

Reflexões sobre a Contribuição da Psicanálise no Entendimento do Autismo infantil

Autora: Anna Lúcia Leão López

Orientadora: Maria Angelina Kalil Aidé

Rio de Janeiro, 2000

Para Doris Leão.
A falta que faz é do tamanho do oceano.

Agradecimentos

Ao Euclides, meu marido, com quem compartilho os risos, as indagações e a paixão pela psicanálise.

Aos meus pais, que são tão fundamentais.

Ao meu analista, Leonardo, que sempre me acompanhou no meu mergulho analítico.

À minha orientadora, Angelina, que me ajudou a pensar e repensar sobre o Autismo Infantil, sobretudo pelo carinho e pela força.

Ao meu supervisor, Anchyses, por acreditar e incentivar minha jornada psicanalítica.

A todas as crianças que um dia pude *Olhar*.

SUMÁRIO

1. Considerações Iniciais 2. Capítulo I – Historicidade das Definições do Autismo Infantil 3. Capítulo II – Autismo Infantil pelo viés do Narcisismo 4. Capítulo III – A questão do Olhar no Autismo Infantil 5. Capítulo IV – Caso Clínico 6. Considerações Finais 7. Referências Bibliográficas 8. Anexo

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este trabalho tem como objetivo refletir acerca do Autismo Infantil pelo viés do narcisismo e pelo papel desempenhado pelo *Olhar*, buscando uma leitura psicanalítica para a prática musicoterápica com crianças autistas.

O primeiro capítulo mostra o percurso histórico em torno do diagnóstico “Autismo”, suas diferentes nomenclaturas ao longo do tempo e as diversas visões, seja organicistas ou afetivas.

Seguindo para o segundo capítulo, é proposta uma reflexão com respeito ao não surgimento do narcisismo fixando-se o Autismo na fase do auto-erotismo. Discute-se também, a não instauração do circuito pulsional por parte do autista, modelo trazido por Laznik-Penot.

No terceiro capítulo, trazendo autores como Freud, Lacan e Wallon, aborda-se a relevância do papel desempenhado pelo *Olhar* no quadro autístico. *Olhar* fundamental para o advento do sujeito, ou seja, o surgimento do sujeito desejante e desejado. Para finalizar, toda reflexão anterior está ilustrada com um caso clínico.

CAPÍTULO I

HISTORICIDADE DAS DEFINIÇÕES DO AUTISMO INFANTIL

Este capítulo tem como objetivo levantar as importantes definições de Autismo Infantil ao longo dos tempos, refletindo seus pontos convergentes e divergentes.

Inicialmente, o termo Autismo foi implantado por Bleuler (1911), ligado à sintomatologia abrangente que ele havia estabelecido para unificar, através da esquizofrenia, o campo das psicoses. Nesse contexto, o Autismo era chamado de “dissociação psíquica”, que se referia ao predomínio da emoção sobre a percepção da realidade. Tal nosologia, “dissociação psíquica”, ao meu ver é pouco esclarecedora.

Trinta e dois anos após Bleuler, em 1943, Leo Kanner define os “distúrbios do contacto afetivo” como um autismo extremo e tendo como características a obsessividade,

estereotípias e ecolalia. Neste momento, o autismo está relacionado com fenômenos esquizofrênicos, apresentando como sinal um alheamento extremo já no início da vida (antes dos três anos de idade), uma vez que não há respostas aos estímulos externos, vivendo “fora do mundo” e mantendo relação “inteligente” com os objetos, porém, sem apresentar alteração em seu isolamento. Após algumas reflexões este mesmo autor em 1949 define o “Autismo Infantil Precoce”, caracterizando-o por dificuldade profunda no contacto com as pessoas, um desejo obsessivo de preservar as coisas e as situações, uma ligação especial aos objetos e a presença de uma fisionomia inteligente. Além das alterações de linguagem que se estendiam do mutismo a uma linguagem sem função comunicacional revelando inversão pronominal, neologismos e metáforas.

O Autismo Infantil Precoce ainda está intimamente relacionada com a Esquizofrenia Infantil, podendo ser uma manifestação precoce desta. Só em 1956 que o Autismo é distanciado da Esquizofrenia e passa a ser visto como um “problema psicológico”, frisando a necessidade de estudos decisivos para a compreensão do fenômeno a níveis biológicos, psicológicos e sociais.

Entretanto, até o final de seus trabalhos, Kanner continuou enquadrando o Autismo Infantil dentro do grupo das psicoses infantis.

É importante ressaltar, também, o trabalho pouco reconhecido de Hans Asperger. Em 1944, publica artigos com descrições de casos de autismo, buscando explicações teóricas. A sua publicação em alemão durante a segunda Guerra Mundial foi ignorada. A definição de Asperger para “psicopatologia autista” é bem mais ampla que a de Kanner, incluindo casos que mostravam um dano orgânico severo e aqueles que transitavam para a normalidade. Atualmente, o termo “síndrome de Asperger” tende a ser reservado para as raras crianças autistas quase normais, inteligentes e altamente verbais.

