



PUC RIO

Newton Lopes Figueiredo

Autismo: perspectivas atuais para uma abordagem
psicanalítica

Departamento de Psicologia
27 de abril de 2001

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

N.Cham. 150 F475a TESE UC

Autor: Figueiredo, Newton Lopes

Título: Autismo perspectivas atuais para uma abordagem



00206860

113290

PUC-Rio - PUCB

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
TEORIA E PRÁTICA PSICANALÍTICA

Newton

AUTISMO: PERSPECTIVAS ATUAIS PARA UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

NEWTON LOPES FIGUEIREDO

PROF. Dr. OCTAVIO ALMEIDA SOUZA

Dissertação submetida como
Requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Rio de Janeiro, 2001.

113290



TV

150

F 475a

TESE UC

"no momento em que a boca encontra o seio, ela encontra e absorve um primeiro gole de mundo. Afeto, sentido e cultura estão co-presentes e são responsáveis pelo gosto das primeiras gotas de leite"

Piera Aulagnier.

"Por mais intransmissível que fossem os humanos, eles sempre tentavam se comunicar através de gestos, de gaguejos, de palavras malditas e malditas."

Clarice Lispector.

Agradecimentos:

Aos pequenos e jovens indivíduos cujo silêncio tanto me permitiu ouvir

A Octavio Almeida Souza por ter acreditado nesse estudo

A Carolina Lampreia pela interlocução e pela capacidade de abertura epistemológica

A Nahman Armony por aceitar meu convite e por compartilhar o desejo de sempre aprender

A Marise Lima de Sousa por sua simplicidade aliada a tanta eficiência

A Camila Cordeiro Donnola e Clara, por terem me cedido um pouco de sua 'reverie' ... o que ajudou bastante

A Eliane Segabinazi Moreira pela 'companhia viva' ao longo de tanto tempo

A Adriana Luiza Moreira Gomes pelo incentivo

A Célia Maria dos Santos Moura por ter dado um pulinho até aqui, podendo compartilhar este momento ... já com saudades

A todos aqueles que por diversas vezes compartilharam comigo angústias, dúvidas, e o mais importante, tanta curiosidade.

Também a CAPES, por investir, ainda, em pesquisa em nosso país.

Palavras-chave:

- Autismo
- Psicose infantil
- Psicanálise
- Psicologia
- Teorias
- Revisão

Keywords:

- *Autism*
- *Childhood psychosis*
- *Psychoanalysis*
- *Psychology*
- *Theories*
- *Review*

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Introdução

1. AS PRIMEIRAS ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O AUTISMO	p. 10
1.1 A Descrição da Síndrome segundo Leo Kanner	p. 11
1.2 A <i>Psicopatia Autística</i> descrita por Hans Asperger	p. 16
1.3 As Primeiras Abordagens Psicanalíticas sobre o Autismo	p. 17
1.3.1 Margaret Mahler	p. 18
1.3.2 Bruno Bettelheim	p. 25
2. A COMPLEXIDADE DO TEMA	p. 34
2.1 A Diversidade das Linhas de Pesquisa	p. 36
3. O AUTISMO SEGUNDO A ESCOLA INGLESA DE PSICANÁLISE	p. 46
3.1 Frances Tustin em suas Primeiras Considerações	p. 47
3.2 Donald Meltzer e a <i>Hipersensibilidade</i> no Autismo	p. 54
3.3 Tustin, de Mahler a Bion	p. 58
3.4 Tempo para Revisão	p. 70
4. PERSPECTIVAS ATUAIS PARA UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA	p. 73
4.1 Conseqüências das Revisões de Tustin	p. 73
4.2 Ainda Falamos de Psicanálise?	p. 78
4.3 A Clínica Atual para o Autismo	p. 79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 85
Referências Bibliográficas	p. 88

RESUMO

FIGUEIREDO, Newton Lopes. Autismo: Perspectivas Atuais para uma Abordagem Psicanalítica. Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2001.

Dissertação de Mestrado (96p.) apresentada ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro / PUC-RIO.

O presente estudo teve por objetivo pensar o modelo teórico-técnico que a dita Escola Inglesa de Psicanálise propõe atualmente para o autismo infantil.

Desde o surgimento do termo *autismo* no universo da Psiquiatria Geral no início do século XX, até sua atual classificação dos manuais internacionais de doenças como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, diversas foram as concepções adotadas pelas diferentes correntes de pensamento, prevalecendo uma heterogeneidade teórica que contrastava com uma singularidade fenomenológica da doença.

Não obstante, uma revisão histórico-bibliográfica nos possibilitou constatar, nos diferentes momentos, pontos de contato entre as diversas linhas de pesquisa, como a Psicanálise, a Medicina, e a Psicologia de base cognitiva.

A questão estudada é pertinente por constatarmos um movimento contemporâneo na Escola Inglesa no sentido de articular sua pesquisa com outros paradigmas.

Através dessas reflexões, nosso estudo se insere em um movimento atual comum a essas linhas de pesquisa no sentido de se articularem em prol de melhores resultados terapêuticos.

Abstract

This study has the proposal of reflecting about contemporary technical and theoretic model adopted by the English School of Psychoanalysis, at Tavistock Clinic, to conceive autism treatment.

Since first appearance of the term autism in General Psychiatry context, in the beginning of the XXth century, until its actual classification as a Pervasive Developmental Disorder, there were several conceptions adopted by the different theoretical traditions, prevailing theoretical heterogeneity in spite of the disease's phenomenological singularity.

Notwithstanding, the utilization of a bibliographical and historical review enabled us to perceive connections among different perspectives as Psychoanalysis, Medicine and cognitive based Psychology.

Our main point has its coherence based on an actual tendency, as detected in our review, by the British School of Psychoanalysis in order to articulate its research to another theories.

Through those reflections, our study is inserted in an actual direction, taken by such different traditions in order to promote articulation among them, towards better therapeutical results.

INTRODUÇÃO

Em 1993, quando iniciava o segundo ano do curso de graduação em Psicologia, procurei meu primeiro estágio a fim de cumprir exigências curriculares. Tratava-se de um centro de educação especial, onde eram tratados jovens “autistas e psicóticos”. Naquele momento, tal diagnóstico não significava muito pra mim, pois ainda não tivera contato com material teórico específico e principalmente com nenhuma criança autista ou psicótica.

Após participar de uma dinâmica de seleção com outros quatorze candidatos ao estágio, fomos apresentados aos pacientes da instituição: para mim aparentaram ser ainda adolescentes, mas na verdade já eram, em sua maioria, jovens adultos.

Quando de nossa apresentação, os pacientes pareceram não demonstrar nenhum interesse em se comunicarem conosco. Tive, pelo contrário, a impressão de que seus esforços se deram no sentido de evitar um contato. Um dos pacientes até tentou se aproximar, mas de um modo completamente “pegajoso”: com movimentos sem coordenação, estereotipados e babando, ele aproximava-se de cada um de nós e se deixava “esparramar” sobre nossos corpos, o que causou incômodo a todos. Outra paciente permaneceu a certa distância, e pegava pedras que pavimentavam o pátio para atirar em nossa direção. Ela o fazia olhando séria e fixamente para cada um de nós, emitindo sons guturais. Um terceiro paciente gritava palavras estereotipadas e sem significação, pois não apresentavam nenhuma relação com o contexto (as quais depois soubemos fazer parte de seu repertório), ao mesmo tempo dava fortes socos em seu próprio corpo.

Saí da instituição com a “certeza” de aqueles pacientes jamais poderem atingir um nível de “normalidade” ou cura, e de que com eles não havia trabalho algum que pudesse ser realizado por um psicólogo. Assim, fui aprovado para o estágio, e como teria a oportunidade de um primeiro mês de experiência, onde contaria com a companhia de outros colegas também selecionados, resolvi aceitar o “desafio”.

Na semana seguinte tive meu primeiro dia de estágio: juntamente com dois técnicos da instituição e duas estagiárias, saímos com os pacientes para um passeio a um parque público, próximo à instituição. Após uns dez minutos de caminhada os pacientes começaram a apresentar, simultaneamente, comportamentos inesperados: aquele que em nosso primeiro contato dava socos em seu próprio corpo, tentou correr para a rua, que tinha um tráfego intenso. O paciente “pegajoso” sentou se na calçada, começando a babar e a realizar movimentos estereotipados. A “atiradora de pedras” começou a puxar os cabelos de uma estagiária e a tentar mordê-la.

Toda confusão foi encerrada, como por um passe de mágica, quando outra técnica da instituição, que por acaso ali passava, veio em nosso auxílio dando uma bronca nos pacientes, perguntando, inclusive, “que palhaçada toda era aquela”? Eles automaticamente pararam com aqueles comportamentos, e voltamos todos para a instituição; eu, sentindo pena dos pacientes, considerei absurda a bronca que aqueles indivíduos “tão comprometidos” haviam levado. Não obstante, após conviver com aqueles jovens pacientes por mais de um ano, pude compreender que tais comportamentos faziam parte do repertório do que cada um tinha de mais estereotipado, e cuja utilização naquele momento talvez tenha sido o modo que encontraram para expressar aos técnicos sua insegurança ou insatisfação quanto aos novos estagiários que os acompanhavam¹.

Manuais diagnósticos² e grande parte da bibliografia atual especializada apontam problemas de comunicação e de socialização como básicos nos indivíduos autistas. Entretanto, ao final de algum tempo de observação, eu havia chegado à conclusão de que não faltava àqueles pacientes um uso da comunicação, mesmo que eles não adotassem os códigos linguísticos de sua cultura. Do meu ponto de vista, uma distinção entre problemas de comunicação e de

¹ Após muitos meses, juntamente com técnicos da instituição, viemos a nos dar conta de que esses pacientes funcionavam em grupo, comunicando-se entre eles de um modo peculiar, através de suas “estereotípias”. A o apontarmos a eles essa nossa “descoberta”, tivemos a impressão que eles ficaram frustrados, num sentido de “a farrá acabou”.

² No DSM-IV e no CID-X o autismo encontra-se incluído na categoria dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, sob a denominação de Transtorno Autístico ou Autismo Infantil. Junto a ele fazem parte da categoria de transtornos invasivos os transtornos de Rett, de Asperger e o Desintegrativo, sendo característico de todos um grave prejuízo das habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, e comportamento estereotipado.

socialização não parece muito simples, ou mesmo possível, de modo que adotarei para esse estudo a hipótese desenvolvida por Hobson (1993^a, 1993^b) de haver no autismo um *déficit básico da intersubjetividade*.

Como ilustração, lembro-me de um episódio ocorrido após oito meses de contatos semanais com os pacientes de outra instituição: estávamos trabalhando com uma caixa de fantasias de carnaval e instrumentos musicais, atividade esta que não estava fazendo muito “sucesso” com o grupo. Tive então o *insight* de pegar dentre o material disponível uma peruca, que dispus sobre meu punho fechado e transformei num fantoche. Modificando meu tom de voz representei com o “fantoche” o “Rói-rói”, que era um ser imaginário a que um dos pacientes sempre fazia referência em suas falas estereotipadas.

O “Rói-rói” iniciou uma conversa com o paciente, que passou a lhe responder com bastante eloquência e a demonstrar bastante interesse e excitação, dando continuidade à conversa com respostas e gargalhadas, enquanto balançava seu próprio corpo. Chamou-me atenção o fato de nos momentos em que ele respondia às perguntas do “Rói-rói”, não mais olhava para o fantoche, mas fixamente nos meus olhos (o que era raro ocorrer quando nos dirigíamos a ele num contexto normal de conversação), o que deu a impressão de ele ter reconhecido quem era seu verdadeiro interlocutor e que aquele diálogo havia se estabelecido através de uma brincadeira.

O motivo principal deste relato é o fato de duas semanas após àquela brincadeira, a mãe do paciente ter se dirigido à instituição, muito emocionada, perguntando se estávamos trabalhando com técnicas de fantoche³, pois ocorrera um inusitado episódio em sua casa: o paciente pegara um fantoche de sua antiga caixa de brinquedos (o qual, segundo a mãe do paciente, nunca fora utilizado por ele para seu fim) iniciando uma conversa com sua mãe sobre momentos difíceis por que passaram em suas vidas, momentos estes que a mãe acreditava não fazerem parte da consciência de seu filho, daí seu maior espanto. Frente a tal situação, como sustentar a noção adotada pela psicanálise de uma ausência de registro

³ Essa técnica não era adotada pela instituição.

simbólico nesses pacientes? Talvez a questão principal sobre este aspecto não seja quantitativa, e sim qualitativa. Sendo assim, sugiro que se estes pacientes não compartilham nosso código lingüístico (e não temos a certeza se em certas ocasiões por incapacidade ou recusa), não obstante sua capacidade para se “comunicar” estaria preservada, pois o fazem de modo inusitado. Sobre o aspecto social da psicose, Corso afirma em seu artigo *Reflexos Sociais na Análise da Psicose* (1993) que:

“O psicótico vive como um exilado num mundo dominado por outras referências e por outro funcionamento. Entendido isso, estaremos mais à vontade para abandonar a aparência dos fenômenos ditos psicóticos como definitivos para um diagnóstico e poderemos nos concentrar mais na essência do funcionamento subjetivo e na transferência que essa subjetividade desdobra. [...] Para atender psicóticos é preciso ter alma de antropólogo no sentido de suportar relativizar os nossos valores para entrar numa particular outra escala de referências e valores.” (p. 46, 48).

De minha experiência com esses pacientes, concluí ser necessário que possamos num primeiro momento abrir mão de “nossa” linguagem, aceitando e conseguindo acessar a linguagem própria de cada autista. Trata-se de um gesto de humildade que algum tempo depois possibilita uma “barganha”, quando esses pacientes passam a aceitar nossa forma de linguagem.

Rosine Lefort (*O Nascimento do Outro*, 1990, p.21) ao relatar seus primeiros contatos com uma menina de apenas dezessete meses de idade que viria receber o diagnóstico de autismo, fala dos efeitos do primeiro olhar que lhe foi lançado pela criança. Concordo com a autora quanto aos efeitos que nos causam estes raros olhares, afinal, minha experiência iniciada com crianças autistas em 1993 não cessou até o presente momento. Ao longo deste tempo obtive a feliz constatação de que tais olhares deixam de ser raros à medida que os encontros entre terapeuta e paciente prosseguem, significando um primeiro momento de comunicação, geralmente acompanhado de gestos e, em alguns casos, de palavras.

A intensidade emocional que sempre está presente nestes encontros me leva a pensar na importância do fenômeno *trânsfero-contratransferencial* para a clínica com o autismo⁴. Neste sentido, observando-se que nos primeiros contatos terapeuta-cliente o uso da palavra por parte do autista está geralmente ausente (e quando presente carece muitas das vezes de significação), sugiro que maior atenção seja dada às emoções suscitadas no terapeuta. Emoções que inevitavelmente servem de base para os significados que podemos dar ao comportamento desses pacientes, o que costuma ser feito a partir de sua expressão/ação corporal⁵.

Devemos, portanto, estar atentos ao fenômeno da *contra-transferência*, e sua importância como instrumento terapêutico, sendo importante a afirmação de Heimann (1950) de que as emoções despertadas no analista “se acham muito mais próximas do cerne da questão que o seu raciocínio” (p. 106). Adotando esta perspectiva, proponho pensar que os significados “suscitados” no terapeuta têm um caráter de *atua(liz)ação* de experiências sensório-afetivas vivenciadas pelos autistas desde muito cedo. Penso, ainda, se a capacidade de comunicação do autista, no início de seu desenvolvimento, poderia, conforme sugerido por Peter Hobson (1993^a, 1993^b) estar restrita ao registro somático/sensual, em função de um *déficit da intersubjetividade primária*.

Partindo dessa reflexão, surgem algumas questões. De que maneiras a díade pais - bebê “autista” vivencia um primeiro momento relacional que carecendo, ou mesmo sendo avesso à significação, está acompanhado de uma intensa carga afetiva? Quais seriam os reflexos dessa situação para o desenvolvimento do bebê, e para seus pais? Minhas perguntas remetem a outras que, como será visto nesse estudo, foram por muitos anos levantadas em diferentes pesquisas sobre o autismo: seja quanto a uma suposta *frieza emocional* característica dos pais dessas crianças (o que poderia contribuir para a doença), ou quanto a possíveis déficits

⁴ Não aprofundarei nesse estudo o tema da *contratransferência*, que será abordado a partir da concepção bioniana do espaço analítico como *continente*. . Sobre seu manejo na clínica com psicóticos, remeto o leitor ao trabalho de ROSENFELD, H. (1988). *Impasse e Interpretação*. Rio de Janeiro, Imago.

⁵ Quanto a essa observação, devo esclarecer que meu estudo não adota o referencial teórico da *Psicomotricidade*.

sensoriais que impossibilitariam o bebê de reconhecer seus pais como seres separados (acarretando em dificuldades para o desenvolvimento de sua própria subjetividade)⁶.

De uma apreciação mais superficial de modelos teóricos já desenvolvidos acerca do autismo configura-se uma oposição entre as teorias cognitivas e as psicanalíticas, podendo-se afirmar que o traço diferencial entre estas duas disciplinas é a qualidade do “déficit” primário que cada uma aponta. Nesse sentido, Misès (*Psychoses Infantiles, mise à jour*, 1985)⁷ considera que: “para os adeptos da teoria cognitivista, os distúrbios da cognição (percepção, atenção, memória, julgamento, pensamento), instaurados precocemente, fazem obstáculo à empatia, à identificação e ao reconhecimento das emoções de outrem” (*apud*. Haag [1991], p. 130-131). De um modo diferente, os psicanalistas da Escola Inglesa, de orientação kleiniana, conceberam o autismo como uma defesa a angústias primitivas (onde bases inatas podiam estar envolvidas), que trazia prejuízos à relação com o objeto libidinal e, conseqüentemente, às experiências emocionais primárias. Assim, para a psicanálise o déficit primário seria de ordem afetiva, acarretando em dificuldades para o desenvolvimento da capacidade mental, e não um déficit cognitivo primário.

Acredito que estas diferenças teóricas não se devem apenas aos paradigmas que cada uma segue, mas sobretudo ao momento histórico em que foram desenvolvidas. Ao adotar uma perspectiva histórica para a análise de diferentes modelos teóricos pude notar certa coerência e também possíveis articulações entre eles. Analisando por este prisma, deixa de fazer sentido a suposta oposição entre teorias cognitivistas e psicanalíticas, já que em cada uma dessas linhas de pensamento modelos propostos também variaram com o tempo, como será aqui mostrado.

⁶ A importância de déficits sensoriais para a etiologia do autismo foi pesquisada inicialmente na década de 60 - ORNITZ, E.M., & RITVO, E.R. (1968) - Perceptual inconsistency in early infantile autism. *Archives of General Psychiatry*, 18, 76-98., e retomada recentemente - DAWSON, G. & LEWY, A. (1989) - Arousal, Attention and the Socioemotional Impairments of Individuals with Autism. In: G. DAWSON (Ed.). (pp. 49-74). *Autism: nature, diagnosis and treatment*. New York: Guildford Press. - para pensar as causas de um prejuízo sócio-emocional.

⁷ MISÈS, R. (1985) - Psychoses Infantiles, mise à jour. *Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie*, 10, 1-16; *apud* Haag, G. (1991).

Além da noção de defesa, as pesquisas desenvolvidas pela Escola Inglesa de psicanálise apontaram ainda para os efeitos de uma *auto-sensualidade* na organização da experiência da criança autista, sobretudo ao uso que faz de seus conteúdos corporais e objetos inanimados do mundo externo como provedores de sensações, em detrimento do contato com seres humanos. Darei atenção a esta linha de pensamento por acreditar que esta vertente da pesquisa psicanalítica pode contribuir para a compreensão do comportamento do autista sob a forma de marcas sensoriais que ainda podem ser significadas, adquirindo valor de comunicação, e não como meros comportamentos mecânicos ou estereotipados a serem extintos.

Tomo como base para essa hipótese minha observação clínica de que grande parte dos comportamentos apresentados por crianças ou jovens autistas, genericamente considerados como estereotípias já que não seguem um padrão esperado, não deixam de manter uma relação com suas histórias de vida, de modo que seu aspecto idiossincrático aponta para um mínimo grau de subjetivização. Partindo dessa premissa, darei destaque à *hiper e auto-sensualidade* que, segundo as pesquisas desenvolvidas por Frances Tustin e Donald Meltzer, são traços característicos das crianças autistas.

Meu projeto inicial para esse estudo ia mais além, pois pretendia investigar também os efeitos da *hipersensualidade* no processo de constituição/representação psíquica da criança autista. Para tal estaria utilizando o modelo metapsicológico de Piera Aulagnier (sobretudo quanto ao uso de *pictogramas de rejeição* durante o *processo primário*), tarefa esta que deixarei para um outro momento. Esta alteração de meu objetivo inicial resultou da percepção que tive, ao revisar a bibliografia sobre o tema, de que até meados da última década diversas teorias desenvolvidas sobre o autismo seguiam uma tendência de abordar o fenômeno privilegiando um determinado aspecto, seja biológico, cognitivo, ou afetivo. Se por um lado este recorte do objeto representa uma postura metodológica justificada pela complexidade do tema *autismo*, por outro observo que ela também contribuiu para aumentar esta complexidade, gerando cada vez mais controvérsias e dificultando a pesquisa à medida que novos estudos eram realizados.

Frente a esse panorama, associado à carência de material bibliográfico editado em nosso país, optei por não produzir “mais um modelo” teórico acerca do autismo, o que seria o resultado de uma pesquisa através do modelo metapsicológico de Piera Aulagnier, que trata especificamente da psicose. Passei a considerar como mais pertinente a um estudo de Mestrado uma revisão teórica inicial sobre o autismo, a fim de reduzir o efeito de tantas controvérsias e servir de base, num outro momento, para o estudo do tema sob um viés estritamente metapsicológico. Espero que essa revisão venha contribuir também para outras pesquisas do autismo.

Devo considerar que a revisão de um tema tão complexo é uma tarefa difícil e árida, estando sob o risco de, frente a tantos autores, sofrer a crítica de ausência de objetivo. Optei por correr este risco, já que minha proposta de uma revisão teórica está inserida numa tendência atual de pesquisas sobre o autismo de articular contribuições dos diferentes modelos já formulados (Delion [1998], Trevarthen et al. [1998], Alvarez e Reid [1999], Bosa e Calias [2000]). A pesquisa psicanalítica atualmente desenvolvida pelos autores da Escola Inglesa de Psicanálise também compartilha essa tendência, de modo que pretendo mostrar que tanto sua definição de autismo, quanto sua contribuição ao estudo do tema sofreu importantes variações ao longo do tempo. Nesse sentido, defino o que passa a ser o objetivo principal desse trabalho: pensar qual o estatuto de *autismo* que a psicanálise, inserida no contexto das diversas áreas de pesquisa, pode oferecer atualmente.

No primeiro capítulo começo por apresentar o contexto de surgimento do termo *autismo* a partir da Psiquiatria Geral do início do século XX, até sua primeira definição como uma síndrome psicopatológica específica da infância, realizada por Kanner em 1943. Prosseguimos com os esforços desse autor em aperfeiçoar sua definição e os critérios diagnósticos até a década de 60. A seguir, apresento as primeiras abordagens psicanalíticas sobre a doença, analisando as idéias de Margareth Mahler, nas quais predomina o fator pulsional, e de Bruno Bettelheim, que critica o tipo de modelo adotado pela autora e propõe uma inter-relação de fatores inatos e ambientais para a etiologia do autismo. Discuto ao final do capítulo as dificuldades que tiveram estes autores em determinar a influência dos fatores

inatos e ambientais na etiologia do autismo, observando-se que pesquisas sobre a influência de fatores inatos e adquiridos para o desenvolvimento humano eram hegemônicas na época.

No segundo capítulo enfoco as dificuldades que a pesquisa do autismo enfrentou até a última década, em função de uma postura determinista adotada pelas diferentes linhas de pesquisa. Estas, na busca de um *déficit* primário, acabaram fragmentando o fenômeno de tal forma que a complexidade resultante gerou menos esclarecimentos que hipóteses cada vez mais complexas; o que tento mostrar traçando um panorama das linhas de pesquisa desenvolvidas a partir da década de 60 até os anos 90.

No terceiro capítulo abordo a pesquisa desenvolvida pelos autores da Escola Inglesa de Psicanálise, com destaque para uma *hipersensualidade* que, segundo Donald Meltzer e Frances Tustin, é característica do autismo. Discuto também as revisões teóricas iniciadas por esta última autora no final da década de oitenta, que permitiram a substituição da noção de *defesa* pela de *déficit* no estudo metapsicológico do autismo.

No quarto capítulo abordo o movimento atual de algumas linhas de pesquisa de buscar uma articulação das contribuições de diferentes modelos teóricos, tendo como foco de atenção os problemas de comunicação e de interação social. Mostrarei que as revisões teóricas realizadas, e a posição atualmente adotada pelos pesquisadores da clínica Tavistock em Londres, estão de acordo com este movimento, o que vem possibilitar a manutenção da Psicanálise no panorama atual das pesquisas sobre o autismo.

1. AS PRIMEIRAS ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O AUTISMO

Inicialmente o termo *autismo* foi utilizado na literatura psiquiátrica e psicanalítica como adjetivo, tendo surgido no início do século num universo de descrições psicopatológicas de adultos.

O termo foi utilizado pela primeira vez por Plouller em 1906, quando descreveu o processo de pensamento auto-referente característico dos pacientes com diagnóstico de *demência precoce*⁸. Entretanto é mais comum encontrarmos na bibliografia o reconhecimento de Bleuler como criador do termo quando, em 1911 - *Autistic Thinking*⁹, definiu *autismo* como um dos sintomas fundamentais da doença mental por ele denominada *esquizofrenia*, que veio substituir a classificação de *demência precoce*. Na definição do autor, o autismo descrevia a tendência patológica de determinados doentes a se isolarem do meio ambiente.

Freud em seu artigo *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*, de 1911, fez referência à expressão utilizada por Bleuler para desenvolver a idéia de a criança vir ao mundo sob o domínio do *princípio de prazer*. Segundo Freud (*op. cit*), o bebê apresentaria nesse momento “um sistema psíquico isolado dos estímulos do mundo externo e capaz de satisfazer-se autisticamente” (p. 279). O autor utiliza a metáfora de *um ovo de pássaro, com sua provisão de alimentos encerrada na casca* para descrever esse momento do desenvolvimento psíquico, no qual o bebê, desde que tivesse suas necessidades básicas satisfatoriamente atendidas pela mãe e fizesse uso do processo alucinatorio nos momentos de espera de satisfação, não estaria sob o controle do princípio de realidade até que tivesse condições de desligar-se psiquicamente dos pais. Desse modo, Freud utiliza o termo *autismo* para referir-se ao desenvolvimento psíquico normal¹⁰.

⁸ Este processo consistia em referirem a si tudo o que existisse ao seu redor e no mundo (*apud*. GAUDERER, 1985, p. 09).

⁹ BLEULER, E. (1913 [1911]). *Autistic Thinking*. *Amer. J. Insanity*, 69.

¹⁰ Como veremos adiante, o modelo do *auto-erotismo* influenciou algumas das primeiras teorias psicanalíticas acerca do autismo, ao conceberem uma *fase autística normal* do desenvolvimento psíquico.

