

O autismo psicogênico, a personalidade autista e o trauma

*Sebastião Abrão Salim**

Resumo

O autismo psicogênico é uma entidade clínica de difícil entendimento e tratamento. Entre os autores psicanalíticos Tustin sobressai com seus estudos sobre a percepção sensorial auto-gerada pelo recém-nascido e o bebê. Segundo ela, ambos utilizam a saliva, as fezes, a urina, a língua, os dedos, os punhos e as mãos para gerar estas sensações, mais em contato com sua pele. Constituem um tipo de defesa psíquica para o apaziguamento da angústia resultante do trauma de separação da mãe. Confere um sentimento de coesão física e psíquica semelhante àquele experimentado por nós quando pressionamos uma chave na palma da mão.

Ela denominou o apego a essa defesa de “barreira autista” que afeta a capacidade do recém-nascido ou do bebê para a empatia. Para ela, constitui-se no fator responsável pela etiologia do autismo psicogênico. Ogden desenvolveu estes estudos e sistematizou a posição autista-contígua, anterior à posição esquizoparanóide, e a posição depressiva de Klein, com psicopatologia específica.

Meus estudos sobre o trauma a partir do DSM-IV como um evento que produz em sua vítima ou testemunha uma noção de morte aproximou-me da Neurobiologia e da importância da memória implícita para a Psicanálise.

Esta articulação parece contribuir para um melhor esclarecimento da etiologia do autismo psicogênico ao relacioná-lo à angústia de

* Psicanalista Didata da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro. Psicanalista Didata do Núcleo Psicanalítico de Belo Horizonte

morte e ao apego instintivo às “barreiras autistas” como defesa psíquica, decorrente do trauma fetal.

Estendo o trabalho à apreciação da psicopatologia autista em pacientes adultos e jovens com quem trabalho dentro do meu referencial teórico-técnico psicanalítico revisado. Considero inacabados esses estudos, mas acho procedente a sua continuação.

Abstract

The psychogenic autism is a clinical entity of difficult comprehension and treatment.

Among psychoanalytical authors, Tustin had a relevant position with their studies on auto-generated sensorial perceptions by the newborn and the baby.

According to her the just-born baby uses instinctively his or her own saliva, excrements, piss, hair, language, fingers, fists and hands to generate these sensations, chiefly with his or her own skin. They afford a psychic defense to diminish the resultant anxiety of the mother's separation trauma. They activate feelings of physis and psychic cohesion similar to that experimented by ourselves when we press a key in the hand.

She named the attachment to this defense as “autistic barriers” that affect the capacity of the newborn or the baby to empathy. To her it is responsible psychic autism etiology.

Ogden developed these studies and conceived the autistic-contiguous position, anterior to Klein's squizoparanoïd position, and the depressive position with a specific psychopathology.

My studies on trauma conceived by the DSM-IV as “an event that produces in their victims or witnesses a notion of death” became me near the Neurobiology and the importance of the implicit memory to Psychoanalysis.

This articulation seems to contribute to a better understanding of psychogenic autism etiology by adding it to a death anxiety and to the instinctively attachment to the “autistic barriers” as psychic defense due to a fetal trauma.

I extend these appreciations to autistic psychopathology in adult and young patients with whom I work with a theoretical and technical referential revised.

I consider unfinished these studies but it is pertinent to continue them.

Introdução

Meu trabalho clínico atual com jovens e adultos tem sido marcado pelas contribuições de Tustin sobre o autismo psicogênico e as barreiras autistas em pacientes psiconeuróticos. Isto porque a considero como a psicanalista que mais contribuiu com nossos conhecimentos neste enigmático e complexo campo da psicopatologia. Ela a estudou durante anos em crianças autistas e em jovens e adultos. Reuniu estes estudos em seu livro *Barreiras autistas em pacientes neuróticos* (1990), no qual aborda a sintomatologia e a etiologia relacionada à adesão aos denominados “objetos autistas” e às “formas autistas”. Segundo ela, estes são elementos corporais de natureza dura ou macia respectivamente, que o recém nascido utiliza para a auto-geração de percepção sensorial capaz de o serenar devido à promoção do sentimento de coesão física diante da ansiedade da separação traumática da mãe, esta um elemento etiológico. Essa defesa, no entanto, segundo ela “parece afetar a capacidade do indivíduo (pelo apego aos mesmos) para a empatia, e, portanto, para relações com as pessoas”. Ela denominou este apego de “barreira autista”, outro elemento responsável pela etiologia do autismo psicogênico, fato que ela ilustra com material clínico seu e de superviões ministradas.

Tustin afirmou que “o elemento decisivo para o seu estudo do autismo psicogênico foi seu perfil pessoal marcado por elementos autísticos”. Contudo, não podemos deixar de ressaltar seu currículo invejável. Analisou-se com Bion e fez supervisões com Rosenfeld e Meltzer. A formação em análise de crianças teve como orientadores Bick e Bowlby. Conviveu com Winnicott, Aulagnier, Chasseguet-Smirgel, McDougall, Grodstein, Balint e outros importantes psicanalistas. A vida pessoal foi marcada pela presença constante do marido, um cientista inovador na Física que balanceava seus vãos psicanalíticos.

Talvez o mais significativo seguidor seja Ogden (1989b), que sistematizou a posição autista-contígua baseando-se em seus estudos, enriquecedora contribuição teórico-técnica para a Psicanálise, pouco considerada pelos psicanalistas.

No presente trabalho tenho o objetivo de acrescentar a esses estudos a contribuição da Neurobiologia sobre a memória implícita, da ultrasonografia fetal e do conceito de trauma definido no DSM-IV (1994) como um evento que promove na vítima ou testemunha uma consciência de morte. O exame da percepção sensorial sob este vértice, permitiu-me com certa consistência estender os estudos de Tustin e Ogden ao período fetal

do desenvolvimento psíquico e relacioná-los com o trauma fetal, aproximando a Psicanálise da Biologia.

