

RESUMO

Este artigo pretende destacar duas modalidades de direção de tratamento do autismo a partir de duas diferentes concepções clínicas. De um lado, a terapia cognitivo-comportamental, cuja perspectiva clínica tem como centro a noção de transtorno; de outro lado, a psicanálise, a partir da noção de sintoma. Enquanto a noção de transtorno coloca o autista numa posição deficitária que deve ser minorada através de técnicas de ajustamento e aprendizagem, tal como desenvolvida pelo método TEACCH, a noção de sintoma, própria da psicanálise, permite afirmar no autismo a dimensão de sujeito, cuja aposta é oferecida pela "prática entre vários".

Descritores: psicanálise; autismo, sintoma; transtorno

TRANSTORNO, SINTOMA E DIREÇÃO DO TRATAMENTO PARA O AUTISMO

Roberto Calazans
Clara Rodrigues Martins

Introdução

Este artigo visa diferenciar dois modos de considerar os eventos clínicos que implicam estilos diferentes no tratamento do autismo: o transtorno, inerente às terapias cognitivo-comportamentais; e o sintoma como questionamento de/a um sujeito, tal como encontramos na clínica psicanalítica. Por essa razão, achamos pertinente traçar em primeiro lugar a diferença entre sintoma e transtorno para, em seguida, apontar dois modos distintos de tratamento do autismo: o programa TEACCH, dos terapeutas cognitivo-comporta-

- Professor Adjunto da Universidade Federal de São João del Rei. Doutor em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Área de atuação: psicanálise, epistemologia.
- Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Área de atuação: psicanálise, instituição, autismo.

mentais, e a “prática entre vários”, surgida nas instituições que seguem a orientação lacaniana do Campo Freudiano.

Escolhemos o autismo para demonstrar essa diferença entre sintoma e transtorno com base em dois aspectos que permitem a diferenciação entre os discursos que dizem respeito à psicanálise e às terapias cognitivo-comportamentais (TCCs), e aos seus estilos clínicos: o primeiro é que nos casos de autismo fica evidenciado o que podemos chamar de poderes da palavra. Como lembra Lacan (1975), os autistas são pessoas para quem o peso das palavras é muito sério, e não pessoas que tenham déficit de aprendizagem ou cognitivo. Em contraponto à noção de *déficit*, como nota Eric Laurent (1993), a psicanálise trabalha com a noção de enigma. Os autistas são pessoas que têm uma função de fala diferenciada e não uma falta de inteligência. Basta lembrar o exemplo do caso Donald, de Kanner (1943): ele responde a uma pergunta à sua maneira, o que não permite dizer que ele não entendeu a pergunta.

O segundo aspecto é que o autismo envolve, em suas características, algo que o tipo de clínica que pretende estabelecer ordens e transtornos pretende evitar: o dejetivo. Como lembra Maria Anita Carneiro (2001), a clínica do autismo é uma clínica que envolve necessariamente os excessos. Dessa maneira, o autismo, suas questões e questionamentos aos limites da clínica, não deixa de envolver uma objeção ao discurso do mestre na clínica contemporânea; discurso que está envolvido na noção de transtorno.

Transtorno e sintoma

A noção de transtorno é o que unifica o campo das terapias cognitivo-comportamentais. Etimologicamente, transtorno significa tanto situação imprevista e desfavorável como situação que causa incômodo para alguém. Só resta saber quem é o incomodado, se o terapeuta cognitivo-comportamental ou se o sujeito que é submetido ao seu tratamento. O verbo transtornar, por sua vez, significa tanto modificar a ordem, pôr outra ordem em funcionamento, quanto provocar desordem. Em inglês, que é o idioma oficial dessa prática, também é evocado o sentido de desordem: *disorder*. Em francês, por sua vez, tem uma conotação interessante: *trouble* tem o sentido de uma perturbação política. Mas podemos considerar que todas essas acepções de transtorno, quando tomadas por práticas que se julgam objetivas e que pretendem estabelecer jurisdição sobre as práticas, pressupõem três aspectos:

1. O transtorno é uma perturbação da ordem a ser seguida;
2. Se há uma ordem a ser seguida, há a necessidade de adaptar-se a essa ordem;
3. O transtornado é alguém que sofre de um déficit de competências em relação aos outros sujeitos que se adaptaram a essa ordem

Retomamos aqui a questão que colocamos no início: quem é mais afetado pela desordem, o paciente ou o terapeuta? A pergunta não é meramente retórica, mas importante para a seqüência de nosso artigo: afinal, não poderíamos dizer que a prática de determinar objetivamente os transtornos visaria justamente a não perturbar o próprio terapeuta, convertido em guardião da ordem? Não seria isso que estaria sob as diversas acusações de charlatanismo surgidas da pena de diversos autores que pretendem legislar sobre o campo das psicoterapias ou que lançam libelos panfletários contra Freud e a psicanálise, como no caso mais recente do Livro Negro da Psicanálise? Não podemos ver aí uma reedição do que Jacques Lacan (1993) chamou de SAMCDA: Sociedade de Assistência Mútua Contra o Discurso Analítico?

Podemos dizer que esses autores visam à generalização do transtorno. Como lembra Eric Laurent (2004), alguns artigos de certos congressos organizados pela O.M.S. consideram a própria sexualidade um transtorno. Mas, longe de interrogarem a norma, acusam a sexualidade como algo que perturba a ordem. De certo modo, seguem as pegadas de Freud. Apenas, Freud não pretendeu levantar nenhuma ordem para nenhum sujeito, e não se deixou transtornar pelos avatares da sexualidade, como demonstra em seu texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1996a). A contrapartida a essa generalização do transtorno é o que Marie-Hélène Brousse (2005) chamou de universalização da terapêutica. Todos os problemas se tornam terapêuticos, e, em compensação, todos se tornam acólitos dos terapeutas. Passamos assim do regime do transtorno para a ordem da vigilância sanitária psíquica. Isto é bem demonstrado por Gerard Wajcman: “Com a medicalização generalizada, esse projeto instiga a criminalização generalizada da sociedade. Todos culpáveis – futuros, potenciais. Se cada inocente é culpado em potencial, cada profissional de saúde e da educação torna-se um agente potencial do poder, mobilizado a este título, fora de todo consentimento, em nome simplesmente da ciência.” (Wajcman, 2006)

Para manter essa perspectiva, é necessário um manual que permita recensear os diversos transtornos. Desse modo, esse manual se torna um instrumento que permite estabelecer os critérios para a ordem que toma a forma de uma realidade inexorável – daí

sua auto-proclamação de a-teórico – que os transtornos vêm perturbar; contudo, devido ao seu caráter de inexorabilidade, os transtornos acabam multiplicando-se, especificando-se. Aqui encontramos em relação à psicanálise uma situação bastante curiosa: geralmente a psicanálise é acusada de não oferecer nada de novo e de ser extremamente limitada para uma série de casos. Já os DSMs, em suas versões desde 1978, só aumentam os números de categorização de transtornos. Será que essa busca frenética de estabelecimento e manutenção da ordem não mostra no DSM uma necessidade de excluir o singular do sujeito? E, nessa exclusão do singular, ele não acaba produzindo cada vez mais transtornos? Trata-se de uma rede de controle que visa enredar o singular. Ora, o singular é o que por definição não pode ser apreendido. Poderíamos dizer que essa busca do DSM é a do Sísifo contemporâneo: cada vez que busca apreender o singular, esse singular foge, rola e atropela os que visam determiná-lo cada vez mais. Daí o aumento considerável de transtornos que cada edição desse manual apresenta.

O que buscamos evidenciar é que às vezes há certa confusão entre os psicanalistas quando afirmam que os terapeutas de manuais tratam apenas dos sintomas. Se tomarmos a afirmação de Jean Pierre Klotz (2006), podemos considerar que os terapeutas de manuais tratam de transtornos, isto é, cuidam para a manutenção de um estado de coisas e para que o transtorno não perturbe demais ou não advenha. Daí a necessidade

de afirmar uma realidade à qual o sujeito se adapta, já que o primeiro transtornado é o próprio terapeuta. Vemos então um paciente estafado pelas técnicas de adaptação e um terapeuta infatigável na luta para impedir que o transtorno advenha.

Ora, a psicanálise surge justamente a partir do momento em que Freud deixa de considerar a realidade, as normas e as sugestões como parâmetros para o sujeito e passa a ouvir a singularidade de seu sintoma. O método da associação livre é correlato disso, assim como todas as recomendações em que afirma que o saber adquirido sobre um caso não leva necessariamente a uma atuação padrão, a ser reproduzida em outro caso que possa apresentar um sintoma idêntico em nível fenomenal. Podemos levantar a hipótese de que Freud abandona a neurologia e a sugestão hipnótica graças ao encontro singular com o sintoma. É só lembrarmos a passagem de Freud do método hipnótico-catártico para a associação livre: Freud, munido do método hipnótico-catártico, pressionava seus pacientes para recuperar a memória, para ab-reagir seus afetos e voltar a ter uma vida normal. O fracasso de tal método – seja por não conseguir que os pacientes se recordassem, seja porque, mesmo recordando, os sintomas não cediam – propiciou o advento da associação livre, que permite, por sua vez, o advento de uma fala singular do sujeito sobre um sintoma singular. Assim, Freud funda a psicanálise não somente ao abandonar o vocabulário neurológico, mas quando abandona principalmente os princípios

fiscalistas e busca um lugar singular para os sintomas.

É nisso que se resume a afirmação de Klotz (2006) quando diz que as TCCs não lidam com sintomas. Do sintoma, eles nada querem saber. Se há uma generalização do transtorno e uma universalização da terapêutica, elas são da ordem da evitação do sintoma, isto é, da singularidade que ele implica. Pois um sintoma implica sempre a posição do sujeito, a sua própria avaliação sobre si e sobre o outro. Podemos mesmo dizer que a psicanálise não busca necessariamente o tipo clínico – mesmo que o tenha encontrado no que Lacan chama de operadores da formação de sintomas: recalque, desmentido e forclusão –, mas o singular do sujeito.

Voltando aos terapeutas de manuais, podemos ver alguns exemplos em que fica evidente a necessidade de evitar qualquer encontro com a falha no Outro. O primeiro exemplo é a tentativa de produzir um método objetivo, similar ao da medicina legal, intitulado autópsia psicológica (Maleval, 2006; Sidon, 2006). Uma autópsia pressupõe, é claro, que o sujeito em questão esteja morto. Esse é o sonho de quem define a clínica como uma série de transtornos: não ser perturbado pelos sujeitos. Afinal, defuntos não retornam para perturbar a vida dos outros (a não ser em fantasia) e, muito menos, para desafiar o recolhimento de dados objetivos. E como aponta ironicamente Jean-Claude Maleval (2006), o suicida fracassado converte-se em obstáculo epistemológico.

Nesse mesmo texto de Maleval encontramos uma série que se articu-

la com a definição francesa de transtorno: agitação política, o que de certo modo demonstra que a ordem de problemas é ética. E que quando pretendemos tratá-lo não com meios objetivos, mas com um discurso cientificista, encontramos necessariamente um discurso de tortura. Segundo Maleval, Jean Cottraux, terapeuta cognitivo-comportamental de primeira ordem na França, afirma que a TCC é a seqüência do tratamento moral de Leuret. Tratamento que se caracteriza por exposição a estímulos aversivos, cujo lema era: “Que você odeie, mas que seja curado”. A segunda parte da história da exposição a estímulos aversivos é o torpedeamento farádico, que levou muitos soldados alemães à morte e ao suicídio, como lembra Freud (1920/1996b). E o terceiro momento dessa corrente gloriosa é a dessensibilização sistemática criada por Beck e aperfeiçoada por Cottraux para a via virtual. Ela não tem outra origem que não a experiência de Watson com o pequeno Albert, e não deixa de ser, como afirma Maleval (2006), um grau a menos da tortura.

No caso do autismo podemos apresentar com maior clareza os impactos diversos que a adoção da noção de transtorno ou de sintoma tem sobre a direção do tratamento. Começamos então abordando a maneira pela qual a terapia cognitivo-comportamental se vale da noção de transtorno para definir como meta de tratamento a adaptação do sujeito e não a interrogação do sujeito sobre sua posição subjetiva, como no caso da psicanálise.

O programa TEACCH

O termo autismo surge na clínica psiquiátrica com Bleuler. Sabemos que Bleuler e seus alunos de Zurique foram dos primeiros psiquiatras a darem valor às idéias da psicanálise, mesmo que não possamos dizer que tenham se convertido inteiramente a ela. O termo autismo foi cunhado como um sintoma secundário da esquizofrenia e que diria respeito à falta de alteridade de alguns sujeitos, o que era visto como isolamento em relação à realidade. Teve como inspiração o conceito psicanalítico de auto-erotismo amputado do valor da sexualidade perverso-polimorfa.

Se o termo entra na clínica pela via de Bleuler, ele é definido como uma entidade clínica autônoma a partir dos estudos de Leo Kanner. Como lembra Bruno Bettelheim (1987), Kanner valoriza o contato afetivo e Bleuler, ao contrário, valoriza o contato com a realidade. No entanto, os dois concordariam que a etiologia seria inata, mas um inato que envolve necessariamente a relação do sujeito com o Outro primordial, a saber, os pais. Como psicanalista, Bettelheim lê essas definições como modalidades de defesa desse

sujeito. É dessa mesma maneira que Bender e Goldstein (Bettelheim, 1987) também consideram a etiologia do autismo: defesa contra ansiedade insuportável. É justamente contra essa e qualquer definição psicanalítica que o programa TEACCH aparece e adota a noção de transtorno para orientar suas pesquisas.

A noção de transtorno que utilizam é tanto a do DSM-IV quanto a do CID-10. O DSM-IV define o autismo como Transtorno Global do Desenvolvimento no qual o “desenvolvimento é comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses” (2003, p. 99). Já o CID-10 define-o como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (1993, p. 247). Os autores que adotam tal terminologia não tardam em apontar o *déficit* como aquilo que caracteriza os autistas, ou seja, uma deficiência em relação a uma norma que deveria ter sido alcançada e não foi. Isto está explícito no programa TEACCH. A sua sigla significa Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit relacionados com a comunicação).

Mas o que é o programa? É um programa que surge nos Estados Unidos em uma clínica de tratamento de autismo originalmente psicanalítica. Na década de 1960, os terapeutas dessa clínica rejeitam o ponto de vista da psicanálise americana (em especial o ponto de vista de Bruno Bettelheim, para quem o autista é uma

fortaleza vazia) sobre a etiologia e o tratamento do autismo. Questionam o que eles chamam de culpabilização dos pais como causa e a orientação de Bettelheim de tratamento diferenciado para os pais e para as crianças autistas.

A essa rejeição os autores propõem outra definição da causa do autismo que possibilitaria outro modo de tratamento. É justamente em relação a essa etiologia que o autismo será definido como um transtorno. Segundo Eric Schopler (1980), criador do programa TEACCH, a etiologia do autismo é uma disfunção biológica de causa desconhecida que provoca *déficits* cognitivos. O biológico serviria de prova para a afirmação do autismo como um transtorno e para a definição de seus sintomas como *déficits*.

Poderíamos questionar como uma afirmação tão peremptória pode ser feita se a causa é desconhecida e a base neurobiológica não é demonstrada, mas endereçamos nosso questionamento à base neurobiológica: essa afirmação é um princípio, no sentido lógico, que permite o desenvolvimento de todas as outras proposições do programa TEACCH. E o princípio em jogo é a pressuposição de que há uma ordem biológica que é transtornada no autismo. Mais ainda: permite estabelecer como finalidade para o tratamento de autistas a adaptação ao ambiente. Desse modo, temos a afirmação própria ao neo-darwinismo social que pretendem encontrar a origem biológica dos comportamentos sociais.

Os pais, de acordo com esse programa, deixam de ser vilões e

passam a ser aliados. Por essa razão, é um valor maior do programa, segundo seu criador (Schopler, 1997), não fazer com que os pais se sintam culpados e sim fazer com que eles participem ativamente do tratamento, visando atingir a metas do programa: a adaptação dos indivíduos, seja através do desenvolvimento de atividades estruturadas, seja através da modificação do ambiente para adequá-los às suas dificuldades, por meio de estabelecimento de uma rotina rígida. Ou seja, a definição do autismo como um transtorno vem junto à afirmação de que o fim terapêutico é a adaptação do sujeito a normas sociais. Desse modo, abandonam suas origens psicanalíticas para facilmente adotar os princípios teóricos da terapia cognitivo-comportamental. Não é gratuito que o transtorno passe a ser considerado gerador de *deficit* cognitivo e definido como um transtorno invasivo (ou global) do desenvolvimento. Com essa definição, como lembra Christiane Alberti, passamos “por uma transformação semântica sutil, o TID (transtorno invasivo do desenvolvimento) nos faz passar de um retardo do desenvolvimento (definido pela comparação entre os sujeitos) a um sentido que fixa definitivamente alguma maneira de ser, uma inaptidão, uma tara no indivíduo: representações que se ordenam em último lugar ao desvio social, construção ideológica que se inscreve no movimento de um darwinismo social. Pois o discurso de base deste programa é aquele da adaptação generalizada – da adaptação como valor absoluto – que hoje toma a forma filantrópica do direito à educa-

ção e da ideologia do bem-estar, com finalidade de legitimar os pensamentos optativos do controle e da disciplina.” (Alberti, 2006, p.112)

Temos com essa “transformação sutil” um trabalho para determinar toda a semana, todos os horários da família, para estabelecer os tipos de relações em que se pode evitar o aparecimento de dissenso, ou seja, evitar algo que perturbe a ordem. Alguns autores que adotam a noção de transtorno chegam mesmo a dizer que os autistas se comportam mal em público (Farah & Goldenberg, 2001). Não é gratuitamente que Jacques-Alain Miller (1998) defina a saúde mental como ordem pública. É essa ordem que é transtornada pelo autista. Por essa razão é que esses autores nada querem saber do sintoma. Pois o sintoma, como diz Colette Soler (2006), aponta para a dimensão do dissenso, para a dimensão do enigma. E enigma e dissenso são palavras que não combinam com a rotina, com o controle dos sujeitos que o programa TEACCH visa promover. Alexandre Stevens (2006) traz o depoimento de uma diretora de uma instituição de tratamento para autistas que diz ser muito difícil aceitar adultos autistas que foram tratados por instituições que adotam o programa TEACCH, pois eles não conseguem atuar senão no ambiente construído desde o início por seus terapeutas.

Essa transformação dos pais em agentes especializados é a característica mais patente e estimulada no programa TEACCH. Em todos os lugares e em todos os momentos, o sujeito é manipulado e levado a se

submeter à injunção de que deve se comunicar e “desenvolver a categoria de repertórios através de manipulação do ambiente de maneira que os comportamentos indesejáveis desapareçam” (Farrah & Goldenberg, 2001, p. 22). Mais uma vez, controle total para evitar advir o que possa transtornar. Desse modo, o sujeito é submetido a um olhar constante, seja dos terapeutas, seja dos pais. Todos os seus movimentos são registrados, cifrados, mas em momento algum se pergunta sobre o porquê da resposta subjetiva dos autistas. Como afirma Alexandre Stevens (2006): fazer um adaptado sem sujeito.

A prática entre vários

Adotar a noção de transtorno e as práticas educativas na clínica é assumir um discurso que exige a transparência do saber. Não é gratuito que um dos princípios do programa TEACCH é atuar somente depois de uma investigação dita científica. Dizer que a etiologia do autismo é neuronal é assumir – mesmo sem demonstrar, é preciso insistir – que o saber deve ser exposto e transparente. Jacques-Alain Miller (2007) afirma que essa posição é a do mestre contemporâneo: colocar o saber em posição de semblante absoluto. É a esse discurso do mestre contemporâneo que a psicanálise faz objeção, opondo a esse semblante de saber absoluto a noção de sujeito suposto saber. Enquanto o transtorno se vale do saber do Outro sobre o sujeito, para a psicanálise é justamente esse saber que faz com que o sujeito não possa ser considerado no tratamento de autistas. Vejamos então como surge a prática entre vários como uma direção de tratamento que não deixa de se pautar pela orientação psicanalítica: um tratamento sob transferência.

Foi em função de um impasse sobre a transferência no tratamento de autistas e psicóticos em instituição de saúde mental que a psicanálise foi levada a encontrar uma nova maneira de operar nesse contexto. Tanto o psicótico quanto o autista padecem da certeza do saber no Outro. Ocupar na transferência um lugar de suposição de saber, próprio do tratamento da neurose, faz o psicanalista ratificar a posição do autista de objeto do saber do Outro, ao invés de tratá-la. A chamada prática entre vários é um dispositivo analítico originado e realizado em instituição e entre vários profissionais de saúde que responde ao impasse da transferência através de seu objetivo de produzir e manter, justamente, um espaço vazio de saber, uma ausência de saber sobre o autista. Não ocupar a posição de detentor do saber abre espaço para que o autista se posicione como sujeito, ao invés de concordá-lo em sua posição de objeto,

tal como encontramos nas práticas que se valem da noção de trans-torno.

Diante de um autista é muito fácil esquecê-lo e tomá-lo como se ele não soubesse de nada, não entendesse nada e nem mesmo ouvisse nada, pois muitos não falam, não se dirigem ao outro, não demandam e nem mesmo atendem quando chamados. É muito fácil, e praticamente imediato, nós nos oferecermos a ele para ensiná-lo, guiá-lo e detê-lo em sua loucura, tal como pressuposto pelo programa TEACCH. Eles incomodam, assustam e principalmente angustiam quem está a sua volta. Somos levados, então, a agir para nos desfazer dessa loucura, tamanho o incômodo que ela provoca. Assim, tentamos escondê-la ou minimizá-la, seja com insistentes tentativas educativas, seja tomando o autista explicitamente como um objeto, fazendo tudo para ele. Entretanto, assim como o sujeito neurótico está em seu sintoma, existindo nele, o sujeito autista está em sua loucura, em nenhum outro lugar. Desfazer-se da loucura, minimizando-a através do que for, significa, portanto, desfazer-se também do sujeito autista.

Isso não assusta tanto, levando em conta que toda a tentativa do autista é fazer-se desaparecer para o Outro, e quanto mais ele faz isso, mais ele se põe à disposição do Outro, oferecendo-se como objeto de gozo. Nisso, as técnicas educativas e de ajustamento respondem àquilo que de certo modo o autista “pede”. Como direção de tratamento psicanalítico, é preciso, portanto, não ocupar esse lugar que o autismo disponibiliza ao Outro, e a prática entre vários, através de características específicas, encontrou um modo de fazê-lo. Vejamos como.

O objetivo dessa prática é não se fazer de mestre para o autista, não conformá-lo (e conformar-se) com um saber sobre ele. Demitir-se do lugar de saber tem como conseqüência o deslocamento deste para o próprio autista e a isso se segue a aposta de que algo próprio do sujeito possa aparecer. Assim, o psicanalista, ou qualquer outro profissional da equipe, se dispõe a acompanhar o sujeito naquilo que ele faz, seja o que for, aliando-se a ele como um secretário, uma testemunha do trabalho que ele realiza. Leva-se em conta que o comportamento próprio dos autistas, suas estereotípias e repetições rígidas de linguagem, já é um trabalho que eles realizam para desfazer-se do Outro, na tentativa de não serem totalmente tomados por ele (Collectif, 1993). Nesse trabalho, o clínico se oferece como um parceiro do sujeito, mas estabelecendo uma parceria a partir de sua posição subjetiva e não como um especialista.

Esse testemunho do trabalho do autista oferece a ele a possibilidade de deslocar-se de seu lugar de objeto, ao mesmo tempo

em que o reconhece, já, como sujeito. Parceria estabelecida, torna-se possível introduzir nesse trabalho uma diferença, uma quebra ou mudança nas repetições severas, cujo efeito é o surgimento de uma fala endereçada, um pedido, um olhar ou qualquer movimento de abertura ao Outro. Essa parceria é considerada o primeiro eixo da prática entre vários por Di Ciaccia (2005), fundador de um serviço pioneiro de atendimento a autismo e psicose com orientação psicanalítica em instituição, na Bélgica.¹

Entre vários é possível acompanhar o autista em seu trabalho sem ser sugado por ele para um lugar de mestria. Em equipe, todos podem estar com os autistas, ou seja, todos podem acompanhar o trabalho que ele faz, numa espécie de permuta. Não há um profissional responsável, sozinho, pelo atendimento de um sujeito, muito menos pela direção do tratamento. A direção do tratamento é levantada por todos, através de reuniões gerais.

As reuniões de equipe configuram o segundo eixo dessa prática. Essas reuniões caracterizam um lugar aberto onde se pode falar livremente sobre cada paciente. Cada um da equipe está franqueado a dar testemunho sobre sua parceria com cada criança. Longe de formar um grupo coeso no qual os testemunhos somados intentam construir um saber sobre o autista, essas reuniões impedem a compreensão e a instalação de um saber, prévio e fantasiado, que cada membro da equipe possa ter obtido em sua relação com o paciente. Desse modo, as reuniões

servem para descolar esse suposto saber, reiterando, assim, a necessária posição de não-saber de cada um. Esse não-saber não é uma ignorância cega, uma posição de total passividade e ausência de qualquer estratégia. Trata-se de uma posição calculada, de uma condição necessária ao tratamento psicanalítico do autismo e da psicose.

