Revista Debates Insubmissos

AUTISMO: UM RELATO PSICANALÍTICO DE EXPERIÊNCIA

AUTISM: A PSYCHOANALYTIC REPORT OF EXPERIENCE

Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira[1]

Jerline da Silva Rocha[2]

RESUMO

O presente trabalho é um relato parcial de experiência do projetode pesquisa e extensão "Saúde Mental da Criança e do Adolescente" do curso de psicologia do IBIOTEC da UFG-Regional Catalão. O objetivo desse relato parcial é apresentar uma proposta psicanalítica de trabalho com autistas, ou seja, uma prática que busque localizar um sujeito para além do diagnóstico nosológico, convocando a manifestação deste como um sujeito desejante. Para fundamentar a proposta teórica da psicanálise, o artigo inicia com uma revisão teórica do autismo, desde o surgimento do conceito com Kanner e Asperger até a construção do diagnóstico nosológico nos DSMs 1 ao 5. Num segundo momento o artigo apresenta as contribuições da psicanálise sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento do autismo e, finalmente, retoma a descrição do projeto e a apresentação de dois exemplos do trabalho realizado até o presente momento. Os exemplos escolhidos foram a apresentação do caso clínico de uma criança de 5 anos atendida por estagiários do projeto e a contribuição deste para a criação da associação de pais e amigos de autistas de Catalão.

Palavras-chaves: Psicologia; Psicanálise; Saúde mental; Autismo.

ABSTRACT

The present work is a partial experience report of the research and extension project"Mental Health of Children and Adolescents" of IBIOTEC psychology course at UFG-Regional Catalão. The objective of this partial report is to present a psychoanalytic proposal of work with autism, in other words, a practice that intends to think a subject beyond the nosological diagnosis, summoning his manifestation as a desiring subject. To support the theoretical proposal of psychoanalysis, the article begins with a theoretical review of autism, from the emergence of the concept with Kanner and Asperger until the construction of the nosological diagnosis in DSMs 1 to 5. In a second moment the article presents the contributions of psychoanalysis on the prevention, diagnosis and treatment of autism and, finally, the description of the project and the presentation of two examples of the accomplished work to the present moment. The chosen examples were the presentation of the clinical case of a 5-year-old child attended by project trainees and the contribution to the creation of the Catalan association of autistic parents and friends.

Keywords*: Psychology; Psychoanalysis; Mental health; Autism.*

[1]Pós-doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília – UnB. Atualmente é Professora Associada da Universidade Federal de Goiás/Regional Catalão/IBIOTEC - curso de psicologia. e-mail:renatawirthmann@gmail.com

[2] Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás/Regional Catalão/IBIOTEC. e-mail: rochajerline@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O dia 2 de abril foi instituído pela ONU (em 2008) como o Dia Mundial de Conscientização do Autismo. Essa data é um marco, no Brasil e no mundo, de que algo se modificava em relação ao lugar que o autismo passaria a ocupar. Uma década antes pouco se falava de autismo e poucos eram os diagnósticos de autismo, até porque foi somente em 1993 que o autismo passou a existir na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID - OMS). Além de ser um diagnóstico recente, o autismo carrega, ainda, um outro grande desafio, o fato de que até hoje não se sabe com precisão sua causa. A relação entre esses dois pontos, um diagnóstico novo para um transtorno de causa desconhecida, conduz o autismo para uma batalha ainda maior, a do tratamento.

O desespero frente a algo aparentemente novo, com um vertiginoso aumento do número de diagnósticos (na década de 1990 considerava-se o nascimento de 1 autista a cada 1000 crianças e hoje calcula-se, segundo a OMS, 1 autista a cada 100 crianças) e sem causa definida têm gerado inúmeras polêmicas e discórdias sobre todos os aspectos do autismo, desde os critérios de diagnóstico até os tratamentos propostos. Frente a este desnorteamento surge uma importante pluralidade de abordagens que buscam tanto explicar quanto tratar o autismo. Segundo Eric Laurent a batalha do tratamento tem se tornado, portanto, em uma batalha pela diversidade:

> Tanto para as pessoas autistas quanto para seus pais, é crucial manter uma pluralidade de abordagens, bem como interlocutores oriundos de vários horizontes. A pedra angular dessa batalha consiste em permitir que cada criança elabore, com seus pais, um caminho próprio, e prossiga nele na idade adulta. E isso levando em conta a incrível variedade de sintomas que o denominado "espectro autista" abarca. Trata-se, pois, de uma batalha pela diversidade (LAURENT, 2014, p. 19).

Dentre essas abordagens está a Psicanálise. Com o objetivo de demonstrar uma proposta psicanalítica de compreensão e tratamento do autismo, o presente artigo busca apresentar um relato parcial de experiência do projetode pesquisa e extensão "Saúde Mental da Criança e do Adolescente". Para tal objetivo o artigoinicia apresentando uma revisão teórica e construção histórica da descoberta do autismo desde Kanner e Asperger até a construção do diagnóstico nos manuais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM 1 ao 5). Num segundo momento o artigo discute sobre o desafio de definir as possíveis causas do

autismo e apresenta o que a legistação brasileira tem a dizer sobre a prevenção e o tratamento deste. Retomando ao objetivo deste trabalho, apresentaremos algumas contribuições teóricas da psicanálise para a compreensão do autismo para além da descrição apresentada pelo DSM-V e, finalmente, o relato de experiência de dois exemplos práticos desenvolvidos pelo projeto citado acima, vinculado ao curso de psicologia do IBIOTEC da UFG-Regional Catalão e supervisionado pela professora Dr.ª Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira.

2. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

Em 1943 Leo Kanner, nos EUA, descreveu pela primeira vez uma nova síndrome que ele nomeou como "autismo infantil precoce". Nessa mesma época, Asperger, na Áustria, criou um novo diagnóstico que levou seu nome: "Síndrome de Asperger". Anos mais tarde, em 1952, tais síndromes entraram nos Manuais de Diagnósticos. Hoje, no DSM-V (2013), o manual desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria, nomeia tal quadro como "Transtorno do Espectro Autista" (TEA).

Embora o primeiro DSM tenha sido publicado apenas na década de 1950, a necessidade de desenvolver, pela primeira vez nos EUA, uma classificação e organização de transtornos mentais iniciou um século antes: "A primeira tentativa oficial foi o censo de 1840, que levou em conta uma única oposição: idiotice ou insanidade. Quarenta anos mais tarde, o censo de 1880 distinguiu entre sete categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo" (DUNKER, 2014, p.81).

No início do século XX esse trabalho foi se aprofundando até resultar num *Manual estatístico para o uso de instituições de insanos* (de 1918), que incluiu 22 diagnósticos e tinha o objetivo de nortear o trabalho nas internações psiquiátricas. Na primeira metade do século, sob forte influência da psicanálise, o manual foi ampliado com o objetivo de "uniformizar os critérios semiológicos da prática diagnóstica em torno de 182 distúrbios" (DUNKER, 2014, p.85).

Assistimos ao longo do século XX esse importante esforço para a construção dos manuais, tanto do DSM da Associação Americana de Psiquiatria, quanto o CID da

Organização mundial de Saúde (OMS). Sendo que esta segunda tinha, ainda, o desafio de incorporar ao seu Código Internacional de Doenças (CID) os distúrbios mentais de modo que pudessem ser aceitos e compreendidos não só nos EUA, mas no mundo todo. Tais manuais servem, até hoje, de referência e consolidação dos cuidados da saúde mental no mundo e, portanto, tem grande relevância histórica e prática. Nesse artigo recortaremos, especificamente, a construção do diagnóstico de autismo dos DSMs 1 ao 5.

O autismo figura nas classificações psiquiátricas desde a primeira publicação do DSM, sendo que no DSM-I (1952) aparece apenas como um sintoma da "Reação Esquizofrênica, tipo infantil" e não como uma entidade nosográfica específica. No DSM-II (1968) o autismo aparece ainda como um sintoma, um comportamento autístico da esquizofrenia tipo infantil. O DSM-III (1987), entretanto, apresentou grandes modificações e o autismo aparece pela primeira vez como entidade nosográfica submetida à classe diagnóstica de "Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD". Revista a terceira edição, o autismo passa a ser nomeado "Transtorno Autístico". O diagnóstico de "Esquizofrenia tipo infantil" desaparece, sob a alegação de que é extremamente raro na infância. A partir daí, "o autismo se transforma num diagnóstico convencional na prática psiquiátrica, tornando-se mais comum ainda nos anos seguintes." (GRINKER, 2010, pág.120).

Já no DSM-IV (1994), o autismo aparece ainda dentro dos Transtornos Globais de Desenvolvimento - TGA, juntamente com o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo e Transtorno de Asperger. Na ultima versão do manual americano, o DSM-V (2013), a nomenclatura do autismo é modificada para Transtorno do Espectro Autista. O termo *espectro* se justifica por envolver situações e apresentações muito diferentes umas das outras, numa gradação que vai de mais leve amais grave, e abrange diferentes indivíduos em diferentes idades e ambientes.

O transtorno do espectro autista hoje, segundo o DSM-V (2013), engloba todos os transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

Antes de descrever as principais características do TEA, é importante considerar que os sintomas estão presentes desde a infância, são persistentes, ou seja, estão presentes na criança durante um longo período e não desaparecerem logo após o início das estimulações e limitam ou prejudicam o cotidiano da criança em casa, na escola e em outros ambientes.

Tendo em vista essas ressalvas, podemos considerar que as principais características do TEA, conforme o DSM-V (2013), são: 1. O prejuízo na comunicação e interação social (por exemplo: evita contato visual, ultrapassa os dois anos sem começar a falar e, mesmo após começar a falar, não inicia ou não dá continuidade a uma conversa); 2. padrões restritos e repetitivos de comportamento, de interesses e de atividades (por exemplo: em vez de brincar com o carrinho fantasiando que este é um carrinho, se limita a ficar girando, repetidamente, as rodinhas deste).

Ainda de acordo com o DSM-V (2013), as primeiras manifestações do TEA costumam ser reconhecidas entre os 12 e 24 meses do bebê quando mais graves, e após os 24 meses quando moderados ou leves. Os primeiros sintomas do TEA costumam ser: 1. atraso no desenvolvimento da linguagem, 2. ausência de interesse social (recusa do olhar), 3. padrões atípicos de brincadeiras (carregar brinquedos sem nunca parar para brincar com eles), 4. padrões incomuns de comunicação (conhece todo o alfabeto mas não o próprio nome), 5. Forte tendência a repetição (assistir muitas vezes a mesma coisa, comer o mesmo alimento), 6. presença de comportamentos estereotipados (andar na ponta dos pés ou ficar sacudindo as mãos no ar).

Embora o DSM-V (2013) tenha proposto a unificação de todos os diagnósticos, que citamos há pouco, dentro de um grande grupo denominado de “Transtorno do Espectro Autista”, existe uma enorme diferença entre os sujeitos autistas. Alguns autistas apresentam comprometimento intelectual, enquanto outros possuem um desempenho intelectual acima da média para sua idade; 30% dos sujeitos que são diagnosticado com autismo não falam nem quando atingem a vida adulta, enquanto os outros 70% desenvolverão a fala, embora, muitos desses, com alguma dificuldade de compreensão e de interpretação. Muitos apresentam déficits motores, como falta de coordenação motora ou caminhar na ponta dos pés. Vários se

machucam (mordem a mão, batem a cabeça) e outros são extremamente desafiadores (COUTINHO ET AL, 2013).