A psicopatologia autista, na minha experiência clínica, é responsável por um modo de exclusão do homem e da mulher que denomino (Salim, 2005a) exclusão animada, na qual seu portador se mantém ausente de si mesmo, em estado de suspensão animada. Penso que tem relação com a denominada psicopatologia do vazio em nossa clínica atual, assim como dos pacientes atípicos, de difícil manejo clínico, do paciente psicossomático, do paciente com adição às drogas e ao álcool e outros. Difere da exclusão produzida pela psicopatologia esquizoparanóide, depressiva e edípica.

Apresento material clínico meu de jovens e adultos com personalidade autista, mostrando a sintomatologia autista, e meu referencial teórico-técnico psicanalítico revisado.

A “barreira autista” segundo Tustin

Tive dificuldades pessoais para adentrar no estudo da obra de Tustin, mas conseguindo fazê-lo me beneficieei ao identificar idiosincrasias autistas pessoais e enriquecer meu referencial teórico-técnico psicanalítico. Considero sua obra pouco conhecida e mesmo banalizada por psiquiatras, psicólogos e psicanalistas.

Tustin descreve essa diversa psicopatologia em trabalhos com exuberância e delicadeza, e a ilustra com inúmeros casos clínicos seus e de supervisões ministradas.

A sintomatologia autista, segundo ela, está relacionada com o apego aos “objetos autistas” e às “formas autistas” como defesa para atenuar a ansiedade da separação da mãe, e seu uso pode se prolongar pela vida do portador.

Tem proximidade com o estudo de Winnicott (1975) sobre o “objeto transicional” e a “experiência de ilusão”. Por ora basta acentuar que o objeto transicional de Winnicott, “uma bola de lã, a ponta de um cobertor ou edredão, uma palavra ou uma melodia, ou um maneirismo” é posterior aos “objetos autistas” e às “formas autistas” de Tustin. Há uma similaridade na forma como ambos descrevem o apego do bebê a esses elementos. Os dois não explicitam esse apego a uma finalidade existencial; remetem a experiência dos dedos e do punho na boca à satisfação libidinal dessa zona erógena e não à defesa para uma angústia de morte, uma diferença bastante

significativa, como citado adiante. Um fato interessante é que ambos mantinham relação pessoal próxima, mas citam pouco um ao outro em seus trabalhos publicados.

Voltando a Tustin, ela diz que: “As formas “primordiais” (primeiras-meu) parecem emanar de ritmos e respostas auto-eróticas na raiz de nossa “existência”. Talvez, o mesmo que Winnicott (1975) dizia quando se referia à “elaborações imaginativas” das funções corporais

Prossegue Tustin: “As formas autistas são formas vagas de sensação e originam-se da ‘sensação’ de substâncias corporais tais como fezes liquefeitas, urina, saliva, muco, o alimento na boca e até o vômito... seus equivalentes físicos são coisas como lama, areia, plástico, barro, água, tinta, etc.” Isto nos remete a enurese noturna, à salivação, à sudorese, ao lacrimejamento excessivo e outros. Referindo-se aos objetos autistas, diz: “A ‘dureza’ é um aspecto característico da maioria dos objetos autistas... Para a criança um objeto autista é primariamente uma sensação”. Na clínica temos como resultado desta “barreira autista” a encoprese, os eczemas, o bruxismo, o chuchar o nariz ou a boca com o dedo, os movimentos da língua dentro da boca e sobre os lábios, e outros.

Para ela as experiências sensoriais com os “objetos autistas” e as “formas autistas” tendem a manter a criança autista e o jovem ou adulto com personalidade autista em um estado não-eu, excluídos das relações com o mundo externo e interno. Essas experiências têm ritmo e intensidade regulares, ditados instintivamente, como sucede no estado de homeostase. Como mostrarei adiante, o estado não-eu é resultante do trauma.

É importante destacar o conceito de trauma que norteia suas concepções. Relaciona-o a “uma consciência traumática de separação física da mãe que invade suas consciências (do recém-nascido ou do bebê - meu) antes que seus aparatos psíquicos estejam prontos para suportar a tensão. Você perceberá que estou enfatizando o estado organizacional do bebê e não a idade em que o trauma ocorreu”. Tustin segue, portanto, o conceito de Freud (1919) de trauma, definido como um excesso de excitações sobre um ego que não consegue processá-las. Não tem relação com a noção intuitiva de morte sentida pela vítima do trauma. De novo, o apego à teoria freudiana foi um elemento impeditivo para que se aproximasse mais da Biologia, como penso ter sucedido com Winnicott.

Ainda assim, Tustin deixa claro que tinha esta intuição. Diz ela: “Em alguns casos, o autismo surgiu após ou durante uma doença debilitante, ou intervenção cirúrgica na infância, especialmente se os membros foram imobilizados (Olin, 1975). Mas, obviamente, há crianças que passaram

por tais experiências e não se tornaram autistas; uma combinação de circunstâncias tem que ocorrer... Fatores importantes nessa combinação **são as tendências constitucionais** (negrito meu) da própria criança e o clima emocional da família na qual ela é criada”. Talvez estivesse relacionando essas tendências constitucionais à Genética ou ao trauma pré-natal produzido por estados tóxico-inflamatórios da mãe, anoxia fetal, traumas físicos e outros.

Em outra parte, menciona: “Após muitos anos de trabalho com crianças autistas, cheguei à conclusão de que o autismo psicogênico é resultado de uma interação entre um estado temporário de depressão ou insegurança da mãe, durante a primeira infância da criança, **e a natureza particular da criança** (negrito meu)”. De novo o elemento biológico.

Prossegue: “A penetração (pela técnica de tratamento psicológico-meio) tem que ser introspectivamente sensível. Nesses níveis, estamos trabalhando com **elementos psicossomáticos e neuromentais** (negrito meu)”.

Esses destaques podem indicar que Tustin tinha uma concepção subjetiva de elementos biológicos na etiologia do autismo sobre os quais não conseguiu ir além da intuição, como se expressa na passagem em que relaciona o estado autista e a vida animal. Ela escreve: “Uma função do autismo para as crianças autistas parece ser simular a “morte” (perda do ser), pelas **reações de imobilização do corpo** (negrito meu) e sensações de entorpecimento de suas extremidades. Por meio disso, eles sentem que evitam a “morte” súbita e catastrófica (separação física de “seio” externo), que acontece incontrolável e inesperadamente. De certa forma, isto é semelhante ao **“congelamento”** (negrito meu) de um animal apavorado. Chiara Catelan descreveu seu paciente infantil assim: M. parece um corpo mumificado. Ele é como um Faraó que encontra na morte a possibilidade de manter seu corpo esplendidamente intacto. Seus olhos são a única parte da múmia que não está coberta pelas bandagens. Esta imagem de um corpo mumificado é particularmente adequada, porque a vida no antigo Egito era dominada pela necessidade de preservar a continuidade física para evitar o término e a separação da morte”.

Meus estudos e minha observação clínica revelaram semelhanças entre a vida animal e a vida do feto, do bebê, do jovem e do homem, isto depois que fiquei atento a esta identidade. Todos têm o comportamento e as funções biológicas mais determinados pela presença ou não do perigo de morte, como sugere Levine (1997) ao descrever a reação da presa frente ao predador. Apresenta reação de imobilidade e congelamento.

Outra contribuição clínica de inegável valor feita por Tustin (1990), inicia-se com uma observação da colega Sydney Klein: “No curso de uma revisão periódica do progresso de minha prática clínica e particularmente das formas de comunicação habituais de meus pacientes, tomei consciência de que eu os considerava inicialmente como sendo apenas moderadamente neuróticos, alguns dos quais eram também candidatos à análise, revelavam durante o curso do tratamento fenômenos familiares de crianças autistas. Esses pacientes eram altamente inteligentes, esforçados, bem sucedidos... que vieram para análise ostensivamente por razões profissionais ou devido a uma falha em manter uma relação satisfatória com um marido ou esposa...”.

Mais adiante, diz Tustin: “Certos pacientes neuróticos têm muito em comum com as crianças autistas (Klein, S, 1980; Tustin, 1978)”. Cita, ainda, o trabalho de supervisão com uma colega: “Em nosso trabalho, juntas, tornou-se claro que Mary (vinte anos) tinha uma cápsula de autismo que estava interferindo em suas relações com as pessoas e também afetando seu trabalho”.

Em outro momento cita mais uma vez Sydney Klein: “Quanto mais cedo o analista perceber a existência desta parte oculta do paciente, menor é o perigo de a análise tornar-se um diálogo intelectual interminável e sem sentido, e maiores as possibilidades de o paciente alcançar um equilíbrio relativamente estável. Embora o analista tenha que passar por grandes ansiedades com o paciente, acredito que, no fim, os resultados valem a pena... O autismo se manifesta através de um apego bastante desesperado e tenaz ao analista como a única fonte de vida, acompanhado por um sentimento intruso subjacente de desconfiança”.

Finaliza assim: “O relato da Sra. Spensley (uma supervisionanda) desta paciente me fez perceber o valor do entendimento derivado do trabalho clínico com autismo psicogênico de se fazerem diagnósticos mais precisos, de modo que menos pacientes percam seu tempo em lugares inadequados e recebam tratamentos impróprios”.

Acréscimos pessoais aos estudos de Tustin

Muitos anos atrás havia adquirido um exemplar de seu livro *Autismo e Psicose Infantil* (1972), mas acabei colocando-o de lado pelas dificuldades encontradas para entendê-lo. Depois voltei a ela através de citações de Ogden (1989b, 1994) em seus trabalhos sobre o psiquismo inicial, no qual eu estava interessado.

Há três anos voltei a lê-lo e logo depois *Barreiras Autistas em Pacientes Neuróticos* (1990). Minuciei o conhecimento do conteúdo deles sobre a psicopatologia autista. Achei pertinente acrescentar aos conceitos de Tustin os estudos que vinha fazendo ao substrato anatômico do psiquismo inicial e dos possíveis efeitos do trauma nesse período, segundo o DSM-IV. Articulei contribuições da Embriologia, da Psiquiatria, da Psicologia Experimental, da Etologia, da Ultra-Sonografia fetal e da Neurobiologia. Publiquei alguns trabalhos a respeito (2002c, 2004a, 2004b, 2005a). Esta multidisciplinaridade integrada permitiu-me uma formulação do psiquismo inicial mais embasada biologicamente por meio de sua relação com a estrutura e o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central e o Sistema Nervoso Autônomo, considerados como substratos anatômicos do aparelho psíquico.

Foram importantes o estudo da memória implícita desenvolvido pela Neurociência (Kandel, 2003), a conceituação de trauma ligado ao medo de morte e estudos de Levine (1997), psicólogo experimental, sobre as reações de defesa do homem diante da ameaça de morte semelhantes, à dos animais, ditadas pelo cérebro límbico (instintivo) e pelo neocórtex (racional). Tais reações atuam antes de processadas ‘com a cabeça’ diante do perigo. O corpo chega antes da consciência.

Levine, fundador da escola denominada de Experiência Somática, mostra que quando a presa opta pela imobilidade, acontecem modificações psicofisiológicas de natureza neurológica motora e sensitiva, hormonais e bioquímicas. Por exemplo, há aumento de produção de endomorfina para aliviar a dor caso a presa intua que será comida pelo predador. A saída dessa imobilidade ocorre se o predador se afasta e após o tremor físico que finaliza o trauma sofrido. Essas defesas de imobilidade e de congelamento foram intuídas por Tustin, como assinalado em negrito nas suas citações.

Meus estudos, penso eu, podem contribuir para se entender a etiologia do autismo psicogênico e das “barreiras autistas” ao introduzirem a interdisciplinaridade citada e a tentativa de desvelar um psiquismo pré-natal e peri-natal, onde impera a noção constante de “continuidade do ser”, segundo Winnicott. Com poucas exceções como Winnicott (1962), Ogden (1994), Piontelli (1997), Imbasciati (2001), Wilhelm (2003), Korbivcher (2006) e outros, os psicanalistas têm estado mais voltados para a vida pós-parto. A Neuropsicanálise tem procurado esta integração com algum êxito.

Minha hipótese é que o psiquismo do ser humano ou animal começa logo após a fecundação. Instala-se o estado homeostático ou de homeostase, que pode ter relação com o princípio de constância citado

por Freud (1920), jamais deixado de ser buscado. Tustin o intuiu quando disse: “As formas “primordiais” (primeiras-meu) parecem emanar de ritmos e respostas auto-eróticas na raiz de nossa “existência.” O registro desse estado fisiológico equilibrado, regular e contínuo é feito pela memória implícita incipiente, presente logo após a fecundação (Kandel, 2003). Aquela se enriquece ao longo da vida com mais recursos autonômos de defesa, inclusive através do sonho, que teria a função de transformar em memória implícita ou de longa duração o aprendizado de curta duração ocorrido durante o dia (Sidarta, 2003). Também Winnicott (1975), ao dizer: “A elaboração imaginativa da função deve ser considerada existente em todos os níveis de proximidade do funcionamento físico propriamente dito... refere-se à fantasia quase-física, àquela que está menos ao alcance da consciência”.

A homeostase é o estado ótimo. Uma mudança no seu equilíbrio por um trauma gera a noção subjetiva de morte ou descontinuidade. Para tentar apaziguar o mal-estar resultante, a vítima do trauma se retrai ao estado anterior, movimento que denomino desconexão com retraimento autista, onde ocorre a desaceleração dos ritmos biológicos com a vantagem biológica de consumo menor de oxigênio pelas células, que possibilita prolongar a vida. Estudos recentes mostram que é possível prolongar a preservação de órgãos para transplantes, mediante a diminuição do consumo de oxigênio pela célula por meio do método da suspensão animada, induzida pelo uso de sulfato de hidrogênio (Eric, 2005).

O trauma fetal é produzido por doenças neo-natais, infecções da mãe, traumatismos físicos anteriores ao nascimento, traumatismo do parto e outros eventos.

O recém-nascido portador de um trauma apresenta movimentos motores lentos, tem dificuldade para pegar o mamilo e outras manifestações próprias do estado de imobilidade. O caos instituído só cessa quando é adequadamente cuidado, como Winnicott (1971) acentuou com o conceito físico de *holding* e de “mãe suficientemente boa”. Por razões ainda indefinidas pode apresentar um estado oposto de excitação, irritabilidade e hiperatividade, já discutido em outro trabalho meu (Salim, 2004b).

Tustin afirmava que muitas crianças autistas tinham mães dedicadas e que não se podia relacionar o autismo psicogênico a elas, deixando bem entendido como apontei em negrito, que havia razões anteriores ao nascimento, possivelmente o trauma sentido como morte.

A importância desse trauma precoce e seus desdobramentos futuros é demonstrada pelas experiências de Harlow (1958) e Levine (1962) com

macacos e ratos, que confirmam o que Tustin e Ogden mencionam em seus trabalhos: a existência de uma matriz psíquica autista inicial à qual se pode relacionar uma psicopatologia própria com manifestações clínicas específicas, entre elas o isolamento social e a desvitalização. Harlow e Levine observaram que macacos e ratos recém-nascidos, se separados de suas matrizes logo após o nascimento, quando seis meses depois são colocados de volta junto delas reagem com isolamento e desvitalização. Quando separados após dez dias do nascimento, apresentavam comportamento diferente ao retornar ao convívio com os seus, demonstrando que neste período de dez dias acontecem mudanças significativas no psíquico e no biológico desses animais, responsáveis por sintomas e comportamentos distintos.

O somatório dessas contribuições talvez possa permitir a hipótese de que a etiologia do autismo psicogênico remonta à ocorrência do trauma no período fetal ou peri-natal. Sua vítima recorre à busca do estado de homeostase inicial e com o auxílio das experiências sensoriais autogeradas pelos “objetos autistas” e pelas “formas autistas” se apazigua, embora retarde seu desenvolvimento físico e psíquico.

Como se trata de um universo sem palavras, o corpo do paciente chega a nós antes dele e nós o percebemos pelo nosso corpo antes da cognição. A linguagem extra-verbal antecede a verbal e a intersubjetividade psicanalista-analisando fica ditada pela sensação sensorial. Este conhecimento auxilia no diagnóstico da psicopatologia autista gerada pela matriz autista-contígua e facilita o manejo da técnica psicanalítica com estes pacientes.

Por isto, tenho considerado a contratransferência de fundamental importância para a identificação dessa psicopatologia. A forma lenta ou apressada, baixa ou alta, da fala do paciente é tão importante quanto seu conteúdo e promove respostas físicas no analista. Por exemplo, sonolência, dificuldade de ouvi-lo, mal-estar físico, mais ou menos relaxamento físico na cadeira e outras. O conteúdo da fala desse paciente é marcado pela desesperança extra-verbal, pelo relato repetido de situações vividas, pela obsessão de encontrar o significado correto das palavras, pelo enquadramento com que nos submete a seus objetos autistas e formas autistas, e seu modo de ser que não permite mudanças ou interferências e ao nosso total respeito ao *setting*. Intensifica essas reações no psicanalista a postura física deste paciente, com movimentos musculares repetidos das pernas e das mãos, ora lentos ora rápidos, seu olhar fixo ou desviado, a busca de contato com almofadas ou livros existentes no consultório e outros.

Talvez o sonho seja o único instrumento para o reconhecimento da ocorrência do trauma precoce. Em alguns casos chega-se à sua identificação por intermédio do relato da mãe ou de outros familiares do paciente.

Em geral esses pacientes apresentam dificuldades para se comunicarem e vivem em contínuo medo de deixarem de ser, de se escoarem (Rosenfeld, 1980), de se desfazerem e de viverem desincorporados, como um não-eu, ilustrado no livro de Tustin através de inúmeros casos clínicos.