Exatamente por não se tratar de uma ignorância infundada, as reuniões de equipe são necessárias também para que se construa a lógica de cada caso, pois é a partir dela que se pode erguer uma estratégia para a direção do tratamento. E com a estratégia construída em conjunto, a partir do testemunho de todos, cada um está livre para executar sua própria tática. A elaboração do saber nessa prática ergue-se, assim como se perde, entre os vários.

O terceiro eixo é a importância do responsável terapêutico. Sua função é, ao contrário do que se possa pensar, ser uma espécie de guardião do vazio central, o vazio de saber, sendo aquele que o encarna, a quem cada um da equipe possa se referenciar. O responsável terapêutico permite a destituição de cada membro da equipe de seu possível saber totalizante, aquele que objetiva o autista. Ao mesmo tempo, permite a cada um autorizar-se e responsabilizar-se em seu ato, solitário, na relação com o paciente. No Brasil, essa função aproxima-se da função do supervisor, aquele que não está presente diariamente no serviço, mas sua participação nas reuniões gerais, com toda a equipe, é o suficiente para marcar

no cotidiano a função do vazio que ele encarna.

O quarto eixo definido por Di Ciaccia é a orientação lacaniana do Campo freudiano. Esse ponto não é totalmente reafirmado por psicanalistas brasileiros. Aqui no Brasil, talvez pela variedade de profissionais que compõe uma equipe, pela dificuldade de recursos para se construir uma equipe ‘ideal’ e por outras questões contextuais particulares à organização da saúde pública brasileira, esse eixo soa como uma condição muito precisa, fora de nossa realidade. Se nos permitem uma interpretação/adaptação desse eixo, poderíamos simplesmente dizer que se trata da transferência com a psicanálise.

Todas essas características da prática entre vários resultam em um mesmo ponto: não se fazer de mestre para o autista, isto é, destacar-se da posição de saber, aquele que faz do autista objeto de gozo. Sustentar essa posição de não-saber abre espaço para que o autista possa situar-se de outra maneira que não de objeto do Outro, mas como sujeito. “Uma prática realizada entre vários se circunscreve sustentando um lugar vazio de saber na equipe, para que cada um, entre os vários, possa vir a situar o sujeito e o tratamento do Outro que a criança já realiza” (Ribeiro & Monteiro, 2004, p.31).

Não se fazer de mestre não é um objetivo estranho ao analista, ao contrário, aí está firmada a sua ética, sendo a própria operação do desejo do analista. Por isso, mesmo parecendo estranha à psicanálise, por ser realizada em condições nada típicas – entre vários e não entre dois; numa insti-

tuição e não no consultório – a prática entre vários está submetida à ética da psicanálise, reafirmando e re-colocando o desejo do analista. Afinada em sua ética, a experiência da prática entre vários mostrou-se uma ocasião eficaz de transmissão da operação freudiana, de acordo com Zenoni (2000).

Não podemos deixar de dizer que se a psicanálise não oferece ao analista condições fixas para sua tática e seu contexto, quer dizer, se o analista é aquele que opera diante das contingências clínicas, a prática entre vários não pode ser tomada como um modelo padrão de exercer a psicanálise na instituição. Esses quatro eixos definidos por Di Ciaccia não devem ser tomados como regras, muito menos como princípios, pois à psicanálise, principalmente diante de seus impasses e diferentes contextos, cabe sempre o esforço de reinventar-se a cada caso, pois é somente nessa reinvenção que a psicanálise pode perdurar (Lacan, 1978).

Conclusão

A noção de transtorno indica um estilo de tratamento diferente daquele indicado pela noção de sintoma. Podemos mesmo dizer que a noção de transtorno implica não um estilo da clínica, mas um estilo educacional/instrumental que, quando passado à clínica, torna-se brutalização do sujeito. Chamamos de brutalização porque esse estilo desconsidera que a clínica é uma práti-

ca aberta ao singular do sintoma que não pode ser fechada à noção de sujeito.

No caso do autismo, o que está em jogo nessa oposição entre transtorno e o par sintoma e sujeito é a questão da etiologia. Jean-Claude Maleval (2007) não deixa de apontar isso em um artigo importante. Maleval chega à questão da etiologia pondo em questão que o mutismo seja o sintoma por excelência no caso de autismo. Lembra a resposta de Lacan a um psiquiatra numa conferência em Genebra na qual afirma que os autistas são “bastante verbosos”. Podemos dizer que Lacan questiona o sintoma do mutismo para chamar a atenção para a dimensão de enigma que um sintoma comporta. O sintoma aqui faz enigma para o sujeito, que diz ser difícil fazer com que os autistas ouçam ou fazer com que eles falem. Estar atento à noção de sintoma e enigma impede que se reduza a clínica do autismo a uma série de condicionamentos.

Maleval apresenta em seguida uma série de casos em que os autistas saem de seu mutismo em momentos de angústia e proferem frases inteiras. Dessa maneira, ele apresenta a tese de que entre o silêncio e o verboso há um continuum no qual está em jogo não um déficit cognitivo que os impeça de falar, mas uma recusa primordial ao Outro. O autista recusa-se também a ocupar um lugar de enunciação, pois a enunciação implica necessariamente uma resposta do Outro. A fala do autista, por sua vez, não implica uma enunciação, é um falar para nada dizer, para impedir que ele tome um lugar de enunciação. O autista, como diz Maleval, é alguém que tem dificuldades com o Outro, cuja presença é extremamente enigmática e angustiante. Podemos dizer, junto com Maleval, que o autista está sempre em trabalho para se defender do Outro.

Dessa recusa, Maleval – e, seguindo nesse aspecto, Rosine e Robert Lefort (1998) – conclui que o autismo é um tipo clínico original no campo das psicoses, diferenciado da paranóia e da esquizofrenia. Afirmar isso, em psicanálise, significa que há espaço para considerar o autista como um sujeito e, como tal, ouvir tal sujeito verboso na sua forma de responder ao Outro. Desse modo, “a hipótese de uma etiologia neurológica sugere o termo incapacidade e alguns, sabe-se, consideram o autismo uma desvantagem. A abordagem psicanalítica orienta, em contrapartida, a postular o trabalho de um sujeito, trabalho voluntário ou involuntário” (Maleval, 2007)

Trabalho para afastar o Outro e para pôr em ordem um mundo caótico. Ora, onde há trabalho, há escolha de um sujeito e não déficit de um mal-adaptado a uma realidade inexorável, de acordo com os trabalhadores do programa TEACCH, que supõem, como

já mencionamos, uma etiologia neurológica sem a demonstração de tal hipótese.

Seu mutismo não se ancora em uma incapacidade fisiológica. Os fenômenos próprios aos autistas calados que saem um instante de seu silêncio para pronunciar uma frase imperativa, em um momento de angústia intensa, confirma que seu silêncio não está na dependência de uma deficiência orgânica. (Maleval, 2007)

Se temos noções distintas sobre a etiologia, elas levam necessariamente a direções distintas de tratamento, como demonstramos no decorrer do artigo. Levar em conta o transtorno, tal como no programa TEACCH, significa que se deve educar e minorar os efeitos de um *déficit* cognitivo, sem levar em conta que o Outro, para o autista, é enigmático e que não falar é um modo de proteger-se do enigma do desejo do Outro. Como lembra Cristiane Alberti (2006, p.113), o programa TEACCH ordena-se em torno do imperativo “comunique-se”, sem levar em conta se há algo a dizer, e principalmente sem levar em conta que um dizer implica muito mais do que palavras, implica um desejo. O resultado é que tal prática não obtém nenhum resultado sobre a posição subjetiva. Mais uma vez Maleval (2007), mencionando o depoimento de um autista sobre o tratamento na perspectiva cognitivo-comportamental afirma que a *orthophonie* era apenas uma seqüência de exercícios no qual repetiam-se sons sem significações, por razões inteiramente misteriosas. Em contrapartida, quando o clínico (e não um educador) sabe apagar sua presença e sua enunciação, por uma indiferença estudada, por propostas indiretas, cantos, murmúrios endereçados a alguém que não está presente, registrado no gravador, etc, é mais fácil entrar em relação (com o outro).

Levar em conta a articulação entre o tipo clínico dos sintomas e o singular do sujeito; não ter pressa em dirigir o sujeito, ao invés do tratamento; não fechar a questão em torno de um Outro maciço, como o que está implícito na noção de transtorno; não é isso que está em jogo na prática entre vários, que permite que a psicanálise ainda seja um meio de impedir a redução da clínica a um mero recenseamento de sintomas e controle do sujeito? ■

ABSTRACT

DISORDER, SYMPTOM AND DIRECTION OF TREATMENT FOR THE AUTISM

This article intends to detach two modalities of direction of treatment of the autism starting from two different clinical conceptions. On the one hand, cognitive comportamental therapy, that places in the center of his clinical perspective the disorder notion; on the other, psychoanalysis starting from the symptom notion. While the disorder notion places the autistic in a deficient position, which should be lessened through adjustment techniques and learning, just as having developed for the method TEACCH, the own symptom notion of the psychoanalysis

allows to affirm in the autism subject's dimension, whose bet is offered by the practice among several.

Index terms: psychoanalysis; autism; symptom; disorder

RESUMEN

TRANSTONO, SÍNTOMA Y DIRCCIÓN DEL TRATAMIENTO DEL AUTISMO

Este artículo pretende destacar dos modalidades de dirección de tratamiento del autismo a partir de dos diferentes concepciones clínicas. De un lado, la terapia cognoscitiva comportamental, LA cual ubica en el centro de su perspectiva clínica la noción de transtorno y, de otro, la psicoanálisis a partir de la noción de síntoma. Mientras la noción de transtorno establece el autista en una posición deficitaria, la cual se debe aminorar através de técnicas de adaptación y aprendizaje, tal como desarrollada por el programa método TEACCH, la noción de síntoma propia de la psicoanálisis permite asegurar en el autismo la dimensión de sujeto, cuya apuesta es ofrecida por la práctica entre varios.

Palabras clave: Psicoanálisis; autismo; síntoma y transtorno

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, C. (2006). Rhétorique et pratique de TEACCH. In J-A. Miller (Org.). *L'Anti-livre noir de la psychanalyse* (pp. 111-114). Paris : Seuil.
- American Psychiatric Association (2003). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)* (C. Dornelles, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bettelheim, B. (1987). *A fortaleza vazia* (M. Cavalheiro, trad.). Rio de Janeiro: Martins Fontes.
- Brousse, M-H. (2005). Marches communs et ségregation. *Lacanian Journal*, 2. Recuperado em 13 dez. 2005, do site Associação Mundial de Psicanálise: www.wapol.org
- Carneiro, M. A. (2001). Editorial. *Marraio*, (2), 7-9.
- Collectif - Antenne 110 (1993). *L'autiste: un psychotique au travail. Préliminaire* (5).
- Di Ciaccia, A. (2005). À propos de la pratique à plusieurs. *Les Feuilles du Courtil* (23),11-21.
- _____. (1998). De la fondation par un à la pratique à plusieurs. *Préliminaire* (9/10), 17-22.
- Farah, L. S. D. & Goldemberg, M. (2001). O autismo entre dois pontos. *Revista CEFAC*, (3),19-26.
- Freud, S. (1996a). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.,Vol. 7, pp. 129-256). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- _____. (1996b). Memorando sobre o tratamento elétrico dos neuróticos de guerra. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 17, pp. 265-274). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Kanner, L. (1997). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In P. S. Rocha (Org.), *Autismos* (pp.15-50). São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1943)
- Klotz, J-P. (2006). Du symptôme au trouble. In J-A. Miller (Org.). *L'Anti-livre noir de la psychanalyse* (pp.85-87). Paris: Seuil
- Lacan, J. (1976). Conférences et entretiens dans universités nor-américaines. *Scilicet*, (6/7), 5-63. Paris: Seuil
- _____. (1978). Conclusões – Congresso sobre a Transmissão. Documentos para uma Escola II. *Letra Freudiana: Escola, Psicanálise e Transmissão*, 14 (0), 65-67.
- _____. (1998). Conferência em Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*, (23), 6-16. São Paulo: Eólia.
- _____. (1993). *Televisão* (A. Quinet, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laurent, E. (1993). Déficit ou énigme. *La cause freudienne*, 23 (2), 3-4.
- _____. (2004). L'envers du trauma. *AMP*. Recuperado em 12 mar. 2005, do site da AMP: www.wapol.org

- Lefort, R. & Lefort, R. (1998). O autismo, especificidade. In J-A. Miller & J. Miller (Org.), *O sintoma charlatão* (A. Harari, trad., pp. 220-226). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Maleval, J-C. (2006). Des « autopsies psychologiques ». In J. Miller (Org). *L'Anti-livre noir de la psychanalyse* (pp. 20-26). Paris: Seuil.
- _____. (2007). Plutot verbeux. *Ornicar Digital*, (299). Recuperado em 13 fev. 2006, do site Associação Mundial de Psicanálise: www.wapol.org
- Meyer, C. (2005). *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris: Les Arènes.
- Miller, J-A. (1998). Patologia da ética. In J-A. Miller, *Lacan Elucidado* (A. Hahari, trad., pp. 329-388). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (2007). Notre sujet supposé savoir. *La lettre mensuelle*, (245). . Recuperado em 23 jan. 2007, do site Associação Mundial de Psicanálise: www.wapol.org
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e comportamentais do CID-10* (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ribeiro, J. & Monteiro, K. (2004). A “prática entre vários” e a invenção do sujeito. In J. Ribeiro & K. Monteiro (Orgs.), *Autismo e psicose na criança: Trajetórias clínicas* (pp. 29-36). Rio de Janeiro: Editora 7 letras.
- Rouillon, J-P. (2006). Culpabilité et dressage. In J-A. Miller (Org). *L'Anti-livre noir de la psychanalyse* (pp.115-117). Paris: Seuil.
- Schopler, E., Reichler, R. J., Lasing, M, (1997). Implementation of TEACCH philosophy. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Orgs.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp.767-795). Nova York: John Wille and Sons.
- _____. (1980). Individualized assesment and treatment for autistic and developmentally disabled children. In E. Schopler, R. Reichler & M. Lasing. *Teaching Strategies for Parents and Professionals* (pp.95-115). Texas: ProEd.
- Sidon, P. (2006). Urgences-autopsies. In J-A. Miller(Org.). *L'Anti-livre noir de la psychanalyse* (pp.27-30). Paris: Seuil.
- Soler, C. (2006). Sintoma de separação. In C. Soler, *O que Lacan dizia das mulheres* (V. Ribeiro, trad., pp.189-204). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Stevens, A. (2006). Un effet du programe TEACCH. In J-A. Miller (Org). *L'Anti-livre noir de la psychanalyse* (pp.108-110). Paris: Seuil.
- Wajcman, G. (2006, 03 de março) Voici le bebe deliquant. *Le Monde*. Recuperado em 15 mai. 2006, do site Associação Mundial de Psicanálise: www.wapol.org
- Zenoni, A. (2000). Qual instituição para o sujeito psicótico? – *Abrecompas – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, 1 (0), 12-31.

NOTAS

¹ Segundo Antonio Di Ciaccia (1998), a expressão “pratique à plusieurs” foi dada por Jacques Alain-Miller como título de duas Jornadas do RI3 (Réseau International d'Institutions Infantiles) do Campo Freudiano.

roberto.calazans@gmail.com
clararodriguesm@gmail.com

Recebido em março/2007.

Aceito em junho/2007.