Frente a quadros tão diferentes, é fundamental descrever que existem, segundo o DSM-V (2013), três níveis de gravidade: os níveis 1, 2 e 3, sendo o 1 o mais leve e o 3 o mais grave. No nível 1, o autista precisa de apoio e estimulação para não vir a ter prejuízos notáveis nas interações sociais. Nesse nível, o sujeito possui fala, consegue falar frases completas. O problema costuma aparecer no interesse reduzido por interações sociais, falhas nas tentativas de fazer amizades, inflexibilidade e dificuldade de trocar de atividades.

No nível 2 o autista possui déficits graves nas habilidades de comunicação social tanto verbal quanto não verbal. Neste nível os prejuízos sociais irão se manter mesmo com apoio e estimulação. Neste nível o sujeito chega a falar, mas com atrasos. As frases serão mais simples, os interesses reduzidos, comunicação não verbal não compatível com o ambiente e dificuldade de lidar com mudanças. No nível 3 há a presença de déficits graves nas habilidades sociais, na comunicação verbal e não-verbal, prejuízos no funcionamento cotidiano, nenhuma ou pouca fala, com raras palavras inteligíveis. Extrema dificuldade para lidar com mudanças, comportamentos repetitivos e restritos.

3. INVESTIGAÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO AUTISMO HOJE

O que propor para o tratamento do autismo? Desde que a legislação[3] decretou que o autismo é uma deficiência e não um funcionamento subjetivo específico, começaram a surgir tratamentos com técnicas longas e agressivas demais, caras demais, não científicas, não totalmente controladas por profissionais qualificados e que, fundamentalmente, têm tornado a tarefa dos pais particularmente difícil, sobretudo de encontrar instituições que consigam associar a educação e os cuidados necessários ao trabalho adaptado, levando em consideração o ritmo do sujeito e onde se leve em conta a angústia, ao invés de combatê-la violentamente. Muitos tratamentos propostos hoje elevam a angústia do autista a níveis que, frequentemente,

[3]LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012 diz que: "§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais."

geram comportamentos agressivos, sobretudo contra o próprio corpo. A psicanálise, por sua vez, faz uma leitura do autismo baseada nos conceitos de Outro, corpo e gozo, conduzindo o tratamento pela escuta que busca convocar o surgimento e estruturação do sujeito (LAURENT, 2014).

Sempre que se fala sobre diagnóstico e tratamento surge uma grande interrogação sobre a causa do autismo, que permanece desconhecida. Nos inúmeros estudos genéticos feitos até hoje, por exemplo, foram descobertas anomalias em dezenas de genes, mas não são consistentes de um estudo para outro ou de uma amostragem para outra, portanto, não são dados suficientes para serem qualificados como causas. Outras pesquisas buscaram identificar as causas em disfunções cerebrais, mas estas também não estão presentes em grande parte dos sujeitos estudados, sobretudo nos autistas de alto funcionamento. Nenhum exame biológico também está em condições de dizer a causa, tampouco de contribuir para o diagnóstico. A principal aposta de investigação sobre as causas do autismo é na pesquisa genética que, embora já tenha avançado muito, ainda é insuficiente para apresentar conclusões:

> na maioria dos casos parece não haver uma correspondência direta e simples entre ter uma anormalidade genética única e ter autismo. De fato, os dados dão suporte à noção de que, na grande maioria dos indivíduos, os múltiplos loci interagem para levar a manifestações da síndrome. Mesmo que seja amplamente aceito que não há um gene único do autismo, é difícil predizer o número de regiões genéticas, ou loci, que contribuem para ele. Estimou-se que aproximadamente 15 genes possam estar envolvidos. No entanto, isso pode acabar sendo uma significativa subestimação do número total que pode levar ao desenvolvimento de um fenótipo autístico ou aumentar o risco disso. Essa complexidade genética parece ser a regra e não a exceção para a maioria das condições clínicas mais comuns(GUPTA; STATE, 2006, p. 02).

A pesquisa de qualquer tópico começa pelas perguntas. Inúmeras perguntas já foram feitas e testadas de inúmeros modos acerca do autismo. Algumas perguntas geraram muito mais polêmicas que respostas. As principais perguntas já investigadas foram: Trata-se de uma causa genética ou de uma causa epigenética que surge durante a gravidez? É uma anomalia imunológica? Trata-se de uma alteração no desenvolvimento neuronal? Seria uma reação a alguma vacina? Estaria ligada a depressão dos pais ou uso de antidepressivos da mãe durante a gestação? (MALEVAL, 2017).

Cada uma dessas perguntas gerou, nas últimas décadas, reações como a recusa em vacinar as crianças ou acusações contra os pais como possíveis causadores do autismo. Entretanto isso se deve, fundamentalmente, ao desconhecimento de como funciona o processo científico. Uma pergunta não é uma descoberta e não deve ser tratada como tal, mas o desespero por uma resposta associada à velocidade das informações e à má fé de alguns geram a oportunidade financeira e de autopromoção, levam ainda a uma histeria coletiva de desinformação que aumenta, ainda mais, o desamparo frente ao fato de que a causa para o autismo permanece desconhecida. Sobre a cura. Não há cura algo cuja a causa não é conhecida.

Como não se sabe a causa é difícil falar em fatores de risco, entretanto podemos falar em indicadores de risco para o autismo. Desde 27 de abril de 2017 a Lei13.438/2017 determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) será obrigado a adotar protocolo com padrões para a avaliação de riscos ao desenvolvimento psíquico de crianças de até 18 meses de idade. Não só a lei já existe como já foi incluída no estatuto do menor e do adolescente (art14 § 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico).

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Psíquico Infantil (IRDI) foram criados com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do bebê de zero a 18 meses a partir, fundamentalmente, da avaliação subjetiva da interação entre o bebê e o seu cuidador. Parte-se da premissa de que as bases para a saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e irão ser responsáveis por estabelecer uma subjetividade e por inserir esse sujeito na cultura. Falhas nesse processo de constituição da subjetividade ocasionam transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil e podem ser observados a partir de 31 indicadores pré-estabelecidos (KUPFER et al, 2009).

Apesar de ainda não haver uma causa estabelecida e, portanto, não haver cura, existe a possibilidade de diagnóstico precoce e, portanto, um trabalho de estimulação e prevenção que

tem como objetivo diminuir a gravidade do diagnóstico e melhorar o prognóstico. Há uma pluralidade de abordagens que apostam nessa premissa, dentre elas a psicanálise.

4. ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A COMPREENSÃO DO AUTISMO

A psicanálise tem, assim como o DSM, o CID, Asperger e Kanner, uma importante e antiga participação na descoberta, investigação e tratamento do autismo. O termo autismo foi criado em 1907 por Eugen Bleuler, médico suíço que também inventou o termo esquizofrenia, contemporâneo, amigo e defensor de Freud. Historicamente "do mesmo modo que Freud transformara a histeria em um paradigma moderno da doença nervosa, Bleuler inventava a esquizofrenia para fazer dela o modelo estrutural da loucura do século XX" (ROUDINESCO, 1998, p.79).

Sobre o tratamento de crianças autistas, a psicanálise tem o registro do famoso caso do pequeno Dick atendido por Melanie Klein entre 1929 e 1946 e relatado pela primeira vez em 1930. Posteriormente a psicanalista Frances Tustin, a partir da década de 1960, apresenta uma importante contribuição com a ideia de que o autista parece fechado numa espécie de cápsula protetora. Nessa mesma época Bettelheim publica *A fortaleza vazia*, pouco depois Rosine e Robert Lefort, por meio do ensino de Lacan, contribuíram com publicações como *Nascimento do Outro* (1980) e a *Distinção do autismo* (2003) e hoje, um psicanalista lacaniano, referência na clínica do autismo, é Jean-Claude Maleval. O percurso teórico da psicanálise é bastante diferente dos manuais (DSM e CID). Embora haja o reconhecimento da importância histórica da elaboração dos manuais, este vem acompanhado de importantes criticas. Uma primeira diferença entre a psicanálise e a psiquiatria é que a primeira foca no sujeito e a segunda parece se centrar no diagnóstico. A ênfase no sujeito parece ir na contramão do funcionamento contemporâneo.

Vivemos, na contemporaneidade, um desejo implacável de normatização. A clínica com crianças repete muitas vezes esse anseio, buscando padronizar, limitar e treinar as crianças não mais para se tornarem sujeitos, mas padrões. Quando esse funcionamento se

estende à clínica com autistas, os danos são ainda maiores, pois métodos que focam no treinamento de atividades acabam reforçando cada vez mais a sintomatologia da criança, colocando o sujeito autista na fronteira da humanidade, conferindo a ele um estatuto de estrangeiro, no qual o singular, o peculiar, se apresenta como inapropriado e, portanto, inaceitável (LAURENT, 2014).

Para a psicanálise, por sua vez, o sujeito autista tem algo a dizer, algo que está para além dos usos convencionais da linguagem, que nos diz, sobretudo a seu respeito, ao seu modo de funcionar. É importante compreender que o mundo externo, para o sujeito autista, parece caótico e que ele demora a perceber que a linguagem pode lhe servir para comunicação e, por isso, ele primeiro se refugia num mundo particular, assegurado por objetos autísticos que são escolhidos e organizados segundo suas próprias regras. Para nós, que não conhecemos tais regras, esse mundo nos parece imutável e solitário. Essa separação entre esses dois mundos é feita pelo próprio sujeito autista, como uma defesa contra a angústia que o encontro com o mundo lhe causa. O sujeito autista se dedica a criação dessa barreira, que chamamos de borda, e que lhe permite manter seu mundo tranquilizante e controlado, separado do mundo caótico e incompreensível.

Esse mundo caótico para o autista é, paradoxalmente, o mundo estruturado e organizado pela linguagem para todos nós. Enquanto a linguagem nos serve de amparo, ao autista ela produz angústia e por isso ele se defende tampando os ouvidos, pressionando os olhos, produzindo estalos com a garganta, se movimentando ou sacudindo. Observando a angústia frente à linguagem, percebemos que o autista não é, portanto, um sujeito fora da linguagem, se fosse não se importaria tanto com ela. Linguagem não é sinônimo de fala. Ele pode até não falar, mas é um "mestre da linguagem, tem sobre ela o controle por meio de sua recusa em arriscar a fala (…) ainda que o sujeito autista se defenda da linguagem, ele está imerso, desde antes do seu nascimento, num banho verbal que o afeta" (MALEVAL, 2017, p. 125).

Esse banho verbal, segundo Lacan, faz do autista um "verborrágico", mas não de qualquer palavra, o autista leva muito a sério as palavras, ao mesmo tempo que parecem ter

muita dificuldade de falar de si e expressar sentimentos, ele é capaz, em certos casos, de disparar um discurso entusiasmado sobre seu assunto predileto. "Que vocês tenham dificuldade de ouvir, de dar alcance ao que eles dizem, isso não impede que eles sejam personagens sobretudo verborrágicos" (LACAN, 1985, p. 20). A verborreia, tanto quanto o mutismo, tem a mesma função para o sujeito autista: evitar a interlocução. A verborreia é tão tranquilizadora quanto o mutismo, pois permite ao autista manter o controle, não correr risco de ser decifrado pelo outro, ou seja, fala para não dizer nada, fala para não ser compreendido, fala sem se dirigir ao interlocutor, canta ou repete ecolalicamente ao invés de falar, repete informações sem importância. Parece uma forma de brincar com as palavras, seja enquanto as fala ou enquanto recusa a falá-las.

Mesmo quando há fala no autismo, ela se distingue, portanto, da fala convencional, pois essa parte de uma reciprocidade que no autismo é extremamente evitada, entretanto não se trata de uma simples recusa, pois a voz é um objeto pulsional que apresenta a especificidade da identificação primordial, de tal modo que a recusa em falar é, na verdade, uma recusa em ceder ao gozo vocal que o inscreveria no campo do Outro, no qual o sujeito estaria inserido em uma identificação para vir-a-ser, simultaneamente, emissor e receptor (MILLER, 2013).

Retomando a pergunta de como tratar, o projeto de pesquisa e extensão "Saúde mental na infância e adolescência" se propôs a observar e escutar os autistas e o universo que o circunda. A proposta inicial foi convidar os autistas, familiares e demais profissionais que os acompanham para falar de si, de suas dificuldades, demandas, descobertas, interesses, avanços e, a partir de uma escuta qualificada, elaborar uma prática singular para sujeito e suas especificidades. Essa escuta foi acompanhada também da observação dos lugares onde o sujeito autista está inserido. Ouvindo e observando cada um deles, dentro das diferentes especificidades de fala destes, buscamos formular um tratamento para cada sujeito.

A premissa da escuta como ponto de partida é a base da teoria psicanalítica e sua importância para o tratamento do autismo pode ser encontrada nas autobiografias publicadas

de autistas como Berger[4], um autista de alto funcionamento que descreveu o que espera de seu terapeuta: "Espero um olhar que não avalie antes de ver, que não meça com suas próprias medidas, um olhar que dê ao outro a possibilidade de ser plenamente o que ele é, ainda que estranho e desconcertante. Um olhar que conceda a existência, que não procure dominar".

Outra autobiografia que tomamos como importante consideração nas intervenções na clínica com autistas é a de Kedar[5] e seu incômodo com o olhar discriminatório das pessoas: "uma vez que eu não posso falar, se eu não mostrava minha inteligência, assumia-se que sou burro". "Pare de olhar para nossos movimentos bizarros, faces blank, falta de fala, dificuldade de escrita à mão, pobre auto-controle, *and on and on*, como prova de atraso intelectual. Pode parecer isto, mas eu penso que aqui as aparências enganam" "quem sabe quanto está trancado dentro?" "Eu quero que as pessoas saibam que não falar não é o mesmo que não pensar; que motricidade fina pobre não é o mesmo que não pensar; que ações impulsivas são diferentes do que não compreender a diferença de certo e errado; que expressão facial pobre não é o mesmo que não ter sentimentos; que matar as pessoas de tédio é negá-las a vida, a liberdade e a busca de felicidade"

Um outro autista de alto funcionamento, Fleischmann[6], organiza suas queixas como uma manifestação para os demais autistas dizendo: "crianças com autismo precisam que suas histórias sejam contadas. Nós precisamos de ajuda. Nós precisamos que as pessoas acreditem. Nós precisamos que as pessoas compreendam. Nós precisamos que as pessoas escutem" "é difícil ser autista porque ninguém me entende. As pessoas me olham e já supõem que eu sou burra porque eu não posso falar ou porque eu ajo diferente deles. Eu acho que as pessoas ficam assustadas com o que aparenta ou parece diferente deles."

[4] Nome real, autista de auto funcionamento, cuja autobiografia foi usada como referência no livro de Jean-Claude Maleval, O autista e a sua voz, 2017.

[5] Nome real, autista de auto funcionamento, cuja autobiografia foi usada como referência no livro de Jean-Claude Maleval, O autista e a sua voz, 2017.

[6] Nome real, autista de auto funcionamento, cuja autobiografia foi usada como referência no livro de Jean-Claude Maleval, O autista e a sua voz, 2017.

A base teórica da psicanálise, que tem como ferramenta fundamental a escuta flutuante, associada ao estudo das autobiografias de autistas de alto desempenho, levou o presente projeto ao desafio de dar voz aos autistas atendidos e ao seu universo.

5. RELATO PARCIAL DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO "SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA"

5.1 Descrição do Projeto e Metodologia

O projeto pesquisa e extensão "Saúde mental na infância e adolescência" orientado pela profª Dr.ª Renata Wirthmann G. Ferreira da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão, está em vigor desde 2016 (dois mil e dezesseis) até a presente data. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP - parecer 1.705.702, em anexo). Tem suas atividades práticas realizadas nos seguintes campos: Centro de Estudos Aplicados em Psicologia (CEAPSI), Pestalozzi/Santa Slara, ASCATE – Associação Catalana de Equoterapia, Creche Municipal Maria Isabel de Mendonça Netto, Colégio Estadual CEPI, CAIC São Francisco de Assis, Escola de olho no futuro, Escola Municipal Patotinha e Escola Municipal Cristina de Cássia Rodovalho. Para o devido funcionamento, o projeto conta com dezoito (18) estagiários, sendo todos graduandos em psicologia e oferece vinte (20) vagas para crianças e adolescentes dentro do Transtorno do Espectro Autista (TEA), que morem na cidade de Catalão e região. Todo acompanhamento é gratuito.

O projeto foi estruturado a partir de três eixos que ocorrem simultaneamente, em fluxo constante, devido ao funcionamento dinâmico da proposta do trabalho de acompanhamento. O primeiro eixo tem como foco a formação permanente dos discentes participantes do projeto e consiste no estudo teórico do autismo a partir da teoria psicanalítica. Para este fim, são selecionados livros e artigos científicos de leitura obrigatória e discussões teóricas mensais com toda a equipe. O segundo eixo, por sua vez, é voltado para as crianças e adolescentes atendidos. Cada criança ou adolescente acompanhado pelo projeto passa por observação do

campo onde está inserido, entrevista de anamnese dos sujeitos encaminhados e familiares, atendimento individual, orientação aos pais e acompanhamento de atividades nos diversos contextos institucionais citados acima. Todas as atividades deste segundo eixo são realizadas pelos estagiários que, após cada atendimento, preenchem um diário de campo em que descrevem detalhadamente todo trabalho realizado. A partir de tais anotações são realizadas, em grupo, as supervisões quinzenais com a professora responsável.

O terceiro eixo tem como foco os campos onde os atendimentos são feitos, incluindo os profissionais e familiares dos sujeitos atendidos. Este eixo visa acolher queixas, dificuldades, desafios e demandas relacionadas aos sujeitos com TEA e que surgem durante qualquer momento do acompanhamento. Todos esses conteúdos são acolhidos e levados para supervisão para a construção de uma ação.

Descrição e caracterização da amostra: foram convidados para participar do projeto crianças e adolescentes encaminhados pelas instituições citadas acima, onde os participantes estão presentes ou pela procura dos familiares de sujeitos com o diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TEA.

Métodos e procedimentos: observação, acompanhamento e apoio dos sujeitos nas instituições onde estes estão inseridos, entrevista com os pais, acompanhamento individual clínico, orientação aos pais, palestras nas instituições entre outros recursos específicos da formação do psicólogo.

Após o encaminhamento ou procura, os responsáveis receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, composto de uma descrição do projeto, seu funcionamento, e das questões referentes à preservação da privacidade dos sujeitos. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as observações e os atendimentos foram iniciados.

Cada estagiário efetuou os atendimentos e observações conforme os parâmetros específicos da profissão do psicólogo, regulamentados pelo Conselho Federal de Psicologia e sob supervisão da professora responsável. Importante ainda ressaltar os cuidados em relação a todo material produzido ao longo do projeto. Além da assinatura do TCLE, que visa o

esclarecimento sobre os cuidados para a proteção e confidencialidade dos dados coletados e dos sujeitos atendidos, esclarecemos que as informações coletadas sobre os sujeitos serão utilizadas somente para a execução do projeto em questão e que a divulgação das informações será feita de forma anônima, evitando elementos que possam identificar os sujeitos da participantes.

5.2 Relato de experiência de duas ações do projeto

I. Grupo de Pais e Amigos de Autistas de Catalão e Região

Retomando a estruturação dos três eixos do projeto podemos resumi-los como: primeiro eixo - estudo teórico focado na formação do estagiário, segundo eixo - atendimento do sujeito com TEA, terceiro eixo - acolhimento da pessoas e instituições em torno do sujeito com TEA. No primeiro eixo, o eixo teórico, após os livros de Eric Laurent (Batalha do autismo: da clínica à política) e Jean-claude Maleval (O Autista e a Sua Voz), percebemos a importância de estudar as autobiografias de autistas e a importância da escuta. O segundo eixo, de atendimento individual, nos conduziu à escuta individual dos sujeitos com TEA e o terceiro, voltada para o universo onde o sujeito com TEA está inserido, proporcionou horas de escuta de dezenas de pais, avós, irmãos, professores, entre outros que evidenciaram algumas demandas coletivas como: a busca por profissionais, as dificuldades financeiras de custear os tratamentos, a dificuldade de conciliar o trabalho e os tratamentos dos filhos, os problemas conjugais como consequência das exigências do autismo dos filhos, a sensação de desamparo e incompreensão das pessoas nos espaços públicos e até dentro das famílias, a dificuldade de adaptação nas escolas, extrema fadiga física e emocional – sobretudo das mães, solidão… Após extensas discussões nos encontros teóricos (eixo 1) e supervisões dos atendimentos dos sujeitos com TEA e das dificuldades encontradas para a realização das orientações advindas de tais atendimentos (eixo 2), o projeto chegou à conclusão de que a nossa melhor contribuição para essas demandas coletivas seria uma intervenção também coletiva e que visasse uma maior fortalecimento e autonomia das pessoas ao redor dos sujeitos com TEA. Recomendamos aos pais a formação de uma Associação de Pais e Amigos de Pessoas com TEA (eixo 3, intervenção frente as demandas que surgem ao longo do projeto). Tal recomendação se sustenta na premissa de que nenhum profissional ou instituição poderia

amparar tais questões coletivas, mas com suas singularidades, de modo eficaz. Para a formação e consolidação da Associação, o projeto ofereceu um espaço para debate, palestras de conscientização e esclarecimento sobre o autismo, oficinas e apoio nos eventos organizados pela associação, mas sempre com o objetivo de que a associação se tornasse completamente autônoma. Durante o primeiro ano de estruturação da associação, as reuniões eram realizadas quinzenalmente na sala 104 do bloco L (bloco de pesquisa) e as palestras mensais no Auditório Congadas (bloco de pesquisa) da UFG - Regional Catalão. Após dois anos, a associação ainda se encontra em processo de estruturação mas o grupo de pais e amigos de autistas de Catalão e região já conta com mais de 100 participantes, se comunicam por um grupo de WhatsApp, mantém uma página no Facebook, uma no Instagram e tem promovido seus próprios eventos e articulações financeiras e políticas.

A proposta da criação da associação e, posteriormente, a independência desta do projeto tem a premissa psicanalítica de explicitação do desejo, neste caso, do desejo dos familiares, não nosso. Eis o que chamamos de ato analítico que tem como objetivo liberar a associação, ou seja, liberar a palavra, para que ela se desenvolva numa rota própria. O ato analítico consiste, portanto "em autorizar o fazer do sujeito" (MILLER, 2011, p. 34).

II. Fragmento clínico: João

Ao longo de pouco mais de três anos de projeto, já foram observados, atendidos e entrevistados cerca de 30 autistas e seus respectivos familiares e professores. Como exemplo desse trabalho de dar voz a quem, aparentemente, não fala mas tem muito a dizer, selecionamos também um recorte de um dos casos atendidos pelo projeto.

Fragmento clínico: João[7], 05 anos, acompanhado por duas estagiárias, no CEAPSI, por um período de um ano (até a data deste artigo). A mãe de João buscou ajuda especializada pela primeira vez quando João tinha um ano e meio de idade com as seguintes queixas: que ele não estabelecia contato visual durante a amamentação, não falava, apenas produzia sons aleatórios, e havia parado de comer alimentos sólidos. Aos quatro anos e meio foi encaminhado ao CEAPSI pelo psiquiatra que o acompanha desde os três anos de idade. No

[7] Nome fictício, utilizado por questões éticas a fim de preservar a identidade do sujeito.

CEAPSI João foi convidado a participar do projeto. Nos atendimentos clínicos, João apresenta interesse por vários brinquedos, mas sempre por pouco tempo, dificilmente aceita brinquedos que sejam de indicação do outro ou que esse participe de suas atividades. No início dos atendimentos frequentemente ignorava a presença das estagiárias e evitava contato visual ou fala.

Na anamnese com a mãe, foi informado que João conversa sempre em terceira pessoa e que começou a falar (com prevalência de ecolalia) aos 2 anos e 5 meses, após 5 meses de acompanhamento psicopedagógico no AEE[8]. Após aprender a falar, João aprendeu a ler e escrever aos 3 anos de idade, com o auxílio de vídeos educativos. Sabe contar, se os números estiverem em sequência, e possui uma memória excepcional. Tem preferência por brincar com adultos, que devem seguir exclusivamente suas regras e, se algo for ensinado de uma forma, não poderá mais ser alterado. É perfeccionista e não guarda os brinquedos após brincar, ainda que se insista. Tem uma alimentação muito restritiva, come apenas laranja, maça, arroz, carne, leite e bolachas.

No início dos atendimentos, foi observado que João lê muito bem, fala muito bem, porém não responde quando falamos com ele. Sabemos que ele escuta, visto que se irritava e por vezes até agride as estagiárias para que se calem ou tenta fugir do consultório. Embora escutava, não falava, tampouco olhava para nós, sempre desviava o olhar quando confrontado. Se precisava de ajuda, não pedia, mas se autorizava a usar a mão da estagiária como ferramenta para alcançar algo. Embora saiba falar, ler, escrever, entendendo o significado das palavras, só as usava se esse uso não fosse uma convocação do outro.

A partir desses dados iniciais, percebemos que para que o tratamento fosse possível precisaríamos permitir que seu esforço em controlar todo o seu mundo fosse levado para dentro do consultório. Nas primeiras sessões ele foi autorizado a coordenar completamente o espaço, tempo e objetos. Até o tempo João controlava, sua sessão estava marcada para as

[8]"Em 2008, o Decreto nº 6.571 institui no, âmbito do FUNDEB, o duplo cômputo da matrícula dos alunos público alvo da educação especial, uma em classe comum da rede pública de ensino e outra no atendimento educacional especializado (AEE). Conforme definição deste Decreto, as salas de recursos multifuncionais são ambientes dotados de equipamentos, mobiliários e materiais didáticos e pedagógicos para a oferta do atendimento educacional especializado."(MEC, 2010).

9:00, mas ele só entrava no consultório quando o relógio da recepção marcava 9:05. Se limitava a escolher objetos e brincadeiras de sua preferência, sem qualquer interferência das estagiárias. Escolhia letras, números, cores. Depois de alguns atendimentos, as estagiárias passaram a se colocar entre João e esses objetos de sua preferência, de modo a se incluirem, mesmo que sob o controle de João. João as tomou como objetos, tal como as letras e os números atribuindo às estagiárias funções muito bem delimitadas: "nós vamos desenhar os números, eu desenho o 1 e você desenha o 2"; "João vai colorir sem sair fora, sem exagero". Em alguns momentos dizia NÓS, mas nunca utilizava o EU e às vezes falava VOCÊ quando queria se referir a ele mesmo, demonstrando assim uma repetição mecânica no seu vocabulário. Sempre se recusava a desenhar algo além de números e, raramente, letras. Não obstante, no atendimento em questão, desenhou a logomarca do facebook e do youtube.

O próximo momento do tratamento consistia em retirar dele o total controle dos objetos, das pessoas e brincadeiras dentro do consultório. As estagiárias passariam a propor a brincadeira e determinar as regras do jogo. O jogo escolhido foi a memória e as regras foram determinadas e explicadas pelas estagiárias. João apresentou certa resistência no início, entretanto, quando foi estabelecida uma lei mais rígida, ele concordou. Foi possível perceber a dificuldade de João de ceder em seu gozo tentando impor uma regra própria ao jogo e não aceitando aquela determinada pelas estagiárias. Frente a esse impasse, de uma regra que não era a sua e sua constante tentativa de controlar, como sempre fez, as estagiárias o interpretaram, numa tentativa de evidenciar o impasse: "será que você está trapaceando, não entendeu a regra ou simplesmente não quer ceder e fazer do nosso jeito?". Após aceitar uma regra externa a ele (no jogo da memória), o próximo passo era fazê-lo se perceber como EU e não apenas como João (ELE). Para isso as estagiárias nomearam-se, cada uma, como EU. Durante a convocação para uma brincadeira em que as estagiárias diziam "EU Nicole, EU Luami, quem mais vai jogar?" Ele respondeu: "João", então perguntaram: "Mas quem é João?" E ele respondeu "EU João". O próximo passo foi retirar o nome próprio, que parece conduzir o discurso para fora, para terceira pessoa, e manter apenas o EU, com o objetivo de que João se perceba sujeito.

João é atendido há um ano, desde abril de 2018, e permanece em atendimento. Durante todo este período, figuraram os três eixos do projeto: eixo 1 com o estudo teórico para o planejamento das intervenções e elaboração do caso clínico, o eixo 2 que consiste nos atendimentos, eixo 3 que consistiu em recomendações aos pais e à escola, além da supervisão regular da professora responsável.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dois exemplos citados - uma proposta de associação de pais e amigos de autistas e um atendimento clínico individual a uma criança autista - buscamos demonstrar o funcionamento da psicanálise e suas possibilidades de contribuição para o acompanhamento de pessoas com autismo e do universo onde está inserido. Partimos da regra fundamental de que "o discurso analítico não reconhece outra norma além da norma singular que se depreende de um sujeito isolado como tal da sociedade. É preciso escolher: o sujeito ou a sociedade. E a análise está do lado do sujeito. A análise teve esse poder de fazer com que a sociedade se tornasse mais porosa ao sujeito" (MILLER, 2011, p.32).

Eis o verdadeiro desejo do analista, não o de tornar o autista em algo pre-determinado e em conformidade com as determinações da sociedade. Não se trata de adestrá-lo, moldá-lo ou adapta-lo. Não se trata, sobretudo de curá-lo. "O desejo do analista é o de obter o que há de mais singular naquilo que faz seu ser. É o de que você seja capaz, por seus próprios meios, de cercar, de isolar o que o diferencia como tal e de assumí-lo, de dizer: Sou isso, que não é legal, que não é como os outros, que não aprovo, mas é isso" (MILLER, 2011, p. 35).

Esse é o principal objetivo do presente artigo, um relato parcial de experiência do projeto de pesquisa e extensão "Saúde Mental da Criança e do Adolescente", do curso de psicologia do IBIOTEC da UFG-Regional Catalão, que tem como pressuposto o acompanhamento de autistas a partir de uma escuta que convoca o surgimento de um sujeito para além do espectro autista compreendido pela legislação e pela sociedade simplesmente como uma deficiência. Uma clínica do singular, que considera que os traços básicos de solidão e imutabilidade do autista podem fazer parte do tratamento, dissipando o mito de que eles são ingênuos, loucos ou idiotas e sim sujeitos desejantes capazes de nos ensinar a respeito

do seu próprio funcionamento e, para isso, é fundamental escutar e investigar o que os próprios autistas têm a dizer sobre o autismo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BRASIL. **LEI Nº 12.764**, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acessado em: 31 de maio de 2019.

BRASIL. **Lei no 13.438**, de 26 de abril de 2017 altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, 2017.

BERNARDI, M. M., Kirsten T. B., Trindade M., 2012, **O Sobre o Autismo, Neuroinflamação e Modelos Animais para o Estudo de Autismo: Uma Revisão.** Disponível em: file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/8304-Texto%20do%20artigo-35540-1-10-20190410.pdf Acessado em: 04 de maio de 2019.

COUTINHO AA, Carrijo C, Ciqueira D et al. **Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico "espectro autista" sobre pais e crianças**. Psicanálise, autismo e saúde pública. [homepage da internet]. São Paulo. [atualizado em 11/04/2013;Disponível em: http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm-5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas/acesso em: 11/04/2019

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **J. psicanal.**, São Paulo, v.47, n.87, p.79-107, dez. 2014.Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 jul. 2019.

GUPTA, Abha R; STATE, Matthew W. Autismo: genética. **Rev. Bras. Psiquiatr**., São Paulo , v. 28, supl. 1, p. s29-s38, May 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500005.

GRINKER, R.R. **Autismo – Um mundo obscuro e conturbado.** São Paulo: Larousse do

KUPFER, M.C.M, Jerusalinsky, A., Bernardino, L.F., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S., Sales, L., Stellin,R., Pesaro, M.E. e Lerner, R. **Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica.** Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

LACAN, J. **O Seminário. Livro 20:Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (Trabalho original publicado em 1975)

LAURENT, E. **A batalha do autismo:da clínica à política**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

MALEVAL. Jean-Claude. **O autista e a sua voz,** tradução e notas de Paulo Sérgio de Souza Jr. – São Paulo: Blucher, 2017. 400 p.

Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 / American Psychiatric Association; Nascimento, Porto Alegre, Artmed, 2014, 984p.

MEC, 2010. **Manual de Orientação: Programa de Implantação de Sala de Recursos Multifuncionais,** Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=9936-manual-orientacao-programa-implantacao-salas-recursos-multifuncionais&Itemid=30192. Acessado em: 31 de maio de 2019.

MILLER. Jacques-Alain, 2013, **Jacques Lacan e a voz**. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_11/voz.pdf. Acessado em: 06 de agosto de 2018.

ROUDINESCO, Elisabeth e PLON, Michel, **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998, 874p.

Submetido em: 04/06/2019
Aprovado em: 15/07/2019