Essa psicopatologia é reunida por Gilbert (2005) em três áreas distintas: da sociabilidade, da linguagem e da motricidade. O autista opta pelo isolamento social, habita um mundo vazio, não fala ou só reproduz o que lhe é falado e repete movimentos estereotipados idiossincráticos. Vive em um mundo quase inanimado, congelado, sem sentimentos, e tem como característica central uma organização idiossincrática, com a qual apresenta extrema habilidade em gerir questões intelectuais, motoras e artísticas, mas encerra enorme dificuldade para o aprendizado de outras tarefas diferentes do seu ordenamento ditado pela memória implícita.

Material clínico com comentários

Caso A

L estava com quatorze anos quando foi hospitalizada porque agredia fisicamente a mãe, fugia de casa, ateava fogo em objetos caseiros e tentou auto-extermínio com psicotrópicos. Alternava essas ações violentas com períodos de apatia, sonolência e sintomas de anorexia nervosa. Nos estudos encontrava-se atrasada em relação à sua idade cronológica. Ao exame no hospital verifiquei que não havia alterações cognitivas, estava emagrecida, tinha o olhar desviado e movimentos ritimados de enrolar os cabelos com o dedo e balanceios do corpo e das pernas. Disse-me que havia sido maltratada pela mãe desde pequena e jurou que infernizaria sua vida. Ainda no hospital, constatei pela papeleta médica os diagnósticos de esquizofrenia ou de transtorno do humor bipolar. Os psiquiatras não conseguiam determinar o diagnóstico e nem a prescrição medicamentosa, sempre mudada.

Meu diagnóstico foi de psicopatologia autista associada com hiperatividade alternada com imobilidade. Após alguns encontros senti em L confiança em mim e solicitei sua alta para início da análise em consultório.

As primeiras sessões foram difíceis. Fazia questão da presença da mãe para me convencer de como sua mãe não a entendia. Com fina sensibilidade, obrigava-a a dizer como a estava percebendo. Nestas ocasiões, a mãe se confundia. L dizia-me, então, que sua mãe nunca a havia entendido ou chorado por ela.

Em uma sessão a sós comigo, ficou violenta ao perceber-me distante. Tentou agarrar-me pelo pescoço. Eu a contive fisicamente e lhe disse que de fato havia me distanciado dela enquanto falava. Minha confissão a serenou e pude dizer-lhe que minha desatenção havia sido transitória e que encontraria a explicação para não se repetir.

Mais docil comigo, tiveram início os movimentos para o isolamento e a imobilidade. Colava-se à almofada no divã, como uma forma autista de apaziguamento, e ficava quieta quase toda a sessão ou então dirigia-se ao banheiro do consultório e lá permanecia de porta fechada. No início fiquei apreensivo, mas compreendi depois essa ação como desejo de ficar só, atendendo à sua demanda para a retirada autística, causada provavelmente por um olhar ou uma fala minha sem sintonia com ela. Contou-me a propósito sobre um irresistível desejo de ficar na cama o dia todo e descreveu sonhos em que fazia força para mover os braços e as pernas e não conseguia. Eram elementos indicativos de seu imobilismo.

Em uma sessão começou a sentir dor abdominal enquanto deitada no divã, que se foi acentuando e ela desfaleceu. Estes episódios vinham acontecendo fora do consultório com frequência e eram interpretados pelos familiares como encenações pessoais para impressionar. Mantive-me calmo. Entendi o desfalecimento como resultado de um estado de insuficiência física para com suas ansiedades. Ela se desfazia. Restava-me segurar-lhe as mãos e dar-lhe tempo para se recuperar.

Em outra sessão L fez o relato de enurese noturna e de sudorese intensa, descritas por Tustin como “formas autistas” por envolver elementos corporais macios tais como a urina e o suor, como agentes produtores de sensações sensoriais sobre a pele, tal como a almofada no divã.

Depois mencionou a presença de alucinações auditivas que se referiam a pessoas perseguindo-a. Eu lhe disse que, na verdade, ela queria ser encontrada tal, o seu estado de imobilidade e desamparo.

Ao fim de quatro meses, L começou a dar mostras de mais estabilidade e de confiança em sua própria capacidade para se compreender. Passou a mostrar cultura brilhante para sua idade cronológica. Conhecia a mitologia egípcia, a mitologia grega, além de conhecimentos da língua inglesa, de cinema e de literatura. Contudo, relatou sua insuficiência para o apren-

dizado na escola, fato que provocava constantes atritos entre ela e a mãe. Eu a compreendia porque o aprendizado da criança com barreira autista só se desenvolve dentro de uma linha estabelecida por ela mesma. Há muita dificuldade para aprender o que lhe é ensinado por terceiros. Qualquer mudança na forma de ser ou de como ordena os objetos pode ser sentida como fatal. Assim, fracassou quando tentou entrar para um coral, para fazer ginástica olímpica e hipismo, todas tentativas de se revitalizar, como aquelas relacionadas ao atear fogo em objetos de casa.

Foi preciso fazer com que a mãe compreendesse que L tinha seus arranjos próprios e a importância de respeitá-los. Era nestas ocasiões que L gritava e agredia para se sentir viva e se manter viva.

Em uma sessão mais atual, narrou-me seu entendimento sobre sua agressividade e sua tendência para a imobilidade e a insuficiência. Disse-me que se identificava com uma personagem da Internet cujo poder aumentava por meio de pontos que ia somando em um jogo. Esta identificação a mantinha mais animada, mas compreendeu que precisava agir de modo mais moderado porque não se agüentaria na exaltação por toda a vida. L entendeu tais movimentos antagônicos como a razão para seus médicos a estigmatizarem como paciente bipolar ou esquizofrênica. Sua capacidade para este *insight* mostrava que estávamos no caminho certo.

Minha compreensão de que L apresentava uma psicopatologia autística foi confirmada pelo relato da mãe sobre traumas precoces, como gestação conturbada pelas brigas com o esposo, do qual veio a se separar, o parto demorado e a insuficiência de L para pegar o mamilo apesar de sua insistência. Nasceu com os pés tortos e precisou do uso precoce de bota corretiva com a qual se sentia bastante incomodada. Seus sintomas eram respostas biológicas ao trauma, como aquelas da caça diante do predador, associados à sua formação superegóica severa pelo tratamento sempre corretivo da mãe. A angústia básica de L é resultante do medo de morrer ou de ficar louca e de sua insuficiência para corresponder às cobranças da mãe e sua competência para atividades próprias de sua idade. Meu trabalho tem consistido em lhe proporcionar um *setting* confiável e um trabalho interpretativo sobre suas exigências superegóicas.

Caso B

Trata-se de uma menina autista de seis anos, personagem do filme *O enigma das cartas*. Este começa com a tomada da cena do caule de uma árvore antiga com destaque para a casca espessa. Logo surgem vários

répteis andando ao seu redor. Tal começo é sugestivo da gênese da vida e da ontogênese do autismo, isto é, de suas raízes primitivas.

Havia perdido o pai recentemente em acidente, quando se dedicava a estudos antropológicos em cidade mexicana. De volta à escola na América começa a apresentar comportamento de isolamento dos colegas. Dirigia-se a uma árvore, na qual subia para evitar o contato com colegas, exibindo grande habilidade para se equilibrar, talvez relacionada à queda fatal do pai. O psiquiatra da escola é notificado deste seu comportamento repetitivo. Diagnostica-a como autista e dirige-se à sua casa para comunicar o diagnóstico a mãe. Ao chegar participa da cena em que a menina está no telhado de sua casa próximo à calha, onde foi apanhar a bola atirada pelo irmão. Ao vê-la todos temem por ela. A mãe aflita busca aproximar-se pela janela do sótão. A filha a vê e começa a gritar de forma desesperada e repetitiva. O medo de todos aumenta, porque não entendem os gritos e temem a sua queda. O psiquiatra pergunta aos presentes se não estão notando algo diferente e o irmão atina com o fato de que a mãe está usando o boné com a aba para trás. Quando o recoloca na posição certa, por indicação do psiquiatra, a menina pára de gritar.

Em um momento desta mesma cena, o cineasta exibe a fixação do olhar da menina na costura do gomo de uma bola, destacando-a. Escrevi (Salim, 2002c) um trabalho que denominei de *Remendos para uma superfície sensorial*, no qual descrevo vários procedimentos sintomáticos e reflexos por parte de pessoas em busca de apaziguamento para a angústia de morte. Cito os sintomas de ficarem enrolando os cabelos continuamente, os incessantes olhar e o falar, a manipulação obsessiva de terços, contas e outros.

Há outra cena na qual o irmão a procura em seu quarto, onde se isolara. Inadvertidamente, ele esbarra num cubo entre outros dois. Este cai e ela começa a gritar do mesmo modo como fizera antes na calha do telhado. O irmão aflige-se, sem saber como serená-la, até que recoloca, por acaso, o cubo no seu ordenamento de origem.

O autista ou o paciente com barreira autística sente como vital manter-se física e psiquicamente intocável, com tudo do modo como ajeitou. Esta idiosincrasia remete à delicadeza e à sintonia necessária do analista para formular a interpretação, cuidando para que a mesma não seja disruptiva para o paciente.

O nome do filme tem origem no engenhoso arranjo feito pela menina com as cartas de baralho equilibradas umas nas pontas das outras, de forma a constituírem uma espiral ascendente.

A esta altura do filme ela já está recebendo terapia na escola, mediante exercícios nos quais é estimulada a fazer contato pessoal e verbal com o psiquiatra, que atribui ao seu autismo uma natureza neurológica. Ele se impacienta diante da ausência de resposta da menina que por sua vez se irrita e fica agressiva com ele. A mãe discorda da opinião do psiquiatra que atribui o comportamento da filha a um fator neurológico e com veemência o atribui ao trauma da perda do pai. Está convencida que a ajudará com uma sintonia afetiva. Esforça-se para entender a razão da espiral das cartas, quando a menina mostra de novo grande destreza para o equilíbrio. Tenta construir espiral semelhante à da filha com placas de material pesado e, ao terminá-la, a menina responde à tentativa da mãe de compreendê-la com o retorno à normalidade.

Esta espiral ascendente pode ser entendida como representação materializada de seu esforço para deixar a posição autista, onde se refugiou depois do trauma pela morte do pai. Na clínica esse esforço ocorre sob a forma da hiperatividade presente em alguns pacientes. Tem recebido o nome de Transtorno de Hiperatividade ou de Transtorno de Atenção, segundo o DSM-IV (1994).

Caso C

M é um analisando adulto, filho de mãe desvitalizada, de olhos chupados e fundos, e de pai epilético que assustava toda a família com crises convulsivas e gritos. Havia grande carência de recursos materiais.

Lembra-se com ênfase do episódio aos dois anos de idade, quando só dormia depois que cobria a cabeça e o corpo todo com uma colcha, comportamento que se prolongou até os sete anos. A colcha tinha a função de uma segunda pele (Bick, 1968, 1986), importante contribuição para o entendimento da psicopatologia autista. Tem a ver com o sentimento de desproteção oriundo do desamparo inicial e com a perda do sentimento de coesão física e psíquica, como certos pacientes que se trancam e fazem do seu quarto fechado a sua segunda pele, pessoas que se fecham em suas convicções, pessoas que ouvem e lêem obsessivamente todos os noticiários da televisão e dos jornais e outros. Um verdadeiro manto psíquico.

M iniciou a análise com quatro sessões semanais devido ao exibicionismo compulsivo acompanhado de outros desvios sexuais pelos quais fora, algumas vezes, detido pela polícia. Relatava mal estar físico generalizado com idéias de auto-extermínio, desespero, sensação de vazio interno inexplicável, visão distorcida do corpo e isolamento acentuado das pessoas.

Esse paciente despertava-me sonolência durante as sessões no período inicial. Vivia sozinho no pequeno apartamento para onde convidava homens que conhecia na rua para fins de atividades sexuais.

Depois de oito anos de análise passou a conviver com sua atual mulher e a filha desta, adotada com afetividade. Teve mais duas filhas e conseguiu fazer um curso superior que veio ajudá-lo economicamente.

Embora apresentasse esses progressos continuavam as queixas iniciais. Interrompeu a análise pelo tanto que essa se tornou difícil para nós, envolvidos que estávamos na repetição e na monotonia que se foi acentuando e que eu não conseguia explicar. Até então meu diagnóstico incerto, ora de psicopatologia narcísea, ora esquizoparanóide, ora depressiva e ora edípica. M era tratado como tal.

Ficou afastado por quatro anos e voltou a me procurar devido seu estado de insuficiência física e psíquica agravado, depois de tentar tratamento com outros dois colegas. Não quis mais o divã e nem as quatro sessões semanais. Propôs duas sessões e concordei com ele. Estava convicto de que o trabalho analítico tem mais a ver com a pessoa do analista e seu referencial teórico-técnico do que com o uso do divã e o número de sessões.

Hoje, três anos após o reinício da análise, apresenta resultado terapêutico significativo devido a meu conhecimento da psicopatologia autista. Permitiu-me compreender sua monotonia, sua insuficiência, os prolongados silêncios durante as sessões, a fala compassada e precisa nos detalhes, os olhos desviados dos meus, os gestos desvitalizados, os movimentos constantes da língua na boca, a imobilidade física e psíquica, o relato repetido das queixas de mal-estar físico e a sensação de vazio interno acompanhado de uma tristeza seca, seus desvios sexuais e seus sintomas psicossomáticos. Podiam ser entendidos como remendos para as feridas produzidas pelos inúmeros traumas vividos.

Hoje convive melhor com a companheira sem a subestimar. É um pai compreensivo e um avô consciencioso. Está melhor consigo mesmo e apresenta considerável diminuição da sintomatologia verificada desde o primeiro tratamento. Não mais demonstra ausência de si mesmo e do outro. Suas sessões têm ainda o silêncio do início do tratamento, mas não é o silêncio desvitalizado; tornaram-se interessantes como se estivéssemos usando lentes de aumento para ver detalhes simples, mas de grande significação para sua vida pessoal. Mostrou-se conhecedor da literatura clássica.

Caso D

R está com 43 anos e em análise há treze anos. Procurou-me devido ao desassossego produzido por vozes que o ameaçavam e o subestimavam. Admitia que fossem vozes de espíritos que vinham de fora ordenadas pelo pai da ex-noiva como represália pelo término do noivado. Vivía dentro do quarto, de onde só saía para vir à análise. Depois de dois anos de análise com duas sessões semanais aceitou minha interpretação de que eram vozes emanadas do seu interior, fato que mudou o rumo da análise. Foi aposentado com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide.

Hoje, ainda, ouve expressões ou palavras que surgem de forma inesperada com conteúdos de advertência ou de desmerecimento, mais espaçadas e atenuadas em intensidade, sobre as quais fala nas sessões em busca de entendimento. Recuperou o convívio com os familiares, embora passe a maior parte do tempo dentro do quarto ao qual ninguém mais tem acesso. Este funciona como sua segunda pele e deve ser mantido limpo e arrumado só por ele, de acordo com seu ordenamento. Nunca faltou a sessões. Vem para as mesmas dirigindo seu carro e controla adequadamente o dinheiro da aposentadoria e do pagamento das sessões.

No início era difícil atendê-lo devido ao seu imobilismo e à sua lentidão. Provocava-me sonolência e em algumas sessões esta era percebida por ele. Sua fala desconexa e enigmática transmitia conteúdo segmentado e confuso, difícil de entender, e possuía modulação lenta.

Tempos depois, de posse de novo referencial teórico e técnico, comecei a ter entendimentos que me auxiliaram a estar com ele de forma mais ativa, fato que tem contribuído para recuperação clínica surpreendente. Observei que quando interferia na sua fala sem sintonia com ele, reagia de forma irritada. Fui aprendendo com ele que era melhor deixá-lo solto para compreender as vozes e as expressões auditivas que ouvia. Ele tinha um jeito próprio de se organizar psiquicamente, como a menina do filme com os cubos. Cada palavra, ainda hoje, deve de ter significado preciso. Desde esse entendimento, permito-me ficar sem compreender seu discurso, agora mais encadeado, sem me sentir esvaziado, insuficiente e sonolento. O mesmo acontece quando vai estacionar o carro. Só o estaciona do lado direito da rua, obrigando-o a seguidas voltas pelos quarteirões vizinhos e caminhadas extenuantes devido à irregularidade da topografia das mesmas. Quando eu lhe disse que havia um estacionamento barato e próximo ao consultório, advertiu-me para não interferir nesta questão.

Ainda hoje, opta pelo isolamento em casa e nas suas vindas ao consultório. Espera para tomar o elevador sozinho, e se encontra alguém na sala de espera fica em pé no corredor.

Bastante significativo é o modo positivo como hoje reage às vozes que o mandam afastar-se de mim e do tratamento, devido ao entendimento das melhoras e de que tem comigo chance de se refazer pela confiança estabelecida, basicamente por meio da regularidade do *setting* que inclui a minha pessoa, a minha fala, o meu olhar.

Em algumas sessões relata presença de cheiros e sons dentro e fora do consultório e o compreendo como forma de ele se sentir mais coeso pela percepção sensorial ativada.

Considerações finais

Ogden (1996) nos fala de “três organizações psicológicas fundamentais – a posição depressiva, a posição esquizoparanóide e a posição autista-contígua... Nenhum desses três modos existe isolado dos outros: cada um cria, preserva e nega os outros dialeticamente. Cada modo gera um estado vivencial caracterizado por suas próprias formas de angústia, tipos de defesa, grau de subjetividade, formas de relação de objeto, tipos de internalização, etc.”

Quanto à posição depressiva e esquizoparanóide existe uma vasta literatura que se estende no universo psicanalítico atual. Fenômeno diferente ocorre com a posição autista-contígua proposta, desenvolvida por Ogden como extensão de contribuições de Bick (1968, 1986), Meltzer (1975, 1986) e de Tustin. Estes estudos não constam do ensino da psicopatologia autista nos institutos de ensino da Psicanálise nos tempos atuais.

Na minha experiência clínica atual os pacientes mais frequentes são portadores de psicopatologia autista e em menor intensidade a psicopatologia depressiva e a esquizoparanóide. Caracterizam os pacientes atípicos e são tratados com referenciais teóricos oriundos das posições depressiva e esquizoparanóide com resultados iatrogênicos, porque se trata de pacientes portadores de grave insuficiência física e psíquica pelas razões expostas neste trabalho. O tipo de ansiedade, o tipo de defesa, o tipo de relação transferência-contratransferência, a capacidade para o simbolismo e outras condições básicas são diferentes. São características de um período em que não existia um ego com capacidade cognitiva. Como dito, seu quadro clínico é predominantemente gerado e direcionado por um ego biológico subordinado a memória implícita.

Segundo Kandel (2003), Renik (2002) e Andrade (2004) a Psicanálise necessita aproximar-se da Neurobiologia e seus ramos assim como de outras áreas das ciências humanas, para o entendimento mais científico do substrato anatômico e do funcionamento do aparelho mental proposto por Freud.

Esta proposta não significa que a Psicanálise com seus conceitos teóricos e técnicos clássicos deve ser considerada ultrapassada para dar lugar a outros métodos de tratamento considerados mais científicos, como as terapias cognitivas, por exemplo. Somente o psicanalista pode penetrar no âmago das “formas autistas” e dos “objetos autistas”, propiciando ao paciente descrito o *setting* regular e dotado do elemento afetivo, que lhe permita retomar seu processo de maturação física e psíquica. Os tratamentos psiquiátricos e psicológicos na minha observação clínica têm sido desastrosos para estes pacientes, principalmente se conduzidos sem sintonia afetiva pelo seu curador.

O despertar de Tustin para o estudo do autismo psicogênico e depois para as barreiras autistas em pacientes psiconeuróticos foi lento e povoado de dúvidas. Seguramente, deverá acontecer o mesmo com aqueles que se dispuserem a estudá-la. Esse trabalho é um incentivo para esse início.

Referencias Bibliográficas

- Andrade, V. M. (2004). A Psicanálise em transformação. *Rev. Soc. Bras. Psicanál. Rio de Janeiro.*, 5 (1): 49-66.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *Int. J. Psychoanal.*, 49: 484-86.
- _____. (1986). Further considerations of the function of the skin in early object relations. *Brit. J. Psychotherapy.*, 2: 292-299.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1994). Fourth Edition. Washinton: American Psychiatric Association.
- Eric, B. Mike, M. Mark. (2005). Hydrogen Sulfide induces a Suspended Animation-like state in mice. *Science.*, 308: 518-525.
- Freud, S. (1919). *A Psicanálise e as Neuroses de Guerra*. ESB, v.17. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____. (1920). *Além do princípio do prazer*. ESB, v.18. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Gilbert, C. (2005). Transtornos do espectro do autismo. *Palestra em 10 de outubro de 2005 no Auditório do INCOR*, São Paulo.
- Harlow, H. (1958). The nature of love. *Americ. J. Psychology.*, 13: 673-686.
- Imbasciati, A. (2001). Ciências Cognitivas e Psicanálise; uma convergência possível. *Rev. Brasil. Psicanál.*, 36 (1): 9-30.
- Kandel, E. (2003). A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado. *Rev. Psiquiat. Grande do Sul.*, 25 (1): 139-165.

- Klein, M. (1963). *Inveja e Gratidão*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Korbivcher, C. F. (2006). A mente do analista e as transformações autísticas. *Rev. Brasil. Psicanál.*, 39 (4): 113-130.
- Levine, S. (1962). Infantile experience and resistance to physiological stress. *Science.*, 135: 405-406.
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger: healing the trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Press.
- Ogden, T. (1989b). Sobre o conceito de uma posição autista-contígua. *Rev. Brasil. Psicanál.*, 30: 341-364.
- _____. (1994). Isolamento pessoal: o colapso da subjetividade e da intersubjetividade. *Os Sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (1996). O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. *Os Sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (1996). Analisando a matriz da transferência-contratransferência. *Os Sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Piontelli, A. (1997). L'Observation des Jumeaux dès avant e a Naissance. *Le Bébé dans tous ses États* (p. 41-48). Colloque Gypsy II. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Renik, O. (2002). Modelos da Mente e suas implicações na Técnica Psicanalítica. *Rev. Socied. Brasil. Psicanál. Porto Alegre.*, 4 (1): 179-192.
- Rosenfeld, D. (1980). O corpo em Psicanálise - Acerca do esquema corporal. *Rev. Brasil. Psicanál.*, 17: 235-25
- Salim, A. S. (2002c). Remendos para uma superfície sensorial. *Rev. Socied. Brasil Psicanál. Porto Alegre.*, 4: 437- 449.
- _____. (2004a). A *Metamorfose* de Kafka e a Desconexão: um ensaio literário-psicanalítico. *Rev. Academia Mineira de Letras.*, 34:173-192.
- _____. (2004b). O trauma e a Desconexão. *Rev. Socied. Brasil. Psicanál. Rio de Janeiro*, 5: 99-112.
- _____. (2005a). Psicanálise Hoje: o Trauma, A Desconexão e o Transtorno do estresse pós-traumático. *Rev. Socied. Brasil. Psicanál. Rio de Janeiro*, 4 (1, 2): 105-134.
- _____. (2005b). O Trauma, a Psicose e o Transtorno do estresse pós-traumático. *Rev. Socied. Brasil. Psicanál. Porto Alegre.*, 7: 595-624.
- Sidarta, R. (2003). Sonho, memória e o reencontro de Freud com o cérebro. *Rev. Brasil. Psiquiat.*, 25 (2): 59-63.
- Tustin, F.(1972). *Autismo e Psicose Infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____. (1990). *Barreiras autísticas em pacientes psiconeuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wilheim, J. (2003). *O que é Psicologia Pré-Natal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1951). Os objetos transicionais e os fenômenos transicionais. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora.