: trabalhos com crianças deficientes mentais (JERUSALINSKI, 2002); trabalho junto a crianças neuróticas com dificuldades escolares e de comportamento, em que o acompanhamento acontecia em boa parte na casa do paciente (CENAMO et al., 1991); atendimentos em hospitais com gestantes de risco e mães em depressão (ATEM, 2002); atendimentos junto a casais de pacientes psicóticos e seu bebê recém-nascido (COSAS, 2001); trabalho de auxílio ao processo de inclusão escolar (ASSALI et al., 1999).

As duas principais características do A.T., em suas origens, – a saber o trato com pacientes psicóticos e a possibilidade de “saída às ruas” –, já não são o único parâmetro para definir esta prática nos dias de hoje. No segundo livro publicado pelo Hospital-Dia *A Casa*, em 1997, já é possível perceber uma mudança nos parâmetros que definem o A.T., que passa a ser descrito como :

“Uma clínica preocupada em romper o isolamento dos sujeitos psicóticos, deficientes e outros que nos demandam tratamento. Clínica que acontece fora dos equipamentos tradicionais de tratamento, que se dá na interface do acompanhante, do acompanhado e da cidade, clínica na cidade.”

(BERGER, 1997, p. 7)

Esta definição dá espaço para que se denomine como A.T. uma gama enorme de intervenções terapêuticas. Não pretendemos aqui resolver esta verdadeira crise de

identidade que vive o A.t. na atualidade, mas apenas mostrar em que contexto se insere a prática do A.T. na escola, que é o tema que nos interessa.

3.2 Entre o pedagógico e o terapêutico: algumas considerações acerca do acompanhamento terapêutico dentro da escola

Dentro deste contexto de extensão de seu conceito e de sua prática, o acompanhamento terapêutico tem sido pensado como recurso auxiliar no processo educacional de crianças com graves distúrbios de desenvolvimento. Algumas escolas regulares têm desenvolvido projetos de inclusão de crianças “portadoras de necessidades educativas especiais” (ASSALI et al., 1999), em que se insere o trabalho do A.t. enquanto um agente facilitador do processo inclusivo. Através de seu trabalho, o A.t. cria as condições para que a criança possa freqüentar a escola, beneficiando-se do processo educativo. Este é um projeto que tem afinidade com a proposta que historicamente deu origem ao acompanhamento terapêutico, pois o processo de inclusão promove a inserção destas crianças na escola, garantindo-lhes, assim, um lugar na sociedade.

A proposta da pré-escola onde foi desenvolvido o trabalho de A.T. junto a Daniel, seguia esta orientação, mas deixava bem claro que a questão *terapêutica* não se incluía entre seus objetivos, e sim, a adaptação da criança ao processo de aprendizagem. Por outro lado, estabelecer um vínculo com Daniel era pré-condição para este trabalho.

Não seria possível integrá-lo à proposta pedagógica da escola se não pudesse inicialmente se vincular à A.t. A questão que se coloca é que justamente esta possibilidade de se vincular à A.t. teve efeitos terapêuticos importantes para esta criança.

Podemos então perguntar: como se entrelaçam os objetivos pedagógicos com os efeitos terapêuticos observados a partir da intervenção do A.t.?

ANTONUCCI (1994) refere-se ao acompanhamento terapêutico com crianças apontando algumas peculiaridades e distinguindo-o do acompanhamento com pacientes psicóticos adultos. Com estes, a proposta seria a de uma “ressocialização” do paciente, buscando recuperar aspectos perdidos de sua personalidade. O autor se refere aqui a pacientes psicóticos que tiveram o seu primeiro surto numa idade adulta.

No caso de crianças com distúrbios como autismo ou esquizofrenia infantil, o trabalho seria o de criar condições para a ocorrência de uma estruturação da personalidade.

Uma outra peculiaridade deste trabalho seria que, no caso do acompanhamento terapêutico com crianças, “se faz necessário lançar mão não só de expedientes terapêuticos como também pedagógicos” (ANTONUCCI, 1994, p. 551). O autor entende como “conduta terapêutica” do A.t. toda conduta que tem como conseqüência modificações no funcionamento mental do paciente, e como “conduta pedagógica” toda conduta que visa à adaptação ao contexto social.

Pensando nas intervenções junto a Daniel, poderíamos nos perguntar se seriam então condutas “terapêuticas” ou “pedagógicas”? Que funções foram cumpridas pela A.t. e quais seus efeitos?

Usando as formulações de Antonucci, poderíamos dizer que a proposta da escola em questão era bem clara: a conduta da A.t. deveria ser “pedagógica”, pois visava a uma adaptação de Daniel à sua rotina, assim como à sua proposta de ensino.

No entanto, a pré-condição para responder a este objetivo “pedagógico” seria a possibilidade de estabelecer um vínculo com Daniel. Proporcionar as condições necessárias para que Daniel se vinculasse à A.t. pode ser considerada uma conduta do tipo “terapêutica”, pois, no caso desta criança, a possibilidade de se vincular a alguém representa uma modificação importante em seu modo de funcionamento mental.

Sendo assim, esta distinção entre condutas terapêuticas e pedagógicas serviria apenas para fins didáticos, pois há momentos em que estas duas condutas são indissociáveis.

KUPFER (1997) formula importantes considerações a respeito da relação existente entre o pedagógico e o terapêutico, que podem lançar alguma luz a esta questão. Ela afirma:

“(…) tratamento e educação nasceram juntos para cuidar de crianças com problemas graves, e agora enlaçam-se novamente para cuidar dos fracassos escolares. Parece não ser mesmo possível desenlaçá-los, já que a criança moderna é, por definição, escolar.” (KUPFER, 1997, p. 56)

A inclusão escolar é um dos eixos de sua proposta de uma *Educação Terapêutica*, definida como “(…) um conjunto de práticas que aliam educação e tratamento para crianças com graves distúrbios do desenvolvimento (…)” (*idem*, p. 57).

Kupfer se pergunta por que a inclusão escolar, enquanto possibilidade de circulação social, pode ser *terapêutica*. Responde a isso introduzindo a hipótese de que ao dar à criança um lugar na escola faz-se uma atribuição imaginária de lugar social.

Ao indicar à criança um lugar social, atribui-se a ela um lugar de sujeito. Neste tipo de intervenção existe uma aposta imaginária do adulto nas possibilidades da criança que, por sua vez, pode ou não responder a este investimento, de acordo com seus recursos.

Mas há ainda um outro eixo desta proposta que trabalha sobre as falhas que estas crianças (com quadros de psicose, autismo e alguns tipos de deficiência) apresentam no registro simbólico. Uma *Educação Terapêutica*, nesse sentido, deveria oferecer a elas:

“(...) palavras e produções da cultura, para permitir que daí advenha algo de significativo, de simbólico. Para que um sujeito possa vir a se dizer, precisará de palavras, ou da música, ou do gesto na dança e no teatro.” *(ibidem, p. 59)*

Como já vimos, o texto de LAZNIK-PENOT (1997) traz alguns apontamentos que coincidem com as formulações de KUPFER (1997). Ao relatar sua experiência clínica com três crianças autistas, a autora coloca como algo fundamental neste trabalho a escuta atenta aos enunciados destes pequenos sujeitos. Enfatiza, que se tomarmos como mensagem as produções linguageiras destas crianças, isso terá como efeito, *a posteriori*, o reconhecimento, pela criança, de que ela é o agente dessa fala. Mas, para atribuir sentido a estas produções é necessário supor que existe diante de nós um sujeito, ou seja, é necessária uma aposta imaginária.

Nos relatos de LAZNIK-PENOT (1997), o tratamento destas crianças tinha como foco o processo que visa à entrada da criança no universo da linguagem e, concomitantemente, sua entrada no circuito das trocas afetivas com outros seres humanos.

Nessa mesma linha de pensamento, encontramos o trabalho de GONZÁLEZ (2002) intitulado “El lazo social: la función de testigo desde el acompañamiento terapéutico en las psicosis”. Ao tratar do tema do A.T. junto a pacientes psicóticos, o autor coloca que a função do acompanhante é, diante do delírio, exercer o papel de testemunha de que ali existe um sujeito comunicando algo de seu desejo. Ele coloca que a questão principal na problemática das psicoses seria a ruptura do laço social, que aparece através de um discurso que não é constatado pelo outro, não é reconhecido como uma mensagem que a ele se destina, impedindo assim uma “comunicação significativa”. Segundo o autor, laço social nada mais é que linguagem. Se o outro não é capaz de escutar este dizer, não há possibilidade da linguagem tornar-se laço social.

Nesse sentido, o papel do A.t. seria semelhante ao do escrivão, cuja função é atestar, dar fé a um determinado documento. Assumindo esta postura diante do paciente, o A.t. atesta que existe ali um sujeito desejante. Faz isso a partir do momento em que toma o delírio do psicótico enquanto discurso, e se coloca no lugar de destinatário de uma mensagem: dá “aviso de recebimento”, restabelecendo a comunicação e o enlaçamento ao social.

Em seu texto, o autor trata da polêmica em considerar o psicótico como um “sujeito que deseja”. Parece mesmo uma idéia contraditória do ponto de vista

metapsicológico, mas que traz em si uma postura do terapeuta diante da loucura, que é a de poder olhar para seus pacientes como sujeitos - postura que a prática demonstra ter efeitos cruciais na evolução destes quadros.

González considera que a função do A.t. junto a pacientes psicóticos seria semelhante ao que Lacan chama de “secretário do alienado”, ou seja, ele se coloca no lugar de quem ouve um pedido de reconhecimento e, a partir daí, pode retirar o paciente de um estado de alienação.

Pensando nos casos de autismo, existe uma dificuldade já nos primórdios do estabelecimento do laço social. Nestes casos, a precária inserção no universo simbólico, que se dá através de repetições de enunciados de outros, desfavorece o estabelecimento de uma “comunicação significativa”, como González propõe em seu texto. Nesse sentido, a idéia do A.t., enquanto aquele que dá “aviso de recebimento” diante do discurso de seu paciente (psicótico ou autista), torna-se um elemento fundamental desta clínica.

Em um texto chamado “O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo”, JERUSALINSKY (2002) trabalha a questão do acompanhamento terapêutico junto a uma criança portadora de deficiência mental. Embora partindo de uma clínica bastante específica, trata de questões semelhantes às que viemos trabalhando até então. A autora coloca:

“(…) a função do acompanhamento terapêutico visa abrir ao paciente uma brecha desde a qual não fique condenado ao anonimato de quem sempre é levado e carregado por outros e conte, no cotidiano, com o suporte necessário para que – a partir do que vai se formulando enquanto desejo – possa exercer algum

modo de protagonismo no seu modo de circulação e inclusão social.” (JERUSALINSKY, 2002, p. 41)

A autora relata o caso de uma menina de cinco anos, com síndrome de Down, que acompanhou terapêuticamente durante um ano. O trabalho consistia em visitas à casa da paciente e à circulação por espaços públicos que lhe eram familiares, como a clínica onde fazia análise, praças, o percurso por uma linha de transporte público que conhecia, etc. Contudo, não basta simplesmente circular pela cidade:

“Tal circulação que realizamos pela cidade vai sendo construída, passo a passo, a partir do despertar dos interesses que comparecem no estabelecimento do laço entre o desejo de uma criança, com a singularidade que ele comporta, e o social.”

(JERUSALINSKY, 2002, p. 36)

Desta forma, a autora coloca em questão uma das características principais do acompanhamento terapêutico: a circulação pela cidade. Ela coloca que esta circulação só faz sentido se estiver atrelada à circulação do desejo.

Jerusalinsky nos chama a atenção para o fato de que, nos casos de crianças com psicopatologias graves, o desejo aparece sempre de uma maneira incipiente. Cabe ao A.t. “pinçar” nos enunciados da criança sinais de que algo de seu desejo ali se manifesta e significar isso para ela. A partir de então, a criança gradativamente pode ir reconhecendo esse desejo como algo próprio.

A partir desses relatos, percebemos que existem ressonâncias entre os trabalhos de KUPFER (1997), LAZNIK-PENOT (1997) GONZÁLEZ (2002) e JERUSALINSKY (2002). Embora trabalhando com diferentes problemáticas, estes autores colocam o

acento sobre a *aposta imaginária* do A.t. ou do analista sobre seus pacientes como elemento fundamental em suas clínicas. Sem aposta imaginária, não é possível dar “aviso de recebimento” ao discurso do psicótico, assim como não é possível o projeto de construção de um “protagonismo” no modo de uma criança estar no mundo. Nestes casos, notamos que aquilo que é terapêutico está mais na postura do analista ou do A.t. diante de seus pacientes que na especificidade de seus dispositivos clínicos.

Notamos que a fronteira que separa estas diferentes práticas é bastante tênue quando o enfoque recai sobre os efeitos terapêuticos delas decorrentes. Se há diferenças, estas se encontram na delimitação do espaço onde se realizam os atendimentos, que varia entre a rua, a casa do paciente, o consultório do analista ou a escola. Em todos os casos estamos falando de uma terapêutica de psicopatologias graves, que, devido a esta especificidade, implica numa elasticidade da técnica.

Pode-se perguntar então: o que definimos por “terapêutico”?

FÉDIDA (1988) coloca que *Terapéia*, em grego, significa o cuidado exercido sobre Eros doente. A função do terapeuta – ou seja, daquele que tem a responsabilidade pela terapia –, é a de dedicar uma atenção delicada ao paciente como se ele fosse um instrumento musical precisando reencontrar sua harmônica.

DEUS (2001), referindo-se à prática do A.T., coloca que gosta de pensar o “ofício de acompanhar” como a possibilidade de servir de um “solo tépido para uma

planta exótica”¹⁴, ou seja, acompanhar terapeuticamente seria permitir que aquilo que existe de mais genuíno nos pacientes possa se expressar.

Retomando o trabalho desenvolvido junto a Daniel, vimos que ele recebe a denominação de “acompanhamento terapêutico realizado dentro da escola”. Constatamos também que os efeitos terapêuticos decorrentes deste trabalho se assemelham aos efeitos de uma psicanálise com crianças autistas. Surge então a questão a respeito da especificidade deste trabalho: que nome dar a ele? Qual seria a palavra mais adequada para descrever esta experiência? Com o objetivo de aprofundar um pouco mais esta questão, propomos que problematizemos as aproximações possíveis entre o A.T., a psicanálise e a psicoterapia.

3.3 O acompanhamento terapêutico, a psicanálise e a psicoterapia

A forte influência da psicanálise nas origens do A.T. se observa no trabalho de autores como CENAMO et al. (1991), que procuram pensar esta prática a partir do modelo tradicional do *setting* psicanalítico. Os autores relatam suas experiências no Hospital-Dia *A Casa*, indagando-se quais seriam as funções do A.t.. Tentam sistematizar

¹⁴ Aqui o autor faz referência a um texto de James Joyce: JOYCE, James. *Dublinenses*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999 (DEUS, 2001, p.39).

estas funções e se perguntam a respeito do caráter terapêutico deste tipo de intervenção.

Eles fazem a seguinte colocação, bastante polêmica:

“Seguindo a linha de pensamento de Renato Mezan, pode-se concluir que a finalidade do acompanhamento terapêutico está muito mais próxima do que ele chama de psicoterapia, do que de psicanálise.”
(CENAMO et al., 1991, p.190)

Tomando como referência o texto de MEZAN (1988) intitulado “Psicanálise e Psicoterapia”, os autores apontam que a “psicanálise clássica” se apóia sobre três elementos: a abstinência, a interpretação e a transferência. Tentam transpor um a um estes elementos para o acompanhamento terapêutico.

Segundo os autores, nesta prática, a abstinência não seria nem da sugestão nem da ação, mas do desejo pessoal do A.t. Quanto à transferência, esta não é interpretada mas sim manejada, ou seja, utilizada para tornar possível o cumprimento da tarefa do acompanhamento terapêutico. Em relação à interpretação, argumentam não caber ao A.t. interpretar o discurso ou os jogos do paciente. O A.t. utiliza atitudes interpretativas, ou seja, atitudes ou comportamentos que ajudam o paciente a discriminar algo de seu mundo interno.

Esta tentativa de transposição do modelo psicanalítico para o A.T. revela a busca por uma coerência entre a teoria e a prática. No entanto, tal modelo se mostra insuficiente para dar conta da multiplicidade desta clínica.

Pensemos, por exemplo, na questão da abstinência num trabalho de acompanhamento terapêutico como o que aqui apresentamos, desenvolvido junto a Daniel.

Cabe perguntar se isso faz algum sentido num trabalho com crianças autistas, em que uma aposta imaginária (ou seja, algo do desejo do outro) deve estar presente necessariamente, como vimos em LAZNIK-PENOT (1997).

O trabalho com estas crianças, seja em psicoterapia ou em acompanhamento terapêutico, exige uma participação subjetiva do terapeuta. O trabalho de ALVAREZ (1994) sobre a análise de crianças autistas reforça ainda mais esta afirmação: a autora nos mostra que uma qualidade de vínculo estabelecida entre terapeuta e paciente pode trazer em si a possibilidade de emergência do autismo. Ela relata sua experiência enquanto terapeuta de uma criança que demonstrou claramente momentos de emergência de seu estado autístico no decorrer da análise ¹⁵. Ela coloca, a respeito da técnica terapêutica com pacientes psicóticos:

“(...) tentarei integrar os dados da psicanálise com aqueles dos pesquisadores sobre a percepção do bebê, de uma maneira que espero seja relevante para questões da técnica terapêutica com a criança psicótica. O mais importante desses dados é um que há muito tempo tem sido sugerido pela psicanálise, e agora é confirmado pelas pesquisas sobre o desenvolvimento da criança: para o seu desenvolvimento emocional e cognitivo, o bebê precisa ter experiência de, e interagir com, um cuidador humano consistente, um *‘objeto animado’*, ou, na expressão de Trevarthen, uma *‘companhia viva’*.” (ALVAREZ, 1994, p. 88)

¹⁵ Alvarez conta que Robbie – um paciente autista – pouco tempo antes de uma interrupção pelas férias de verão, em que parecia estar “no fundo do poço”, mergulhado em seu fechamento autístico, a saúda com um “olá” como se não a visse há muito tempo.

Alvarez coloca a qualidade dessa *companhia viva* na possibilidade de estar junto à criança de forma a *atraí-la*, a fazer com que ela se interesse pela pessoa que está a seu lado. Ela relata que o momento em que seu paciente emergiu de um estado autístico foi decorrente de um apelo emocionado dela no sentido de tirá-lo do que chamava de “*fundo do poço*”. A autora acredita que a forma emocionada pela qual fez esse apelo teria chamado a atenção de seu paciente a ponto de retirá-lo daquele fechamento.

Vemos, portanto, que o modelo clássico da psicanálise não se aplica ao tratamento de psicopatologias graves como o autismo, por exemplo. Avancemos um pouco mais nesta questão, partindo de um outro ponto de vista.

Ao abordar a questão da técnica em psicanálise, FÉDIDA (1988) coloca que a regra fundamental, analiticamente entendida, implica na regra da livre associação do paciente e na regra da atenção equiflutuante do analista. O autor vai mais além e propõe que a esta técnica se acrescente a regra da “não-intervenção de terceiros” ou “regra de não-resposta”, ou seja, o analista deveria evitar situações de encontro com o paciente em locais sociais e não deveria tocar ou ser tocado por ele.

Segundo Fédida, estas seriam as condições regulares de um tratamento psicanalítico. No entanto, o autor nos lembra que existem pacientes que apresentam sérias dificuldades em associar livremente, para os quais a possibilidade de *pensar* passa em primeiro lugar pelo *agir*:

“Pode-se dizer que tais casos não dizem respeito a um tratamento analítico mas a um tratamento psicoterapêutico.”

(FÉDIDA, 1988, p. 36)

O autor se refere a casos que demandam outros tipos de intervenção para além da palavra. Cita o exemplo de uma paciente que, num determinado momento do tratamento, sentiu a necessidade de tocá-lo, numa tentativa de reestruturação de sua imagem corporal. Segundo ele, num caso como este, se não houvesse uma elasticidade da técnica, não seriam garantidas as condições necessárias para a continuidade do tratamento. O autor não considera que esta elasticidade da técnica seja contraditória aos fundamentos do tratamento psicanalítico, mas com certeza tornam o trabalho do analista mais difícil... Por este motivo, prefere chamar de “psicoterapia” os tratamentos com tais características:

“Eu diria que psicoterapia aqui significa uma especificação e uma complicação técnica da análise. Pode-se assim pensar que o problema da complicação e especificação psicoterápicas são reencontradas em outras situações onde não intervém o corpo, por exemplo, quando o paciente está hospitalizado, ou quando há um tratamento bifocal. Em todo caso, trata-se sempre de uma situação de complicação técnica que não é prevista no caso da regra fundamental.” (FÉDIDA, 1988, pp. 38-39)

Retomemos a questão sobre as aproximações possíveis entre a psicanálise, a psicoterapia e o acompanhamento terapêutico. A proposta do autor de diferenciar psicanálise e psicoterapia, a partir da possibilidade ou não de uma elasticidade da técnica, abre novos horizontes para pensarmos a clínica do A.T.. Quando abordamos a especificidade desta clínica, deparamo-nos com duas constantes: o trato com “pacientes difíceis” e uma ampliação da técnica, uma vez que não se trabalha com um *setting* pré-determinado.

Esta grande variedade de práticas que encontramos hoje sob o nome de “acompanhamento terapêutico”, poderiam ser descritas por Fédida como modalidades de psicoterapia. O A.T. seria uma psicoterapia no sentido de uma complicação técnica da psicanálise, mas ainda assim seria uma prática que se mantém no campo analítico.

Pode-se dizer, então, que “o acompanhamento terapêutico é uma psicanálise complicada” (FRÁGUAS;BERLINCK, 2001). Pensando no trabalho desenvolvido junto a Daniel podemos, acompanhando Fédida, considerar que ali aconteceu uma psicoterapia. Lembrando o que este autor coloca sobre a *Terapêia*, podemos afirmar que neste trabalho existia um terapeuta, exercendo cuidados sobre um Eros não-doente, mas ainda incipiente. E o efeito terapêutico decorrente destes cuidados, foi a construção de uma harmônica, propiciadora de um encontro, que veio retirar Daniel do abismo.

CONCLUSÕES

O presente trabalho foi motivado pela busca de palavras que pudessem dar conta de descrever uma experiência vivida a partir de um trabalho de acompanhamento terapêutico, desenvolvido junto a uma criança diagnosticada como autista.

Pode-se dizer que um dos motores deste trabalho foi uma vivência de perplexidade diante de um diagnóstico que prescrevia para Daniel um destino funesto: *“Ele é uma criança autista e vai ser assim pelo resto da vida.”*

Esta idéia de que não haveria nenhuma esperança de melhora em seu quadro me parecia descabida. Além disso, ao longo do trabalho desenvolvido com Daniel, mudanças significativas foram observadas em seu comportamento.

Daniel apresentou todo um movimento de abertura para o contato com o outro, que foi percebido através do desenvolvimento de sua fala. Suas primeiras respostas, assim como a construção de enunciados espontâneos, eram sinalizadores de que algo estava de fato mudando em seu modo de funcionamento psíquico.

A possibilidade de Daniel formular uma demanda o insere num universo de comunicação com o outro e o retira de uma espécie de abismo no qual se encontrava. Lembrando CHALHUB (1997), produzir uma mensagem é tanto significar algo, como significar algo para alguém. Este seria o mínimo múltiplo comum dos relacionamentos.

Todo este movimento de abertura para o contato com o outro vem contrariar a prescrição de destino feita pelo médico que diagnosticou Daniel. Isso nos faz pensar

sobre a insuficiência do diagnóstico psiquiátrico para a compreensão do funcionamento psíquico destas crianças.

Nesse sentido, propusemo-nos a pensar sobre o caso desde uma outra perspectiva, baseada na proposta da Psicopatologia Fundamental. Assim, nosso objetivo era buscar compreender a singularidade do sofrimento psíquico daquela criança, desde um lugar sem rótulos.

Servimo-nos, para tanto, do referencial teórico da psicanálise, que seria aquele que apresenta uma maior afinidade com a proposta da Psicopatologia Fundamental. Partindo dos estudos de Laznik-Penot, e ampliando-o através da leitura de Freud e Lacan, entre outros, buscamos compreender o vivido desta experiência que abriu para Daniel um caminho em direção à saída de um modo de funcionamento autístico.

Ao examinar detalhadamente o caso, pudemos concluir que, em sua história de vida, por razões que desconhecemos, Daniel foi privado de uma qualidade de *olhar* que pudesse investi-lo libidinalmente. Por algum motivo, estes pais não puderam construir para esta criança um projeto de vida idealizado. Daniel ficou, desta forma, no lugar de portador de uma doença inata e incurável, limitado em suas capacidades e incapaz de ser olhado como um sujeito que pensa, sente e deseja.

Foi possível observar que, a partir do momento em que Daniel pôde ser olhado de uma outra maneira, investido enquanto uma criança potente e capaz, ele respondeu com uma abertura para o universo da comunicação compartilhada. Isso fica presente nas respostas às minhas intervenções, e também no momento em que Daniel dirige a sua

mãe uma queixa. Diante de um “auditório disposto a ouvi-lo”, Daniel se mostra capaz de dizer, em nome próprio, o que sente e deseja.

Este foi um trabalho bastante compensador uma vez que foi possível constatar que era possível fazer algo por esta criança. O trabalho de A.T. teve efeitos terapêuticos importantes, equivalentes aos de uma psicoterapia.

Como vimos, na discussão a respeito das aproximações possíveis entre a psicanálise, a psicoterapia e o acompanhamento terapêutico, pudemos concluir que o tratamento de psicopatologias graves – como o autismo, por exemplo – implica numa elasticidade da técnica. Não é possível tratar estes casos levando em conta, por exemplo, a regra de abstinência. Se nessa relação não estiver em jogo uma aposta imaginária, ou seja, se não estiver em jogo o desejo do terapeuta, dificilmente poderemos ver alguma modificação psíquica nesses quadros.

Vimos portanto que, nestes casos, os efeitos terapêuticos são decorrentes de uma determinada postura do analista ou do A.t. diante de seus pacientes, e não da especificidade de seus dispositivos clínicos.

A proposta de tomar este caso como objeto de estudo para uma Dissertação de Mestrado visa ainda a um outro objetivo. A descrição da forma de intervenção junto a Daniel e a metapsicologia que estaria em sua base, tinha como objetivo apresentar uma contribuição para pensar o tratamento de crianças com diagnóstico de autismo.

Causa um profundo incômodo encontrar algumas literaturas sobre este tema que difundem a idéia do autismo enquanto doença inata e incurável. O “Guia Prático” da AMA, citado nesta Dissertação, é um desses exemplos.

Esse mal-estar, contudo, só diminui quando nos damos conta de que este livro foi escrito pela mãe de uma criança autista. Como vimos, a partir de uma leitura psicanalítica da dinâmica psíquica presente nos pais destas crianças, conceber o autismo nestes moldes nada mais é que um sintoma. No entanto, é um sintoma que pode adquirir proporções gigantescas se for difundido por um meio de comunicação como este “Guia”, por exemplo.

Nesse sentido é nosso profundo desejo de que este trabalho possa ser uma contribuição para pais e profissionais, no sentido de passar adiante a idéia de que existe algo que pode ser feito por estas crianças. Não se pretende afirmar que existem fórmulas mágicas, mas que existe sim um tratamento do qual estas crianças podem se beneficiar.

A respeito do trabalho com Daniel, diante da impossibilidade de me desvencilhar de minha formação profissional – psicóloga e psicanalista –, era inevitável uma escuta a respeito de seu sofrimento psíquico. Isso talvez tenha sido a base da transferência estabelecida com ele e o motor do trabalho. Como diz FERNANDES (1991), traduzindo um sentimento que, segundo ela, sempre acompanhou os analistas ao longo do tempo:

“Não podemos negar as nossas pretensões de sermos terapêuticos.”

(FERNANDES, 1991, p.152)

A título de conclusão, cumpre enfatizar que não saberíamos dizer se é possível a cura definitiva de uma criança autista, mas, sem dúvida, diríamos que é possível tratá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, A. *Companhia Viva - Psicoterapia Psicanalítica com Crianças Autistas, Borderline, Carentes e Maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 4ª Edição.

ANTONUCCI, R.(1994) Terapias Ressocializantes: o acompanhante terapêutico. In: Assunção Jr., F.B. (org.) *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Livraria Editora Santos.

ASSALI, A.M. & RIZZO, C. & ABBAMONTE, R.M. & AMÂNCIO, V. O acompanhamento terapêutico na inclusão de crianças com distúrbios globais do desenvolvimento. In: *A Psicanálise e os impasses da educação*. Anais do I Colóquio do Lugar de Vida / LEPSI, 1999.

ATEM, L.M. Autismo e defesa primária: questões sobre o sujeito e a transferência. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. I, n.1, p. 77-85, mar. 1998.

_____. *Gestação de risco e depressão materna: Psicopatologia Fundamental da Infância e clínica com bebês*. 2002. 160p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

BERGER, E. Apresentação. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto *A casa (org.) Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

BERGER, E. & MORETTIN, A.V. & NETO, L.B. Introdução à clínica do acompanhamento terapêutico. In: : Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia *A CASA (org.) A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

BERLINCK, M.T. *Relatório de atividades*. Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Núcleo de Psicanálise, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP. São Paulo, 1997.

_____. O que é Psicopatologia Fundamental? In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. I, n.1, p. 46-59, mar. 1998.

_____. Autismo: paradigma do aparelho psíquico. In: *Estilos da Clínica - Revista sobre a Infância com Problemas*, São Paulo, vol. IV, número 7, 2º semestre de 1999, pp. 30-42.

_____. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

CENAMO, A.C.V. & PRATES E SILVA, A.L.B. & BARRETTO, C.D. O Setting e as funções no Acompanhamento terapêutico. O caso Júlia. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia *A CASA* (org.) *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

CHALHUB, S. A/ssombrosa fala. In: Parlato, E.M. e Silveira, L.F.B. (orgs.) *O sujeito entre a língua e a linguagem*. Série *Linguagem*, número 2, São Paulo, Ed. Lovise, 1997.

COSAS, I. Acompanhamento terapêutico de pais com patologias psíquicas e seu bebê. Texto inédito, apresentado no Encontro Latino-Americano dos Estados Gerais da Psicanálise. São Paulo, 13/10/2001.

DEUS, R. T. O sirenista. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XIV, nº150, p. 36-40, outubro de 2001.

FÉDIDA, P. (1988) *Clínica Psicanalítica - Estudos*. São Paulo: Escuta.

_____ (1992) *Nome, figura e memória. A linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta.

FERNANDES, M. H.(1991) Acompanhamento terapêutico, relato de um caso clínico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia *A CASA* (org.) *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

FRAGUAS, V. e BERLINCK, M.T. Entre o pedagógico e o terapêutico - algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola. In: *Estilos da Clínica*, São Paulo, Vol. IV, n.11, p. 7-16, 2º Semestre de 2001.

FREUD, S. (1900) La Interpretacion de los sueños. In: *Obras Completas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1948, vol. I.

_____ (1905) Una teoria sexual. In: op.cit..

_____ (1911) Los dos principios del suceder psiquico. In: op.cit., vol. II.

_____ (1914) Introduccion al narcisismo. In: op. cit., vol. I.

_____ (1920) Mas alla del principio del placer. In: op. cit., vol. I.

_____ (1923) El Yo y el Ello. In: op. cit., vol. I.

_____ (1926) Inhibicion, Sintoma y Angustia. In: op. cit., vol. I.

GONZÁLEZ, L.E.R. El lazo social: la función de testigo desde el acompañamiento terapéutico en las psicosis. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XV, nº162, p. 23-27, outubro de 2002.

HENCKEL, M. *Quando o sofrimento na infância é atravessado pela inibição: Contribuições para uma Psicopatologia Fundamental*. 2002. 148p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

JERUSALINSKY, J. O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XV, nº162, p. 32-41, outubro de 2002.

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

KUPFER, M.C.M. (1997) Educação terapêutica: o que a psicanálise pode pedir à educação. In: *Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas*, São Paulo, ano 2, número 2, p.53-61.

LACAN, J. (1956-1957) *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

_____ (1957-1958) *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____ (1962-1963) *Seminário: A angústia*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 1997.

LAZNIK-PENOT, M. C. *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1994.

_____ *Rumo à Palavra - Três crianças autistas em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1997.

MANNONI, M. *De um impossível a outro*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.

MAHLER, M. *As psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MELLO, A. M. S. R. *Autismo. Guia Prático*. São Paulo: Associação de Amigos do Autista, nov. 2001, 2ª Edição.

MEZAN, R. *A vingança da Esfinge – Ensaio de Psicanálise*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

NETO, R.O.R. *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. 1995. 324 p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *CID-10: Classificação Internacional das Doenças Mentais* (1993).

PASCHE, F. Le Bouclier de Persée, ou Psychose et Réalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 35 (5/6): 859-870, 1971.

PEREIRA, M.E.C. Formulando uma Psicopatologia Fundamental. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, vol. I, n. 1, mar. 1998.

SERENO, D. *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade*. 1996. 191 p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo.

SILVA, A. R. R. *O mito individual do autista*. 1998. 91p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

STEFAN, D.R. Autismo e Psicose. In: Laznik-Penot, M.C. (org.) *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1994.

TAFURI, M.I. e BERLINCK, M.T. Uma análise crítica do conceito de autismo em Kanner. (texto xerocopiado)

TUSTIN, F. *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WAJNTAL, M. *As manifestações precoces da psicopatologia do contato afetivo: um estudo da instauração do aparelho psíquico e do corpo*. 2000. 125p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

WINNICOTT, D.W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.