Não obstante, o universo das teorias psiquiátricas desenvolvidas nas primeiras décadas do século XX utilizou o termo *autismo* como referência à psicopatologia dos adultos, e apenas duas décadas após o surgimento do termo uma atenção maior foi dada à psicopatologia da infância. Naquele período, poucas observações de *demência precocíssima* (de Sanctis) ou de *esquizofrenia infantil* haviam sido registradas, sendo o último termo estabelecido em 1933 por Howard e Potter quando investigaram na criança os sintomas relacionados aos estados patológicos encontrados nos adultos (*apud* Lebovici e Duché, 1991). O autismo permanecia ainda como traço descritivo da esquizofrenia, de modo que dez anos mais foram necessários para que o *autismo* fosse reconhecido como entidade clínica e específica à psicopatologia da infância.

Rutter em seu artigo *Language, Cognition and Autism* de 1979¹¹, afirmou ter sido grande a influência de Bleuler no desenvolvimento das diferentes teorias sobre o autismo, o que teria gerado por muito tempo uma “confusão” entre os diagnósticos de *esquizofrenia infantil*, *psicose infantil* e *autismo* (*apud* Leboyer, 1995, p. 10). Concordamos apenas parcialmente com a conclusão de Rutter, pois do nosso ponto de vista trata-se menos de confusão que de diferentes paradigmas que foram desenvolvidos e modificados ao longo do tempo, podendo-se aqui destacar, *grosso modo*, as concepções adotadas pela psiquiatria e pela psicanálise.

1.1 A Descrição da Síndrome segundo Leo Kanner:

A esquizofrenia infantil foi o paradigma da doença mental na criança até 1943, quando Leo Kanner descreveu a síndrome que nomeou de *Autistic Disturbances of Affective Contact*.

O autor considerou os distúrbios autísticos do contato afetivo distintos dos fenômenos esquizofrênicos até então diagnosticados na infância - incluindo a *demência precocíssima* de Sanctis, ou a *demência infantil* de Heller - cujos sintomas nunca surgiam antes dos dois anos de desenvolvimento normal, mesmo em casos mais precoces. Kanner (1997 [1943]) verificou por anamnese de um grupo de onze crianças estudadas, que nenhuma manifestou ruptura de

¹¹ RUTTER, M. (1979) - Language, Cognition and Autism. In: *Congenital and acquired cognitive disorders*. (p. 247-264). New York: Raven Press.

relações previamente estabelecidas com outrem, como ocorria em adultos e crianças esquizofrênicos. As crianças estudadas apresentavam desde o início de seu desenvolvimento um *fechamento autístico extremo*.

Ele concluiu que o traço fundamental do *distúrbio autístico* seria a “incapacidade das crianças estudadas em estabelecer relações, de maneira normal, com pessoas e situações, desde o início de suas vidas” (*op. cit.*, p. 170), e um exemplo dessa conclusão seria o relato freqüente dos pais daquelas crianças acerca do fracasso em adotarem uma atitude antecipatória – como esticar os braços – para serem carregadas, e em ajustarem a posição de seu corpo ao de quem a segurasse nos braços.

Na visão de Cohen, apresentada em *A Evolução do Conceito e do Diagnóstico de Autismo* (2000), mesmo que as crianças observadas por Kanner apresentassem alguns dos sinais das patologias infantis até então descritas, como traços obsessivos, estereotipia e ecolalia, o autor veio propor com o *distúrbio autístico do contato afetivo* uma nova categoria diagnóstica, chamando atenção para os seguintes traços característicos: extremo isolamento autístico, desejo obsessivo de preservar a uniformidade do meio ambiente, excelente memória, ecolalia tardia, supersensibilidade a estímulos, limitação na variedade de atividades espontâneas, um bom potencial cognitivo, apesar de parecerem apresentar retardo mental, e a presença de famílias altamente inteligentes. (*op. cit.*, p. 03). Quanto ao último fator, Kanner considerou em *Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo* (1997[1943], p. 170) que poucas vezes os pais e avós eram “realmente calorosos”, e que apresentavam demasiada preocupação com coisas abstratas, sendo limitados no interesse autêntico por pessoas.

Mesmo tendo apontado características do meio familiar, Kanner priorizou em seu primeiro trabalho sobre o autismo a hipótese de um fator constitucional para a etiologia da síndrome. Vejamos como ele conclui o artigo *Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo*:

“O fechamento autístico extremo destas crianças desde o princípio de sua vida, torna difícil atribuir todo este quadro exclusivamente ao tipo de relações parentais precoces de nossos pacientes. Devemos, portanto, supor que estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com as pessoas, biologicamente previsto (grifo nosso) exatamente como as outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais” (*ibid.*).

Segundo a análise realizada por Berquez no artigo *O autismo infantil e Kanner. Estudo histórico e conseqüências teóricas* (1991, p.23), Kanner teria introduzido o uso do termo *autismo* como substantivo em seu trabalho publicado no ano seguinte - *Early Infantile Autism*¹², onde concebe o *autismo infantil precoce* como uma síndrome psicopatológica. Ainda neste trabalho, Kanner deu continuidade à discussão do papel dos pais para a etiologia da síndrome, com ênfase a um elevado padrão de traços obsessivos observados nos pais, tendo afirmado que: “a despeito das divergências aparentes, todos apresentam características essenciais comuns de tal importância que não apenas podem, mas devem, ser considerados como fundamentalmente semelhantes de um ponto de vista psicopatológico” (*apud.* Berquez, 1991, p.20). Segundo Berquez (*op cit.*, p. 23), Kanner manteve esta noção até 1949¹³.

Berquez aponta que num trabalho posterior - *Notes on the follow-up studies of autistic children* (1956)¹⁴, Kanner, em colaboração com Eisenberg, tornou seus critérios diagnósticos mais precisos, sendo mantidos apenas o *isolamento autístico (aloneless)* e a *necessidade de imutabilidade (sameness)* dentre os traços apontados em 1943 como característicos da doença. Os outros traços que foram naquela época sugeridos passam a ser considerados como secundários, podendo ter relação com diversas patologias. (*apud.* Berquez, 1991, p. 24).

¹² KANNER, L. (1944) – Early Infantile Autism. *J. Pédiat.*, 25, 211-217.

¹³ KANNER, L. (1949) – Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism. *Am. J. Orthopsychiat.* 19, 416-426.

¹⁴ KANNER, L. & EISENBERG, L. (1956[1955]) – Early Infantile Autism. *Am. J. Orthopsychiat.* 26, 3, 556-566.

Ainda neste trabalho, os autores passaram a diferenciar um *autismo primário* – cujos sintomas estariam presentes desde o nascimento, de um *autismo secundário* – onde o desenvolvimento da criança teria sido normal até os 18 ou 20 meses, quando então ela passaria a apresentar “um severo retraimento do afeto, manifesto pela perda das funções da linguagem, falha no desenvolvimento da socialização, e perda gradual no interesse em atividades usuais.” (*apud* Cohen, 2000, p. 26). Deve-se considerar em ambos os casos que, os traços característicos permanecem mais precoces e fenomenologicamente distintos dos sintomas apresentados na esquizofrenia infantil.

Quanto à etiologia, Kanner e Eisenberg não descartaram a possibilidade de uma patologia do sistema nervoso central, apesar de terem encontrado resultados negativos nas avaliações disponíveis na época. Os autores sugeriram também a eventual presença de fatores genéticos e hereditários, baseados na observação feita da personalidade dos pais, que apresentariam manifestações intermediárias (intelecto elevado, obsessividade, frieza emocional) do quadro completo encontrado em seus filhos. Nesse sentido, os pais das crianças observadas foram considerados por Kanner e Eisenberg como “autistas bem sucedidos” (*apud* Cohen, 2000, p. 27).

Cohen sugere que as características presentes nos pais seriam decorrentes de fatores dinâmicos, surgindo como reação à situação de terem uma criança não responsiva já no início da vida extra-uterina. A não responsividade da criança seria o fator básico da síndrome, e a reação dos pais a ela apenas agravaria o quadro da criança ao longo de seu desenvolvimento (*op. cit.*, p. 28). Esta hipótese encontra sustentação na afirmação de Kanner e Eisenberg em seu trabalho de 1956:

“É difícil escapar da conclusão de que esta configuração emocional em casa desempenha um papel dinâmico na gênese do autismo. Mas parece-nos igualmente evidente que este fator, embora importante no desenvolvimento da síndrome, não é suficiente em si mesmo para culminar no seu aparecimento.” (*apud* Berquez, p. 23).

Ao encerrar sua análise da obra de Kanner com este trabalho de 1956 - *Notes on the follow-up studies of autistic children*, Cohen considerou que seria pouco provável a presença de um único agente etiológico na síndrome, não fazendo sentido a oposição *hereditariedade / meio ambiente* (*op. cit.*, p. 29). O *autismo infantil precoce* deveria, segundo a autora, ser definido como uma *desordem psicobiológica*, sendo necessário um estudo compreensivo da disfunção em cada nível de interação: biológico, psicológico e social.

No trabalho publicado por Kanner em 1968¹⁵, que Berquez incluiu em sua análise, torna-se nítida sua posição contra os pontos de vista psicodinâmicos, como pode ser visto no seguinte trecho:

“Foi reconhecido por todos os observadores, exceto por um pequeno número que se atrasou por uma obediência doutrinária, que o autismo não é, na origem, adquirido, ou uma doença ‘criada pelo homem’.” (Kanner *apud*. Berquez, 1991, p. 23).

Berquez conclui de sua análise que a posição biológica adotada por Kanner e Eisenberg em 1956 se fortificou nos trabalhos seguintes, não obstante, detecta a presença de três concepções possíveis para a síndrome, ao longo da obra de Kanner (Berquez, 1991, p. 22):

- 1 - Biológica: que seria a incapacidade inata de constituir biologicamente o contato afetivo com as pessoas;
- 2 - Funcional: uma inaptidão da capacidade de utilizar a estrutura biológica relacional inata e de reagir às situações;
- 3 - Psicológica: compreendida como um distúrbio cultural do contato afetivo com as pessoas, sobretudo nas relações entre a criança e sua mãe. Para esta última, Berquez destaca a frieza emocional dos pais das onze crianças observadas por Kanner em seu primeiro trabalho.

A diversidade de concepções etiológicas presentes ao longo da obra de Kanner esteve também presente em trabalhos desenvolvidos, posteriormente, por diversos autores. Considero que, até os dias de hoje, a complexidade teórica acerca da síndrome aumentou, observando-se como reflexo a presença de modelos divergentes dentro de uma mesma área de conhecimento, seja

¹⁵ KANNER, L. (1968) - Early Infantile Autism Revisited. *Psychiat. Digest.*, 29, 17-28; reeditado em *Childhood Psychosis*, 1973, 135-141.

na psicologia, psicanálise, neurobiologia, neurofisiologia ou genética, dentre outras. Sobre essa diversidade de modelos teóricos, Newson (1987, p. 34)¹⁶ observa que:

“desde que Kanner primeiramente prestou atenção à síndrome nos anos 40, a pesquisa do assunto se multiplicou; mas nós estamos ainda num ponto em que somos melhores em descrever o autismo do que sabermos como lidar com ele” (apud. Alvarez e Reid, 1999, p. 16).

1.2 A Psicopatia Autística descrita por Hans Asperger:

Contemporaneamente à descrição do *autismo infantil precoce* feita por Kanner, Hans Asperger descreveu, em 1944, a síndrome que chamou de *psicopatia autística*. O reconhecimento de seu trabalho veio se dar apenas recentemente, após sua tradução do alemão para o inglês feita em 1991 por Uta Frith¹⁷, sendo seu nome dado a um dos transtornos que compõem o atual quadro dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: a *síndrome* ou *transtorno de Asperger*, conforme classificação nos manuais internacionais de doença mental¹⁸.

Asperger, austríaco como Kanner, também estudou em Viena, porém desconhecia o trabalho que este último vinha desenvolvendo nos Estados Unidos. Neste contexto, descreveu em 1944 a síndrome que chamou de *Psicopatia Autística*, a qual tinha em comum com o distúrbio descrito por Kanner as seguintes características: déficit no contato social, pobre contato olho no olho, estereotípias de palavras e movimentos, marcada resistência a mudanças, interesses especiais isolados, geralmente relacionados a tópicos e objetos bizarros e idiossincráticos (Happé, 1994, apud. Cohen, 2000, p. 4).

A distinção dos quadros descritos por Kanner e Asperger gera ainda discussões, sendo atualmente proposto um traço diferencial quanto ao aspecto cognitivo: a proposição de Kanner (1956) de um bom potencial cognitivo presente nas crianças autistas, em função de

¹⁶ NEWSON, E. (1987) – The Education, Treatment and Handling of Autistic Children. *Children and Society*. 1, 34-50.

¹⁷ FRITH, U. (1991) – *Asperger and his Syndrome*. In: U. FRITH (et. al), *Autism and Asperger Syndrome*: Cambridge University Press.

¹⁸ Quanto à atual classificação, ver nota de rodapé na página 2 desse estudo.

apresentarem uma excelente memória, é atualmente questionada por estudos epidemiológicos que mostraram a presença de retardo mental associado em um terço das crianças com diagnóstico de *transtorno autístico* (as de “tipo Kanner”). Já a maioria das crianças com *síndrome de Asperger* têm o aspecto cognitivo preservado, de modo que Asperger já havia proposto que elas apresentam a capacidade de produzir idéias originais. Outras características observadas pelo autor foram: agressividade, comportamento opositor e negativista, e maldade intencional. Frith et al. (1991)¹⁹ sugerem que os portadores da *síndrome de Asperger* pertencem ao *espectro autista*, ou seja, sofrem de uma forma particular de autismo onde está preservado o funcionamento cognitivo. (Frith, 1991, *apud*. Cohen, 2000).

Proponho mostrar que existe uma grande complexidade dentre os modelos teóricos e diagnósticos já propostos para o autismo, de modo que Leboyer (1987) questiona a possibilidade de algum dia, transformar o autismo em uma doença com um mecanismo patológico único e localizado. Ela afirma que: “O autismo é um distúrbio de desenvolvimento a tal ponto complexo que nenhum modelo, nenhuma abordagem clínica, metodológica ou terapêutica poderia, por si mesmo, abranger a verdade.” (*op. cit.*, p. 07). A autora observa ainda que o estudo do assunto, o qual engloba aspectos clínicos (como sintomas e descrição do comportamento) e etiológicos (modelos psicodinâmicos, genéticos e orgânicos) é de tal forma complexo que não possibilitou ainda, e nem seria desejável, o raciocínio acerca de um único mecanismo causal. Concordo com a conclusão de Leboyer de que o mais importante com relação à pesquisa do autismo é que meio a tal diversidade, todos os estudos apontam para uma perspectiva desenvolvimentista (*ibid.*).

1.3 As Primeiras Abordagens Psicanalíticas sobre o Autismo:

A complexidade do tema também está presente na abordagem psicanalítica, tendo Fédida (1992) observado que por ela ter fundamentado seu estudo na fase do *auto-erotismo*, transformou o autismo num “paradigma teórico-clínico e técnico em psicopatologia [de modo que] o autismo adquiriu um tal nível de pertinência semio-clínica que sua descrição fenomenologicamente apurada transforma-o numa verdadeira fonte de modelização” (p. 151).

¹⁹ FRITH, U. (1991) – Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press.

Como irei mostrar no terceiro capítulo, a pesquisa psicanalítica do autismo veio contribuir conceitualmente para o estudo de outras psicopatologias.

1.3.1 Margaret Mahler:

Margaret Mahler foi pediatra e a primeira psicanalista a publicar idéias acerca do autismo, tendo desenvolvido a maior parte de sua pesquisa sobre o tema ao longo das décadas de cinquenta e sessenta. Em 1952 a autora publicou— *Sobre a Psicose Infantil e Esquizofrenia: psicoses autística e simbiótica da infância*, onde considerou ser o *autismo infantil precoce* descrito por Kanner um tipo de psicose infantil.

Para compreendermos as idéias que a autora desenvolveu acerca do autismo, analisei seu modo bem peculiar de conceber o desenvolvimento precoce nos seres humanos, através das seguintes fases: *autística normal* (do nascimento a um mês de idade) e *simbiótica normal* (do primeiro ao quinto mês). Estas, quando vividas pela criança com dificuldades, podem resultar no que Mahler chamou de *psicose autística*, numa *psicose simbiótica*, ou num *autismo secundário*.

A proposição de uma *fase autística normal* tinha como base a concepção freudiana de que nos seres humanos a capacidade instintiva de pressentir perigo no mundo externo (presente nos animais) seria atrofiada²⁰, ao contrário do que ocorre com os animais, que nascem com seus instintos desenvolvidos de modo a garantir sua sobrevivência individual logo após o nascimento. Nesta condição, o recém-nascido humano teria seus instintos de orientação precários, sendo necessário que o Ego assumisse o papel de adaptação à realidade, negligenciada pelo Id.

Para explicar o desenvolvimento do Ego, Mahler toma como parâmetro o desenvolvimento do sistema nervoso central: este, apesar de já existente quando do nascimento da criança, estaria ainda em um estado bastante imaturo. Neste momento, o recém-nascido aparentaria ser um organismo puramente biológico, onde as respostas instintuais ocorreriam não a nível cortical

²⁰ FREUD, S. (1923). O Ego e o Id. *Obras Completas ESB*, vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago.

(a capacidade de inibição aos estímulos não estaria ainda desenvolvida), mas essencialmente reflexo e talâmico que, proporcionando apenas reações somáticas de descarga, representariam os únicos mecanismos de defesa então presentes.

Na *fase autística normal*, equivalente ao *narcisismo primário* de Freud (1914)²¹, a criança mostraria poucos sinais de ser capaz de perceber algo além de seu próprio corpo, parecendo viver em um mundo de estimulações internas. A autora sugere que o bebê possui ao nascer um Ego ainda rudimentar, incapaz de reter os estímulos em qualquer grau de tensão, sendo esta função inicialmente exercida e complementada pela *relação psicobiológica de dependência entre mãe alimentadora e o bebê* (Mahler, 1983[1952], p. 23), onde a empatia normal da mãe seria o substituto humano de um instinto animal de sobrevivência.

Sob a proteção dos cuidados maternos, o sistema perceptivo (cortical) do bebê passa aos poucos a ser catexizado, o que vem possibilitar a percepção consciente dos objetos – inicialmente dos que se localizam à curta distância, como o seio ou o rosto maternos (Mahler, 1983 [1961], p. 121). Nas palavras da autora, “o relacionamento intra-uterino de hospedeiro-parasita deve ser substituído no período pós-natal através do envolvimento da criança, por assim dizer, pela matriz extra-uterina dos cuidados maternos, uma espécie de *simbiose social*” (Mahler, 1983 [1952], p. 24).

O bebê apresentaria ainda na fase *autística normal* uma extrema fragilidade, reagindo aos estímulos através de *explosões afetivomotoras* que, se não mitigadas pelo cuidado materno, podem resultar em um estado de *angústia organísmica*, que segundo a autora seria fenomenologicamente semelhante às reações de pânico apresentadas em fases posteriores do desenvolvimento. Esse estágio de *insuficiência homeostática* levaria o bebê a um esgotamento de sua energia vital, representado por semi-estupor²², num movimento regressivo ao modo de existência fetal. Segundo a autora:

²¹ FREUD, S. (1918[1914]). Histórico de uma Neurose Infantil. *Obras Completas ESB*, vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago.

²² A autora baseia esta hipótese no trabalho de René Spitz (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 313, 342)

“O recém-nascido e o bebê necessitam ultrapassar gradualmente sua tendência a uma regressão vegetativa esplâncnica, sua tendência a recair dentro de um estado de exaustão estuporosa, para atingir crescente consciência e crescente contato com o ambiente que os cerca. Em termos de energia ou catexia libidinal, isto significa que tem de ocorrer um progressivo deslocamento de quantidades de energia desde o interior do corpo (principalmente dos órgãos abdominais para a periferia), de modo que o sistema perceptivo consciente – a casca periférica do ego, como Freud chama a superfície do corpo, que contém os órgãos dos sentidos – possa receber a catexia. A mudança de uma consciência predominantemente proprioceptiva para uma consciência crescentemente sensorial do mundo externo ocorre através da relação afetiva com a mãe. A libido do bebê transfere-se, assim, de um estágio de narcisismo fetal para um narcisismo corporal primário, estágio no qual a representação do corpo materno desempenha importante papel. Desse modo, repetindo, o equipamento homeostático rudimentar e muito vulnerável do bebê precisa ser envolvido, após o nascimento, pela matriz, agora extra-uterina, dos cuidados da mãe ou de sua substituta.” (Mahler, 1983[1952], p. 24).

Observo no modelo de Mahler que o processo de tomada de consciência do mundo externo seria concomitante ao desenvolvimento do Ego, já que a partir das recorrentes falhas do processo de satisfação, através da *alucinação primária*, o bebê passaria a reconhecer gradualmente que o alívio das tensões (no interior) de seu corpo depende de uma fonte externa, representada pela mãe. Sua percepção da mãe como objeto externo e fonte das satisfações representa a passagem do *narcisismo primário* para o *narcisismo secundário*, que marca a *fase simbiótica normal*, onde o “contato corporal com a mãe, através de abraços e carícias, é pré-requisito fundamental para uma demarcação entre o ego corporal e o não-self.” (*ibid.*). Não obstante, “esta vaga discriminação sensorial, representativa de um grau de desenvolvimento do senso de realidade, é um estágio não-alcançado ou mantido em quaisquer casos de psicose infantil.” (*op. cit.*, p. 25).

A autora sugere que nas psicoses infantis precoces (onde ela parece incluir o autismo infantil precoce descrito por Kanner), a causa essencial de uma *alienação da realidade por parte do ego* seria a ocorrência de graves distorções ocorridas no relacionamento mãe-filho. Como consequência, a organização da personalidade dessas crianças vai se dar de modo frágil e tendendo à fragmentação. Segundo Mahler, seria difícil determinar se tais distorções teriam como causa uma falta de empatia ou uma patologia materna, um *grande desvio inato do ego do bebê*, uma falta de contato com o meio ambiente, ou uma *descabida necessidade de fusão parasitário-simbiótica com o adulto*.

Discutindo os fatores etiológicos, Mahler diz ter constatado que muitas mães de crianças psicóticas não apresentavam falta de amor genuíno, de afeto, recusa à individualidade da criança, e tampouco possessividade exagerada, atitudes infantilizantes ou restritivas. Quanto ao comportamento de bebês que seguem um desenvolvimento normal, a autora cita o trabalho em que Greenacre (1944)²³ observou surgir no infante, no período de quatro a seis meses, uma atividade no sentido de *forçar empatia aos adultos* (1983[1952], p. 26), adotando a posição teórica de Anna Freud e da Psicologia do Ego ao afirmar que a “natureza humana proporciona uma reciprocidade entre o bebê e sua mãe” (*ibid.*). Com essas observações, Mahler concluiu em seu primeiro trabalho que a dificuldade para as crianças com *autismo infantil precoce* perceberem afetivamente os seres humanos é causada por “um aparelho regulador de tensão inerentemente defeituoso, que provavelmente não pode ser adequadamente complementado pelos mais eficientes cuidados maternos, tanto em quantidade como em qualidade.” (*ibid.*). Descrevo a seguir os dois quadros de psicose descritos por Mahler:

a) *psicose autística*:

A causa da *psicose autística* (termo utilizado por Mahler para se referir ao *autismo infantil primário* [Kanner, 1944]) está na ausência de um vínculo afetivo da criança para com sua mãe, o que impossibilita o bebê de utilizar a mãe como barreira aos estímulos externos e às sensações corporais internas. Na visão de Mahler, o autismo manifesta-se então como um mecanismo de defesa que, através de alucinações negativas²⁴ tenta livrar a criança do excesso de excitação proveniente das fontes potenciais de percepção sensorial, sobretudo daquelas que exigem da criança uma resposta afetiva (Mahler, 1952, p. 34). Isso explicaria a preferência da criança pela manipulação de objetos inanimados, sobre os quais seu ego deficitário consegue exercer alguma função de controle²⁵.

²³ GREENACRE, P. (1944). Infant reactions to restraint: Problems in the fate of infantile aggression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14: 204-218.

²⁴ Eliminação da percepção de um determinado dado sensorial, na presença do objeto.

²⁵ A noção de função deficitária do ego foi desenvolvida por Freud em: FREUD, S. (1918[1914]). Histórico de uma Neurose Infantil. *Obras Completas ESB*, vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago.

A impossibilidade da criança em fazer uso da mãe para a regulação de suas primeiras experiências senso-perceptivas acarreta prejuízos subseqüentes para seu desenvolvimento psíquico, já que a criança não consegue, na passagem da *fase simbiótica* para a *fase de separação-individuação* (dos cinco aos trinta e seis meses), utilizar o ego materno para a estruturação de seu próprio ego rudimentar. (Mahler, 1983 [1965], p.46). É com a entrada no *narcisismo secundário*, quando a criança passa a reconhecer os cuidados afetivamente fornecidos pelo corpo materno, e este como separado de seu próprio corpo, que a criança pode tomá-lo como objeto identificatório e então, constituir psiquicamente sua própria imagem corporal. (Mahler, 1983[1961], p. 122).

Segundo a autora, o processo identificatório que deveria ocorrer no *narcisismo secundário* está prejudicado na criança autista. Esta, por estar impossibilitada de investir libidinalmente o corpo materno, não consegue catexizar seus próprios limites corporais, o que acarreta em falhas no processo identificatório. Em alguns casos, os sintomas clínicos decorrentes desta problemática podem ganhar expressão apenas entre os dois anos e meio e cinco anos de idade, um momento do desenvolvimento psíquico posterior, portanto, à fase de *separação-individuação*. Às falhas do processo identificatório somar-se-iam um déficit constitucional e uma baixa tolerância à frustração, que podem acarretar uma *psicose simbiótica* ou um *autismo secundário*, cujas condições veremos a seguir:

b) *psicose simbiótica*:

Ocorre quando a criança não consegue vivenciar a separação da "mãe", não podendo construir sua representação enquanto um objeto total e diferenciado. Por viver a presença da mãe ainda de forma simbiótica, a ameaça de sua ausência é vivenciada como a perda de uma parte de si própria, ou seja, a separação é vivenciada de forma concreta, como uma mutilação corporal, ao que a criança reage com agitadas explosões de cólera causadas por um pânico da separação.

Em vez de uma ansiedade de alarma que, no desenvolvimento normal, colocaria em funcionamento o processo identificatório, a criança entra num estado de pânico frente

ao menor sinal de separação, estado este que acionaria a regressão psicótica, fragmentando a estrutura do ego rudimentar - *psicose simbiótica*.

c) *autismo secundário*:

Ocorre nos casos em que a criança erige, durante sua fase simbiótica, defesas que consistem em negar a percepção e o reconhecimento do mundo como externo e com vida. Elas desenvolvem assim o *autismo secundário* como defesa à fragmentação característica da *psicose simbiótica*. O isolamento característico do *autismo secundário* evita o contato com o objeto externo, e mantendo-o “externamente”, evita a experiência de separação e de fragmentação dela decorrente.