Todavia, as reflexões acerca da conceitualização do quadro autístico continuaram. Em 1967, OøGorman, baseado nos conceitos da escola inglesa, organiza critérios diagnósticos caracterizados por: retração ou fracasso frente à realidade; dificuldades no relacionamento com pessoas; sério retardo intelectual, com ilhotas de normalidade ou habilidades especiais; dificuldades na aquisição da fala ou na manutenção da fala já aprendida; respostas anormais a estímulos sensoriais (especialmente os sons); maneirismos ou distúrbios do movimento (excluindo tiques) e resistência psicológica a mudanças.

Em 1969, novos critérios diagnósticos são formulados por Clancy, Dougall e Rendle-Short. São eles: grande resistência em agrupar-se; agindo como se fora surdo; resistência a situações novas; ausência de medo frente a perigos reais; resistência a novos aprendizados; indicação das necessidades através dos gestos; riso sem motivo aparente; não abraçando afetivamente as pessoas; hiperatividade física acentuada; evitando olhar de frente; girando ou rodando objetos incansavelmente; afeto incomum a objetos especiais; jogos ocasionais de forma repetitiva; comportamento indiferente, isolado, retraído e não participante. Na verdade, bastante semelhante com os critérios descritos anteriormente.

Ajuriaguerra, 1973, enquadra o Autismo Infantil dentro das psicoses infantis caracterizadas como sendo um transtorno da personalidade dependente de uma desordem da organização do Eu e da relação da criança com o mundo circundante, definida por: conduta inapropriada frente à realidade com retraimento ou fragmentação do campo da realidade; restrição no campo de utilização dos objetos; catexias cognitivas, afetivas e de atividade insuficientes ou parcialmente exageradas, demasiado focadas ou esparsas, produzindo condutas rígidas ou inconsistentes; vida imaginativa pobre ou de tipo mágico-alucinatorio; atitude demasiado abstrata ou demasiado concreto, restrita, limitando a mobilidade do campo do pensamento e da ação e relação inadequada com as pessoas. Esta definição encontra semelhança no que Kanner propusera em seus estudos prévios.

Em 1976, Ritvo fala em um problema de desenvolvimento colocando as crianças autistas como possuidoras de déficits cognitivos. A detecção dos déficits é feita a partir do momento em que ocorrem os primeiros sinais observáveis, e por suas “características comportamentais” representadas por: distúrbios de percepção; distúrbios de desenvolvimento, principalmente nas seqüências motora, de linguagem e social; distúrbio

de relacionamento social caracterizado por pobreza no contato através do olhar, ausência de sorriso social, ausência de movimento antecipatório, aparente aversão ao contato físico, tendência a relacionar-se com partes da pessoa, desinteresse em jogos, ansiedade estranha e exagerada; distúrbios da fala e da linguagem que se estendem desde um mutismo até a ecolalia e a inversão pronominal; distúrbios da motilidade, observados através da atitude estranha e bizarra com maneirismos e estereotípias, principalmente de mãos e dedos. Este autor ressalta que a síndrome autística seria decorrente de uma patologia do Sistema Nervoso Central tendo uma visão organicista do quadro autístico. Gilberg, em 1990, considera o Autismo como uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas, com um distúrbio no curso do desenvolvimento e caracterizado por um déficit na interação social visualizado pela inabilidade em relacionar-se com o outro, usualmente combinado com déficits de linguagem e alteração de comportamento. Atualmente, a definição utilizada está na 10ª Classificação Internacional de Doenças Mentais – CID-10 (Anexo I - 1993), que enquadra o autismo na categoria “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento”, caracterizados por anormalidades qualitativas na interação social recíproca e nos padrões de comunicação, e por repertório de interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas.

Segundo os critérios para diagnóstico do Autismo (CID-10), pelo menos 8 dos 16 itens especificados devem ser satisfeitos.

A. Lesão marcante na interação social recíproca, manifestada por pelo menos tres dos próximos cinco itens:

1. dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social.
2. dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo.
3. raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade.
4. ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas.
5. falta de reciprocidade social e emocional.

B. Marcante lesão na comunicação:

1. ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes.
2. diminuição de ações imaginativas e de imitação social.
3. pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos.
4. pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais.
5. ausência de resposta emocional a ações verbais e não-verbais de outras pessoas.
6. pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa.
7. ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.

C. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos próximos seis itens:

1. obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse.
2. apego específico a objetos incomuns.
3. fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos.
4. hábitos motores estereotipados e repetitivos.
5. obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação.
6. ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente.

D. Anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos para que o diagnóstico seja feito.

As duas teorias que se aproximam de um esclarecimento conceitual sobre o Autismo Infantil são: a Teoria Afetiva e a Cognitiva. A primeira proposta, originalmente representada por Kanner (1943), a partir do seu trabalho “Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo”, teve, posteriormente, vários desdobramentos. A segunda, contrapondo-se à primeira, é chamada de “Teoria da Mente” e tem como teóricos: Baron-Cohen (1988,

1990, 1991) e Frith (1988).

O próximo capítulo tem como objetivo refletir o Autismo Infantil dentro da teoria afetiva (Kanner) pelo viés do Narcisismo de Freud e o papel desempenhado pelo Olhar.

CAPÍTULO II

Autismo Infantil pelo Viés do Narcisismo

Tomando como base alguns textos de Freud, este capítulo visa uma reflexão sobre o Autismo Infantil pelo viés do Narcisismo.

No texto “Três Ensaios sobre a Sexualidade” (1905), Freud diferencia a sexualidade humana dos outros seres vivos, onde a primeira não possui um objeto pré – determinado e a segunda obedece ao instinto; e introduz o conceito de *pulsão*. Na sexualidade humana, a escolha de objeto seria consequência dos investimentos libidinais nos próprios objetos. Ressalta-se, que o objeto da pulsão é o que menos interessa à Psicanálise, sendo construído pelo aparelho psíquico, uma vez que o objeto é substituído daquele perdido para sempre, como assinala Freud desde o “Projeto”, em 1985. O objeto da pulsão é um objeto construído através da linguagem, pulsão e linguagem são correlatos.

Pode-se entender o autismo como resultante de alguma falha na relação primeira, quando a satisfação sexual ainda se vinculava apenas à necessidade, podendo ser a qualidade negativa do estímulo tão marcante a ponto de impedir a estruturação de um interesse pela satisfação da pulsão.

Em 1914, no texto “Sobre o Narcisismo: Uma Introdução”, Freud descreve o auto-erotismo como um estado inicial da libido, considerando que os instintos auto-eróticos se encontram desde o início no indivíduo, sendo necessário uma nova ação psíquica adicionada ao auto-erotismo, ou seja, o narcisismo.

Atualmente, acredita-se que existe uma diferenciação entre o autismo e a psicose. Tal diferença reside na falta de uma estruturação psíquica no autismo. O que se deve a não instauração do circuito pulsional. Ou seja, o autista não se constitui como um sujeito desejante, não atingindo a ordem pulsional mantendo-se nos limites do necessário. Dito de outro modo. Não há desejo no autismo, até porque não há falta.

Segundo Laznik-Penot (1997), os três tempos do circuito pulsional são:

1º tempo – “quando o bebê vai em busca do objeto oral (seio ou mamadeira) para dele apoderar-se” (p.42).

2º tempo – quando “o bebê tem uma boa capacidade auto-erótica, se ele é capaz em particular de chupar sua mão, seu dedo ou então uma chupeta... que chamamos de experiência alucinatória de satisfação, intimamente relacionada com o auto-erotismo” (p. 42).

3º tempo – “... o terceiro tempo necessário ao fechamento do circuito pulsional, e ao que podemos propriamente chamar de *satisfação pulsional*. Nesse terceiro tempo a criança vai se fazer objeto de um *novo sujeito*. .. quer dizer que a criança se assujeita a um outro que vai se tornar o sujeito da pulsão do bebê”. Nesse tempo, “vemos um bebê estender um pé apetitoso em direção à boca de sua mãe que se deleita. Salta aos olhos o prazer partilhado” (p. 42/ 43).

No autismo não há o fechamento do circuito pulsional, uma vez que, não há constituição de objeto que produza um retorno que efetive o circuito. Portanto, não saindo o autismo do auto-erotismo, fase anterior à ação psíquica, o narcisismo, não haveria então, a organização das pulsões anteriormente anárquicas em torno das zonas erógenas. O não surgimento do narcisismo deve-se à falta do olhar catexizante que enseja o narcisismo infantil, não havendo a possibilidade da formação da imagem de um corpo unificado. A *urbild*, isto é, de acordo com Lacan, a matriz egóica.

Abre-se aqui uma questão. Se no Autismo Infantil não há instauração do circuito pulsional devido a sua permanência no 2º tempo, ou seja, no auto-erotismo, podemos, então, considerar que a criança autista não entra no registro da pulsão? Como demarcar tempo para pulsão se ela é por definição uma força constante? Como, então, estabelecer tempos diferenciados em seu percurso?

Assim, como o autista não instaura o circuito pulsional, este capítulo não se fecha de uma

forma conclusiva, suscitando reflexões.

CAPÍTULO III

A Questão do Olhar no Autismo Infantil

Este capítulo propõe-se pensar como uma das hipóteses do autismo, o papel desempenhado pelo *Olhar*. Buscando como referenciais alguns conceitos oriundos da psicanálise, da psicomotricidade e da musicoterapia.

Ressalta-se a necessidade de se pensar a influência da questão do *Olhar* no quadro autista. *Olhar* que possui um significado diferente da palavra ver. O *olhar* é entendido como o investimento libidinal ao sujeito, ou seja, o olho de quem olha amorosamente e acolhe o sujeito. Diferentemente do ver, que está relacionada apenas à visão enquanto função fisiológica (oftalmológica).

Neste sentido, para a constituição do sujeito é necessário o *Olhar*, para que posteriormente ocorra uma identificação. Identificação que é sempre identificação ao outro como semelhante, primariamente. Segundo Laplanche e Pontalis (1992), identificação é um “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro; a personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações” (p. 226). No caso do autista, este olhar fundador atravessa, não oferece um contorno e impossibilita o sujeito advir como tal.

Se pensarmos na descrição de Kanner (1943) do “distúrbio autístico do contato afetivo”, que descreveu o quadro clínico do autismo como crianças que não se comunicavam pelo *olhar*, e que tinham como desordem fundamental à incapacidade para se relacionar com pessoas e situações, desde o início da vida, ressalta-se a preocupação com a questão do olhar dentro das investigações teórico-clínicas do Autismo, desde aquela época. O *Olhar* que aproxima e distancia mãe/bebê é fundamental para o desenvolvimento psíquico da criança. É no jogo de olhares entre mãe e filho que se cria a possibilidade da construção do espaço próprio da criança, trazendo-lhe o asseguramento narcísico necessário à vida. “É pelo olhar do Outro, pela qualidade desse olhar, que o sujeito constrói a sua própria imagem, e é a partir dela, dessa primeira identificação do traço que emerge nesse olhar, que a criança cria um Ideal do Eu, lugar de onde acha poder ser amada” (Miranda, 1991, p. 13).

Freud, em 1921, dedica um capítulo do seu texto *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* para falar sobre a identificação. Teriam então, segundo Freud, três tipos de identificação: “primeiro, a identificação constitui a forma original de laço emocional com um objeto; segundo, de maneira regressiva, ela se torna sucedâneo para uma vinculação de objeto libidinal, por assim dizer, por meio da introjeção do objeto no ego; e, terceiro, pode surgir com qualquer nova percepção de uma qualidade comum compartilhada com alguma outra pessoa que não é objeto do instinto sexual”. (Freud, 1921, p. 136)

Segundo Wallon, não basta existir a organização dos esquemas motores para a constituição do sujeito. Ele considera a sociedade a matriz indispensável para este processo. Sociedade, numa leitura lacaniana, aproximada ao Outro. A entrada da criança para o social só é possível através do olhar e da fala da mãe (função materna). De acordo com a definição da CID –10, a criança autista tem um “funcionamento anormal” na área da interação social, ou seja, ela se vê barrada ao social. Por isso, de acordo com Wallon, é importante ressaltar que social e emoção estão intrinsecamente ligados.

Os aspectos emocionais, presentes no desenvolvimento da criança, são particularmente importantes na teoria de Wallon. Para ele, a **emoção** constitui a base inicial da formação do indivíduo. Através da emoção, as crianças adquirem seqüências de ações diferenciadas e instrumentos intelectuais capazes de construir sua diferenciação e compreensão de si mesma e dos outros “atores” sociais. (Valsiner, 1995) O sujeito então, torna-se capaz de passar pelo processo da identificação e da alienação, fundamentais para sua constituição.

Segundo Lacan, a alienação seria um processo ligado à primeira operação essencial em que se funda o sujeito. A alienação condenaria o sujeito a só aparecer nessa divisão entre

o ser (o sujeito) e o *sentido* (o outro), tendo na interseção desses dois campos o não-senso. Seguindo este pensamento, pode-se situar o autismo em um aquém da alienação, uma recusa a entrar nela, um “deter-se na borda”.

Nesse sentido, a emoção é necessária para se pensar o “estádio do espelho” (Lacan) – entre 06 e 18 meses - como a prematuridade do ser humano que se reconhece como unidade corporal antes que a sua motricidade esteja amadurecida, o que Lacan denomina “prematuridade do bebê humano”. O “estádio do espelho” é uma transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem, correspondendo a ação psíquica que Freud denomina de Narcisismo, quando o indivíduo se percebe inteiro.

Lacan, a partir de Wallon, em 1949, no XVI Congresso Internacional de Psicanálise em Zurique, faz a comunicação “O Estádio do espelho como formador da função do eu” e diz que: “A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á, pois, manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (p. 97). *Infans* é a referência de Lacan para aquele que ainda não adquiriu a linguagem.

A impossibilidade de o autista entrar no “estádio do espelho”, este considerado como o olhar materno (ou que exerce a função materna), impede a instalação da relação simbólica fundamental, a presença-ausência materna, devido uma falha da própria presença original deste Outro. Teremos, então, o fracasso da constituição da imagem do corpo e da constituição do eu.

É preciso considerar a necessidade de um primeiro reconhecimento, mas que fundará a possibilidade da imagem do corpo, e que só poderá se formar no olhar do Outro, especular. “A construção e a apropriação da imagem de si como o processo de identificação primordial em que o primeiro olhar, escorado no complexo sensitivo do corpo materno, representa o paradigma do rosto humano”.(Lambotte, 1997, p.194)

A citação acima busca refletir sobre a troca contínua entre mãe e filho. Esta troca é, inicialmente, em nível tônico-emotivo e simbiótico para, em seguida, através da ausência do outro (materno ou função materna), chegar ao uso do símbolo e da linguagem verbal, favorecendo e construindo a imagem corporal do sujeito, o que Freud descreve em 1920 como o “fort-dá”.

Como chegar a um funcionamento normal na área da comunicação sem passar por este processo? No quadro autista, a falta do olhar e de linguagem, onde não se faz apelo ao outro, torna-se fundamental pensar esta questão. A criança precisa desse Olhar primordial e do “diálogo tônico” (Ajuriaguerra), que ocorre nos primeiros meses entre mãe/bebê, para se constituir enquanto sujeito desejado e desejante, e tornar-se um ser faltante e, conseqüentemente, falante. Anny Cordié, analisando esta relação inicial mãe-bebê, constata que: “As necessidades do corpo e a atividade fisiológica do bebê estão desde o início articuladas aos significantes do Outro. A criança tem fome, grita, e a mãe aparece com o alimento. Este grito começa a ter para a criança valor de apelo, de significante. Mas esse significante está nas mãos do Outro que dá sentido a esse apelo. É a isso que se refere Lacan ao dizer que é do Imaginário da mãe que vai depender a estrutura subjetiva da criança”.(Cordié,1987 in Nert, 1991, p. 111)

A relação entre a criança autista e seus pais, é fundamental para se entender este bebê que não consegue se constituir enquanto sujeito. Vale lembrar, a importância do papel do pai, como terceiro, nesta relação inicialmente dual entre mãe/ bebê, como aquele que irá quebrar essa relação especular. Por isso, cabem alguns questionamentos: Que pais são esses? Por que eles se colocam impossibilitados de fundar a subjetividade do sujeito?

Faz-se necessário refletir sobre o narcisismo como invenção de dois adultos, os pais da criança ou daqueles que dela cuidam, como ressalta Freud em 1914.

O investimento narcísico dos pais, através do olhar e do projeto de futuro que desde antes do nascimento já lhe estava endereçado, é fundamental para constituição do sujeito. O esboço de algumas das funções egóicas funda-se pelo investimento do olhar dos pais.

Tem sua pré-história nas fantasias narcísicas reparadoras ou indenizatórias que eles

construíram. O ego constitui-se, então, na noção de alteridade e, por conseguinte, através da unidade corporal que lhe dá o limite de dentro e fora. (Pinheiro, 1998)

Diante dessa complexidade, torna-se de extrema dificuldade pensar na clínica do autismo, uma vez que, ela envolve diferentes formas de abordagens. Como então, será a atuação do profissional frente a um quadro autista? O que fazer nesta situação?

A partir do exposto, a proposta sugerida é do profissional tentar possibilitar a construção narcísica do sujeito e do surgimento da demanda. Esta intervenção consiste num investimento libidinal na tentativa de instaurar a linguagem e o olhar da criança uma vez que ela não apresenta qualquer tipo de apelo ao outro. Segundo Nasio, “o olhar agarra” (Nasio, 1995, p.17). O profissional deverá tentar criar um espaço, de presença e ausência, onde o autista poderá ocupar um lugar possibilitando o advento do sujeito. O trabalho deve ser realizado paralelamente a um atendimento aos pais.

A experiência adquirida no atendimento musicoterápico, utilizando-se dos conhecimentos da Psicanálise e da Psicomotricidade, de crianças autistas em instituições e consultório particular assegura e reforça a importância do acesso do musicoterapeuta às potencialidades e sensibilidades que todo indivíduo possui virtualmente.

“Quando o analista toma em tratamento uma criança autista, aposta que, ao reconhecer um valor significativo em toda produção da criança, gestual ou linguageira, e, ao constituir a si mesmo como lugar de endereçamento do que considera, desde então, como mensagem, a criança vai poder se reconhecer *a posteriori* como fonte dessa mensagem... Faz-se aqui intérprete, no sentido de tradutor de língua estrangeira”.(Laznik-Penot, 1997, p.10) A visão analítica pode e deve ser utilizada pelo profissional musicoterapeuta dentro do setting musicoterápico.

A criança sendo/estando na forma musical, se “transforma”, aventurando-se a entrar numa relação.

A clínica musicoterápica com crianças autistas procura produzir, criar, construir, na relação transferencial, o espaço, o corpo, os gestos, as imagens, possibilitando ao sujeito ser e diferenciar-se do outro. Apresenta-se como uma importante ferramenta à linguagem musical em seus elementos constitutivos.

A partir da abordagem musicoterápica, a criança tem a possibilidade de se expressar de maneira espontânea revelando-se de forma autêntica utilizando todo seu potencial corporal e psíquico. Teremos, então, como ponto em comum da clínica psicomotora e musicoterápica, o corpo da criança e sua motricidade em construção na relação transferencial. Portanto, pretende-se com esse trabalho, proporcionar uma reflexão acerca do Autismo Infantil tendo como balizador o papel desempenhado pelo Olhar, com base na psicanálise, psicomotricidade e na musicoterapia a instrumentação necessária para a leitura da clínica do Autismo, sendo o ponto de partida para futuras discussões.

CAPÍTULO IV CASO CLÍNICO

Para ilustrar a reflexão teórica acerca do quadro autístico realizada até aqui será apresentado um caso clínico.

O atendimento musicoterápico foi realizado em uma renomada instituição de reabilitação física da cidade do Rio de Janeiro, durante o período de fevereiro a agosto de 1998.

A. era trazida pela mãe aos encontros que aconteciam duas vezes na semana em sessões de trinta minutos.

Conforme norma da instituição, A. foi encaminhada ao setor de musicoterapia pela médica pediatra responsável. Os dados relevantes em prontuário são:

- Idade: um ano e dez meses;
- Diagnóstico: atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor com alterações de comportamento com tendência ao isolamento;
- Situação financeira: família de baixa renda, constituída por padrasto, mãe e irmão, residindo na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro em imóvel cedido pelos padrões;
- Exames complementares (EEG, audiometria, exame oftalmológico, reflexos motores, exames laboratoriais): normais;

- Queixa Principal: “Não anda e não fala” (sic)

A história pregressa da mãe é de uma primeira gestação, fruto de um relacionamento passageiro. Devido à falta de condições financeiras para sustentar o filho, o mesmo foi dado para adoção. Na segunda gestação foi abandonada pelo companheiro, mas resolveu ficar com a filha, pois recebia ajuda financeira de familiares. Essa filha é a atual paciente em questão. Junta-se com novo companheiro, com o qual permanece até o momento, tendo um novo filho. Este não apresenta nenhuma alteração física ou emocional.

Na entrevista inicial pôde-se observar, em relação à mãe, ser uma pessoa de pouca instrução, com discurso monossilábico, sem manter contato com o olhar (olhar disperso), apresentando um semblante de sofrimento e tristeza, e um biótipo franzino.

A apresentava o olhar vago, estereotípicos de mãos, rejeição ao contato corporal e nenhum interesse aos estímulos sonoros e visuais oferecidos pela musicoterapeuta. Manteve-se durante toda a avaliação na posição deitada em supino (barriga para cima).

A partir do exposto, pôde-se criar a hipótese da presença de um quadro autista.

Iniciou-se, então, o tratamento musicoterápico com os seguintes objetivos:

- Estabelecer uma relação terapêutica;
- Estimular as áreas psicomotoras;
- Proporcionar o estabelecimento do contato com o mundo externo;
- Oferecer situações de conforto e segurança;
- Criar situações lúdicas que despertassem interesse da paciente para vivenciá-las.

Os recursos musicoterápicos utilizados nas sessões eram:

- Canções folclóricas e infantis cantadas pela musicoterapeuta;
- Improvisações musicais com o nome da paciente, cantadas pela musicoterapeuta;
- Sons pré-verbais feitos com a boca, como os estalidos, por exemplo;
- Instrumentos musicais, tais como: afoxé, pandeiro, chocalho e pianola;

Através do desenvolvimento do trabalho foi obtido o vínculo terapêutico com A, utilizando-se as seguintes formas de atuação:

- Por meio da imagem de ambas (paciente e musicoterapeuta) refletida no espelho;
- Contato corporal em que A aceita o colo (colo, visto como um acolhimento, um “holding”) da musicoterapeuta;
- O estímulo sonoro e visual proporcionado pela musicoterapeuta resultando em interesse, um despertar, por parte de A.

É importante ressaltar que nos últimos cinco minutos das sessões era solicitada a presença da mãe, com a intenção de mostrar os ganhos obtidos pela paciente, com o objetivo de promover uma interação entre mãe e filha.

O estabelecimento do vínculo terapêutico entre a mãe e a musicoterapeuta foi fundamental para a evolução do caso. A partir da valorização do seu “fruto”, a mãe sentindo-se valorizada, libidinizada, pôde libidinizar sua “cria”. Foi necessário um acolhimento de ambas – mãe e filha - por parte da musicoterapeuta para a reparação do psiquismo da mãe, possibilitando a constituição do psiquismo da filha. Sentindo-se desejada **Amanda** pôde advir como sujeito desejante.

A duração do tratamento foi de nove meses, assim como uma gestação, “coincidentemente”. Após a interrupção do atendimento de A na ABBR, foi encaminhada para outra instituição mais próxima de sua residência. A mãe de A freqüentemente visita a musicoterapeuta para contar os progressos da filha. Cabe observar que nestas visitas ela se coloca numa postura inversa ao começo do atendimento da filha, ou seja, falante, sorridente e “viva”. Outro ponto são os presentes comestíveis que sempre a acompanham nestas visitas, tais como frutas colhidas no seu pomar, plantadas e cuidadas por ela. Ao meu ver, como um reconhecimento e gratidão por ela e sua filha terem sido nutridas narcisicamente durante todo o processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou evidenciar a fecundidade da interlocução entre a Psicanálise e a Musicoterapia, buscando na leitura psicanalítica do Autismo Infantil a base para o entendimento na clínica musicoterápica com crianças autistas. Sem dúvida, os dois pilares

que promoveram o sucesso do caso clínico apresentado foram: a possibilidade de uma intervenção precoce (antes dos dois anos) e a aliança feita entre musicoterapeuta e a mãe da criança em questão. A proposta psicanalítica no trabalho ora em apreço, enfocou o papel desempenhado pela função do *Olhar*, cuja a importância revelou-se fundamental para o êxito obtido, aliada as intervenções de cunho psicanalítico junto à mãe. Para uma futura discussão destaca-se a questão acerca do *circuito pulsional*, apresentado no capítulo II, “se no Autismo Infantil não há instauração do circuito pulsional devido a sua permanência no 2º tempo, ou seja, no auto-erotismo, podemos, então, considerar que a criança autista não entra no registro da pulsão?”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ajuriaguerra, J. de** - Manual de Psiquiatria Infantil. 2º edição, Editora Masson do Brasil LTDA.
2. **Freud, Sigmund** - Obras Completas de Sigmund Freud Volume VII “Três Ensaio sobre a Sexualidade” (1905) Edição Standard Brasileira, Ed. Imago, Rio de Janeiro, 2º edição, 1989.
3. _____ - Obras Completas de Sigmund Freud Volume XIV “Sobre O Narcisismo: Uma Introdução” (1914) Edição Standard Brasileira, Ed. Imago, Rio de Janeiro, 2º edição, 1989.
4. _____ - Obras Completas de Sigmund Freud Volume XVIII “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego” (1921) Edição Standard Brasileira, Ed. Imago, Rio de Janeiro, 2º edição, 1989.
5. **Gauderer, Christian** – Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento – Ed. Revinter, 2º edição revista e ampliada, 1997.
6. **Jerusalinsky, Alfredo** – **Psicanálise do Autismo** – Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1984.
7. **Lacan, Jacques** – Escritos – tradução Vera Ribeiro – Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1998.
8. **Lambotte, Marie-Claude** – O Discurso Melancólico: da fenomenologia à metapsicologia – Ed. Companhia de Freud, Rio de Janeiro, 1997; página 194.
9. **Laplanche e Pontalis** - Vocabulário da Psicanálise. - Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1992.
10. **Laznik-Penot, Marie Christine** – Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In Palavras em torno do berço – Wanderley, Daniele de Brito (org.) Ed. Agalma, Bahia, 1997.
11. _____ - Rumo à Palavra: Três Crianças Autistas em Psicanálise. Ed. Escuta, São Paulo, 1997.
12. _____ **(Org.)** - O Que A Clínica Do Autismo Pode Ensinar Aos Psicanalistas. Ed. Ágalma, 1991.
13. **Lebovicic e Kestenberg** – A Evolução da Psicose Infantil. – Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1985.
14. **Miranda, Elisabeth e Pinto, Maria** in Caderno de Estudo - CEPPIA (Centro de Estudos e Pesquisa Psicanalíticos), O Autista, Este Sujeito Que Inquieta. Rio de Janeiro, 1991.
15. **Nasio, Juan-David** – O Olhar em Psicanálise – Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1995.
16. **Nert, Regina** – Autismo e Castração in Psicanálise – Ofício Impossível - Birman, Joel / Damião, Marcelo Marques (org.) Ed. Campus, RJ, 1991.
17. **Pinheiro, Teresa** – O estatuto do objeto na melancolia in Cultura da Ilusão – Clara Akito Kishida, Edson Soares Lannes, Eliud Lucia de M. G. Brito, José Durval Cavalcante de Albuquerque e Naira Sampaio (orgs) - Textos apresentados no IV Fórum Brasileiro de Psicanálise, Setembro de 1997 – Contra Capa Livraria, Rio de Janeiro, 1998.
18. **Pinheiro, Teresa** – Algumas considerações sobre o narcisismo, as instâncias ideais e a melancolia in Caderno de Psicanálise – Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro – Vol. 12 nº 15 - novembro de 1995.
19. **Schwartzman, José Salomão / Assunção Júnior, Francisco Baptista** – Autismo Infantil. Ed. Memnon, SP, 1995.

20. **Tendlarz, Silvia Elena** – De Que Sofrem as Crianças? – A psicose na infância - Ed. Sette Letras, RJ, 1997.
21. **Tustin, Frances** – Autismo e Psicose Infantil – Ed. Imago – Rio de Janeiro, 1975.
22. **Valsiner, Jaan; Vasconcellos, Vera Maria Ramos de** – Perspectivas co-construtivista na psicologia e na educação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

Anexo I

CID – 10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10 / Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

F84 Transtornos invasivos do desenvolvimento

Esse grupo de transtorno é caracterizado por anormalidades qualitativas em interações sociais recíprocas e em padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Essas anormalidades qualitativas são um aspecto invasivo do funcionamento do indivíduo em todas as situações, embora possam variar em grau. Na maioria dos casos, o desenvolvimento é anormal desde a infância e, com apenas poucas exceções, as condições se manifestam nos primeiros 5 (cinco) anos de vida. É usual, mas não invariável, há algum grau de comprometimento cognitivo, mas os transtornos são definidos em termos de comportamento que é desviado em relação à idade mental (seja o indivíduo retardado ou não. Há algum desacordo quanto à subdivisão desse grupo global de transtornos invasivos do desenvolvimento).

Em alguns casos, os transtornos estão associados e, são presumivelmente decorrentes, a alguma condição médica das quais espasmos infantis, rubéola congênita, esclerose tuberosa, lipiodose cerebral e anomalia da fragilidade do cromossoma X estão entre as mais comuns. Entretanto, o transtorno deve ser diagnosticado com base nos aspectos comportamentais, independente da presença ou ausência de quaisquer condições médicas associadas; sendo esta codificada separadamente.

F84. 0 Autismo infantil.

Um transtorno invasivo do desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometido que se manifesta antes da idade de 3 (três) anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. O transtorno ocorre em garotos três ou quatro vezes mais freqüente que em meninas.

Diretrizes diagnósticas: Em geral, não há um período prévio de desenvolvimento inequivocamente normal, mas, se há, anormalidades se tornam aparentes antes da idade de 3 (três) anos. Há sempre comprometimentos qualitativos na interação social recíproca. Estes tomam a forma de uma apreciação inadequada de indicadores sócio-emocionais, como demonstrada por uma falta de respostas para as emoções de outras pessoas e/ou falta de modulação do comportamento, de acordo com o contexto social; uso insatisfatório de sinais sociais e uma fraca integração dos comportamentos sociais, emocionais e de comunicação e, especialmente, uma falta de reciprocidade sócio-emocional. Similarmente, comprometimentos qualitativos na comunicação são universais. Estes tomam a forma de um falta de uso social de quaisquer habilidades de linguagem que estejam presentes; comprometimento em brincadeiras de faz-de-conta e jogos sociais de imitação; pouca sincronia e falta de reciprocidade no intercâmbio de conversação; pouca flexibilidade na expressão da linguagem e uma relativa ausência de criatividade e fantasia nos processos de pensamento; falta de resposta emocional às iniciativas verbais e não verbais de outras pessoas; uso comprometido de variações na cadência ou ênfase para refletir modulação comunicativa e uma falta similar de gestos concomitantes para dar ênfase ou ajuda na significação na comunicação falada.

A condição é também caracterizada por padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados. Isto toma a forma de uma tendência a

impor rigidez e rotina a uma ampla série de aspectos do funcionamento diário; usualmente, isto se aplica tanto a atividades novas como a hábitos familiares e a padrões de brincadeiras. Particularmente na primeira infância, pode haver vinculação específica a objetos incomuns, tipicamente não-macios. A criança pode insistir na realização de rotinas particulares e em rituais de caráter não-funcional; pode haver preocupações estereotipadas com interesses tais como datas, itinerários ou horários; freqüentemente, há estereotípias motoras; um interesse específico em elementos não-funcionais de objetos é comum e pode haver resistência a mudanças de rotina ou em detalhes do meio ambiente pessoal. Em adição a esses aspectos diagnósticos específicos, é freqüentes a criança com autismo mostrar uma série de outros problemas não específicos tais como medo/ fobias, perturbações de sono e alimentação, ataques de birra e agressão. Auto-lesão é bastante comum, especialmente quando há retardo mental grave associado. A maioria dos indivíduos com autismo carece de espontaneidade, iniciativa e criatividade na organização de seu tempo de lazer e tem dificuldade em aplicar conceitualizações em decisões no trabalho. A manifestação específica dos déficits característicos do autismo muda à medida que as crianças crescem, mas os déficits continuam através da vida adulta com um padrão amplamente similar de problemas na socialização, comunicação e padrões de interesse. As anormalidades do desenvolvimento devem estar presentes nos primeiros 3 (três) anos para que o diagnóstico seja feito, mas a síndrome pode ser diagnosticada em todos os grupos etários.

Todos os níveis de QI podem ocorrer em associação com o autismo, mas há retardo mental significativo em cerca de três quartos dos casos.

Inclui: transtorno autista; autismo infantil; psicose infantil; síndrome de Kanner.

Diagnóstico diferencial: à parte outras variedades de transtornos invasivos do desenvolvimento, é importante considerar: transtorno específico do desenvolvimento da linguagem receptiva com problemas sócio-emocionais secundários; transtorno reativo de vinculação ou transtorno de vinculação com desinibição; retardo mental com algum transtorno emocional/ de comportamento associado; esquizofrenia de início usualmente precoce e síndrome de Rett. Exclui: psicopatia autista

F84. 1 Autismo atípico

Um transtorno invasivo do desenvolvimento que difere do autismo em termos ou de idade de início ou de falha em preencher todos os três conjuntos de critérios diagnósticos.

Assim, o desenvolvimento anormal e/ ou comprometido se manifesta pela primeira vez apenas depois da idade de 3 (três) anos e/ou há anormalidades demonstráveis insuficientes em uma ou duas das três áreas de psicopatologia requeridas para o diagnóstico de autismo, a despeito de anormalidades características em outras áreas. O autismo atípico surge mais freqüentemente em indivíduos profundamente retardados, cujo nível muito baixo de funcionamento oferece pouca oportunidade de exibir comportamentos desviados específicos, requeridos para o diagnóstico de autismo; ele também ocorre em indivíduos com um grave transtorno específico do desenvolvimento da linguagem receptiva. O autismo atípico, então, constitui uma condição significativamente separada do autismo.

Inclui: psicose atípica da infância; retardo mental com aspectos autistas.

Círculo Brasileiro de Psicanálise- Seção RJ

Av. Nossa Senhora de Copacabana, 769/504

Rio de Janeiro. RJ. CEP: 22050-002

Tel: 21 - 2236-0655

Fax: 21 - 2236-0279

E-Mail: cbprj@cbp-rj.org.br