Antes de encerrar minha análise das idéias de Margaret Mahler, chamo atenção para o cuidado que devemos ter quanto ao fato de seu modelo teórico tomar o desenvolvimento orgânico como corolário do desenvolvimento psíquico precoce. Neste sentido, quando a autora afirma que a psicose infantil é decorrente de um *dano básico do ego* (1983[1952], p. 26), parece, em alguns momentos, referir-se a este como um *dano da percepção sensorial* (*op. cit.*, p. 27). Sabemos que uma delimitação entre o somático e o psíquico é uma questão delicada para a psicanálise, problemática esta que foi ainda apontada por Freud em 1923, quando afirmou que: “O ego é, primeiro, e acima de tudo, um ego corporal” (Freud, 1923, p. 40).

No artigo de Mahler de 1961, *Sobre a aflição e a tristeza do bebê e da criança pequena: perda e restauração do objeto amoroso simbiótico*, a dificuldade para uma distinção entre função perceptiva-sensorial e egóica parece ainda maior. Neste trabalho, a autora diferenciou o fenômeno da *depressão anaclítica* (observado por Spitz²⁶ em bebês órfãos e institucionalizados na segunda grande guerra) da problemática vivida pela maioria das crianças que ela estudou, já que estas não teriam sofrido uma perda real do *objeto simbiótico*, nem mesmo um episódio de separação por período significativo que uma criança em seu desenvolvimento normal não pudesse manejar. A partir dessa distinção, ela conclui que:

²⁶ SPITZ, R. (1946). Anaclitic Depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2:313-342.

“A perturbação fundamental no autismo infantil precoce, ou *autismo primário*, como prefiro chamá-lo, repousa na falta de capacidade da criança para perceber a Gestalt da mãe e, concomitantemente, a Gestalt do funcionamento vital desta última a seu favor.” (1983 [1961], p. 125).

Se o modelo de Mahler não fornece uma distinção nítida entre função senso-perceptiva e egóica, considero que esta talvez não seja desejável, em se tratando de uma fase tão precoce do desenvolvimento. Não obstante, observo que Mahler se refere a uma dificuldade da criança autista para perceber os seres humanos afetivamente, e não enquanto um objeto, que é o uso mais comum feito por estas crianças.

Outra observação a ser feita se relaciona ao que concerne à consideração da autora de uma *fase autística normal* do desenvolvimento psíquico. Hipótese esta aceita por diversos psicanalistas, sendo abandonada apenas a partir da década de oitenta, como discutirei no terceiro capítulo.

No próximo item tratarei das idéias de Bruno Bettelheim acerca do autismo, tendo como objetivo principal discutir as críticas geralmente feitas a este autor, e generalizadas à psicanálise, quanto a uma culpabilização dos pais pela doença de seus filhos. Para tal, esclareço de antemão que por dificuldade de acesso à bibliografia do autor, minha análise esteve restrita a seu livro *A Fortaleza Vazia*, publicado inicialmente em 1967. Acredito que tal restrição não será prejudicial, pois é nesta obra que o autor veio divulgar seus achados clínicos do trabalho que desenvolveu especificamente com crianças autistas, e de antemão afirmo que não encontrei na leitura deste trabalho justificativa para as críticas que lhe são feitas.

Devo esclarecer que Bettelheim já tratava crianças psicóticas desde 1944, época em que o diagnóstico diferencial com o autismo estava ainda em estado embrionário. Nesse sentido, poderia atribuir a ele, e não a Mahler, o pioneirismo teórico da psicanálise sobre o autismo, mas optei por considerar *A Fortaleza Vazia* (Bettelheim, 1967) a obra de referência do autor sobre o autismo.

1.3.2 Bruno Bettelheim:

Bettelheim, de origem judaica, nasceu em 1903 na cidade de Viena, onde se formou em medicina e tornou-se psicanalista. Em 1938, ao concluir seu curso de Doutorado, foi preso pela Gestapo e mantido prisioneiro por onze meses, com passagem pelos campos de concentração de Dachau e Buchenwald, até conseguir ser solto em 1939, quando emigrou imediatamente para os Estados Unidos.

Na América foi recebido como pesquisador associado à Universidade de Chicago, onde seguiu carreira acadêmica e assumiu, em 1944, os cargo de diretor da *Escola Ortogênica Sonia Shankman* que, mantida pela Universidade com fins de pesquisa, atendia em regime de internato crianças de seis a quatorze anos com graves problemas emocionais.

Segundo Alvin A. Rosenfeld (2000) - *Bruno Bettelheim Revisited* - Bettelheim criou, junto a colaboradores, a *terapia do meio (milieu therapy)*, cujo fundamento era de que a vida na instituição possibilitaria modelar e organizar a vida interior das crianças comprometidas, “trazendo ordem ao caos”, o que geralmente exigia o afastamento da criança de seus familiares por determinados períodos. A *milieu therapy* foi adotada como tratamento padrão por diversas instituições psiquiátricas da época.

Rosenfeld (2000), que trabalhou com Bettelheim na Universidade de Chicago, explica que o autor tratou até a década de sessenta apenas crianças psicóticas e delinquentes. Ao avaliar nesta época os sucessos obtidos nestes casos, resolveu iniciar o trabalho com crianças autistas. Sua avaliação do trabalho com crianças autistas veio a ser publicada num trabalho publicado três anos após sua morte, escrito juntamente com Rosenfeld - *The Art of the Obvious*²⁷, onde o autor reconhece ter obtido menos sucesso, com resultados terapêuticos muito limitados, chegando a afirmar que: “ninguém sabe tratar estas crianças” (Bettelheim e Rosenfeld, 1993; *apud* Rosenfeld, 2000).

Apesar de Bettelheim adotar o referencial psicanalítico em sua abordagem clínica, a *milieu therapy*, quando aplicada às crianças autistas, não se dava através do uso de divã e

²⁷ BETTELHEIN, B. & ROSENFELD, A.A. (1993) – *The Art of the Obvious*. New York: Knopf.

interpretações de conteúdos inconscientes. A base do trabalho era manter a criança interagindo com o grupo, formado por pacientes e *staff*, sendo função dos últimos propiciar um ambiente nutridor e enriquecedor. Para isto, a técnica básica adotada era o uso da empatia. Rosenfeld (1999) observa que em 1944, quando Bettelheim iniciou seu trabalho na *Orthogenic School*, a Universidade de Chicago não oferecia nenhum curso sobre como lidar com crianças com distúrbios tão graves, e que nenhum tipo de abordagem terapêutica era conhecida, de modo que Bettelheim e sua equipe somaram todos os esforços na tentativa de compreender o ponto de vista daquelas crianças, tentando imaginar o que elas tentavam comunicar ou alcançar através de seu comportamento perturbado.

Bettelheim ao discutir em *A Fortaleza Vazia* os efeitos do ambiente para a instauração do autismo, sugere um paralelo entre o comportamento de extremo retraimento e desorganização observados por ele em alguns prisioneiros dos campos de concentração e a experiência vivida pelas crianças autistas. Tendo o cuidado de considerar as diferenças de maturidade intelectual entre adultos e um bebê, ele sugere que as crianças autistas teriam passado por experiências difíceis no início de suas vidas (Bettelheim, 1987[1967], p. 75) e que, se um ambiente altamente agressivo leva os seres humanos a tais reações, um ambiente construtivo e propício à organização poderia reverter tais efeitos.

Baseado em pesquisas acerca dos efeitos ambientais para o desenvolvimento humano (resultantes, em sua maioria, dos efeitos provocados pela guerra), Bettelheim deu ênfase à participação do comportamento dos pais das crianças autistas para o desenvolvimento da doença²⁸. Segundo o autor, "...a falta de respostas satisfatórias por parte daqueles que cuidam dele, poderão forçar prematuramente o bebê a encarar o mundo como simplesmente frustrador..." (Bettelheim, 1987 [1967], p. 49), de modo que ele considerou a participação de emoções negativas dos pais como um desejo inconsciente ou mesmo consciente de morte em relação aos filhos (*op cit.*, p. 72). Por esse motivo, críticas feitas à obra de Bettelheim, e generalizadas à abordagem psicanalítica acerca do autismo, afirmam que o autor culpabilizou os pais destas crianças, causando-lhes sofrimento.

²⁸ Vimos que de 1944 até 1955, Kanner também acreditou haver uma participação das características parentais na etiologia da síndrome.

Devo observar que apesar de Bettelheim dar importância à participação do comportamento parental, sendo crítico a uma hipótese de origem meramente orgânica e irreversível para a síndrome (*op cit.*, p. 49), o autor não descarta a interferência de uma tendência “hereditária para uma sensibilidade excepcionalmente aguda [que] poderá acarretar dificuldades na adaptação” (*op. cit.*, p.376). Neste sentido, ao comparar a experiência da criança autista com a dos prisioneiros dos campos de concentração, Bettelheim não propõe que uma situação difícil seja em si a causa do autismo, pois considera que muitos bebês que passam por privação patogênica apenas desenvolvem uma neurose.

Uma leitura mais acurada de *A Fortaleza Vazia* me permitiu visualizar que o autor considera como fator causal do autismo uma impossibilidade da criança para modificar uma situação adversa, que a impede de reagir ativamente (*op. cit.*, p. 430). Neste sentido, devemos considerar que um desamparo, intrínseco às condições de reação de um bebê, é um pouco diferente de maus tratos. Bettelheim indica que os fatores impeditivos à ação seriam intrínsecos à criança, os quais além de determinarem o desenvolvimento da doença, afetam também seu meio. O autor afirma quanto ao comportamento parental: “não podemos ter a certeza de que suas atitudes e maneira como trataram o filho constituem, por si mesmas, uma causa suficiente. Nem sequer podemos asseverar se, ou a que ponto, trataram a criança como fizeram devido às suas respostas inusitadas.” (*op. cit.*, p. 434).

Bettelheim considera que mesmo chegando-se um dia à conclusão sobre a contribuição parental para a doença, eles não deverão ser culpabilizados, pois teriam agido com os filhos da forma que podiam, e já sofreriam o bastante por sua patologia. Nem mesmo uma patologia materna explicaria a do filho pois segundo o autor:

“não é a atitude materna que produz o autismo, mas sim a reação espontânea da criança a ela [...] a reação autista inicial da criança pode ser provocada por uma série de condições, mas o fato de essa reação temporária converter-se em doença crônica dependerá da resposta do ambiente. Não obstante, tanto a reação original, como o comportamento autista posterior são respostas espontâneas e autônomas por parte da criança.” (*op. cit.*, p. 76).

Deste modo, concluo que Bettelheim não deixou de considerar uma inter-relação de fatores constitucionais e ambientais para o autismo, e que críticas que são feitas ao autor de

responsabilizar os pais pela doença são pouco sustentáveis. Não obstante, a articulação da pesquisa psicanalítica acerca do autismo com a de outras áreas é dificultada por esta leitura e generalização a toda psicanálise, que autores, geralmente da área cognitivista, fazem da obra de Bettelheim.

Happé (1994), por exemplo, realizou uma reconhecida revisão de estudos sobre o autismo, que a autora organiza em três diferentes níveis: comportamental, biológico e cognitivo. Ela faz uma breve e única referência às pesquisas psicanalíticas na introdução de suas explicações sobre o nível *biológico*. Neste tópico, com o subtítulo de “*O mito psicogênico*” (*op. cit.*, p.27), a autora afirma ser Bettelheim (1956²⁹, 1967) a fonte da teoria das “mães geladeira” segundo a qual as crianças tornar-se-iam autistas por uma resposta mal adaptativa a um meio ameaçador e sem amor. Como busquei mostrar, Bettelheim não deixou de considerar que o comportamento parental podia ser uma resposta ao comportamento mal adaptativo da criança, de modo que as críticas feitas ao autor não possuem embasamento teórico e resultam, do meu ponto de vista, de dificuldades na leitura de sua obra. Não nego que grande importância foi dada aos fatores ambientais, e nem que outros psicanalistas, como Winnicott (1996 [1966, 1967]), tenham remetido a problemática do autismo à questão parental, pois segundo este autor, as psicopatologias mesmo estando referidas a um potencial hereditário, estarão na dependência de fatores ambientais para se tornarem atuantes ou não. Em contrapartida, devo apontar que as idéias de Bettelheim não se restringem ao aspecto psicogênico, pois apontam para a intercorrência de fatores hereditários.

Mostrei anteriormente que mesmo Kanner enfrentou dificuldades para determinar em que grau os fatores constitucionais e ambientais contribuem para a síndrome, tendo pesquisado o assunto ao longo de décadas até decidir, em 1968, por um déficit constitucional básico, decisão esta ocorrida portanto um ano após a publicação de *A Fortaleza Vazia*. Tendo sido esta obra fruto da prática clínica desenvolvida por Bettelheim ao longo das décadas de cinquenta e sessenta, não podemos omitir que neste mesmo período Kanner e Eisenberg (1955) chegaram a considerar os pais destas crianças como autistas bem sucedidos.

²⁹ BETTELHEIM, B. (1956). Childhood Schizophrenia as a reaction to extreme situations. *Journal of Orthopsychiatry*, 26, 507-518. (*apud* HAPPÉ, 1994, p. 27). Não conseguimos ter acesso a este texto do autor, de modo que nossas conclusões acerca de sua obra podem estar prejudicadas, o que não desvalida nossa análise de sua obra posterior (1967) – *A Fortaleza Vazia*.

Devido ao objetivo presente nesse estudo de não se restringir a um único paradigma, não pretendo tomar partido quanto aos pontos de vista desenvolvidos ao longo do tempo por diferentes autores, mas fazer um alerta para que leituras tendenciosas não sejam feitas quando da proposição de novas teorias. Como exemplo, cito a seguinte afirmação de Martin Gardner (2000) em seu artigo *The Brutality of Dr. Bettelheim* parece não prestar atenção à ordem temporal dos achados científicos:

“Forte evidência de que o autismo é uma disfunção cerebral tem estado disponível por meio século [o autor não cita referências para esta afirmação], e foi aceita por neurologistas fora da tradição Freudiana. Por um período ele foi chamado de esquizofrenia infantil. Porém, psicanalistas e amadores Freudianos persistiram por décadas em fantasiar que o autismo era de algum modo causado por pais sem ternura, especialmente por frias ‘mães geladeira’. O defensor primeiro desta visão absurda foi o Dr. Bruno Bettelheim.”

Fazendo uma crítica semelhante, Molly Finn (1997), mãe de uma menina autista, havia afirmado sobre Bettelheim que: “seus famosos ataques às mães, especialmente mães de crianças perturbadas e mais especificamente aquelas com crianças autistas, foram nutridos por uma cultura invadida por uma fé cega num Freudianismo simplista e um desejo de encontrar respostas fáceis.” Observo quanto à afirmação da autora que nos dias de hoje o objeto da fé mudou, mas o mesmo desejo permanece, o que fica claro na crítica de Gardner à psicanálise.

Meu ponto de vista é que se as concepções psicogênicas causaram sofrimento nos pais de crianças autistas, a responsabilidade disto não é de Bettelheim e tampouco da Psicanálise, que apenas refletiram um momento histórico onde a questão ambiental foi amplamente abordada, em diferentes áreas de pesquisa do comportamento humano. Quanto ao posicionamento de outros autores psicanalíticos, mostrarei mais à frente que como Bettelheim e Mahler, Tustin, Meltzer, Alvarez e Hobson não negam a participação de um componente etiológico inato para a instauração do autismo, o que não é apontado pelos que culpam a Psicanálise por um “mito psicogênico”.³⁰

³⁰ Curiosamente a expressão parece vir mesmo a calhar, pois tais críticas não deixam de ser outra coisa que não um mito.

Talvez as críticas à psicanálise se devam mais a uma estratégia política de outras áreas do saber para adquirir o apoio da opinião pública, e incentivo financeiro para pesquisa. Muitos críticos de Bettelheim deixaram de comentar que vieram a desenvolver algumas idéias muito próximas do que o autor já teria discutido. Segundo meu ponto de vista, a obra do autor merece maior atenção e reconhecimento quanto aos seguintes aspectos:

- a) Bettelheim sempre teve a preocupação de articular seu pensamento com as idéias desenvolvidas por outros pesquisadores da época nas diferentes áreas de pesquisa, não se restringindo ao meio psicanalítico. Neste sentido, ele até mesmo criticou a idéia então dominante adotada pela psicanálise, de uma suposta "idade dourada do lactente", visão esta que concebe uma "primeira infância como uma época de passividade, como uma idade de narcisismo primário, em que experimentamos o eu como sendo tudo" (1987[1967], p.17). Neste aspecto, como observei anteriormente, para Bettelheim a incapacidade de ação do bebê sobre o meio, permanecendo num estado de total passividade, seria em si patológica, e não ideal para seu desenvolvimento. Além disso, o autor também se posicionou contra a ênfase que era dada pela psicanálise ao erotismo oral nos primeiros momentos do desenvolvimento psíquico, apontando que o bebê faria uso de todo seu aparato sensorio na apreensão do mundo circundante.

Bettelheim analisa que estas concepções adotadas pela psicanálise sustentavam-se no ponto de vista externo do observador sobre o bebê, e observa que se tentarmos analisar a situação do ponto de vista da experiência subjetiva do próprio bebê, a concepção deste como passivo é radicalmente alterada. Ele conclui:

"Como adultos, sabemos quão indefeso é, na realidade, o bebê, mas ele desconhece este fato. E embora nosso ponto de vista pareça objetivamente correto, nada nos informa acerca de sua experiência subjetiva. Contudo, ao projetarmos assim nosso ponto de vista sobre a vida íntima do lactente, estamos criando obstáculos para avaliar corretamente sua experiência psicológica do mundo. Contrariando tais pontos de vista, acredito, por exemplo, que durante a amamentação o bebê é eminentemente ativo com relação ao que, em sua vida, significa um acontecimento central." (*ibid.*)

As críticas de Bettelheim tinham como referência raros trabalhos psicanalíticos, como os de Kohut (*Introspection, Empathy and Psychoanalysis* – 1959)³¹, quanto à passividade inferida ao bebê e de Josselyn (*Concepts Related to Child Development: The Oral Stage* - 1962)³² quanto a um predomínio da oralidade. Discordando deste último aspecto, Bettelheim chama atenção para o fato de que “quase desde seus primeiros dias de vida, o bebê percebe o mundo, presta atenção nele deliberadamente” (*ibid.*), de modo que sua experiência inicial não se restringe à experiência oral. Bettelheim antecipa assim as noções de uma atividade e curiosidade presentes desde o início da vida extra, que serão sistematicamente estudadas na década seguinte por Stern (1974, 1977, 1985), Trevarthen (1977) e Threvarthen e Hubley (1978), dentre outros autores interessados no estudo da interação mãe-bebê.

- b) Tendo compreendido o autismo como uma parada ou regressão do desenvolvimento, a idéia de um desvio deste parece estar também implícita em sua obra. Isto é observável na consideração de Bettelheim sobre o autismo como um “grave distúrbio da infância” (1987 [1967], p. 04), onde a retomada do desenvolvimento não seria tão fácil. Segundo ele, a criança autista ao se isolar defensivamente de um mundo externo ameaçador, “também desiste da entidade que tentava proteger [...] o eu que tentava proteger através da não ação torna-se ainda mais fraco, até que se desintegra pelo seu não uso”. (*op. cit.*, p. 61). Se como vimos no primeiro capítulo, Leboyer (1987) afirma que os estudos atuais sobre o autismo apontam para uma perspectiva desenvolvimentista, notamos que esta visão já era apontada por Bettelheim quando ele afirma acerca de seu modelo teórico:

“o eu, como é aqui encarado, não é uma entidade isolada. É um conjunto de processos internos que se [...] forem interrompidos de forma muito radical, ou se sua deterioração se arrastar demais, a reconstrução tornar-se-á cada vez mais difícil.” (1987 [1967], p. 61).

³¹ KOHUT, H. (1959) – *Introspection, Empathy and Psychoanalysis*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7: 459-487.

³² JOSSELYN, I. M. (1962) – *Concepts Related to Child Development*, 1: *The Oral Stage*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1: 209-224.

- c) A experiência do bebê é concebida por Bettelheim sob um ponto de vista interpessoal. Ele considera que “tanto a realização externa como a satisfação interior, resultam de uma *ação combinada*” nas relações pessoais. (*op. cit.*, p. 62; grifo nosso), onde o desenvolvimento da linguagem e os problemas na comunicação seriam fatores centrais envolvidos no processo ³³(*op. cit.*, p. 79).

Com relação ao processo de interação o autor ora parece dar ênfase ao comportamento do bebê, ora parece enfatizar os fatores ambientais, o que chega a dar a impressão de uma indecisão do autor sobre a interrelação destes fatores. Quanto ao comportamento do bebê ele considera que: “quando um bebê é impedido, *segundo suas próprias condições* (grifo nosso), de ser ativo numa relação, ou quando suas ações não provocam resposta, ele é submergido por uma raiva impotente, tornando-se vítima indefesa das tensões internas.” (*op. cit.* p. 21). Quanto aos fatores ambientais ele sugere que:

“é [o fato de] a experiência de suas próprias ações (choro ou sorriso) passarem despercebidas que o impede de tornar-se um ser humano, porque isso o desencoraja a uma atuação recíproca com outros e, a partir daí, a formar uma personalidade através da qual possa lidar com o meio ambiente.” (*op. cit.*, p. 28).

Para o autor, o autismo não se caracteriza por uma ausência de relação com as pessoas, mas pela relação estabelecida pela criança entre o que lhe acontece e o que experimentou com uma ou um conjunto de pessoas; daí a forma bastante inusitada e idiossincrática como cada uma dessas crianças estabelece as relações (*op. cit.*, p. 99). Segundo minha visão, o fator desencadeante dos problemas de interação seria a resposta inusitada dada pela criança aos adultos, que conseqüentemente tornar-se-iam cada vez menos responsivos a ela. É o que também sugere Bettelheim, que aponta como condições de uma mutualidade na relação: a expectativa da mãe pela

³³ Pesquisas que irão privilegiar um déficit de linguagem e da interação social como centrais no autismo foram iniciadas na década de 80, dentre eles destacamos o desenvolvido por Dawson, G. & Lewy, A. – Arousal, Attention, and the Socioemotional Impairments of Individuals With Autism. In Autism: Nature, Diagnosis & Treatment (1989).

responsividade de seu bebê, e a capacidade deste em responder a ela, existindo na verdade uma eterna situação de adaptação de ambas as partes. (*op. cit.*, p.31).

Outros exemplos da atualidade das concepções de Bettelheim são: uma atenção para com possíveis complicações na área sensorial, concebidas não como um defeito inato do sistema nervoso, mas como uma reação defensiva (Bender, 1959³⁴, *apud* Bettelheim, 1987[1967], p. 65), a influência das primeiras experiências do bebê no seu desenvolvimento cerebral e de suas funções cognitivas (*op. cit.*, p. 434), além de sugerir para o tratamento das crianças autistas sua inserção em grupos de crianças mais responsivas, com um desenvolvimento normal.

Apresentarei no próximo capítulo a complexidade que assumiu a pesquisa do autismo nas diversas linhas de pesquisa desenvolvidas a partir da década de 60.

³⁴ BENDER, L. (1960) – Autism in Children with Mental Deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, 63: 81-86.

2. A COMPLEXIDADE DO TEMA

Diversas teorias já foram construídas para explicar o fenômeno do autismo, tendo seguido, sobretudo no período que vai dos anos 70 até meados da década de 90, uma tendência a segmentar o fenômeno na busca de um déficit primário que explicasse sua etiologia.

Já na década de 60, parte das pesquisas desenvolvidas buscaram uma possível relação entre o autismo e complicações do sistema nervoso central, que seriam expressas em anomalias do eletroencefalograma ou desequilíbrio bioquímico de neurotransmissores, no caso específico do autismo, supunha-se a presença de um excesso de serotonina ou dopamina.

Destaca-se neste período o trabalho de Michael Rutter publicado em 1968³⁵ - *Concepts of Autism – a review of research*, onde o autor posiciona-se definitivamente quanto à participação dos fatores ambientais para a etiologia da síndrome. Segundo ele, era pouco provável que a qualidade do ambiente, mesmo quando acarretasse em privação, fosse um fator determinante da doença. Não obstante, sua importância para o desenvolvimento de déficits secundários não podia ser desconsiderada, já que os fatores emocionais agravariam ou atenuariam os sintomas do autismo (*apud*. Cohen, 2000, p. 47).

Leboyer (1995) afirma que: “depois de 1969, psiquiatras e psicólogos tentaram definir o comportamento de autistas delimitando suas capacidades perceptivas, cognitivas, intelectuais ou lingüísticas.” (p. 139). Inicialmente eles teriam buscado a descoberta de um padrão perceptivo próprio aos autistas, para depois poderem “definir diferentes tipos de respostas anormais, descrevendo em particular jogos e capacidade de imitação, condutas sensório-motoras, memória, atenção e anomalias da audição.” (*op. cit.*, p. 140).

Ao final da década de 70, Rutter³⁶ - *Diagnosis and Definition of Childhood Autism* – ampliou os dois critérios diagnósticos anteriormente propostos por Kanner e Eisenberg em 1955, que eram o *isolamento autístico* e a *necessidade de imutabilidade*. Sua inclusão de quatro novos

³⁵ Rutter, M. (1968) – *Concepts of Autism – a review of research*. in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9:1-25.

³⁶ Rutter, M. (1978) – *Diagnosis and Definition of Childhood Autism*. in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8: 139-161. Plenum Press. New York.

critérios, com o objetivo de diferenciar o autismo de outras síndromes, desloca a ênfase que tinha sido dada a déficits sensoriais e cognitivos para os problemas relacionados à interação social. Vejamos os critérios definidos pelo autor:

- 1) aparecimento dos sintomas antes dos 30 meses,
- 2) prejuízo no desenvolvimento social com características não relacionadas ao nível intelectual,
- 3) atraso e desvio no desenvolvimento da linguagem com características não relacionadas ao nível intelectual, e
- 4) insistência em uniformidade.

O autor pontuou a necessidade de analisar tais critérios através de uma abordagem multiaxial, levando-se em conta a síndrome comportamental, nível intelectual, possível condição médica associada, e a situação psicossocial da criança. (*apud* Cohen, 2000, p. 53).

Também em 1978, outro fato importante ocorreu nos Estados Unidos quanto aos critérios de classificação. A *National Society for Autistic Children* incluiu aos critérios diagnósticos propostos por Rutter o item: *distúrbio na seqüência ou grau do desenvolvimento*. Esse critério, aparentemente, tinha alcance antes político do que científico, pois ao inserir o autismo na categoria de *handicap* possibilitou às famílias recorrerem à previdência social.

Outro importante trabalho acerca dos critérios diagnósticos é publicado no ano seguinte por Lorna Wing e Judith Gould (1979): como resultado de um estudo epidemiológico do qual participaram 35.000 crianças, na busca de um comportamento padrão encontrado nas crianças autistas, as autoras identificaram três tipos de prejuízos presentes nas crianças que tinham um diagnóstico anterior de autismo: *da interação social, na comunicação, e na imaginação e compreensão*. A partir desta observação, constitui-se então a famosa “tríade de Wing”, que permitirá o agrupamento de pacientes em um leque de desordens denominadas de *continuum autístico* ou *espectro autista*. A síndrome clássica de Kanner passa, então, a ser apenas uma

parte do espectro, de modo que a taxa epidemiológica do autismo salta de 4 por 10.000 segundo os critérios de Kanner, para 21 em cada 10.000 nascimentos (Happé, 1994, p. 25).

Na década de 80, os estudos se concentraram na busca de um déficit cognitivo fundamental, resultando em pesquisas sobre atenção e aprendizagem, memória, e sobre julgamento e pensamento. Outras associavam ao déficit cognitivo um outro de linguagem, buscando compreender os prejuízos no desenvolvimento social. Segundo Rutter (1988)³⁷:

“... o diagnóstico do autismo tem variado a ênfase ao longo dos anos, assim como os conceitos têm variado no seu foco de preocupação. Quando o autismo era visto como uma psicose infantil, maior ênfase tendia a ser dada ao comportamento bizarro. Como clínicos e pesquisadores passaram a dar importância aos déficits cognitivos, o foco passou a estar nos prejuízos da linguagem e no desenvolvimento social. Mais recentemente, foi entendido que aquilo que diferencia o autismo de outras desordens do desenvolvimento é o desvio, preferencialmente ao atraso, no processo de desenvolvimento.” (p. 18; *apud* Cohen, 2000, p. 48-49).

2.1 A Diversidade das Linhas de Pesquisa:

Mais recentemente Bosa e Callias (2000) realizaram uma interessante revisão das abordagens desenvolvidas sobre o autismo, organizadas nas seguintes categorias: *psicanálise*, *teoria afetiva*, *teoria da mente*, *teorias neuropsicológicas* e de *processamento da informação*. Tratarei das teorias psicanalíticas no capítulo seguinte, resumindo aqui as outras categorias de pesquisa conforme apontado pelas autoras. Para tal, alterei a ordem por elas proposta, de modo respeitar o surgimento histórico das diferentes vertentes de pensamento:

1) *Teorias Neuropsicológicas e de Processamento da Informação:*

Os estudos atuais sobre déficit cognitivo tiveram como pioneiro o trabalho de Hermelin e O'Connor (1970)³⁸ que testaram como crianças autistas processavam a informação sensorial na resolução de testes de habilidade da memória e motora (*apud*.

³⁷ RUTTER, M. & SHOPLER, R. (1988) – Autism and Pervasive Developmental Disorders – concepts and diagnostic issues. In E. SHOPLER & G. B. MESIBOV (Org.). (pp. 15-36). Diagnosis and Assessment in Autism. New York: Plenum Press.

³⁸ HERMELIN, B. & O'CONNOR, N. (1970). Psychological Experiments with Autistic Children. New York: Pergamon.

Bosa e Callias, *op. cit.*, p. 173). Eles chegaram à conclusão de que estas crianças apresentavam déficits cognitivos específicos como: problemas na percepção, problemas de ordem e significado sem uma deficiência mental associada, uma dificuldade em usar *input* sensorial interno para fazer discriminações na ausência de *feedback* de respostas motoras, além de uma tendência a armazenar e utilizar a informação visual como código³⁹ enquanto crianças não autistas privilegiam códigos verbais e/ou auditivos.

Bosa e Callias (*ibid.*) citam outros estudos acerca dos déficits perceptivos que, apesar de terem como foco uma *hiperseletividade sensorial* (Schreibman e Loucas, 1974⁴⁰), uma *otimização da estimulação sensorial* (Hutt e Hutt, 1968⁴¹; Zentall e Zentall, 1983⁴²), ou a relação entre o *input* sensorial e a modulação da atenção (Ornitz e Ritvo, 1976⁴³), apontam para uma resposta atípica aos estímulos sociais e não-sociais.

2) Teorias Afetivas:

A tese de Kanner de que crianças com autismo sofreriam de uma inabilidade inata para se relacionarem emocionalmente com outras pessoas, serve como base para tais teorias. Ele sugere que o autismo se origina de uma disfunção primária do sistema afetivo - *inabilidade básica e inata para interagir emocionalmente*. Como consequência haveria uma falha no reconhecimento de estados mentais e um prejuízo na habilidade para abstrair e simbolizar. Desta forma, os *deficits* no reconhecimento da emoção e na habilidade de utilizar a linguagem de acordo com o contexto social seriam consequência da disfunção afetiva básica, impedindo a criança de viver a experiência social intersubjetiva. Tais concepções partem do princípio de que a experiência intersubjetiva está associada a uma capacidade inata de perceber e responder à linguagem corporal (como expressão facial, vocal e gestual), a partir da

³⁹ Apesar de apresentarem uma alta resposta fisiológica aos sons, contrasta a passividade que costumam demonstrar a tais estímulos.

⁴⁰ SCHREIBMAN, L. & LOOVAS, O.I. (1974). Rejoinder to Murray's article. *Journal of Humanistic Psychology*, 14, 61-62.

⁴¹ HUTT, C. & HUTT, S.J. (1968). Stereotypy, arousal and autism. *Human Development*, 11, 277-286.

⁴² ZENTAL, S. & ZENTALL, T. (1983). Optimal stimulation: A model of disordered activity and performance in normal and deviant children. *Psychological Bulletin*, 94, 446-471.

⁴³ ORNITZ, E.M. & RITVO, E.R. (1976). The syndrome of autism: A critical review. *The American Journal of Psychiatry*, 133, 609-621.

qual serão inferidas emoções. Assim os bebês teriam a capacidade natural para extrair significado afetivo da fisionomia e das atitudes das pessoas, desenvolvendo a partir daí o conceito de *pessoas com mentes*. Trevarthen (1979)⁴⁴ denominou este processo de desenvolvimento de *intersubjetividade primária* (*apud*. Bosa e Callias, p. 170).

Segundo as autoras, os estudos de Hobson (1986)⁴⁵ e Weeks e Hobson (1987)⁴⁶ constataram que as crianças autistas apresentavam dificuldades em combinar desenhos e fotografias de expressões faciais com imagens correspondentes em vídeo, sugerindo que elas apresentavam um déficit na capacidade de reconhecimento de diferentes emoções. Ao classificarem pilhas de fotografias, as crianças autistas privilegiaram características não-faciais (como roupas, por exemplo), enquanto crianças sem autismo o fizeram com base nas expressões afetivas; tendo também mostrado um comprometimento na capacidade de combinar expressões faciais com gestos e postura congruentes.

Bosa e Callias incluem nessa linha de pesquisa o trabalho de Mundy e Sigman (1989)⁴⁷ sobre *atenção compartilhada*, compreendida como a capacidade de dividir a experiência com objetos / eventos com o outro. O modelo desses autores articula o sistema afetivo com o cognitivo, sem estabelecer uma primazia do primeiro. Segundo Mundy, Sigman e Kasari (1993)⁴⁸, as crianças com autismo demonstram desde muito cedo respostas afetivas atípicas diante da estimulação social, mais especificamente distúrbios na auto-regulação de estímulos.

Bosa e Callias concluem que estas teorias têm em comum o fato de atribuir os déficits sociais a dificuldades na modulação da informação sensorial e da experiência

⁴⁴ TREVARTHEN, C. (1979) – Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In BULOVA, M. (Org.). (pp. 321-347). *Before speech: The beginnings of human communication*. London: Cambridge University.

⁴⁵ HOBSON, P. (1987). The autistic child's appraisal of expressions of emotion: A further study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 27, 671-680.

⁴⁶ WEEKS, S. & HOBSON, P. (1987). The salience of facial expression for autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28:137-151.

⁴⁷ MUNDY, P. & SIGMAN, M. (1989). Specifying the nature of the social impairment in autism. In DAWSON, G. (Org.). (pp.3-21). *Autism: New perspectives on nature, diagnosis, and treatment*. New York: Guilford Press.

⁴⁸ MUNDY, P. SIGMAN, M. & KASARI, C. (1993). The theory of mind and joint attention deficits in autism. In BARON-COHEN et al (Org.). (181-203). *Understanding other minds: Perspectives from autism*. Oxford: Oxford Medical Publications.

perceptiva. Nesta perspectiva, sintomas apresentados como evitação do olhar, reações negativas, e retraimento da interação social, seriam mecanismos controladores de um excesso de estimulação. Darei maior atenção a essa idéia ao discutir o modelo apresentado por Meltzer (1979 [1975]) sobre a *hipersensualidade* apresentada por essas crianças.

3) *Teoria da Função Executiva:*

A hipótese de um comprometimento da função executiva como déficit subjacente ao autismo surgiu em função da semelhança do comportamento autista com o de indivíduos com disfunção cortical pré-frontal – por exemplo, características como inflexibilidade, perseveração, primazia do detalhe e dificuldade de inibição de respostas. A capacidade de planejamento e desenvolvimento de estratégias para atingir metas estaria associada ao funcionamento dos lobos cerebrais frontais (Duncan, 1986⁴⁹; *apud* Bosa e Callias, 2000, p. 173). As crianças com autismo apresentaram maior dificuldade ao executarem tarefas que requeriam flexibilidade cognitiva (mudança de foco de atenção de um padrão de estímulo para outro) reforçando a noção de uma disfunção executiva.

4) *Teoria da Coerência Central:*

Frith (1989)⁵⁰ observa que faltaria às crianças com autismo a tendência natural em reunir partes de informações para produzir um ‘todo’ provido de significado – *coerência central* – (*apud* Bosa e Callias, *op. cit.*, p. 174), já que estas tenderiam a ver partes, em vez de uma figura inteira, dando preferência a uma seqüência randômica, em vez de uma seqüência provida de significado. Essa observação deu origem à hipótese de diferenças no sistema de processamento de informação, tendo Bosa e Callias (*ibid.*) alertado que apesar das semelhanças com a *teoria da disfunção executiva*, a *teoria da coerência central* prediz comprometimento somente naquelas funções executivas associadas à integração de um estímulo dentro de um contexto. Além disto, esta teoria busca explicação não apenas para os déficits, como também para as habilidades preservadas, ou até superiores, nas crianças com autismo.

⁴⁹ DUNCAN, J. (1986). Disorganization of behaviour after frontal lobe damage. *Cognitive Neuropsychology*, 3, 271-290.

⁵⁰ FRITH, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell.

5) *Teoria da Mente:*

Prioriza a capacidade para atribuir estados mentais a outras pessoas e prever o comportamento das mesmas em função destas atribuições (Premack e Woodruff, 1978⁵¹; *apud.* Bosa e Callias, *op. cit.* p. 171). O impulso inicial para essa habilidade seria inato, porém o processo em si seria aprendido através da interação com as figuras de cuidado e com outras pessoas. Através dele, a criança incorpora a psicologia popular disponível em sua cultura. A criança com autismo apresentaria uma dificuldade para desenvolver uma teoria da mente, ou seja, estaria comprometida em sua capacidade para *meta-representar*.

Bosa e Callias (*op. cit.*, p. 172) consideram o conceito de representação, cuja capacidade passa por diferentes estágios ao longo do desenvolvimento, como subjacente ao de teoria da mente. No primeiro ano de vida as representações seriam de um nível primário, permanecendo apenas durante a presença do objeto e caracterizadas pela apreensão do mundo de forma sensorial (Perner, 1991⁵²; *apud.* Bosa e Callias, *op. cit.*, p. 172). Observamos que, segundo este modelo, se o representar neste período tem uma relação direta e restrita com a percepção, torna-se inválida a hipótese de existir neste momento uma atividade mental fantasística ou alucinatória. Apenas no segundo ano de vida, a criança passaria à representação secundária, não necessitando mais da presença do objeto para representá-lo. Nesta idade também estaria apta a diferenciar o real do faz-de-conta, o que seria o início de sua capacidade simbólica ou, como nomeou Leslie (1987⁵³; *apud.* Bosa e Callias, *ibid.*), de *meta-representação*. Esta não está restrita à percepção e presença do objeto pois, mais que uma representação direta do mundo, ocorre neste período uma representação de representações, cujo resultando é a manipulação da própria percepção. A criança passaria a dividir com os outros suas construções de situações imaginárias e, ao compreender nestes o 'faz-de-conta', estabelecer-se-ia uma forma elementar de compreender o estado mental de outrem, suas crenças, desejos e intenções, que seriam os rudimentos de uma teoria da mente.

⁵¹ PREMACK, D. & WOODRUFF, G. (1978). 'Does the chimpanzees have a theory of mind?'. *Behavioral and Brain Science*, 1, 515-526.

⁵² PERNER, J. (1991). *Understanding the representational mind*. Cambridge, MA: MIT.

⁵³ LESLIE, A.M. (1987). Pretence and representations: The origins of 'theory of mind'. *Psychological Review*, 94, 412-426.

Experimentalmente, Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985⁵⁴, *apud* Bosa e Callias, *op. cit.*) investigaram nas crianças com autismo, através do teste das bonecas Sally-Ann, o possível comprometimento da habilidade de usar o contexto social para compreender o que outras pessoas pensam e acreditam. Para estes autores, um dos aspectos fundamentais da *teoria da mente* seria o papel da crença na determinação de uma ação, ou seja, aquilo que a pessoa acredita será mais relevante no desencadeamento de um comportamento do que quaisquer circunstâncias reais. Vejamos a seguir como os autores pesquisaram este aspecto nas crianças autistas.

No experimento, uma boneca (Sally) coloca o seu brinquedo numa caixa e sai da sala. Enquanto isso, outra boneca (Ann) tira o brinquedo da caixa em que Sally o havia deixado, e deposita-o em outra caixa. Pergunta-se então à criança em qual das caixas Sally, ao retornar à sala, provavelmente irá procurar seu brinquedo. Como resultado, as crianças com autismo, ao contrário das crianças com desenvolvimento normal ou deficiência mental, mostraram dificuldades em perceber que Sally não possuía nenhuma informação a respeito da mudança de caixa. Com isso, os autores concluíram que as crianças com autismo demonstram dificuldades em compreender o que Sally pensava, e em predizer seu comportamento com base no pensamento da boneca.

Replicações deste estudo (Prior, Dahlstrom e Squires⁵⁵, 1990; Ozonoff, Pennington e Rogers, 1991⁵⁶; *apud* Bosa e Callias, *op. cit.*) concluíram que as crianças com autismo (exceto aquelas com nível mais alto de funcionamento global e aquelas com *síndrome de Asperger*) apresentam um atraso ou desvio no desenvolvimento da capacidade de desenvolver uma *teoria da mente*; comprometimento este que acarretaria déficits no comportamento social como um todo e na linguagem.

⁵⁴ BARON-COHEN, S., LESLIE, A.M. & FRITH, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46.

⁵⁵ PRIOR, M.R., DAHLSTROM, B. & SQUIRES, T.L. (1990). Autistic children's knowledge of thinking and feeling states in other people. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 31, 587-602.

⁵⁶ OZONOFF, S., PENNINGTON, B.F. & ROGERS, S. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals. Relation to the theory of mind. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 32, 1081-1105.

Baron-Cohen propõe em seu trabalho de 1995 - *Mindblindness*⁵⁷, outro modelo para explicar o desenvolvimento do sistema representacional, denominando-o de sistema de leitura da mente - *mindreading* (apud. Bosa e Callias, 2000, p. 173). Nesse modelo é incluída a idéia de um mecanismo de *atenção compartilhada*, o qual possibilitaria a criança além de construir representações entre o agente da ação e o objeto referente desta ação (*representação diádica*) poder compreender que ambos estariam compartilhando uma mesma intenção (*representação triádica*), processo este que só se viabiliza através do recebimento de informações sobre o estado perceptual do agente que serão associadas ao seu próprio. Em seguida, entraria em cena no processo representacional o dispositivo de *teoria da mente*, que habilitaria a criança a interpretar o comportamento não somente em termos volitivos e perceptuais, mas também epistêmicos (pensamento, conhecimento, crença, etc.). Segundo o autor, estes dois dispositivos estariam deficitários nas crianças com autismo.

Não abordarei a discussão feita por Bosa e Callias (2000) das contribuições e limitações de cada uma destas teorias. Não obstante, destaco sua observação quanto à necessidade de se operacionalizar e poder integrar diferentes linhas de pesquisa, que é minha perspectiva de estudo.

Antes de finalizar este capítulo, devo incluir nessa análise de diferentes linhas de pesquisa as teorias de cunho genético, dentre as quais darei destaque àquelas que inter-relacionam fatores genéticos e ambientais.

6) *Teorias Genéticas:*

Leboyer (1991) considera que as pesquisas genéticas foram inauguradas pelo próprio Kanner, que no artigo de 1954⁵⁸ *To what extent is early infantile autism determined by constitutional inadequacies?* sugeriu a existência de um distúrbio constitucional ou genético que acarretaria danos à relação da criança com o mundo externo. A despeito dessa hipótese, até a década de 80 nenhuma evidência consistente foi encontrada em

⁵⁷ BARON-COHEN, S. (1995). *Mindblindness*. Cambridge, MA: MIT.

⁵⁸ KANNER, L. (1954). *To what extent is early infantile autism determined by constitutional inadequacies?* *Res. Publ. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis.*, 33, 378-385.

análises de cariótipo, mesmo considerando a síndrome do X frágil manifesta por alguns autistas com deficiência mental. (*op. cit.* p. 50).

Em pesquisas mais recentes, Lyon e Gadiisseux (1991)⁵⁹ consideram a probabilidade de que anomalias no desenvolvimento dos sistemas *motivacional* e *emocional*, constituídos ainda durante o desenvolvimento embrionário do cérebro, sejam de origem genética. Das pesquisas sobre as anormalidades do cromossomo X que prejudicam o desenvolvimento neuronal (X-frágil, esclerose tuberosa, ou síndrome de Asperger), os autores apenas puderam concluir que parece haver nas crianças que vão se tornar autistas, já no primeiro mês de desenvolvimento intra-uterino, defeitos cerebrais microscópicos. Segundo os autores, é provável que as diferenças de desenvolvimento mental encontradas entre casos de autismo, distúrbios pervasivos, ou distúrbios de processos cognitivos mais elevados que acarretam em prejuízos específicos da linguagem ou em dislexia, dependam de quando e onde os defeitos genéticos de base se tornem expressos. Ou seja, a desorganização dos reguladores de crescimento cerebral seria o déficit primário, cujos drásticos efeitos são percebidos somente ao longo do desenvolvimento algum tempo depois do nascimento. (*apud* Trevarthen, Aitken, Papoudi e Robarts, 1998, p. 79-80).

Dentre pesquisas neurobiológicas, destaco a seguir as que privilegiam, além dos mecanismos neurobiológicos (que guiam o desenvolvimento infantil), a influência que terá o comportamento do próprio indivíduo sobre tais mecanismos ainda em processo de maturação. Tal modelo integra as hipóteses constitucionais e psicogênicas, entendidas estas últimas como as influências que o meio terá sobre o comportamento do bebê, e o comportamento deste em resposta. Nelson e Bloom (1997), a partir do progresso nos campos da genética molecular e biologia celular, mostraram que não somente os *genes reguladores* vão esculpir o cérebro, mas poderão ser também modificados por eventos intrínsecos e extrínsecos a seu processo formador. Para esses autores, mesmo os estágios mais precoces do desenvolvimento neuronal podem ser alterados pela experiência com o meio externo. Como exemplo da plasticidade

⁵⁹ LYON, G. & GADISSEUX, J.F. (1991). Structural abnormalities of the brain in developmental disorders. In RUTTER, M. & CASAER, P. (Eds.). (pp. 1-19). *Biological Risk Factors for Psychosocial Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.

neuronal após o nascimento, eles citam os efeitos percebidos no desenvolvimento cerebral de animais imaturos quando na presença de *stress* materno precoce (Jacobs et al., 1995⁶⁰, *apud* Nelson e Bloom, 1997, p. 980). Estes achados colocam em dúvida a idéia de que a maioria dos aspectos do desenvolvimento cerebral, durante os períodos pré e pós-natal, reflete rigidamente programas genéticos deterministas.

Nessa mesma vertente de pensamento, Greenough e Black (1992)⁶¹ desenvolvem a idéia de que muitos aspectos do desenvolvimento cerebral dependerão da experiência, e propõem dois mecanismos principais - *experience-expectant synaptogenesis* e *experience-dependent synaptogenesis* - através dos quais sinapses serão formadas ou guiadas pela experiência. O substrato estrutural da “expectação” seria uma superprodução temporária e despadronizada de sinapses que, dispersas numa área relativamente extensa durante um período propício ao desenvolvimento neuronal, sofrerão subsequente recuo em relação às que não tiverem formado conexões neste período, como que respondendo a uma ‘lei do desuso’. A experiência adquirida produzirá uma atividade organizada dos neurônios, presumivelmente apontando aquelas sinapses a serem selecionadas para preservação (*apud* Nelson e Bloom, *op. cit.*, p.980). Nesta hipótese, que considero mais compatível com um modelo de desenvolvimento global, os contatos sinápticos seriam inicialmente transitórios, necessitando de algum tipo de confirmação, através do uso, para a continuação de sua sobrevivência. Se as sinapses não forem confirmadas ou estabilizadas irão regredir de acordo com uma “agenda do desenvolvimento” ou por competição com outras sinapses confirmadas.

O objetivo desse capítulo foi mostrar que existem tantas hipóteses etiológicas sobre o autismo quantos são os mecanismos privilegiados por cada teoria. A importância da trajetória conceitual apresentada relaciona-se com o fato de podermos melhor observar o ponto em que se encontram atualmente os estudos sobre o autismo. Observo, por exemplo, que no momento atual as perspectivas teóricas voltam-se mais para um esforço de síntese, deixando de fazer

⁶⁰ JACOBS, B. et al. (1995). Developmental changes in brain metabolism in sedated rhesus macaques and vervet monkeys revealed by positrons emission tomography. *Cerebral Cortex*, 3, 222-223.

⁶¹ GREENOUGH, W.T. & BLACK, J.E. (1992). Introduction of brain structure by experience: Substrates for cognitive development. In GUNNAR, M.R. & NELSON, C.A. (Eds). (pp. 155-200). *Minnesota Symposia on Child Psychology: Developmental Neuroscience*, 24. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

sentido divergências entre teorias psicodinâmicas e biológicas. Como aponta Leboyer (1995, p. 39), um modelo intermediário às duas vertentes é proposto atualmente, onde “a criança é considerada biologicamente deficiente e vulnerável, tendo os pais dificuldade em ajudá-la”.

Concebo a problemática do autismo nesta encruzilhada, sendo necessária uma discussão sobre qual estatuto pode atualmente ser mantido para o trabalho com o autismo a partir do referencial teórico psicanalítico articulado aos achados de outras áreas do saber. Para que eu possa desenvolver esta questão no quarto capítulo, devo mostrar inicialmente o percurso teórico adotado pela Escola Inglesa de Psicanálise acerca do autismo, o que faço a seguir.

3. O AUTISMO SEGUNDO A ESCOLA INGLESA DE PSICANÁLISE

Discutirei nesse capítulo os trabalhos desenvolvidos por Frances Tustin e Donald Meltzer, psicanalistas que seguindo a tradição da *Escola Inglesa* dedicaram-se ao estudo do autismo infantil. Deste modo, restrinjo minha análise das teorias psicanalíticas acerca do autismo à pesquisa desenvolvidas pela Escola Inglesa de Psicanálise, deixando de discutir as contribuições da vertente estruturalista francesa. Esta escolha ultrapassa uma necessidade de recorte do objeto de estudo, sendo justificada pelo pioneirismo de Frances Tustin na pesquisa do autismo, além da postura atualmente adotada por autores da Escola Inglesa, com a qual me identifico, de buscar uma articulação teórica com outras vertentes de pensamento, sobretudo da Psicologia do Desenvolvimento.

Antes de iniciar a análise dos trabalhos desenvolvidos por autores desta escola, um esclarecimento quanto ao seu posicionamento frente ao diagnóstico diferencial do autismo com a esquizofrenia e psicose infantil deve ser feito.

Mesmo que Kanner (1943) tenha considerado necessário distinguir o *autismo infantil primário* da *esquizofrenia infantil*, a psicanálise e a psiquiatria (especialmente em solo francês) o consideraram ainda por algumas décadas como uma variação da esquizofrenia infantil ou como uma psicose⁶². Discuti anteriormente que uma maior preocupação dos psiquiatras com critérios diagnósticos do autismo se deu a partir de 1968 com o trabalho de Michael Rutter, sendo tais critérios “consolidados” apenas na década de 80, quando nos manuais estatísticos de doenças o autismo é retirado da categoria de psicose.

Devemos observar que a pesquisa psicanalítica do autismo foi iniciada já na década de 50, sob influência dos estudos de Melanie Klein acerca da psicose na infância⁶³. Por este motivo, a

⁶² O Manual Estatístico Internacional de Doenças apenas retirou o autismo da categoria das psicoses em 1987 (DSM-III-R), quando deixa de ser considerado uma psicose da infância e passa a pertencer à categoria dos distúrbios do desenvolvimento.

⁶³ Como Hobson (1993^a, p. 19), alguns autores que se dedicam ao estudo psicanalítico do autismo observam que Melanie Klein (1930) considerou seu caso ‘Dick’ como intrigantemente diferente dos casos de psicose da infância já por ela tratados, sendo a descrição realizada pela autora muito próxima à fenomenologia do autismo descrita por Kanner em 1943. KLEIN, M. (1975[1930]). The importance of symbol formation in the development of the ego. In Melanie Klein, *Love, Guilt, Reparation, and other works/1921-1945*, p. 219-232. London: Hogarth. *apud*. Hobson, 1993^a.

posição adotada pelos psicanalistas que seguem a tradição inglesa nem sempre distinguiu rigidamente o *autismo* da *psicose infantil*. Grande parte destes autores considerou ser o autismo uma forma de psicose - Mahler (1961) e Meltzer (1979), tendo Frances Tustin o considerado assim até recentemente (1990^a, p. 43), quando passou a concebê-lo como uma defesa posta em prática pela criança contra a psicose, representando um desvio do desenvolvimento⁶⁴.

Adoto nesse estudo a concepção de Tustin (1990^a) de ser o autismo um desvio do desenvolvimento, sem deixar de mostrar que esta autora chegou a adotar por muito tempo a idéia da doença como uma regressão a um estado inicial do desenvolvimento normal.

3.1 Frances Tustin em suas Primeiras Considerações:

A clínica de Tustin com crianças “psicóticas” teve início na década de 50, sendo que apenas em 1966 a autora publicou seu primeiro artigo sobre o autismo⁶⁵. Esta autora foi dentre os psicanalistas de sua época a que mais se dedicou à clínica e ao estudo do autismo, prevalecendo em sua obra o caráter clínico herdado da tradição da *Escola Inglesa*, sob influência da teoria de Melanie Klein. Ainda desta escola, Tustin sofreu influência de Wilfred Bion e Donald Meltzer, e também de autores que seguiram outras tradições como Margaret Mahler e Winnicott. Esteve presente ao longo de quase toda a obra de Tustin a noção desenvolvida por Mahler de um bebê que nasce em estado de total dependência em relação à mãe, o que seria uma fase de *autismo normal* na qual prevalece uma não-integração pulsional. Nesta fase inicial do desenvolvimento seria necessário que o bebê fosse *contido* (noção

⁶⁴ Os autores de orientação lacaniana também não apresentam unanimidade quanto ao diagnóstico diferencial entre autismo e psicose. Alguns referem o autismo a um momento anterior à constituição da estrutura psicótica, não se tratando de estruturas equivalentes. Lefort (1990) caracteriza o autismo como uma quarta estrutura; Yankelovich (1994) e Soler (1997) tendem a considerá-lo como uma *a-estrutura*, estando apenas referido à problemática psicótica. Bruno (1991) afirma fazer o autismo parte da psicose; sendo o ponto central de seu questionamento a distinção entre paranóia e esquizofrenia. O autismo estaria referido a esta última, determinada por uma fixação no auto-crotismo; enquanto que a paranóia seria determinada por uma escolha narcísica de objeto. Sobre os comentários de Lacan (1969), ver Laurent (1985).

⁶⁵ TUSTIN, F. (1966) – A Significant Element in the Development of Autism. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 7.

desenvolvida por Bion, 1959) através da *atenção materna* (noção desenvolvida por Winnicott, 1958⁶⁶).

Frances Tustin considerou em seu primeiro livro *Autismo e Psicose Infantil* (1975[1972]), que o *autismo infantil precoce* descrito por Kanner (1944) seria uma forma de psicose, resultante de uma parada ou regressão do desenvolvimento psicológico a uma fase muito primitiva, chamada de *fase autística normal*⁶⁷.

Ao descrever o processo de instauração do autismo Tustin chega a considerar a possível participação de danos constitucionais (sejam pulsionais ou orgânicos), enfatizando a influência dos fatores ambientais para alguns casos (Tustin, 1975[1972], p.36). Os fatores ambientais são representados principalmente por traços depressivos que estariam presentes na maioria das mães quando do nascimento das crianças que desenvolveram o autismo.

Estando deprimida, a mãe teria dificuldades para exercer sua função de *conter*⁶⁸ as ansiedades de seu bebê; vejamos como se dá esta função materna com as crianças autistas: quando deprimidas, as mães não conseguiriam servir de “receptáculo” para as ansiedades de seu bebê. Este, por já apresentar um *comprometimento inato da capacidade de ligar sensações* (*op. cit.*, p.67), tende à fragmentação psíquica nos momentos de separação com a mãe, vivendo uma *depressão psicótica*⁶⁹. Na busca de autocontenção o bebê autista passaria a fazer um uso excessivo de sensações provenientes do próprio corpo (Tustin, 1975[1972], p.37), o que acaba por impedir sua apreensão do mundo externo e o desenvolvimento da *capacidade de pensamento* (Bion, 1959, 1962).

⁶⁶ WINNICOTT, D.W. (1959). *Collected Papers*. London: Tavistock. (*apud.* Tustin, 1975, p. 75).

⁶⁷ Paralelamente à noção implícita de um *desenvolvimento psicológico cujo curso se desviou do habitual* (Tustin, 1975[1972], p. 9), a autora privilegiou por muito tempo, sob influência de Margaret Mahler, a idéia de uma fase autística normal do desenvolvimento, abandonada apenas ao final de sua obra, pouco antes de sua morte, quando a autora, revisando todo seu trabalho, define o autismo como um desvio do desenvolvimento.

⁶⁸ Através da atenção e cuidados maternos onde esteja presente o contato afetivo entre mãe e criança. Tustin deu maior atenção à obra de Bion em seu trabalho seguinte (Tustin, 1985[1981]), de modo que apresentaremos as idéias de Bion mais detalhadamente no próximo tópico, antes de discutirmos o segundo livro da autora.

⁶⁹ Tustin cunha este termo baseada no que Winnicott (1990 [1963], p. 200) chamou de *depressão esquizóide*, na qual o bebê se depararia com a perda de um objeto do qual ainda não se diferenciou, vivenciando-a como a perda de uma parte de seu próprio corpo. Numa fase posterior do desenvolvimento, onde a diferenciação e reconhecimento do objeto já teriam ocorrido, sua perda não será mais vivida como fragmentação corporal, sendo vivenciada pela criança uma *depressão reativa*.

Diferentes situações foram observadas por Tustin quanto ao desenvolvimento inicial das crianças por ela estudadas, o que levou a autora a subdividir o autismo infantil em três tipos, de acordo com o fator causal predominante. São eles: *Autismo Primário Anormal (APA)*, *Autismo Secundário Encapsulado (ASE)* e *Autismo Secundário Regressivo (ASR)*, e suas características resumirei a seguir:

- a) *Autismo Primário Anormal (APA)*, ou *tipo ameba* - seria um prolongamento anormal da fase de *autismo normal*, devido a uma “ausência quase total (ou parcial) do que é básico para que a criança seja criada e nutrida de forma relativamente equilibrada” (p.83). Os fatores precipitantes de tal condição seriam graves deficiências das figuras de cuidado (depressão materna, por exemplo) e/ou impedimentos intrínsecos à criança (surdez, atraso mental, paralisia cerebral, atonia e hipotonia muscular, ou uma constituição emocional difícil).

Estes casos, segundo a autora, são bem ilustrados pelo estudo de René Spitz ([1965]) sobre a *depressão anaclítica*, vivida por bebês vítimas de privação afetiva total (*hospitalismo*). Estes bebês, institucionalizados e mantidos geralmente em populosos berçários, passavam muito tempo sozinhos, tendo “contato” com uma figura de cuidados sempre de forma rápida e mecânica, nos momentos de serem alimentados (por mamadeira) e limpos. Desta maneira, ocorre uma ausência quase total de estimulação sensorial que os impossibilitava de encontrarem alívio (*contenção*) para os estados de excitação interna, levando-os a um estado de marasmo ou mesmo à morte, antes de dois anos e meio de idade.

Fazendo referência à discussão de Bowlby (1969)⁷⁰ sobre a necessidade que o bebê humano tem de ser não apenas alimentado, mas de ser também estimulado sensorialmente, Tustin conclui que uma estimulação inadequada impediria a criança de “*desenvolver a capacidade de se dar conta do mundo externo*” (Tustin, 1975[1972], p. 85 / grifo nosso). É o que ocorre no APA, onde os bebês compensam a falta de estimulação concentrando-se nas sensações provenientes do próprio corpo, e as tornam mais intensas do que deveriam ser na realidade.

⁷⁰ BOWLBY, J. (1951). *Attachment and Loss*. Vol. I 'Attachment'. London: Hogarth Press.

Tustin constatou casos de recuperação de crianças com APA, o que considera como indicador de que fatores constitucionais⁷¹ não determinam a instauração do autismo, mas sim os fatores de privação ambiental (*op. cit.*, p.124). Esta hipótese pode ser questionada por pesquisas recentes como a de Skuse (1993)⁷² que, demonstrando em estudos longitudinais a recuperação de crianças vítimas de privação sensorial total, propõe exatamente o contrário, a saber, que a privação ambiental não é suficiente para a instauração de um autismo, devendo haver para este uma base constitucional determinante. Este ponto de vista estaria rejeitando a definição de *Autismo Primário Anormal*, considerando estes sujeitos como *vítimas de privação sensorial total*. Na verdade, estes casos onde estiveram envolvidas privações sensoriais não seriam mais considerados na classificação proposta pela autora em seu trabalho seguinte (1981). Quando de sua análise, buscarei mostrar também que os efeitos da depressão materna, apesar de contribuírem, não serão mais considerados tão determinantes para o desenvolvimento da doença.

Na perspectiva que adoto para esse estudo, tanto déficits orgânicos (como nos casos de paralisia infantil e outras encefalopatias) como privações sensoriais, causadas por fatores ambientais (depressão materna, intervenção médico-cirúrgica precoce seguida de internação, negligência, etc.), produzem na criança a mesma experiência de incapacidade e inadequação, com conseqüências muito próximas. Conforme discutido por Lapalus, Didier e Tramacere (1991) – *Réflexions sur la sémiologie corporelle des nourrissons incompetents [handicapés ou psychotiques]*, não faz muito sentido uma distinção entre causa orgânica (lesão, erro genético) e psíquica nos primeiros momentos do desenvolvimento, de modo que considero mais eficaz um investimento por parte dos profissionais e familiares no sentido de buscarmos meios que promovam e possam melhorar a qualidade de relacionamento interpessoal da criança. Voltemos à classificação proposta pela autora.

- b) *Autismo Secundário Encapsulado (ASE)* ou *tipo crustáceo*: representa também uma forma de defesa, através do isolamento, onde prevalece um fator traumático desencadeado não mais por deficiências ambientais (externas), mas por um fator

⁷¹ Inclusive determinantes genéticos (Tustin, 1975[1972], p.151).

⁷² SKUSE, D. H. (1993) – Extreme deprivation in early childhood. In: BISHOP, D. & MOGFORD, K. Language Development in Exceptional Circumstances. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

constitucional⁷³ que interfere na relação do bebê com a mãe. O autismo surgiria como defesa a um sentimento de pânico causado no bebê por sua percepção “deficitária ou anormal” (1975[1972], p. 118 / grifo nosso) de separação corporal com a mãe.

Segundo Tustin (*op. cit.*):

“a tenra infância lhes trouxe mudanças ou alterações demasiado súbitas e desnorteadoras perante as quais experimentam um sentimento de separação corporal absolutamente aterrorizante, a que terão, daí por diante, de escapar a todo custo”. (p.92)

As hipóteses propostas pela autora para explicar esta percepção exagerada de separação corporal com a mãe seriam um “talento inato” da criança para perceber as coisas diferenciadamente, uma hipersensibilidade de um ou mais órgãos dos sentidos⁷⁴ ou uma inteligência global fora do normal (Tustin, 1975[1972], p.90). Não obstante, esses fatores podem estar associados a fatores ambientais (uma mãe preocupada, insegura ou deprimida, que não poderá dar à criança a *començão* necessária, mudanças freqüentes de ambiente, separação prolongada gerada por hospitalização precoce da criança ou da mãe, falecimento desta ou adoção, etc.), que agravariam o quadro. Devo ressaltar que Tustin (*op. cit.*, p. 95) pontua a necessidade de não culpabilizarmos as mães destas crianças que, pelas condições dos filhos, trazem uma longa história de tensão emocional, posicionando-se contra descrições estereotipadas destas mães como “refrigeradores” ou “superobjetivas” (*op. cit.*, p. 147).

Enquanto no APA, como conseqüência da carência de estimulação, a criança não realiza a diferenciação do mundo “externo”, no ASE esta se dá de maneira aterrorizante, sendo encoberta defensivamente pelo hiper-investimento de sensações provenientes do próprio corpo ou pelo uso estereotipado de objetos e do próprio corpo, ambos levando a uma forma de transe auto-induzido. Ao explicar este uso de sensações produzidas por substâncias corporais ou pela manipulação de objetos no mundo externo, Tustin introduz o conceito de *objetos*

⁷³ O autismo é concebido nesta fase inicial da obra de Tustin como uma defesa aos fatores ambientais; mesmo nos casos em que o fator pulsional (constitucional) predomina. A noção de defesa prevalece à noção de déficit visto os efeitos se darem na/e pela relação defensiva, através de alucinação negativa, que o bebê terá com o meio (Tustin, 1972:119). Discutiremos no último capítulo que a introdução da noção de déficit na pesquisa psicanalítica do autismo não foi fácil, tendo ocorrido apenas recentemente e mediante modificações teórico-clínicas.

⁷⁴ É importante notarmos que as pesquisas experimentais acerca de déficits sensoriais no autismo são desta mesma época, ver nota de rodapé, p. 6 desse estudo.

autísticos (1975[1972], p. 73) que, fazendo parte do desenvolvimento normal, no autismo teriam seu uso defensivamente intensificado. Os *objetos autísticos* têm como paradigma a manutenção do estado de satisfação proporcionado pelo *mamilo-na-boca*, sendo inicialmente vivenciados pelas sensações e substâncias produzidas pelo próprio corpo, depois pelos sons produzidos pela criança e pela manipulação de objetos presentes no mundo externo. Sua função normal é a de constituição e manutenção de um primeiro eu, devendo futuramente se transformar em objetos *transicionais*, quando passam à função de um “primeiro não-eu que a criança toma posse” (*op. cit.*, p. 75)⁷⁵.

No ASE, o uso excessivo e defensivo dos *objetos-sensação* permite à criança evitar os “aspectos assustadores de não-eu”, negando a percepção de separação com o mundo externo. Assim, ficam prejudicados: seu sentimento de corporeidade, já que a criança não consegue manter nem elaborar uma distinção dentro / fora (1975[1972], p. 128), e o desenvolvimento do pensamento e da consciência. A ausência de comunicação verbal e não verbal vem agravar o isolamento da criança. Curiosamente, o desenvolvimento físico/corporal geralmente progride de forma satisfatória, separado do psicológico. (*op. cit.*, p. 133).

- c) *Autismo Secundário Regressivo* (ASR) ou *Esquizofrenia Infantil* – toma por base a descrição feita por Bleuler (1913)⁷⁶ do uso de fantasias nos pacientes esquizofrênicos. Além da capacidade fantasmática, o ASR teria em comum com a esquizofrenia do adulto a interrupção do desenvolvimento psicológico, que por um período parecia seguir o curso normal (Tustin, 1975[1972], p. 99).

Diferente das crianças com ASE, que não apresentariam vida fantasmática em seu uso estereotipado e idiossincrático de sensações e objetos, as crianças com ASR alcançam um desenvolvimento cognitivo, onde o fantasiar permanece intimamente ligado às sensações corporais. É também “no corpo” onde os processos de defesa do ASR ocorrem, predominando processos de *splitting* resultantes da fragmentação do objeto e do eu. Estas crianças teriam passado pela fase de *autismo primário* de modo anormal e, como consequência, seu desenvolvimento ulterior se dá de modo frágil,

⁷⁵ O que diferencia a *função de objeto autístico* da *função de objeto transicional* não são suas propriedades, mas o uso dado a estes pela criança.

⁷⁶ BLEULER, E. (1913). *Autistic Thinking*. *Amer. J. Insanity*, 69.

desmoroando quando a criança percebe que tem entidade corporal. O processo de divisão (*splitting*) ocorre não como tentativa de negar a separação corporal com a mãe, mas sim porque esta diferenciação, apesar de alcançada, não se mantém.

Para encerrar esse resumo da classificação proposta por Tustin em seu primeiro livro, mostro sucintamente como a autora descreve o aspecto cognitivo dos três tipos de autismo: as crianças com APA chegariam a desenvolver “ilhas” de pensamento. O ASE, pela negação do mundo externo, teria o processo de pensamento inibido. Já no ASR ele estará presente, sendo porém confuso e desintegrado (*op. cit.*, p. 102). Contribuindo para os déficits cognitivos, Tustin sugere a provável presença de um tipo de déficit perceptivo (sensorial) no APA, e de atenção no ASE e ASR. (Tustin, 1975[1972], p. 118).

Considero que se a obra de Tustin apresenta neste momento inicial uma marcante influência de Margareth Mahler, principalmente quanto ao aspecto regressivo a uma *fase autística normal* do desenvolvimento precoce, também aponta para os problemas “sensoriais”, que eram o foco da pesquisa contemporânea de seu antigo orientador Donald Meltzer, a ser publicada em 1975⁷⁷.

Donald Meltzer (1979[1975]), por sua vez, priorizou a influência dos problemas “sensoriais” no desenvolvimento mental das crianças autistas, com marcado interesse pelo trabalho de Wilfred Bion acerca do desenvolvimento da *capacidade de pensar*. Como a influência de Meltzer estará presente no trabalho seguinte de Tustin (1981 [1984]), onde a autora enfatiza as contribuições de Bion, desenvolvo no próximo tópico um breve resumo da pesquisa de Meltzer e discuto também algumas idéias de Bion, antes de prosseguir com a análise da obra de Tustin.

⁷⁷ MELTZER, D. [et al.] (1979[1975]). Exploracion del Autismo: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Editorial Paidós.

3.2 Donald Meltzer e a *Hipersensualidade* no Autismo:

Donald Meltzer publicou junto a colaboradores *Explorations in Autism* (1975 [1979]), um trabalho teórico resultante da experiência clínica que tiveram ao longo de alguns anos com crianças autistas. Sob forte influência da obra de Wilfred Bion, Meltzer (1975 [1979]) deu ênfase em sua pesquisa aos processos de pensamento, que ele considerava estarem prejudicados nas crianças autistas.

Antes de discutir as idéias de Meltzer acerca do autismo, devo esclarecer que para Bion (1988[1957]) ocorre nos estados psicóticos uma dificuldade no controle do uso da *identificação projetiva*⁷⁸. Segundo este autor, o bebê “normal” no início de seu desenvolvimento projetaria na mãe as sensações intensas que ainda não pode elaborar, de modo que ela, através de sua capacidade de *reverie*⁷⁹, as contenha, elabore, e posteriormente devolva ao bebê num grau suportável. Para Bion, a *identificação projetiva* seria o primeiro modo de comunicação entre mãe e bebê, e além de representar a origem da *capacidade de pensar*, serve em algumas situações como um mecanismo de defesa.

Os bebês “psicóticos” teriam dificuldade em receber os conteúdos mentais elaborados pela mãe, em virtude de uma excessiva agressividade e inveja da capacidade reparadora materna. Neste sentido, a principal fonte dos ‘ataques’ aos conteúdos maternos seria uma disposição inata do bebê, seu excesso de *pulsão de morte* que o impede de suportar a função reparadora materna (Bion, 1988[1957]). Em dificuldade, o bebê projetaria de forma cada vez mais intensa seus conteúdos mentais, sem conseguir novamente introjetá-los, e assim o problema tende a aumentar progressivamente. Os fatores constitucionais seriam determinantes, como o autor sugere na seguinte passagem (Bion, 1988[1959]):

⁷⁸ Sobre este mecanismo ver BION (1988) e O'SHAUGHNESSY (1981).

⁷⁹ Capacidade da mãe de poder receber e conter os estados afetivos muito intensos de seu bebê, devolvendo-os (através de seus cuidados, acompanhados de uma carga afetiva), em um momento posterior, quando já teriam sido elaborados e numa intensidade que o bebê possa recebê-los.

“deverei me reportar às características inatas e ao papel que desempenham as mesmas na produção de ataques do bebê a tudo que o ligue ao seio [...] A gravidade desses ataques é incrementada se a mãe demonstra [...] falta de receptividade [...] sendo diminuída, porém não abolida, se a mãe puder introjetar as sensações do bebê e manter-se equilibrada. Persiste a gravidade, em virtude de o bebê psicótico estar sobrecarregado de ódio e inveja da capacidade de a mãe [quando esta não possui dificuldades para exercer sua capacidade de *reverie*] conservar um estado de espírito agradável apesar de experimentar as sensações do bebê.” (p. 97).

Apesar de conceber a excessiva agressividade e inveja do bebê como constitucionais, Bion afirma ainda que alguns fatores ambientais contribuem também para a dificuldade do bebê em fazer uso da *identificação projetiva*, como a dificuldade que determinadas mães teriam em exercer a função de *continência*⁸⁰.

Ao tomar como base as idéias de Bion, Donald Meltzer (1979 [1975]) veio sugerir que as crianças que se tornam autistas apresentam ao nascer uma *hipersensualidade* que as impossibilita de suportar as relações iniciais com os objetos, dos quais a mãe seria o primeiro (especialmente na experiência do bebê com o seio). Observo que para Meltzer, o que está em primeiro plano na causa do autismo é um problema de estrutura mental da criança, mesmo que a dificuldade da relação mãe-bebê seja em muitos casos agravada por uma mãe deprimida ou que, não conseguindo exercer sua capacidade de *reverie* torna-se fortemente identificada com seu bebê, experimentando as primeiras experiências de seu filho como suas⁸¹.

Agravada ou minimizada pelos fatores ambientais, a *hipersensualidade* manteria a criança presa a uma única percepção sensorial que, de tão pregnante, tenderia a “apagar” sensações simultâneas, impedindo a primitiva função mental de estabelecer vínculos por associação, e dificultando a formação de um objeto materno coerente e total (a organização da experiência ao seio). Como apontei no primeiro capítulo, a participação de problemas sensoriais na etiologia do autismo foi pesquisada por Ornitz e Ritvo numa série de estudos

⁸⁰ Por motivos semelhantes aos considerados por Tustin acerca da *depressão psicótica*, discutidos nesse estudo na página 50.

⁸¹ Esta última situação indicaria traços psicóticos da mãe, às vezes momentâneos, quando do nascimento de seu bebê.

neurofisiológicos e neuroanatômicos a partir de 1968⁸², aos quais Meltzer não faz nenhuma referência. Mesmo acreditando que ele não desconhecia essas pesquisas, devo observar que ao utilizar o termo *hipersensualidade*, e não hipersensorialidade (daí termos utilizado aspas anteriormente), o trabalho de Meltzer se insere numa perspectiva metapsicológica, a qual propõe pensar acerca das fases iniciais de constituição psíquica na criança autista, por mais comprometidas que sejam.

Se para Meltzer (1979[1975]) a percepção do objeto materno está suscetível à fragmentação em suas partes constituintes, como reflexo disso a mente do bebê permanece também fragmentada, não sendo nem um nem o outro, mãe e bebê, capazes de conter-se mutuamente, o que interrompe o desenvolvimento mental. Este processo acarretaria no que Meltzer chama de *estado de desmentalização (mindlessness)* do autismo infantil precoce. Segundo o autor, o estado de *mindlessness* é caracterizado por uma suspensão imediata, porém transitória, da atividade mental e das relações de objeto, na qual a experiência do bebê constitui-se mais de fatos que de acontecimentos significativos capazes de serem armazenados como símbolos mnêmicos. Reflexo disso seria o tipo de contato estabelecido pela criança autista com o terapeuta, onde as freqüentes suspensões da relação transferencial estariam mais próximas de seqüelas neurofisiológicas cerebrais que de atos psíquicos⁸³. (Meltzer, 1979, p. 12).

Na verdade Meltzer considerou o *estado autista* como transitório, pois as crianças quando encaminhadas para tratamento, e cada vez mais a partir deste, já estariam vivenciando o que o autor chamou de estado *pós-autista* (*op. cit.*, p. 13-14), marcado por comportamentos obsessivos e métodos primitivos de controle onipotente que interferem na diferenciação das fantasias e conseqüentemente dos objetos internos (*op. cit.*, p. 182). Do meu ponto de vista, o estado *pós-autista* representa o resultado de esforços feitos pela criança em estabelecer, de acordo com suas capacidades, relações com objetos e pessoas (neste último caso, na maioria das vezes, com uma dificuldade maior).

⁸² ORNITZ, E. M. & RITVO, E. R. (1968) - Perceptual Inconstancy in Early Infantile Autism. Archives of General Psychiatry, 18, 76-98; *apud* Dawson, G. & Lewy, A. - Arousal, Attention, and the Socioemotional Impairments of Individuals With Autism. In Autism: Nature, Diagnosis & Treatment (1989).

⁸³ Sobre este aspecto, ver LAPALUS, G., DIDIER, J., TRAMACERE, M. (1991).

Segundo Meltzer (1975 [1979]), nos estados pós-autistas a *hipersensualidade* ainda está presente e confere à experiência da criança uma qualidade bidimensional, como se ela permanecesse “colada” aos objetos, o que o autor descreve em sua impressão de que a criança parece estar forçada “a ir de objeto a objeto, de modalidade sensorial a modalidade sensorial.” (*op. cit.*, p. 50), como se seus objetos e sua capacidade de construção mental permanecessem bastante próximos de seus conteúdos corporais. Sendo assim, a dificuldade no desenvolvimento das capacidades mentais seria uma consequência da necessidade que a criança tem de recorrer a um só modo de percepção sensorial, pois os símbolos através dos quais sua mente poderia vir a se desenvolver parecem ligados fisicamente aos objetos externos (*op.cit.*, p. 58), de modo que as experiências de frustração serão experienciadas como o desaparecimento (perda) do próprio objeto.

Não sendo a mente da criança capaz de “conter” uma existência do objeto (organizá-lo como tal), não pode elaborar um luto, processo esse que seria necessário à sua simbolização. Assim, toda experiência de separação acarreta numa perda absoluta que leva a criança a um estado de desespero e angústia. Em contrapartida, e num ciclo vicioso, a criança põe em prática defesas maníacas e onipotentes, buscando incessantemente outro objeto para chupar, acariciar, olhar ou sentir, ou seja, um outro “objeto” que lhe propicie sensações.

Se, para Meltzer, a simbolização e mesmo a organização íntegra do objeto não conseguem se estabelecer no autismo, eu sugiro que a ideia defendida por Tustin de o autismo surgir como uma defesa à consciência de separação precoce do objeto não tem sustentação. Mesmo que Meltzer tenha considerado que nos momentos de separação está presente um fator traumático, do seu ponto de vista este fator se aproxima mais de um *déficit sensual* que impossibilita à criança a percepção, o reconhecimento e o uso da mãe como objeto *contínente*, e conseqüentemente o desenvolvimento de seus conteúdos mentais (Alvarez, 1994, p. 200). Desse modo, o autor se distancia da noção de defesa.

3.3 Tustin, de Mahler a Bion:

Percebo uma maior influência das idéias de Meltzer no trabalho de Tustin publicado em 1981 - *Estados Autísticos em Crianças* (1984[1981]), uma compilação de monografias apresentadas pela autora em conferências realizadas de 1976 a 1980 no Instituto de Neuropsiquiatria Infantil da Universidade de Roma. Este trabalho reflete novamente a preocupação da autora em melhor esquematizar suas idéias, além de poder situá-las no panorama teórico-científico da época ao propor articulações e confrontações com outras linhas de pesquisa e tratamento. Não encontrei neste trabalho da autora grande alteração de seu corpo teórico. Mesmo que seu caráter seja de revisão, considero importante sua discussão visto Tustin reformular suas categorias classificatórias do autismo e desenvolver o conceito do que chamou de *objetos autísticos*.

Ao iniciar *Estados Autísticos em Crianças*, Tustin propõe uma diferenciação entre *autismo primário normal* e *autismo patológico*, propondo uma aproximação do que chama de *autismo normal* com a fase do *auto-erotismo* proposto por Freud (1914), na qual, segundo Tustin (1984 [1981]), “pessoas e coisas exteriores raramente são usadas ou vistas como possuidoras de existência separada. São experimentadas como uma extensão das atividades corporais e em termos de experiência sensual”. (p. 14). Predominando neste período do desenvolvimento uma auto-sensualidade, este tipo de investimento se dá através do uso de *objetos autísticos* e de *objetos confusionais*, que serão discutidos mais à frente.

A *fase autística normal* teria a função de preparar a criança para a percepção e aceitação de uma vida fora do útero (Tustin, 1984[1981]), p.107), como se houvesse a manutenção de um útero externo através da *reverie* materna. Quando por fatores inatos ou ambientais a criança se dá conta muito cedo da separação com o corpo da mãe, sofre experiências desorganizadoras de angústia. Se estas forem muito intensas, algumas crianças poderão desenvolver o *autismo anormal* como *manobra protetora*. Neste sentido, um superinvestimento das sensações provenientes do próprio corpo passa a negar os estímulos externos, bloqueando a percepção e conseqüentemente “o uso da mãe para auxiliá-la a escolher experiências sensoriais.” (*op. cit.*, p. 185). A influência de Meltzer neste momento da obra de Tustin fica clara no seguinte depoimento da autora:

"Em minha experiência, os estados de hipersensibilidade das crianças psicóticas surgem quando a consciência de separação corporal não pode ser evitada e os buracos do corpo são sentidos como devassados. Tais crianças têm pouca capacidade para o ajuste apropriado de experiências sensoriais. Este ajuste geralmente ocorre quando as percepções são desenvolvidas através de experiências interagentes com o mundo exterior. Os controles de uma criança psicótica são da espécie de 'tudo ou nada'. Ou um 'tampão' autístico está dentro ou está fora. Ou ela é destituída de sensações ou é inundada por elas". (Tustin, 1984[1981], p. 181-182).

A autora afirma que os esforços da mãe para entrar em contato com o bebê psicótico são em vão, o que sugere uma menor influência dos fatores ambientais. Tendo como referência o trabalho em que Winnicott (1958)⁸⁴ propõe que a mãe do recém nascido vive um estado de hipersensibilidade em relação ao bebê (*apud.*, Tustin, 1984[1981], p. 21), Tustin sugere que o bebê "normal" também viveria num estado de responsividade hipersensibilizada, de modo a facilitar sua ligação com a mãe. Mas como nos casos de psicose a ligação entre mãe e criança não ocorre, a criança ficaria exposta à mesma hipersensibilidade, que não facilita a ligação e a faz viver toda experiência de separação como aterradora (*ibid.*).

Tustin parece reconhecer uma maior participação de fatores constitucionais na etiologia do autismo quando cita as hipóteses de Stein (1967)⁸⁵ e Fordham (1976)⁸⁶ sobre reações psicossomáticas auto-ímmunes do bebê que acarretariam em danos ao desenvolvimento cerebral e no autismo (*apud.* Tustin, 1984 [1981], p. 23). Estes estudos levaram-na à conclusão de que "a sensualidade afeta o funcionamento metabólico e é afetada por ele", não podendo a psicose infantil "ser atribuída a causas puramente psicogênicas." (*op. cit.*, p. 27).

Neste sentido, Tustin faz um alerta quanto ao prejuízo epistemológico causado pela oposição entre psicodinamicistas e organicistas, considerando ser difícil separar fatores orgânicos, metabólicos e psicogênicos numa fase tão precoce do desenvolvimento infantil (*ibid.*). Não obstante, a autora reafirma a necessidade de esforços quanto ao diagnóstico diferencial, de modo que seja avaliado o grau de participação de cada um dos fatores etiológicos, a saber, constitucionais ou ambientais. Este cuidado é necessário quanto à indicação de psicoterapia

⁸⁴ WINNICOTT, D.W. (1958). Transitional Objects and Transitional Phenomena. In *Collected Papers*, London, Tavistock.

⁸⁵ STEIN, L. (1967). Introducing Not-Self. *J. Analyt. Psychol.*, 12, 2.

⁸⁶ FORDHAM, M. (1976). *The Self and Autism*, London: Heinemann Medical.

que, segundo ela, pode ajudar somente aquelas crianças onde prevalecem fatores psicogênicos (1984[1981], p.28), tendo pouco ou nenhum alcance terapêutico nos casos onde o fator orgânico for significativo (*op. cit.*, p.34).

A autora formula que o tratamento deverá levar em consideração a hipersensibilidade inata da criança psicótica, de modo que possa auxiliá-la num processo de integração, tomando cuidado para não vir a agravar seu estado. Neste sentido, Tustin critica algumas técnicas então utilizadas. Ela diz:

“Nosso objetivo é facilitar as integrações primárias de modo que elas [as crianças] comecem a tolerar o fato de que ‘áspero’ e ‘liso’, ‘doce’ e ‘amargo’, ‘duro’ e ‘macio’, o globo de ‘luz’ e a vasta ‘escuridão’, ‘agradável’ e ‘desagradável’ são todas experiências de ‘eu’. Como estes contrários se encontram dentro do ‘eu’, ela começa a tolerar o fato de que estes também se encontram no ‘não-eu’. [...] As técnicas que buscam estimular a criança psicótica pela cócega, carícia ou abraço são cruéis e provavelmente reforçam sua auto-sensualidade hiper-reativa. Precisamos ajudá-la a modificar o uso que faz da auto-sensualidade patológica [...] assim ajudaremos a criança a se voltar para os seres humanos que, cuidando dela através dos pormenores do cotidiano, a capacitarão a processar suas experiências sensoriais no relacionamento com outras pessoas, pelo desenvolvimento de atividades expressivas e pelas percepções e conceitos que a capacitarão a viver no mundo comum.” (1984[1981], p. 186).

Tustin também critica algumas técnicas, provavelmente comportamentais, que tentam fazer da criança um ser social, defendendo mais uma vez a idéia de que um trabalho anterior à socialização deveria ser feito no nível da integração sensorial. Ela diz:

“se as integrações básicas são desenvolvidas, a criança começa a se relacionar com seus pais e com o terapeuta sem que tenhamos que fazer muito para isto [...] Antes que possa começar a ter relacionamentos autênticos com outras pessoas, a criança psicótica necessita desenvolver um verdadeiro senso de eu (*self*) e tudo que isto implica.” (Tustin, 1984[1981], p. 208).

Devo observar que quando Tustin afirma ser suficiente o *desenvolvimento de integrações básicas* para que os relacionamentos se dêem sem esforços, parece não estar considerando a base do problema como relacional. Estaria ela sugerindo que o déficit primário no autismo é sensorial, e deste modo sustentando a posição, talvez simplista, de que só podemos considerar

o déficit como relacional quando da existência de um *verdadeiro senso de eu (self)*? Considero que esta questão merece maior atenção em virtude da complexidade das noções de *self* presentes na obra de Winnicott, mas não poderei aprofundá-la neste estudo. Posso apenas sugerir que uma resposta inicial pareceria positiva quando Tustin considera que, no tratamento da criança, “precisamos voltar às origens autísticas normais, que são não-sociais, de modo a dar-lhes oportunidade para desenvolver de maneira ordenada aquelas estruturas sensoriais básicas em que desenvolvimentos posteriores podem ser firmemente estabelecidos”. (1984[1981], p. 238-239). Não obstante, o que a autora pretende dizer com “voltar às origens autísticas normais”? Percebo neste momento de sua obra uma dificuldade em articular a noção de déficit, que está presente na idéia de Meltzer acerca de uma *hipersensualidade* inata, com a noção de defesa presente no modelo de Mahler quanto a uma regressão à *fase autística normal*. Neste aspecto, quando em diversas passagens de seu texto Tustin demonstra ter conhecimento de pesquisas acerca de déficits sensoriais ou perceptivos, ela mantém sua hipótese de uma *consciência precoce de separação* como fator desencadeante da “manobra protetora”⁸⁷ que seria o autismo.

Estaria a autora considerando que apesar de déficits sensoriais estarem presentes, estes não seriam determinantes para a instauração do autismo, sendo ainda necessário que a criança vivencie os momentos de separação como traumáticos? A resposta parece ser negativa, pois, para Tustin, mesmo que seja encontrado nas anamneses destas crianças um histórico de separação física precoce da mãe, são “as situações primitivas infantis [...] em que, por várias razões, experiências de ‘ligação’ ainda não se estabeleceram ou estabeleceram-se de uma maneira muito insegura” (1984[1981], p. 74) que predisõem à psicose. Tustin postula então que se a separação precoce não leva necessariamente ao desenvolvimento da psicose, “em muitos casos [de autismo] há uma vulnerabilidade constitucional ou uma peculiaridade genética dentro da criança” (*op. cit.*, p.108). A autora critica inclusive as “generalizações globais prejudiciais de anos anteriores, quando as mães tinham que assumir a ‘culpa’ pelas desordens trágicas de seus filhos”. (*ibid.*).

⁸⁷ Considerado agora pela autora como “um fenômeno muito mais primitivo que as defesas”. (Tustin, 1984, p.71)

Para que possa levantar outras questões sobre o modelo proposto por Tustin, mostrarei a seguir a classificação que passa a ser proposta pela autora (1984[1981]), ainda considerando ser o autismo uma manifestação da psicose infantil: o autismo é subdividido em apenas duas categorias: *estados autísticos de encapsulamento* e *estados autísticos confusionais*, que têm como um dos parâmetros de identificação o uso peculiar que cada um destes tipos de criança fará dos objetos.

- a) *Estados Autísticos de Encapsulamento* – seria o caso dos bebês que, não estando preparados, sofreram na fase de autismo normal a experiência precoce (consciência) de separação em relação à mãe. Como proteção à experiência de fragmentação sensual, pois a mãe ainda era experimentada como parte do corpo, a criança tem reações auto-sensuais que produzem um delírio de fusão com a sensação objetal, chamado pela autora de *delírio de encapsulamento*. Este pode ser *global* ou *de segmentos*. (Tustin, 1984[1981], p. 36).

O *encapsulamento global* está presente nas crianças que a autora chama de *tipo concha*, que permanecem num estado global de não integração e indiferenciação (*manobra autística patológica primária*). Segundo a autora seriam as crianças que mais se aproximam da descrição de Kanner (1943).

Por ocorrer o encapsulamento em estágio precoce do desenvolvimento, este tipo de crianças não chega a desenvolver a fala, o uso da fantasia e pensamentos (Tustin, 1984[1981], p.37), permanecendo sua experiência num “nível superficial físico, concreto e tátil.” (*op. cit.*, p. 46).

Segundo Tustin, a criança *tipo concha* (encapsulamento global) “permanece dormente, esperando por condições propícias para seu desenvolvimento”. Como em estado de ‘stand by’, teria melhores condições de melhora, pois necessita apenas retomar o desenvolvimento que ficou paralisado, e por esta característica seria o tipo de criança autista que melhor responde ao tratamento (Tustin, 1984[1981], p. 48). Segundo a autora, as “reações de encapsulamento [global] impedem este [tipo de autismo] de se deteriorar na desintegração e confusão características das crianças confusionais”, de modo a representar uma defesa contra o encapsulamento por segmentos (*op. cit.*, p. 50).

O *encapsulamento por segmentos* é encontrado nas crianças descritas por Meltzer (1975), nas quais o funcionamento psíquico e as percepções do mundo externo vão se dar de forma seccionada. Geralmente chegam a desenvolver a fala, embora ecológica e com inversão pronominal, o que seria um indicativo de mau prognóstico. Sua integração sensitiva tornou-se prejudicada e gera dificuldades, de modo que a criança apresentaria múltiplos eus (*selves*), um gustativo, outro olfatório, outro tátil, etc., como se cada impressão sensual estivesse relacionada a diferentes “mães” e diferentes “eus”.

As crianças encapsuladas fazem uso de *objetos autísticos*, que têm a função de mantê-las neste estado. Os *objetos autísticos* são peculiares a cada criança, de uso idiossincrático e estereotipado, já que frequentemente não correspondem à função para que são construídos, quase não tendo o propósito de fantasiar, mas sim de negar a existência ou separação com o mundo externo através de uma qualidade ritualística e bizarra, impedindo o desenvolvimento mental. Ao trazerem uma satisfação sensual quase que instantânea (Tustin, 1984[1981], p. 132), esses objetos impedem a espera necessária entre antecipação e realização do objeto que conduz a atividades simbólicas como fantasia, lembrança e pensamentos. Se a fantasia chega a se fazer presente, está associada às sensações corporais, e não ao objeto e suas funções. Na verdade, o *objeto autístico* serve apenas como propiciador de sensações corporais, é na verdade um *objeto-sensação* (*op. cit.*, p. 133) que serve sempre ao mesmo objetivo, por mais variado que seja em sua forma física.

Dentre os objetos utilizados com propósito autístico, na maioria das vezes objetos formados de material duro, poderão estar também as palavras, as quais terão maior importância quanto à sonoridade - não há distinção das homófonas - e não quanto a seu significado ou uso comunicativo. Por este motivo, a autora observa que a escassez simbólica nestas crianças deve ser cuidadosamente levada em conta na clínica, onde em vez de se falar de sentimentos como amor, agressão e ciúme, fará mais sentido falar sobre tensão, pânico, raiva e rivais predatórios (*op. cit.*, p. 148).

O aspecto fugaz do uso dos objetos autísticos impossibilita a criança de entrar em contato com os cuidados oferecidos pelas figuras humanas as quais poderiam modificar seus terrores. Desse modo, a vivência hipersensual é sentida pela criança como ameaça de um ataque

corporal e de aniquilação, quando partes muito excitantes de seus corpos são experienciadas como se tivessem sido arrancadas por predadores não-eu (Tustin, 1984[1981], p. 132). Tal caráter predatório me leva a pensar se na verdade uma hipersensualidade constitucional não tornaria o contato com os humanos algo aterrorizante, de modo que a mãe, em vez de continente, representaria um “predador”, tornado mais aterrorizante se sua capacidade de *reverie* estiver comprometida. Deixo esta hipótese para ser discutida mais à frente, após encerrar a apresentação do segundo tipo de autismo.

- b) *Estados Autísticos Confusionais*: estão presentes em crianças que apresentam traços comuns a adultos esquizofrênicos, tendo sido constatado por Tustin uma maior prevalência de esquizofrenia em seu *background* familiar. Embora a autora não chegue a considerar todas estas crianças como esquizofrênicas, é freqüente nelas a presença de alucinações (ausentes nas crianças encapsuladas, salvo quando progridem no tratamento)⁸⁸.

A autora considera ser difícil distinguir as crianças *confusionais* das *encapsuladas*, mas propõe que, enquanto nas encapsuladas predomina uma situação de ‘controle’, nas confusionais predomina um ‘engolfamento’ e ‘embaraço’ da situação mãe-criança. Isso significa que enquanto as *encapsuladas* estão num estado de *potencial não diferenciado*, negando através de suas manobras protetoras a existência do não-eu (só há experiência de eu para ela), as crianças *confusionais* vivem num estado de caos, sem nenhum senso de eu (Tustin, 1984[1981], p. 58). Um traço diferencial mais objetivo seria que as crianças encapsuladas evitam o contato olho-a-olho, enquanto as confusionais não, sendo inclusive responsivas.

Os objetos utilizados por estas crianças são também *confusionais*, geralmente de consistência macia. Podem ser idiossincráticos (como os autísticos) ou comuns aos utilizados por outras crianças. Estes últimos serão, entretanto, utilizados de um modo particular, compulsivo, e nunca compartilhado. Geralmente os confundimos com *objetos transicionais*, cuja função é a de lidar e padronizar tensões relacionadas com a ausência do outro, mas diferente destes, os

⁸⁸ Acreditamos que o tipo *confusional* descrito por Tustin seja equivalente ao diagnóstico de esquizofrenia infantil dado pela Psiquiatria.

objetos confusionais servem para desviar a atenção da criança das situações de não-eu, evitando a tensão associada. (*op. cit.*, p. 152).

Ao discutir sobre o modo de processamento de sensações nas crianças autistas, Tustin cita hipóteses de psiquiatras orgânicos acerca de uma '*disfunção no processamento da força sensoria consumida*' (*op. cit.*, p. 185), aceitando que tal disfunção poderia estar relacionada a danos em áreas cerebrais. Entretanto Tustin afirma que estas disfunções poderiam ser também causadas por um uso excessivo de *objetos autísticos e confusionais*, "que bloqueiam à criança o uso da mãe para auxiliá-la a escolher experiências sensoriais" (*ibid.*). Esta afirmação da autora me faz levantar outras questões: se tais objetos são criados como forma de evitar a consciência de separação, subentende-se que esta já teria se dado, mas se eles evitam o uso da mãe, como esta será perdida? Teria a criança já experienciado um primeiro uso da mãe, e por tê-la perdido passaria a utilizar os *objetos autísticos e confusionais* para evitar uma nova experiência de perda? Além disso, como conceber a consciência de um *não-eu* se a criança está ainda num estágio de auto-erotismo, onde nem mesmo um eu estaria presente?

Talvez nos aproxime de uma resposta a consideração da autora de que uma consciência social não poderá se desenvolver até que o bebê atinja um senso de eu (*self*) separado dos outros eus (*selves*), momento este que representaria o nascimento psicológico (Tustin, 1984[1981], p. 226). A autora considera que no início da vida o bebê, mesmo apresentando uma *busca* objetual baseada em padrões externos, como o sorriso em resposta, não tem ainda uma *referência* de objeto, que seria uma consciência dos seres a que responde enquanto separados de si. A problemática do autismo parece assim estar referida à fase de *auto-erotismo*, quando uma consciência de não-eu poderia ser explicada, adotando-se o modelo de Meltzer, pela experiência de "mutilação" vivida pela criança quando separada do objeto. Entretanto, esta não parece ser a explicação adotada por Tustin, que estaria mais próxima da perspectiva bioniana de uma *pré-concepção* do objeto⁸⁹.

⁸⁹ Tustin confirma esta minha hipótese em sua "Carta a Claude Allione"; in O Autismo (1990), Letra Freudiana ano XIV, 14: 81.

Segundo Bion (1988[1959]), existe na psique infantil, desde o nascimento, uma *pré-concepção* do objeto, que é uma expectativa/prontidão para encontrá-lo. Quando o contato com o objeto é consumado, a pré-concepção realiza-se. Todavia, quando a criança não consegue vivenciar a mãe como *continente* de suas sensações, a realização/encontro pode ser inviabilizada (pelos já citados fatores ambientais - depressão ou ausência de *reverie* materna, ou excesso de pulsão de morte na criança). Nesta perspectiva, a não realização do *objeto-sensação materno* causa uma desorganização pulsional e uma hipercatexia de sensações corporais, o que se assemelha à consideração de Tustin (1984 [1981]) de que as crianças psicóticas:

“... se sentem eternamente dependentes de objetos auto-sensuais para suas seguranças e jamais desenvolvem recursos interiores resistentes e maleáveis originados da *confiança* e do *esforço de cooperação* com os pais vivamente responsivos, que são gradualmente experimentados como separados e diferentes do próprio corpo delas. *Expectativas sensuais são desenvolvidas muito além das capacidades dos seres humanos de satisfazê-las* (grifo nosso); assim, a criança está sempre em estado de insatisfação, que é liberado por mais atividades autísticas. É uma espiral ascendente.” (p. 99).

Do meu ponto de vista, a consciência de separação corporal a que se refere Tustin é de ordem descritiva do observador, um postulado necessário, mas que não pode fazer parte da experiência da criança, e conseqüentemente não poderia gerar um trauma de separação⁹⁰. Sugiro que um episódio como este seria vivenciado pela criança, trazendo conseqüências para seu desenvolvimento, sendo o fator traumático constituído apenas a posteriori, a partir de seus efeitos e com sua repetição.

Tustin desenvolveu em seu trabalho seguinte - *Barreiras Autistas em Pacientes Neuróticos* (1990^a[1986]) a idéia da presença de núcleos autísticos psicogênicos em pacientes neuróticos⁹¹. Neste trabalho Tustin propõe novamente uma revisão de sua teoria, mantendo a tese básica de que o autismo surge como uma defesa à percepção precoce de um estado de

⁹⁰ O que estaria de acordo com a crítica feita por Bettelheim à psicanálise, discutida aqui na página 31.

⁹¹ A partir desta concepção, questiono se problemas associados à falhas no *attachment*, tendo em comum uma problemática intersubjetiva, não produziriam configurações clínicas que apesar de diferentes, se aproximariam da experiência de isolamento/aniquilamento representacional do autismo (Hobson, 1993^b, p. 179). Alguns modelos teóricos que, do meu ponto de vista, permitem esta aproximação são o de André Green (1988), acerca do narcisismo, e os de Abraham e Torok (1995) ou Lambotte (1997), acerca da melancolia.

separação física da mãe, não havendo, do meu ponto de vista, alterações significativas a serem discutidas.

Em seu último livro, *The Protective Shell in Infants and Adults* (1990^b), Tustin propõe uma recapitulação de suas idéias, afirmando ser esta sua contribuição final para a pesquisa psicoterapêutica do autismo. Não há nele uma alteração de suas idéias fundamentais, mas é surpreendente neste trabalho o caráter de síntese de toda sua obra. Tustin continua buscando uma articulação teórica com outras disciplinas, dando a impressão de tentar uma aproximação, se não teórica, ao menos com o jargão utilizado pelas pesquisas da Psicologia de base cognitivista. Uma das reformulações propostas seria de que suas hipóteses não se desenvolvem em termos de estágios, fases ou posições do desenvolvimento (apesar de manter a idéia de uma fase de autismo normal), mas sim de *estados de consciência*, ou melhor *estados de sensações*, já que os sentidos seriam os órgãos primários de consciência.

Tustin refere-se aos autistas como “prematuros psicológicos” (1990^b, p. 59), por passarem pela experiência de separação corporal sem estarem prontos para suportá-la, o que sugere uma participação determinante de fatores constitucionais. Estes, segundo a autora, são importantes para a compreensão do grau de autismo presente em cada indivíduo. A autora afirma também que: “o autismo é uma proteção auto-sensual de um tipo de reflexo automático que é natural em todos nós, mas que pode tornar-se hiper-utilizado de um modo tão massivo e exclusivo que constitui uma patologia.” (Tustin, 1990^h, p. 31).

A autora toma o cuidado de considerar que a criança que desenvolveu o autismo teria sido hipersensitiva, fato este que tornou as funções maternas sempre insatisfatórias às suas necessidades, e como conseqüência a criança constitui um ego prematuro e anormal. (*op. cit.*, p. 87). Ainda segundo Tustin, a criança autista apresentaria uma inabilidade para desenvolver um relacionamento básico e primário com a mãe (*op. cit.*, p. 92), de modo que as reações psicogênicas representam um resultado da complicada interação de fatores constitucionais e ambientais, de balanço diferenciado em cada caso. Uma privação materna pode ter diferentes

efeitos para diferentes crianças (*op. cit.*, p. 86), e a depressão materna chega a ser discutida pela autora⁹².

Também é relevante a referência feita ao trabalho de Hobson (1986)⁹³ sobre déficits na empatia das crianças autistas, com o objetivo de explicar sua incapacidade para a identificação e conseqüentemente para lidarem com mudanças. A questão identificatória é apontada por Tustin como prioritária para a compreensão do autismo pois, se existe uma "incapacidade" neste sentido, a criança autista que participa do experimento da boneca Sally (Frith et al., 1985)⁹⁴ não estaria mostrando uma dificuldade em desenvolver uma teoria da mente, mas uma dificuldade para se identificar com a boneca, de modo a poder se imaginar em seu lugar, o que seria anterior à capacidade de formular uma *teoria da mente*, que implica um *self* já constituído (Tustin, 1990^b, p. 104).

Ao pensar o autismo como um dano da capacidade interpessoal, o que discutirei no capítulo seguinte, discordo dos modelos da *teoria da mente* – Leslie (1987)⁹⁵, Frith (1989)⁹⁶, já que esta é suposta formar-se por volta dos três anos de idade. Frente a esta dificuldade, Baron-Cohen et al. (1992)⁹⁷ elaboraram o C.H.A.T. (*Check-list for Autism in Toddlers*), que através da análise do jogo e interesse social, do 'faz de conta', da atenção compartilhada, do apontar proto-declarativo e da imitação, permite detectar a presença da síndrome já aos dezoito meses.

Numa abordagem pragmática, pesquisas realizadas na França por Delion et al. (1998) buscam detectar nos bebês, antes dos dezoito meses, sinais de evitamento relacional, o que os colocaria sob um *risco autístico*. Estes autores realizam um trabalho de atenção primária, fornecendo às famílias destes bebês atenção clínica e intervindo na interação dos pais com o bebê (providenciando intervenções médicas quando necessárias), ao mesmo tempo em que

⁹² Com relação a esse aspecto, Tustin cita o trabalho de O'GORMON, G. (1967) - *The Nature of Childhood Autism*. Butterworth. – para quem a depressão materna, de base hormonal, produz um efeito hormonal também na criança, que por "contágio" desenvolve também uma depressão (Tustin, 1990, p. 22).

⁹³ HOBSON, R.P. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *J. Child Psychol. And Psychiatry* (in press). *apud*. TUSTIN, 1990[1986].

⁹⁴ BARON-COHEN, S., LESLIE, A.M. & FRITH, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46.

⁹⁵ LESLIE, A.M. (1987). Pretence and representations: The origins of 'theory of mind'. *Psychological Review*, 94, 412-426.

⁹⁶ FRITH, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell.

⁹⁷ BARON-COHEN, S. Et al. (1992) – Can Autism be Detected at 18 Months? The Needle, the Haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-43

investiga sinais precoces do autismo. Curiosamente, ao longo do período de intervenção nos bebês de risco, os autores não chegaram a diagnosticar nenhum caso de autismo. Ao contrário, os sinais precoces de evitamento relacional foram dissipados, o que sugere a possibilidade de uma intervenção precoce evitar o desenvolvimento da doença.

Como resultado das pesquisas que buscam sinais cada vez mais precoces do autismo, parece configurar-se a hipótese de que os fenômenos cognitivos emergem dos contatos sócio-emocionais, estes últimos como os precursores de uma *teoria da mente*. Não obstante, considero ser de pouca ajuda a adoção de uma perspectiva genética de anterioridade dos processos afetivos aos cognitivos, ou outra que conceba os danos cognitivos como responsáveis por problemas na interação social, afinal, ambos os aspectos seriam concomitantes e indissociáveis. A partir dessa perspectiva, é mais pertinente, em consonância com Hobson (1993^a), pensar o autismo como uma *desordem da intersubjetividade*, que além de acarretar dificuldades para o autista compreender as relações interpessoais, tem relação com as origens da capacidade simbólica.

O processo identificatório serve também para demarcar uma diferença que Tustin (1990^b, p. 67) propõe entre psicose e autismo: a criança psicótica estaria emaranhada ou confundida com a mãe, através de identificações projetivas, enquanto a criança autista não conseguiria realizar projeções, permanecendo *aderida* à mãe a fim de negar sua separação⁹⁸. Portanto, o autismo estaria associado a um momento anterior à consciência de separação, estando a criança impossibilitada de realizar identificações.

Quanto ao tratamento, Tustin considera neste trabalho que a situação terapêutica tem a função de uma “incubadora” que propicie cuidados intensivos à criança. A situação traumática de separação precoce é reapresentada inúmeras vezes na transferência, cabendo ao terapeuta *conter* mentalmente a criança, através de sua atenção, cuidado e preocupação; só assim a criança começará a *conter* experiências em sua própria mente (daí a importância de manutenção do *setting*), reduzindo o uso de defesas autísticas e desenvolvendo um sentimento de confiança nos seres humanos (*op. cit.*, p. 59).

⁹⁸ Tustin nomeia este processo de *equação* ou *identificação adesiva*, baseada nas idéias de Esther Bick (1987[1968], 1986).

3.4 Tempo para Revisão:

Um ano após a edição de seu último livro, Tustin publicou o artigo *Revised Understandings of Psychogenic Autism* (1991), onde a autora desenvolve importantes revisões em sua teoria.

Em primeiro lugar, a autora reconhece ter cometido um erro ao seguir a direção geral de autores psicanalíticos que utilizam o termo autismo para referir tanto a um estágio precoce do desenvolvimento como a uma patologia específica⁹⁹. Ela considera ser mais correto e mais esclarecedor, se o termo *autismo* for reservado a certas condições patológicas específicas onde houvesse ausência de relacionamentos humanos e um total empobrecimento de vida mental e emocional. Esses fatores seriam resultantes de um precoce e aberrante desenvolvimento dos procedimentos de bloqueio da percepção (Tustin, 1991, p. 585).

Serviram de base para a mudança da perspectiva de Tustin os estudos observacionais realizados na década de 70 por Brazelton (1970)¹⁰⁰, Bower (1978)¹⁰¹, Trevarthen (1979)¹⁰² e Stern (1985 [1992]). Essas pesquisas demonstraram a presença no bebê, desde o início do desenvolvimento normal, de períodos de percepção alerta e busca ativa, o que inviabiliza a idéia de ser o autismo uma parada ou regressão a um estágio normal do desenvolvimento.

Tustin afirma ser difícil para aqueles que trabalhavam naquela perspectiva aceitar a mudança, o que se constata pelo tempo necessário à autora para revisar suas idéias. A partir dessa revisão, o autismo passa a ser considerado um desvio do desenvolvimento precoce (portanto, resultado de um déficit) para lidar com um terror não mitigável (Tustin, 1991, p. 585). Não obstante, talvez significando uma dificuldade da própria autora em adequar tamanha mudança à sua teoria, fica mantida a noção de defesa para os casos psicogênicos, cuja etiologia envolveria uma situação traumática que parece ameaçar a vida ou membros corporais da

⁹⁹ Tustin (1995 [1993]) afirmou que Margarett Mahler, aos 80 anos, aceitou tal reformulação numa palestra proferida na Espanha, falecendo pouco tempo depois sem tê-la registrado.

¹⁰⁰ BRAZELTON, B. (1970). The origins of reciprocity: the early mother-infant interactions. In LEWIS, M. & ROSENBLUM, L. (Ed.). *The Effect of the Infant on its Caretaker*. New York: Wiley.

¹⁰¹ BOWER, T.G.R. (1978). The infant's discovery of objects and mother. In THOMAS, E. *Origins of the Infant's Social Responsiveness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

¹⁰² THREVARTHEN, C. (1979). Instincts for human understanding and for cultural co-operation: their development in infancy. In *Human Ethology: Claims and Limits of a New Discipline*. London: Cambridge Univ. Press.

criança. Nestes casos, a autora afirma serem obtidos os melhores resultados terapêuticos em comparação àqueles onde a causa seria uma reação a um dano cerebral ou um defeito sensorial. Mesmo que prevaleça a noção de defesa para os casos psicogênicos, Tustin considera (*ibid*) que a noção de trauma não é mais adequada, pois o choque sofrido pela criança teria ocorrido em uma fase muito precoce do desenvolvimento, quando ainda não estão disponíveis recursos para minimamente simbolizar ou representar uma situação como traumática. Em vez do uso normal de sentimentos de horror e de uma tentativa de fuga frente ao trauma, ocorre uma experiência de amputação de um membro corporal quando da separação da mãe.

A autora tem o cuidado de observar que a experiência de separação, ou talvez a expressão mais correta seja amputação, apenas seria o fator que coloca em marcha o processo patológico do autismo. É necessário para seu desencadeamento que o par mãe-bebê tenha estabelecido, antes da fase de separação, um gancho fusional que nega a percepção de ambos como seres separados e dotados de subjetividade (Tustin, 1991, p. 587). Enquanto as crianças normais demonstram desde o início da vida um movimento em busca do outro, o que sugere sua consciência prévia de separação com o objeto, as crianças autistas, ao contrário, sempre experimentaram a presença desta mãe como uma parte de si mesmas, numa ilusão de fusão e por isso não buscam o contato. É como se não reconhecessem a alteridade, e isso nos remete à hipótese de Hobson (1993³) da presença de um déficit intersubjetivo no autismo.

Segundo Tustin, a criança autista não pôde vivenciar uma verdadeira relação sensual de pele-a-pele com a mãe, visto tal contato ser sempre conturbado pela falta de um regulador interno para os sentimentos associados às 'relações objetais' (Tustin, 1991, p. 589).

A autora conclui o artigo afirmando que "desde que os estados autísticos não são de ordem relacional, pois a criança não chega a perceber a alteridade, e desde que apresentam pouca vida interior, tais estados estão fora do alcance da maioria das formulações psicanalíticas". Segundo Tustin, estes estados seriam "psicoquímicos" por natureza, e por isso as contribuições de ambos, neuropsiquiatras e psicanalistas, seriam válidas e contribuiriam para sua descrição e formulação (*ibid.*).

Acredito que apenas através de uma articulação entre diferentes paradigmas poderemos obter ganhos não somente na pesquisa, como também na clínica do autismo, sendo necessária a discussão destas modificações teóricas. Mas Tustin não chegou a discuti-las, tendo apenas apontado em um artigo de 1994 que reorientações deverão ser feitas quanto à postura frente a estas crianças no tratamento. Segundo ela, deveremos ser “mais firmes e menos indulgentes [...] seremos mais ativos para corrigir tendências desviantes” (1995 [1994], p. 75). A visão anterior da relação da mãe com esta criança, “indevidamente romântica e sentimental” (*ibid.*), deve ser alterada, tendo-se em mente que “a ânsia por uma mãe sobre-humana nunca poderá ser realizada” (*op. cit.*, p. 76), não podendo também nós, terapeutas, atingirmos o perfeccionismo que estas crianças parecem nos exigir.

A partir destas considerações, não devemos mais conceber o tratamento psicoterapêutico do autismo como uma “incubadora”, já que este não se trata de uma parada do desenvolvimento, mas um desvio em que este prossegue. Cabe a nós, estando alerta e inspirados pela humildade de Tustin ao final de sua vida e obra, continuarmos apostando no tratamento destas crianças, aceitando as limitações de ambas as partes, sem congelarmos frente ao risco de ainda cometermos “erros”.

4. PERSPECTIVAS ATUAIS PARA UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Mostrarei neste capítulo que a obra de Tustin não se desenvolveu num contexto isolado, pois esteve articulada e influenciou a pesquisa de outros pesquisadores da Clínica Tavistock, onde a autora teve sua formação psicanalítica e trabalhou por décadas. Dentre os pesquisadores que atualmente desenvolvem a pesquisa do autismo em Tavistock estão Anne Alvarez, do Departamento de Psicoterapia da Criança e atual co-coordenadora do *autism workshop*, e Peter Hobson, Professor de Psicopatologia do Desenvolvimento.

Alvarez, com suas pesquisas, alertou Tustin para o desenvolvimento social precoce do bebê e Hobson, por sua vez, tem como enfoque de trabalho os déficits de interação social e os conseqüentes danos cognitivos. Dando atenção aos trabalhos que estes autores atualmente desenvolvem, discutirei as perspectivas atuais da abordagem psicanalítica do autismo.

4.1. Conseqüências das Revisões de Tustin:

Vimos que o modelo inaugural de Mahler (1983[1952]) concebia a primeira fase de desenvolvimento do bebê como um *autismo normal* (de zero a quatro meses) onde, utilizando a metáfora freudiana de um ovo de pássaro com sua provisão de alimento encerrada na casca, um sistema psíquico isolado opera sob a égide do princípio do prazer (Freud, 1911, p. 279). Não obstante, a adoção deste modelo não foi unânime entre os psicanalistas, tendo sido por exemplo, rejeitado por Bettelheim, como discutido no primeiro capítulo, e mesmo aqueles autores que o adotaram propuseram alterações ao longo do tempo.

Tentei mostrar também que estudos decorrentes da observação de bebês, após a década de 70, proporcionaram um maior questionamento do modelo de um bebê totalmente dependente e passivo no início de seu desenvolvimento, visão que, na avaliação de Anne Alvarez, seria herdeira da ótica mecanicista newtoniana hegemônica na época de Freud (Alvarez, 1994, p. 19). Como a autora observa, *as máquinas se movem mas não crescem, de modo que um ramo*

das pesquisas psicanalíticas, que muito deve às pesquisas da psicologia do desenvolvimento, veio substituir a visão freudiana marcadamente pulsional por um modelo relacional¹⁰³.

Bowlby (1997 [1979], p. 38) afirma que Freud, ao refutar sua teoria da sedução infantil, prestou cada vez menos atenção à influência do ambiente para o desenvolvimento dos conflitos psíquicos e por isso privilegiou em seu modelo teórico os fatores intrapsíquicos. Na década de 50, inspirado por pesquisas etológicas, Bowlby questionou esta tendência, passando a investigar a importância de fatores inatos e adquiridos para o desenvolvimento psíquico. Após mais de duas décadas de pesquisa o autor conclui que as experiências concretas de um bebê têm uma influência crucial para seu desenvolvimento psíquico, observando que *um conflito extrapsíquico é gerado na interação do bebê com o meio*. Este conflito se dá entre as necessidades da criança e as oportunidades limitadas que o meio ambiente proporciona para sua satisfação (Bowlby, 1997[1979], p. 39). Não obstante, o autor não desconsidera a importância da experiência intrapsíquica para o desenvolvimento, observando que:

“Embora [...] eu acredite que esse conflito extrapsíquico entre necessidades internas e oportunidades externas para satisfazê-las é bastante real, quero deixar claro que, em minha opinião, ele tem em si mesmo importância limitada para o desenvolvimento psíquico. Quanto ao meio ambiente externo, o que importa é saber em que medida as frustrações e outras influências impostas por ele desenvolvem o conflito intrapsíquico de tal forma e com tanta intensidade que o equipamento psíquico imaturo do bebê não possa regulá-lo satisfatoriamente. É com este critério que devemos avaliar os méritos ou deméritos dos cuidados com crianças, e é abordando o problema deste modo, creio eu, que a psicanálise tem sua principal contribuição a dar.”
(*ibid.*)

Ao falar de *regulação* do conflito intrapsíquico a partir de influências impostas pelo meio, Bowlby parece não ter rompido ainda com a visão mecanicista, mas traz sua contribuição apontando para uma co-participação de fatores ambientais (facilitadores) e constitucionais (necessários) no desenvolvimento psíquico. Esta idéia, segundo Alvarez (1994, p. 72), veio sendo reforçada a partir de estudos psicanalíticos acerca da relação mãe bebê, como os de

¹⁰³ Tal substituição não significa a negação de postulados básicos da psicanálise. O fator pulsional não deixa de ser considerado, apenas passa-se a considerar outros fatores observados, que estarão influenciando o desenvolvimento da realidade psíquica de cada indivíduo.

Brazelton et col. (1974)¹⁰⁴, Newson (1977)¹⁰⁵, Shaffer (1977)¹⁰⁶, Trevarthen (1977, 1978¹⁰⁷) e Stern (1985), que demonstraram estar presente no bebê normal uma competência básica para responder e provocar respostas no meio, chegando a modifica-lo. Nesse sentido, Trevarthen (1974)¹⁰⁸ considerou o bebê como pré-estruturado a se interessar intensamente pela expressividade do rosto de sua mãe, participando com ela de diálogos pré-verbais que podem ser para ambos altamente prazerosos ou frustrantes (*apud*. Alvarez, 1994, p. 19).

As condições do meio, não obstante, interferem no estabelecimento e manutenção do comportamento social do bebê, como demonstrado por Murray (1991, *apud*. Alvarez, 1994, p. 83)¹⁰⁹ em sua análise do comportamento de bebês nascidos de mães deprimidas. Estes, mesmo tendo todas as suas necessidades físicas supridas pelos cuidados dispensados pela mãe deprimida, serão negativamente influenciados por seu humor, não conseguindo mãe e bebê desenvolverem a reciprocidade de uma comunicação pré-verbal que é vital para o crescimento mental da criança¹¹⁰.

Estes estudos sustentam como válida a atenção que autores psicanalíticos como Bruno Bettelheim e Frances Tustin deram à influência do comportamento parental no desenvolvimento do autismo. Como demonstrado por Hobson e Lee (1998 - *On Developing self-concepts: a controled study of children and adolescents with autism*), Alvarez (1994, p. 83) já havia sinalizado que as crianças autistas demonstram ter pouca percepção não só da existência de outras pessoas, mas também da existência de seu próprio *self*. Neste sentido, a autora considera que:

¹⁰⁴ BRAZELTON, T.B., KOSLOWSKY, B. & MAIN, J. (1974). The origins of reciprocity: the early mother-infant interaction. In LEWIS, M. & ROSENBLUM, L. (Ed.). *The Effect of the Infant on its Caretaker*. London: Wiley Interscience.

¹⁰⁵ NEWSIN, J. (1977). An intersubjective approach to the systematic description of mother-infant interaction. In SHAFFER, H.R. (Ed.). *Studies in Mother-Infant Interaction*. London: Academic Press.

¹⁰⁶ SCHAFFER, H.R. (1977). Early interactive development. In SHAFFER, H.R. (Ed.). *Studies in Mother-Infant Interaction*. London: Academic Press.

¹⁰⁷ TREVARTHEN, C. (1978). Modes of perceiving and codes of acting. In Pick, H.J. (Ed.). *Psychological Modes of Perceiving and Processing Information*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

¹⁰⁸ TREVARTHEN, C. (1974). Conversations with a two-month old. *New Scientist*, 2.

¹⁰⁹ MURRAY, L. (1991). The impact of postnatal depression on infant development. *J. Child Psychol. Psychiat.*

¹¹⁰ Uma relação positiva entre depressão materna e prejuízos no desenvolvimento cognitivo da criança foi recentemente destacada por Dante Cicchetti (2000), que aponta para a necessidade de prevenção nestes casos.

“aqueles bebês que são suficientemente tocados e olhados, e com quem os adultos conversam, não estão apenas sendo chamados à consciência de que existe um mundo humano exterior a eles, mas estão também sendo chamados à consciência de que eles próprios existem.” (Alvarez, 1994, p. 84).

Alvarez havia apontado também que o desenvolvimento psíquico mantém relação com o cognitivo, conforme a demonstração feita por Hobson e Crandell (1999 - *Individual Differences in Young Children's IQ: A Social-developmental Perspective*) de que o grau de sincronicidade ou *attachment* estabelecido entre mãe e bebê tem relação direta com o grau de QI alcançado pela criança. Observo que quanto à qualidade do *attachment* estabelecido, mesmo havendo dificuldades ambientais, devemos estar atentos aos fatores intrínsecos à criança. Tendo Stern (1992, p. 190) demonstrado que alguns bebês conseguem reverter o estado depressivo materno através de uma “responsividade” ativa, forçando àquilo que o autor chamou de *má sintonia bem sucedida*¹¹¹. Suponho que nos casos de autismo a criança teria sua capacidade de responsividade deficitária, de modo que as dificuldades ambientais apenas agravariam seu quadro de isolamento.

Quanto à contribuição dos fatores ambientais, Stern (1992) não deixa de considerar a importância de ações da mãe para chamar a atenção de seu bebê, facilitando o estabelecimento das primeiras relações. Dentre essas ações, Macfarlane (1977, *apud* Alvarez, 1994, p. 81)¹¹² já havia destacado o intenso interesse das mães pelo olhar de seus bebês nos primeiros instantes após o nascimento. Mediante tais constatações, sugiro que a intensa busca da mãe pelo olhar de seu bebê - primeiro sinal para a comunicação a ser estabelecida pela diade - pode representar um estímulo aversivo para os bebês “autistas”¹¹³, aversão esta que seria posteriormente representada, por exemplo, pelas *fantasias de um predador* observadas por Tustin na clínica de crianças autistas (Tustin, 1981, p. 57). Não considero que tais fantasias sejam herdadas filogeneticamente, como considerado pela autora (*ibid.*), pois o

¹¹¹ Stern observou que não só a ausência de resposta materna, como também um excesso de estimulação poderá ser prejudicial à interação com o bebê. Para as diversas formas iniciais de relação, o que determinará um bom desenvolvimento afetivo do bebê será a capacidade que este e sua mãe terão de entrar em sintonizar seus estados afetivos.

¹¹² MACFARLANE, A. (1977). *The psychology of childbirth*. London: Fontana / Open Books.

¹¹³ Sobre a evitação do contato olho-a-olho ver DAWSON, G. & LEWY, A. (1989) - Arousal, Attention, and the Socioemotional Impairments of Individuals with Autism. *in* G. Dawson (ed.), 49-74. New York, Guilford Press.

fenômeno pode ser melhor explicado por representações, feitas *a posteriori*, de *formas* ou *intensidades* experimentadas nos primeiros meses de vida (Stern, 1992, p. 76-77).

A representação intrapsíquica de eventos externos não seria a única atividade exercida pelo indivíduo quando do início do desenvolvimento, de modo que outra importante observação feita por Alvarez (1994, p. 81) está relacionada à presença de um comportamento ativo do bebê nesta fase. A autora faz referência a uma antiga pesquisa onde Wolf (1965)¹¹⁴ sugere não ser o *princípio de prazer* tão determinante para a experiência do bebê. Se a partir desta concepção o bebê (apenas ao se deparar com um estado de insatisfação) “solicita” o outro para satisfazê-lo, Wolf observou que após episódios que implicavam experiências de satisfação - uma mamada ou a defecação - o bebê passa por um curto período de “curiosidade intelectual” em que estuda os estímulos do ambiente com grande concentração. Segundo o autor, tratar-se-ia de um estado de prontidão fisiológica que se faz presente após, e não antes, da satisfação¹¹⁵ (*apud* Alvarez, 1994, p. 20). Vimos no primeiro capítulo que, na mesma época de Wolf, Bettelheim (1967) também se posicionava contra a visão de um bebê passivo adotada pela psicanálise.

Numa perspectiva atual, Alvarez critica o modelo de Wolf quanto à idéia de uma *prontidão fisiológica*, posto que estaria nela implícita a noção de um impulso ou mecanismo a controlar a ação do bebê (*ibid.*). Ela considera ser necessário que possamos compreender a atividade e as mudanças psíquicas não mais como *mecanismos* auto-reguladores (como no modelo *pulsional*), mas como *processos*, onde a qualidade da interação entre bebê (*self*) e objeto (resposta do meio a seus anseios e comportamento) determina a experiência vivenciada por ambos, podendo ser modificada a cada nova experiência. (Alvarez, 1994, p. 78).

Tal concepção implica a possibilidade de, na clínica, desviarmos o foco de atenção de supostos mecanismos de defesa utilizados pelo indivíduo em seu passado, para a qualidade relacional estabelecida a cada encontro entre paciente e terapeuta. Poderemos a partir daí, utilizando a *contra-transferência* como instrumento, avaliar e intervir mais acuradamente na relação intersubjetiva, acarretando ganhos para a constituição do *self*. Os casos

¹¹⁴ WOLFF, P.H. (1965). The development of attention in young infants. In: STONE, L.J., SMITH, H.T. & MURPHY, L.B. (Eds.). *The competent infant: Research and commentary*. London: Tavistock.

¹¹⁵ Estes períodos seriam de difícil observação, já que não somam mais que meia hora por dia.

psicopatológicos graves, como o autismo, não seriam mais vistos como uma defesa que congelou o desenvolvimento, mas como um desvio deste que, associado a déficits primários, cronicado ao longo do tempo, dificulta em muitos aspectos a recuperação.

4.2. Ainda Falamos de Psicanálise?

É curioso que Bosa e Callias (2000, p. 170) em sua revisão sobre teorias do autismo, tenham incluído o trabalho de Hobson na categoria das *teorias afetivas*, e não nas *teorias psicanalíticas*. O próprio autor, apesar de situar sua pesquisa na área da *psicopatologia do desenvolvimento (developmental psychopathology)*, não nega sua formação psicanalítica, e afirma ser seu objetivo poder mostrar como pesquisas “não-analíticas”, ou seja, experimentais, podem complementar as investigações psicanalíticas acerca da natureza e desenvolvimento dos processos psicológicos intersubjetivos (Hobson, 1993^b, p. 167).

Adotando este pressuposto e acatando contribuições da psicologia do desenvolvimento e de base cognitivista, o autor propõe uma investigação dos processos básicos de *percepção e responsividade afetiva*. Ele sugere também a investigação dos efeitos do rompimento da experiência intersubjetiva para o desenvolvimento cognitivo (principalmente simbólico), supostamente comprometido nas crianças autistas, já que elas apresentam prejuízos em sua sensibilidade, percepção e compreensão das emoções. (Hobson, 1993^b, p. 169)

De fato, torna-se pertinente pensar qual o estatuto de autismo que a psicanálise mantém em seus estudos atuais: o autismo como um *déficit da intersubjetividade* descaracterizaria uma abordagem enquanto psicanalítica? Para os que seguem uma perspectiva lacaniana, a mera utilização da noção de *déficit* já nos aproximaria muito mais de uma realidade biológica que psíquica, porém não é nesta vertente que nosso estudo se insere.

É importante o esclarecimento feito por Hobson (1993^a) quanto à distinção necessária entre *etiologia*, que segundo o autor, e conforme utilizado por mim nesse estudo, compreende a causa básica do que se expressa na doença, e *patogênese*, que seriam os modos através dos quais a anormalidade é expressa e a doença se desenvolve e evolui. Tornar clara esta distinção

facilita a compreensão dos efeitos de uma doença física enquanto expressa no plano psicológico e conseqüentemente a articulação entre os diferentes modelos abordados nesse estudo. Tomando-se este cuidado, a contradição existente entre os vários modelos teóricos passa a ser aparente, pois enquanto alguns enfocam a etiologia, outros se dedicaram à patogenia do autismo. Hobson (1993^a, p. 11) afirma que mesmo sendo provável que a pesquisa neurocientífica venha a comprovar as contribuições biológicas para a doença, não devemos ser tão otimistas quanto à descoberta de um *link* entre lesão neurológica e disfunção psicológica padrão encontrada em indivíduos autistas. Na verdade, o autor sugere que uma gama de déficits, isolados ou em diferentes combinações, levam a um dano no nível da intersubjetividade, sendo este o caminho que leva ao autismo.

Além de estar atento à multiplicidade de fatores etiológicos, onde cada caso apresentaria uma equação etiológica única, a perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento (*Developmental Psychopathology*) adotada por Hobson ainda aponta para a necessidade de considerarmos que: ‘causas’ e ‘níveis de explicação’ para a doença devem ser identificados de acordo com um padrão temporal e de desenvolvimento, ou seja, uma teoria acerca do desenvolvimento normal deve ser articulada com uma teoria psicopatológica, de modo que possamos compreender como alterações em padrões precoces do comportamento resultam em posteriores déficits da capacidade cognitiva, lingüística ou social, por exemplo.

4.3. A Clínica Atual para o Autismo:

Hobson e Richardson (2000) ao realizarem um estudo comparativo sobre a eficácia de técnicas cognitivo-comportamentais e psicoterápicas para o tratamento do autismo puderam apenas concluir que ambas propiciam melhoras no quadro clínico dos pacientes. Os autores também observam que uma ausência de evidência não significa o mesmo que uma evidência de falta de eficácia, o que serve para todas as técnicas, que ainda não tiveram uma eficácia demonstrada.

Não existindo critério atual para a análise qualitativa dos resultados, consensualmente as diferentes abordagens sugerem um bom prognóstico para aquelas crianças autistas que: não

apresentem grau elevado de retardo mental associado e que já possuam algum desenvolvimento da linguagem.

Observamos que as técnicas cognitivo-comportamentais, como o método TEACH, apresentam um "resultado" quase imediato¹¹⁶, não obstante acreditamos que seus objetivos são diferentes daqueles adotados pela psicanálise. Mesmo que essas técnicas apresentem uma diferença quantitativa dos resultados obtidos a curto prazo, acredito que os resultados a longo prazo dependerão menos da técnica aplicada, que da qualidade relacional que venha a ser estabelecida entre técnicos, paciente e família, de modo a minimizar os efeitos do déficit intersubjetivo inerente à criança .

Alguns autores, como Dawson e Lewy (1989), têm apontado que se um déficit intersubjetivo não for a causa principal do autismo, não obstante será o principal sintoma sobre o qual podemos tentar intervir. Nesta linha de raciocínio, Alvarez e Reid (1999: xiii) afirmam que o que temos de concreto é ser o sintoma básico a presença de uma *desordem da comunicação*, a qual traz sofrimento não só para a criança mas também para as pessoas que convivem com ela.

O 'curto-circuito comunicacional' passa a ser um foco de atenção para Alvarez e Reid (1999), e para minimizá-lo elas sugerem aos terapeutas que nas entrevistas onde a criança participe com os pais, façam observações que encoraje estes últimos a observarem seus filhos de uma nova maneira, facilitando o estabelecimento de comunicação entre pais e filhos. A dificuldade dos pais em se comunicarem com seus filhos não é vista pelas autoras como uma suposta frieza, distanciamento, ou sentimentos negativos em relação a seus filhos, mas decorrente do intenso sofrimento gerado pela doença de seus filhos. Nesse sentido, os traços de obsessividade constatados nos pais de crianças autistas – Kanner (1944), Cox, Rutter, Newman e Bartack (1975) - e expressos, segundo Alvarez e Reid (1999, p. 24), nas tentativas que fazem de impor ao terapeuta seus modos de fazerem as coisas (o que geralmente é visto pelos terapeutas como uma reação negativa ao tratamento dos filhos), seriam na verdade um reflexo e generalização da relação que eles conseguiram estabelecer com seus filhos. Seria a

¹¹⁶ Seus efeitos na expectativa parental são provavelmente enormes, visto sua busca incessante de informação sobre novas técnicas terapêuticas.

criança autista, através de seus padrões de comportamento, quem estaria todo o tempo determinando a estrutura e o conteúdo da vida de seus pais. Visto a partir deste prisma, o “autismo parental” não seria estrutural, mas de ordem comportamental, tendo Alvarez e Reid (1999) detectado sinais de stress pós-traumático em muitos dos pais de crianças autistas, estado este resultante da condição de terem e conviverem com uma criança tão comprometida. Por este motivo, os pais necessitam igualmente de *contenção* ao longo do tratamento.

As autoras alertam que meio a tanto sofrimento, facilmente pode se confundir as conseqüências da doença como causas. Estas crianças teriam convencido seus pais de necessitarem deles apenas para o suprimento de suas necessidades físicas, não os reconhecendo como seres humanos, sendo, portanto, necessário um trabalho inicial de aproximação entre pais e filhos, para que depois um esclarecimento e conscientização dos pais quanto às reais capacidades de seus filhos possam ser feitos. Nesta abordagem, deve-se primeiro enfatizar aqueles comportamentos que possam ser considerados como progressos alcançados pela criança, após o que os pais poderão iniciar um trabalho de luto quanto à “perda” do filho ideal normal.

Não havendo ainda critérios nítidos para se medir a eficácia de nenhum tipo de tratamento para o autismo, devemos reconhecer que a aplicabilidade da psicanálise enquanto pesquisa desta patologia permanece válida. As críticas que a ela são feitas talvez se devam ao seu método não experimental (considerado por muitos como sem critérios objetivos de validação), cuja lentidão de resultados (os sucessos só podem ser percebidos após vários anos de tratamento) “inviabilizaria” sua avaliação científica, ou mesmo uma articulação com demais pesquisas.

Do nosso ponto de vista, mesmo que a psicanálise enfrente críticas quanto a ser um instrumento terapêutico significativo para o autismo, sua pesquisa permanece necessária não somente por seu valor histórico, mas principalmente pelo fato de atualmente estar propondo reformulações teóricas e buscar pontos de contato com diferentes paradigmas, mantendo assim uma postura verdadeiramente científica.

Como mostrei anteriormente, Tustin (1991) reconheceu seu “erro” de ter adotado a noção de uma *fase autística normal* para o desenvolvimento psíquico, e que seu processo de revisão teórica, lento e gradual, levou ao abandono da noção de *defesa* a partir de 1990, quando ênfase passou a ser dada à idéia de um *déficit* da capacidade identificatória nas crianças autistas.

A partir das mudanças teóricas acima apontadas, a psicoterapia de crianças autistas deverá enfatizar menos as interpretações do passado que expliquem o comportamento atual, e dar maior atenção ao funcionamento e às necessidades do paciente no momento presente. Nesta perspectiva, paralelamente ao levantamento de barreiras repressivas, conforme estabelecido pelo modelo clássico adotado pela psicanálise, deve ocorrer um processo construtivo que é resultante da *contenção* oferecida pelo terapeuta. A situação analítica com enfoque no processo relacional (onde está presente mais que atualizações transferenciais) possibilitará ao paciente recuperar partes do *self* anteriormente projetadas, e ampliar suas fronteiras, o que inclui o crescimento de sua capacidade mental¹¹⁷.

Segundo Alvarez, se de acordo com Meltzer (1975) e Tustin (1981) as crianças autistas têm dificuldades para filtrar as experiências sensoriais, o terapeuta deverá em muitos momentos executar este papel de filtro, de modo que quando a criança atingir um estado de menor agitação e confusão, poderá escutá-lo ou mesmo elaborar a experiência. Por consequência, as dificuldades da criança passariam a serem vistas mais como *déficits* e não como *defesas* (Alvarez, 1994, p. 101), a partir do que a autora sugere concebermos a experiência psicótica não somente como *fragmentação* ou *amputação* (como as crianças *confusionais* de Tustin), mas também como *ausência de organização*, cuja retomada ou estruturação sofrerá o peso do tempo de desenvolvimento já transcorrido desde a instauração da doença. Partindo deste prisma, o déficit na relação *self*-objeto pode ser resultante de um dano cognitivo que tenha impossibilitado à criança perceber o objeto em suas qualidades, de modo que, na linguagem de Bion, uma *pré-concepção* não poderá se realizar (Alvarez, 1994, p. 102), tornando-se a relação com o objeto impedida ou prejudicada.

¹¹⁷ Esta perspectiva foi adotada por Anna Freud e autores da *Ego Psychology* (ver Alvarez, 1994, p. 15 e 21), que numa perspectiva desenvolvimentista concebem as defesas como aquisições e não como barreiras; e Bion ao discutir o *desenvolvimento da capacidade de pensar* (Bion, 1988 e O'Shaughnessy, 1990).

Recentemente, Alvarez e Reid (1999) adotaram o modelo de Wing (1988) ao considerarem o autismo uma *desordem do desenvolvimento*, onde está presente uma tríade de prejuízos: prejuízo comunicacional (inabilidade para estabelecer contato social e rigidez e inflexibilidade do comportamento), prejuízo do pensamento simbólico e prejuízo da capacidade para brincar. Alvarez e Reid consideram o primeiro prejuízo como básico, pois “é a percepção deficiente que a pessoa autista tem do mundo de relacionamentos pessoais [...] a falta de percepção dos membros de sua família como ‘pessoas’ que têm sentimentos e idéias, que tem um efeito devastador na vida familiar.” (Alvarez e Reid, 1999, p. 16).

Considero importante destacar quanto ao aspecto técnico as conclusões de Donald Meltzer e Frances Tustin acerca da dificuldade que a criança autista tem para operar identificações com as figuras de cuidado, permanecendo em um estado de *equação adesiva* (Tustin, 1990^b, p.104) dominado por sensações sem significado e auto-geradas por *objetos e formas* autistas e sem significado. É de interesse pensar quais dificuldades esta característica da criança traz para a prática clínica. Nesse sentido, Meltzer (1979[1975]) descreveu manobras necessárias ao terapeuta para mobilizar a atenção da criança autista, de modo a trazê-la ao contato transferencial com técnicas:

“aprendidas mais intuitivamente do emprego da voz, atenção e postura. A última inclui um grau de permissividade com respeito ao contato físico, tocar, olhar, ouvir e saborear, que não se permitiria facilmente no transcurso de uma análise infantil corrente. Esta disponibilidade corporal direta do analista parece ter um efeito carismático por conta da esmagadora sensualidade oral das crianças. Timmy (J.B.) colocava sua boca próximo à boca falante do terapeuta e concretamente comia a linguagem emergente.” (p. 28).

A necessidade de uma postura ativa do terapeuta também é apontada por Tustin (1984, p. 187), sendo constatada por todos nós que nos propomos a trabalhar na clínica com este tipo de criança. Além desta necessidade, proponho pensar se a percepção *hipersensual* que estas crianças têm do mundo seria totalmente desprovida de significado. Mediante minhas observações clínicas do uso idiossincrático que cada uma destas crianças faz de seus *objetos e formas autistas* (Tustin, 1984, p. 151), sugiro que este uso representa um “mapeamento” sensual-afetivo da criança, o qual pode nos remeter a seu passado relacional pré-verbal, não

representando meras estereotípias a serem extintas. Se esta hipótese estiver correta, uma melhor compreensão do comportamento destas crianças como possuindo um valor representacional nos possibilitaria, na clínica, minimamente historicizar sua *hipersensualidade*, contribuindo para nosso exercício de uma função *continente* (Bion, 1988) ou de *pára-excitação* (Aulagnier, 1979) até que a criança possa abrir mão dos *objetos* e *formas autísticas* e adentrar no mundo das representações humanas. Pretendo buscar tal compreensão através do estudo da relação entre o desenvolvimento da imagem corporal e os processos de representação psíquica na criança autista, o que aponta para um aprofundamento teórico, a ser realizado num outro momento, das idéias desenvolvidas por Piera Aulagnier (1979, 1989, 1990, 1995, 1996) e Geneviève Haag (1985^a, 1985^b, 1986, 1989, 1989, 1990^a, 1990^b, 1990^c, 1991^a, 1991^b, 1991^c, 1993).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minha análise do percurso das diferentes linhas de pesquisa sobre o autismo parece confirmar a conclusão apresentada por Maratos (1998, p. 205) de que “o interesse da psicanálise esteve mais centrado na descrição do funcionamento mental infantil, dos estados afetivos e das relações objetais enquanto outras disciplinas se preocupavam mais com fatores etiológicos”. Considero pertinente pensar a conclusão da autora mediante a distinção proposta por Hobson (1993^a) entre *etiologia* e *patogenia*, o que permite concluir também que se os modelos etiológicos anteriormente propostos pela psicanálise não encontram sustentação perante os achados mais recentes de outras vertentes de pesquisa, não obstante seus dados clínicos, levantados ao longo de contatos prolongados com o autista e seus familiares, forneceram uma visão do desenvolvimento de cada criança, o que contribuiu bastante para o estudo da patogenia do autismo.

Talvez por este motivo, a perspectiva histórica que adotei na revisão bibliográfica tenha permitido a visualização de possíveis articulações e algumas semelhanças conceituais entre os diferentes modelos teóricos, tendo chamado minha atenção o fato de que mesmo ao confrontarmos modelos mais antagônicos quanto ao aspecto etiológico, suas descrições fenomenológicas permaneceram bastante próximas. Nesse sentido, notei que os diferentes estudos, em cada época, compartilharam certos paradigmas, de modo que a atenção que Bettelheim (1987[1967]) deu às influências ambientais na etiologia do autismo era compartilhada por pesquisadores de outras disciplinas, e enquanto Ritvo et al. (1968, 1976) estudavam a interferência de déficits sensoriais na gênese do autismo, Meltzer (1975) propunha pensar uma *hipersensibilidade* presente nestas crianças.

Um distanciamento maior de paradigmas talvez tenha ocorrido em meados da década de 80, quando ocorreu o “boom” das neurociências e foi então iniciada a “caça à bruxa metapsicologia”, através de fortes críticas à prática psicanalítica com o autismo¹¹⁸. Considero esta perseguição em parte justificada, pois de outro modo não teria levado a Escola Inglesa de Psicanálise a reformular sua construção teórico-clínica do autismo. Nesse sentido, dando

¹¹⁸ Estellita-Lins (2000) afirmou que a legislação de alguns Estados norte-americanos proíbe a prática psicanalítica com o autismo (comunicação pessoal, IFF, 2000).

continuidade ao processo iniciado por Tustin, outros estudos desenvolvidos na Clínica Tavistock, como os de Alvarez (1993, 1999), Hobson (1993^a, 1993^b, 1993^c) e Hobson e Lee (1998) têm buscado articulação teórica com outras áreas de pesquisa, demonstrando a importância daquelas realizadas na área do desenvolvimento e da cognição. De um modo geral pode concluir, a partir da análise das idéias de Hobson, Alvarez e Reid, que se a Psicanálise inicialmente considerava ser o autismo uma fixação ou regressão a um estado primitivo do desenvolvimento normal (quando prevalecia a função de defesa contra um mundo externo e ameaçador), atualmente o concebe como um *déficit intersubjetivo*, provavelmente inato, que afetará de modo generalizado o desenvolvimento, tanto no nível psíquico, quanto cognitivo e social.

Reconheço que a atual tentativa da Psicanálise em adequar sua clínica à noção de déficit se deve a observações como a de Uta Frith (1997) de que, em função dos achados das pesquisas psicológicas e biológicas, devemos abandonar a imagem geralmente invocada para descrever o autismo de uma bela criança aprisionada numa redoma de vidro, já que em vez de viverem em ricos mundos internos, são “vítimas de um defeito biológico que torna suas mentes muito diferentes daquelas de indivíduos normais” (*op. cit.*, p. 92). Todavia, faço um alerta quanto a posições extremistas acerca do aspecto biológico. Como exemplo, ao se referir à observação feita por Frith (1997), Gardner (2000) afirma que “não há criança normal dentro da concha [do autismo]”. Considero uma afirmação como esta ser uma tentativa de elaborar o luto pela “perda” da criança normal, mas que acaba aniquilando a existência subjetiva da criança (afinal, seguindo esta linha de pensamento, elas não possuem uma *teoria da mente*), e a caracteriza como um distúrbio a ser tutelado pela Ciência.

É necessário estarmos atentos à observação de Hobson (1993^a) de que ao adotarmos a hipótese de um dano intersubjetivo no autismo, nosso principal instrumento de avaliação desse aspecto passa a ser nossa capacidade empática e relacional (já que a aplicação de instrumentos que podem medir qualitativamente uma relação depende basicamente da capacidade intersubjetiva do observador). Isso é válido para o trabalho clínico psicanalítico, que só ocorre por, e quando, está presente a transferência (que como vimos dependerá, nos casos de autismo, de uma postura ativa e empática por parte do analista). Sob tal condição, os estudos experimentais, que farão uso basicamente de métodos quantitativos (*checklists*, por

exemplo) e dependem de uma neutralidade por parte do observador para uma correta aplicação, correm o risco de amplificarem a dificuldade relacional inerente à criança, sendo assim ofuscada a observação de características importantes. Quanto a tal possibilidade, destaquei na Introdução que a clínica me permitiu constatar não estar ausente no autista uma capacidade de comunicação, mesmo que esta seja peculiar.

De modo a encerrar minhas considerações finais, que estão longe de rígidas conclusões, considero que a abertura epistemológica da pesquisa psicanalítica do autismo não representa uma falência de seu modelo, mas um posicionamento verdadeiramente científico de revisão de seu paradigma em proveito de seu objeto de estudo. Quanto à sua aplicabilidade, torna-se ilustrativa a direção adotada por Alvarez e Reid (1999, *xiii*) de considerar cada criança dentro de sua singularidade, apesar de apresentarem em comum determinados sintomas e prejuízos no desenvolvimento. Deste modo, o trabalho clínico inicia-se a partir da crença de que estas crianças possuem uma parte não autista da personalidade, que paralela à doença está se desenvolvendo e pode ser ajudada pela psicoterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, N. e TORÖK, M. (1995). *A Casca e o Núcleo*. São Paulo: Escuta.
- ALVAREZ, A. (1994 [1992]). *Companhia Viva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ALVAREZ, A. & REID, S. (1999). *Autism and Personality*. London: Routledge.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV : manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- AULAGNIER, P. (1979). *A Violência da Interpretação - Do Pictograma ao Enunciado*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1989). *O Aprendiz de Historiador e o Mestre Feiticeiro - Do Discurso Identificante ao Discurso Delirante*. São Paulo: Escuta.
- _____ (1990). *Um Intérprete em Busca de Sentido - II*. São Paulo: Escuta.
- _____ (1995 [1983]). *Tiempo Vivido, Historia Hablada*. *Revista de Psicoanálisis* (Assoc. Psicoanalítica Argentina); tomo L II, nº 2: 539-549, Buenos Aires.
- _____ (1996). *L'Interpretable et L'Interpreté*. *Topique*, nº 61, Paris: L'éspirit du Temps.
- BERQUEZ, G. (1991). *O autismo infantil e Kanner. Estudo histórico e conseqüências teóricas*. In: MAZET, P. e LEOVICI, S. (Orgs.). (pp. 20-30). *Autismo e Psicoses da Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BETTELHEIM, B. (1987 [1967]). *A Fortaleza Vazia*. São Paulo: Martins Fontes Ed.
- BICK, E. (1987 [1968]). *A Experiência da Pele em Relações Objetais Arcaicas*. *Jornal de Psicanálise*, 20, 41 [tradução de Maria Margarida Cunha Gonçalves].
- _____ (1986). *Further Considerations of the Function of the Skin in Early Object-relations*. *British Journal of Psychotherapy*, 24, 292-301.

BION, W. R. (1988 [1956]). Desenvolvimento do Pensamento Esquizofrênico. In: BION, W.R. (pp. 39-44). *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1957). Diferenciação entre a Personalidade Psicótica e a Personalidade Não-Psicótica. In: BION, W.R. (pp. 45-62). *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1959). Ataques ao Elo de Ligação. In: BION, W.R. (pp. 87-100). *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1962). Uma Teoria Sobre o Processo de Pensar. In: BION, W.R. (pp. 101-109). *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago.

BRUNO, P. (1991). "Autismo". - conferência realizada em 28/10/1991, na Aliança Francesa de Ipanema (transcrição pertencente ao acervo da biblioteca do NAICAP - Instituto Philippe Pinel, Rio de Janeiro/RJ).

BOSA, C. e CALLIAS, M. (2000). Autismo: Breve Revisão de Diferentes Abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 1, 167-177.

BOWLBY, J. (1997 [1979]). Formação e Rompimento dos Laços Afetivos. São Paulo: Martins Fontes.

CICCHETTI, D.; ROGOSH, F.A.; SHEREE, L.T. (2000). The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy for Fostering Cognitive Development in Offspring of Depressed Mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2): 135-148.

COHEN, S. A. (2000). A Evolução do Conceito e do Diagnóstico de Autismo. Tese de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, R.J.

CORSO, M. (1993). Reflexos Sociais na Análise da Psicose. *Associação Psicanalítica de Porto Alegre – Boletim*, 9, 44-49.

COX, A.; RUTTER, M.; NEWMAN, S. & BARTACK, L. (1975). A Comparative Study of Infantile Autism and Specific Developmental Receptive Language Disorder: II Parental Characteristics. *In British Journal of Psychiatry*, 126: 146-159.

DAWSON, G. ; LEWY, A. (1989). Arousal, Attention, and the Socioemotional Impairments of Individuals with Autism. In Dawson, G. (1989) *Autism: nature, diagnosis and treatment*. New York: Guildford Press.

- DELION, P. et al. (1998). *Les Bébé à Risque Autistique*. Ramonville Saint-Agne, Editions Érès.
- FÉDIDA, P. (1992). Auto erotismo e Autismo: Condições de Eficácia de um Paradigma em Psicopatologia. *Nome, Figura e Memória*. São Paulo: Escuta.
- FINN, M. (1997). In the Case of Bruno Bettelheim. *First Things*, 74, 44-48.
- FREUD, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XII, Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1914). Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. In *Obras Completas ESB*, vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1923). O Ego e o Id. In *Obras Completas ESB*, vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago.
- FRITH, U. et al. (1991). *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____ (1997). Autism. *Scientific American – Mysteries of the Mind* (special issue).
- GAUDERER, C. (1985). Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais. São Paulo: Sarvier
- GARDNER, M. (2000). The Brutality of Dr. Bettelheim. *Skeptical Inquirer*, November.
- GREEN, A. (1988). Narcisismo de Vida / Narcisismo de Morte. São Paulo: Escuta.
- HAAG, G. (1991). Abordagem psicanalítica do autismo e das psicoses da criança. In: MAZET, P. e LBOVICI, S. (Orgs.). (pp. 128-138). *Autismo e Psicoses da Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____ (1985^a). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et Adolescence*, 33(2-3), 107-114.
- _____ (1985^b). De l'autisme à la schizophrénie chez l'enfant. *Topique*, 35/36, 46-65, Paris.

_____ (1986). Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant. *GRUPPO*, 2, 45-51.

_____ (1989). De la naissance physique à la naissance psychologique. *L'Aventure de Naître - Le Léopard, pages d'enfance*, IV, 211-223.

_____ (1990^a). Approche Psychanalytique De L'autisme Et Des Psychoses De L'enfant. In: Mazet, P. et Lebovici, S (Orgs.). (pp. 143-155). *Autisme et Psychoses de L'enfant*. Paris, PUF.

_____ (1990^b). Les troubles de l'image du corps dans les psychoses infantiles. *Thérapie Psychomotrice*, 86 / 2, 50-65.

_____ (1990^c). L'expérience sensorielle fondement de l'affect et de la pensée. In: *Journées d'Études du COR - octobre 1990*, Arles, COR éditeur.

_____ (1991^a). Contribución a la comprensión de las identificaciones en juego en el yo corporal. In: *37º Congreso de la API*, Buenos Aires 1991.

_____ (1991^b). De la sensorialité aux ébauches de pensée chez les enfants autistes. *Rev. Internationale de Psychopatologie*, 3, 51-63.

_____ (1991^c). Nature de quelques identifications dans l'image du corps: Hypothèses. *J. Psychanalyse de l'Enfant*, 10, 73-92.

_____ (1993). Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations. In: ANZIEU, D. [et coll] (pp.41-59). *Les contenants de pensée* (Collection Inconscient et Culture).

_____ (1994). Rencontres avec Frances Tustin. *Rev. Française de Psychanalyse - Autismes de l'enfance*, dir. D.Ribas, Paris, PUF.

HAPPÉ, F. (1994). Autism: an introduction to psychological theory. London: UCL Press.

HEIMANN, P. (1950). On Counter-transference. *Int. Journal of Psycho-analysis*, 31, 81-84.

HAPPÉ, F. (1994). Autism - an introduction to psychological theory. London, UCL Press.

HOBSON, R.P. (1993^a). Autism and the Development of Mind. East Sussex: Psychology Press.

_____ (1993^b). The Intersubjective Domain: Approaches From Developmental Psychopathology. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 41S, 167-192.

_____ (1993^c). Understanding Persons: the role of affect. In: BARON-COHEN, S. & TAGER-FLUSBERG, D.J. (Orgs.). (pp. 204-227). *Understanding other Minds: perspectives from autism*. Oxford: Oxford University Press.

HOBSON, R. P. e LEE, A. (1998). On Developing self-concepts: a controlled study of children and adolescents with autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 39, 8, 1131-44.

HOBSON, R. P. e CRANDELL, L. E. (1999). Individual Differences in Young Children's IQ: A Social-developmental Perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 455-464.

HOBSON, R.P. e RICHARDSON, P. (2000). On the Effectiveness of Work at the Tavistock and Portman Clinics. (www.tavi-port.org).

KANNER, L. (1997 [1943]). Os distúrbios autísticos de contato afetivo. In. Rocha, S.P. (Org). (pp. 111-170) *Autismos*. São Paulo, Escuta.

LACAN, J. (1969). Duas Notas Sobre a Criança. (carta a Jenny Aubry); trad. Maria Inês Lamy do original in *Ornicar?*, nº 37. (acervo da biblioteca do NAICAP - Instituto Philippe Pinel. Rio de Janeiro/RJ).

LAMBOTTE, M. (1997). O Discurso Melancólico: da fenomenologia à metapsicologia. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

LAPALUS, G. , DIDIER, J. , TRAMACERE, M. (1991). Réflexions sur la séméiologie corporelle des nourrissons incompétents (handicapés ou psychotiques); in *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 39 (2-3), 105-110.

LAURENT, E. (1985). A Incidência do Ensino de Lacan Sobre a Psicanálise com as Crianças. Tradução de Eliana Bentes, do original in *Ornicar?*, n 35 (acervo da biblioteca do NAICAP - Instituto Philippe Pinel, Rio de Janeiro/RJ).

LEBOVICI, S. e DUCHÉ, J. (1991). Os conceitos de autismo e de psicose na criança. Visão Histórica geral. Reflexões sobre suas relações. In MAZET, P. e LEBOVICI, S. (Orgs.). (pp. 11-19). *Autismo e Psicoses da Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.

LEBOYER, M. (1995). *Autismo Infantil : fatos e modelos*. São Paulo, Papyrus, 2ª ed.

LEFORT, R. (1990). *Nascimento do Outro*. Salvador: Fator Editora, 2ª ed.

MAHLER, M. (1983 [1952]). Sobre a Psicose Infantil e Esquizofrenia: psicose autística e simbiótica da infância. In MAHLER, M. (pp. 23-40). *As Psicoses Infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1983 [1958]). Autismo e Simbiose: duas graves perturbações de identidade. In MAHLER, M. (pp.52-61). *As Psicoses Infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1983 [1959]). Sobre os precursores infantis do aparelho de influência. In MAHLER, M. (pp.79-91). *As Psicoses Infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1983 [1961]). Sobre a aflição e a tristeza do bebê e da criança pequena: perda e restauração do objeto amoroso simbiótico. In MAHLER, M. (120-131). *As Psicoses Infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1983 [1965]). Sobre a psicose precoce do bebê: síndrome simbiótica e síndrome autística. In MAHLER, M. (pp.41-51). *As Psicoses Infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MARATOS, O. (1998). Psychoanalysis and the Management of Pervasive Developmental Disorders, Including Autism. In: TREVARTHEN, C. et al (1998). (pp. 203-214). *Children With Autism – Diagnosis and Interventions to Meet their Needs*, London: Jéssica Kingsley Publishers.

MAZET, P. e LEOVICI, S. (1991) – *Autismo e Psicoses da Criança*, Porto Alegre, Artes Médicas.

MELTZER, D. [et al.] - (1979 [1975]). *Exploracion del Autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

NELSON, A.C. & BLOOM, F.E. (1997). Child Development and Neuroscience. *Child Development*, 68, 5, 970-987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998). *CID-10 - critérios diagnósticos para pesquisa : classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

O'SHAUGHNESSY, E. (1981). A Teoria do Pensar de W. R. Bion e Novas Técnicas em Análise de Crianças; In: Spillius, E. B. et all. (1990) – *Melanie Klein Hoje / Desenvolvimentos da teoria e da técnica – Volume 2*, Rio de Janeiro, Imago.

PRADO, M. C. C.A. (1993). Psicanálise da Família Autista. *Informação Psiquiátrica*, vol. 12, nº 3: 102-105, Rio de Janeiro.

ROSENFELD, A.A. (1999). Love is Not Enough (Review). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38:349-351.

_____ (2000). Bruno Bettelheim Revisited (Letters to the Editor). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, December.

RUTTER, M. (1968). Concepts of Autism – a review of research. *in Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9:1-25.

SKUSE, D.H. (1993). Extreme Deprivation in Early Childhood. In: BISHOP, D.V.M. & MOGFORD, K. (pp. 29-46). *Language Development in Exceptional Circumstances*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

STERN, D. (1974). Mother and Infant at Play: the Dyadic Interaction Involving Facial, Vocal and Gaze Behaviours. In LEWIS, M. & ROSENBLUM, A. (Eds.) *The Effect of the Infant on its Caregiver*. New York: Wiley.

_____ (1977). *The First Relationship: Infant and Mother*. Cambridge: Harvard University Press.

_____ (1992 [1985]). *O Mundo Interpessoal do Bebê: Uma Visão a partir da Psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento*. Porto Alegre, Artes Médicas.

SOLER, C. (1997). Autisme et Paranoïa. "L'Autisme" - numéro spécial du Bulletin du Groupe Petite Enfance, nº 10, 22-30.

SPITZ, R. (1996 [1965]). *O Primeiro Ano de Vida*. São Paulo, Martins Fontes.

STERN, D. (1992). *O Mundo Interpessoal do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

TREVARTHEN, C. (1977). Descriptive Analyses of Infant Communicative Behaviour. In SCHAFFER, H.R. (pp.227-270). *Studies in Mother-Infant Interaction*. London: Academic Press.

TREVARTHEN, C. & HUBLEY, P. (1978). Secondary Intersubjectivity: Confidence, Confiding and Acts of Meaning in the First Year. In LOCK, A. (Org.). (pp. 183-229). *Action, Gesture and Symbol. The Emergence of Language*. London: Academic Press.

TREVARTHEN, C., AITKEN, K., PAPOUDI, D. & ROBARTS, J. (1998). *Children with Autism: Diagnosis and Interventions to Meet their Needs*. London: Jessica Kingsley Publishers.

TUSTIN, F. (1975 [1972]). *Autismo e Psicose Infantil*. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1984 [1981]). *Estados Autísticos em Crianças*. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1990^a [1986]). *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1990^b). *The Protective Shell in Children and Adults*. London: Karnac Books.

_____ (1991). Revised Understandings of Psychogenic Autism. *Int. J. Psycho-Anal.*, 72: 585-591.

_____ (1994). The Perpetuation of an Error. *Journal of Child Psychotherapy*, 20, 3-23.

_____ (1995 [1994]). A Perpetuação de um Erro. *Letra Freudiana - O Autismo*, 14, 63-79.

WING, L. & GOULD, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children - epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9: 11-30.

WING, L. (1988). The Continuum of Autistic Characteristics. In: SHOPLER, E. & MESIBOV, B.G. (Eds.). (pp. 91-110). *Diagnosis and Assessment in Autism*. New York: Plenum Press.

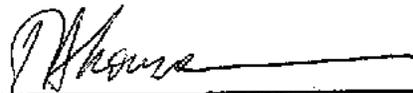
WINNICOTT, D.W. (1990). *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1996 [1966]). Autism. In: WINNICOTT, D.W.. (pp. 197-217). *Thinking About Children*. London: Eva Addison-Wesley.

_____ (1996 [1967]). The aetiology of infantile schizophrenia in terms of adaptive failure. in: WINNICOTT, D.W. (pp. 219-223). *Thinking About Children*. London: Eva Addison-Wesley.

YANKELEVICH, H. (1994). O Riso de Jérôme. In: LAZNIK-PENOT, M.C. (Org.). (pp. 117-134). *O Que a Clínica do Autismo Pode Ensinar aos Psicanalistas*. Salvador.

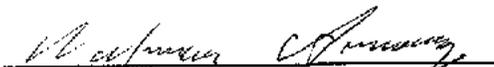
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pelo aluno Newton Lopes Figueiredo, intitulada "Autismo: Perspectivas atuais para uma abordagem psicanalítica", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Octavio de Souza
Orientador – PUC-Rio



Profa. Carolina Lampreia
PUC-Rio



Prof. Nahman Armony
USU

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2001.



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas