

# Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces

M. J. VIDIGAL (\*)

M. T. GUAPO (\*\*)

*«Recuperei a minha memória da morte da lacuna da perca e do desastre  
O opaco regressou de seu abismo antigo»*

Sophia de Mello Breyner Andresen

## INTRODUÇÃO

A reflexão tem sido uma constante ao longo de muitos anos que vimos a observar e a seguir crianças com autismo ou psicoses precoces.

De um olhar fascinado e atento a uma procura teórica, tem sido um largo caminho que nos leva a pensar que precisaríamos de um outro tanto tempo para melhor entender estas situações. Com os anos, as dúvidas avolumam-se e cada caso obriga a uma reflexão e a um estudo cada vez mais exigente. Será dessa elaboração e teorização permanentes que conseguiremos construir modelos de intervenção que nos permitem prosseguir sem desânimos.

---

(\*) Psicanalista e Psiquiatra da Infância e da Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia.

(\*\*) Educadora Especializada do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia.

Não é nossa intenção, no âmbito deste trabalho, fazermos uma abordagem ampla sobre as hipóteses etiológicas e patogénicas do autismo, e pormos em discussão os debates acesos e, por vezes, inconciliáveis, das diferentes posições teóricas, tais como psicanalíticas, cognitivistas, comportamentalistas, neurobiológicas, face a estas perturbações graves e que aparecem precocemente na infância.

Com base na experiência adquirida ao longo dos anos, limitar-nos-emos a propôr um programa de intervenção terapêutica através de acções diversificadas, tendo em conta cada um dos planos considerados. Temos em atenção que não se deve reduzir a criança a um somatório de sintomas ou défices que é necessário corrigir, como se tratasse de uma máquina avariada. Pelo contrário, é necessário fazer-se uma abordagem compreensiva no plano psicopatológico e sob uma perspectiva dinâmica, não esquecendo também a necessidade de medidas educativas.

Temos que salientar que, em relação às psi-

coses da infância, incluindo o autismo, se devem excluir as explicações reducionistas, sejam organogénicas ou psicogénicas, na medida em que a organização da vida mental precoce apoia-se em factores interdependentes, quer do campo biológico quer do campo relacional.

Estudos actuais relativos às interacções precoces tanto na América como na Europa (referências bibliográficas), mostram que nas fases iniciais do desenvolvimento, entre a mãe e a criança estabelece-se uma dialéctica transaccional tão estreita que toda a falha num registo modifica necessariamente o outro. Esta necessidade de compreender o lugar que a criança ocupa na rede familiar (não tem nada a ver com uma opção psicogénica simplista) tem em atenção as reorganizações progressivas do desenvolvimento e perceber os efeitos que a perturbação provoca no sistema intrafamiliar.

Esta forma de ver o problema permite-nos introduzir meios terapêuticos diversificados e educativos, articulando-os entre si.

## I

O Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa deu os primeiros passos pela mão de João dos Santos e Margarida Mendo. Na altura, o Hospital Júlio de Matos tinha cedido ao Centro, em fase de instalação, os pavilhões infantis.

Com o saber e a vontade, para a altura revolucionária, de João dos Santos e a tranquilidade e ecletismo de Margarida Mendo, nascia um Hospital de Dia com técnicos jovens, sedentos de saber e apostados em que a Saúde Mental podia criar raízes.

Tudo isto se passava em 1967 / 68 e como diz o poeta, se «o sonho comanda a vida», todos apostámos que seria possível ajudar aqueles meninos a sonhar ...

No final da década de 60, o Pavilhão Infantil no Hospital Júlio de Matos, num país cinzento e bolorento, era uma estrela da manhã. Estudava-se, discutia-se, formavam-se técnicos que, duma forma correcta, podiam trabalhar ao lado das equipas de saúde mental dos países da Europa que faziam escola. Situação esta muitas vezes comprovada em estágios e encontros com colegas de trabalho. Cada médico ou qualquer outro

técnico que chegasse ao Hospital de Dia, era-lhe entregue uma criança de quem ficava responsável uma hora por dia. Nada era explicado, o que deixava a pessoa desorientada mas numa tentativa desesperada de encontrar uma forma de comunicar com a criança que, muitas vezes, não tinha linguagem. Era uma espécie de «prova de fogo» que João dos Santos utilizava para avaliar as capacidades terapêuticas dos técnicos. Só posteriormente, em reuniões, era apresentada e discutida a situação clínica.

O Hospital de Dia funcionava a tempo total, como apoio ao Serviço de Internamento e recebendo crianças em ambulatório, predominando as autistas e outros estados já muito deficitários. Funcionava em pequenos grupos e muitas das crianças tinham terapias individuais, tais como maternalização, psicoterapia, psicomotricidade, apoios psicopedagógicos.

Havia também actividades de conjunto como passeios, refeições e festas que ajudavam a que os dias fossem diferentes e que a festa fizesse parte da vida.

Tentava-se que as crianças internadas passassem os fins de semana com a família. Fazia-se trabalho com as escolas onde algumas delas estavam integradas e, o mais possível, ajudávamos a que a vida no Hospital de Dia fosse verdadeira, afectiva e com esperança.

O saber era construído e partilhado e todos tinham uma palavra a dizer. A supervisão era semanal, ajudando na construção de um modelo de intervenção.

Porquê repegar em tudo isto? Não por uma posição saudosista, mas unicamente porque ao ler, passados quase 30 anos, as descrições de Hochmann (1990), nos revemos no nosso começo e somos obrigados a pensar que, para a época, apostámos num modelo revolucionário que, por vicissitudes várias das quais todos temos culpas, deixámos cair e hoje vemo-nos em 1997 sem internamento, sem hospital de dia, com áreas superpovoadas, com casos desesperados e com uma total incapacidade política de resolver os problemas.

Contudo, pensamos muitas vezes que foram os duros anos no Hospital Júlio de Matos com situações tão graves que nos ensinaram a criar modelos de intervenção alternativos que hoje de alguma forma tentamos manter vivos.

## II

A partir de 1986, começámos a desenvolver intervenções terapêuticas em pequenos grupos que seguem metodologias diversas, integrando crianças com quadros psicopatológicos diferentes (psicoses, borderline, depressões, mutismo), cujo princípio é o de promover o que é mobilizável na criança e na dinâmica familiar.

Com base nesta longa experiência, da qual pouco se tem escrito e divulgado, nas discussões havidas àcerca da prática e na pesquisa bibliográfica, iremos traçar um programa de intervenção.

É evidente que toda a criança nomeadamente a criança autista/psicótica necessita de ter acesso a um programa de cuidados terapêuticos bem estruturado, organizado e adaptado a cada caso.

Como se sabe, o Autismo é uma perturbação muito grave, marcado pela complexidade e pelas profundas lacunas ainda existentes quanto ao conhecimento da sua etiopatogenia, e que tem dado origem a conflitos polémicos entre as diferentes escolas que, quanto a nós, não nos parecem fazer sentido, sobretudo quando se é confrontado com ataques profundamente injustos e que são baseados numa falsa visão da Psicanálise, revelando uma profunda ignorância da parte de quem os profere, dando origem a «controvérsias absurdas, acusações de nocividade, processos de intenção...», cujo carácter desolador foi sublinhado por Serge Lebovici (1990). Muitos destes debates não são mais do que ataques pessoais que atingem o limite do primarismo e que nada têm a ver com um debate científico de ideias. Assim, por exemplo, Bruno Bettelheim (Schopler, 1996) tem sido uma das bandeiras levantadas contra os psicanalistas, ignorando que ele não utilizou o modelo conceptual psicanalítico para explicar o autismo, mas estabeleceu a analogia entre a sua própria experiência de vida passada nos campos de morte nazis e o funcionamento mental do autista. Bruno Bettelheim constrói o conceito de «situação extrema», destrutiva, que leva à desumanização do indivíduo, e pergunta se as crianças autistas não teriam vivido alguma coisa de semelhante para chegarem à retirada do mundo, tal como ele observou nos campos de concentração (vejam-se as descrições de Primo Levi na sua obra «Se isto é um

Homem»). Aliás, quer o psiquiatra quer o escritor acabaram por se suicidarem). Mais vale tentarmos uma compreensão crescente do autismo infantil, estudando o que os diversos autores nos forem trazendo, do que entrarmos em polémicas estéreis. Pode perguntar-se: porque é que o autismo levanta tantas discussões apaixonadas? Talvez devido a um conjunto de razões que «vão dos movimentos afectivos mais profundos – de amor e ódio – até à motivação levantada pelas interrogações sobre a génese e o funcionamento do psiquismo...» (R. Perron & D. Ribas, 1994).

Fica-se com a ideia que se vão perdendo oportunidades em se aproveitar os debates entre os especialistas que defendem ideias tão divergentes. Como são possíveis estas atitudes, numa época em que reina a transdisciplinaridade? É curioso salientar que a literatura psicanalítica destes últimos anos em relação ao autismo e psicoses precoces, revela uma visão abrangente, expectante, face às investigações neurobiológicas, defendendo a necessidade de organizar programas terapêuticos também mais alargados e não simplesmente restritos às psicoterapias. Em contrapartida, outras correntes, assumindo uma posição sectária e irracional, condenam e até contraindicam as psicoterapias como factor de agravamento!

Por todas estas razões, e porque diariamente somos confrontados com o drama e a angústia destas crianças e suas famílias, as intervenções não se devem reduzir a um só tipo, qualquer que ele seja, mas pelo contrário, deverá ser necessário o apoio de meios terapêuticos diversificados e educativos, num conjunto de intervenções que se possam articular.

## III

Sinteticamente, e de acordo com a nossa experiência, o protocolo de intervenção, deverá passar pelas seguintes etapas:

- 1) Diagnóstico psicopatológico precoce: deverá ser feito entre os 18 meses e os 2 anos de idade.
- 2) Investigação somática e neurológica:
  - Exame somático e neurológico
  - E.E.G. e radiografia do crâneo
  - Um «scanner» cerebral ou uma RMN

(ressonância magnética nuclear) para pesquisa de sinais precoces de uma esclerose tuberosa, de toxoplasmose, etc.

- Explorações clínicas e electrofisiológicas da audição e da visão
  - Exames bioquímicos sanguíneos e urinários (ácido úrico, monoaminas)
  - Exame genético (cromossoma X Frágil ou outras alterações do cromossoma X)
  - Exploração da função tiroideia
- 3) Acção sobre a criança: intervenções ao nível do corpo, psicomotricidade, «maternalização», psicoterapia; medidas psicopedagógicas
  - 4) Ajuda prática e psicológica à família (pais e irmãos). Eventualmente terapia familiar, na ausência da criança doente
  - 5) Integração sócio-escolar, pelo menos parcial.

São particularmente importantes as reuniões de síntese regulares, para coordenar e integrar as diferentes formas de terapias utilizadas num determinado programa, para além das supervisões.

Para autistas adolescentes e adultos e ocasionalmente crianças pequenas, seria por vezes necessário temporariamente recorrer a lares ou Centros de Dia especializados, como existem noutros países da Europa, estruturas que não se encontram em Portugal (pelo menos para crianças).

No Autismo de Kanner, raramente se encontram sinais neurológicos patentes, mas tem sido detectadas as seguintes doenças: Fenilcetonúria, embriopatia (rubéola), espasmos infantis, outros tipos de epilepsia (em particular psicomotoras), esclerose tuberosa, neurofibromatose, síndrome de Moebius, síndrome de Rett, anomalias do cromossoma X, herpes (encefalite), outras infecções virais, tais como a toxoplasmose, síndrome de Cornélia de Lange, distrofia muscular de Duchenne, mucopolisacaridose.

Gillberg (1990) e outros autores consideram que o Autismo está frequentemente associado com os diagnósticos citados, havendo outros que referem as formas «idiopáticas» (Schopler, 1996), quando não são encontrados factores orgânicos. Será destas formas idiopáticas que nos vamos ocupar.

## PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Este projecto, em termos gerais, sofrerá modificações de acordo com a idade em que é feito o diagnóstico, se bem que habitualmente só cheguem ao Serviço por volta dos 3-4 anos.

O objectivo fundamental da nossa intervenção será o de melhorar a comunicação da criança com o seu meio, devido à grande importância que representa para o desenvolvimento psíquico, pelo que será necessário ajudar cada um dos protagonistas nessas trocas, para melhor poderem dispor das suas capacidades. E isto porque temos em atenção que a nossa preocupação não incide exclusivamente sobre a falha de uma determinada função isolada (linguagem, por exemplo) mas sobre a criança como um todo e, por consequência, sendo assim necessário intervir globalmente.

Assim, poder-se-á utilizar o seguinte esquema:

1) A proposta terapêutica que fazemos é, num primeiro tempo, a de sessões individuais com a Educadora (ou outro terapeuta), 3 a 5 sessões por semana, durante 30 a 45 minutos (duração variável e nunca inferior a 3 anos). Para designar este espaço terapêutico é preferível o termo de «maternage» ou de «maternalização» (Coimbra de Matos, 1979), se bem que alguns autores franceses (Hochmann et al., por exemplo) prefiram falar em «cuidados», por se tratar de uma designação mais abrangente porque não implica somente a psicoterapia, mas igualmente as abordagens institucionais, educativas e reeducativas.

A maternalização é uma terapia reconstrutiva que recria a relação mãe-bebé com a verbalização das experiências em linguagem materna. Será um espaço acolhedor, onde criança e terapeuta vão viver situações importantes, situações essas que valem por aquilo que evocam. No fundo, a maternalização é um estar simbiótico, que ajuda a desenhar um caminho e que tem como finalidade permitir à criança enfrentar os seus terrores e descobrir o prazer. É o prazer na vida, na relação, enfim, o ser capaz de gostar de si e de ser gostada.

A terapeuta vai desempenhar um papel muito importante pois irá «emprestar» à criança toda a sua capacidade de «rêverie», uma vez que a fantasia, o jogo não fazem parte do mundo destas crianças. Mais importante do que as palavras, é a voz ou antes a melodia que acompanha a pa-

lavra, tal como a mãe quando embala o seu bebé, utiliza cantigas encantatórias que o tranquilizam e que só são entendidas por ambos.

A terapeuta funciona para a criança como «continente», que recebe de uma forma indestrutível, as agressões tanto verbais, quando já utiliza a linguagem, como motoras, sendo capaz de lhes dar sentido. No caso do autista, por vezes é necessário procurar fisicamente a criança quando está numa retirada estereotipada ou numa posição perigosa, ou procurar propôr diversas áreas de jogos de trocas, impedindo uma automutilação. Com o autista é preciso não ter medo de o conter não só psiquicamente mas também, por vezes, fisicamente.

Com os autistas, o saber esperar, o não ter pressa, é qualquer coisa de muito importante, para também eles poderem adquirir a capacidade de poder esperar, implicando já uma certa capacidade de mentalização.

Estar-se com uma criança autista, é olhar para a criança que se foi e que vive em nós, é termos a proximidade necessária e a maleabilidade para empatizarmos com o seu sofrimento, com uma angústia de morte, escondida por uma carapaça, sem nos esquecermos da distância terapêutica que isso implica.

Assim a terapeuta, individualmente com a criança (e também em grupo, se bem que mais dificilmente), vai dando um sentido às agitações ritualizadas, às manifestações ecológicas, ajudando-a, a pouco e pouco, a sair de uma relação, à partida exclusivamente dual, e a estabelecer ligações, ao investir outras actividades. É deste modo que se vai estruturando uma relação a partir deste encontro entre a criança e o adulto disponível que serve de «continente» às suas projecções intoleráveis e às quais lhes vai dando significação. Ao fim e ao cabo, trata-se de uma psicoterapia, no sentido lato do termo, antes que possa intervir um psicanalista, se isso fôr realizável. A experiência tem-nos ensinado que os educadores ou professores que conosco têm trabalhado são sensíveis, intuitivos e criativos junto destas crianças, constituindo um suporte importante para a criança e família, permitindo alcançar etapas do desenvolvimento que testemunham mudanças apreciáveis. É importante para o terapeuta ou qualquer educador prevenir-se, de modo a não se pôr em condições de ser

completamente ultrapassado, fornecendo à criança o máximo de suporte às suas primeiras emergências da capacidade de representação. Ter em atenção se a criança faz equações simbólicas do lado «delirante» em que as «coisas» são o objecto ou equivalentes simbólicos na via do desabrochar do simbolismo.

Finalmente, podemos dizer como outros autores, que esta actividade da educadora com a criança vai inscrever-se num quadro rigoroso que pode ser definido pela regra das três unidades:

- Unidade de local – importa que esta intervenção se inscreva num espaço próprio, diferente do espaço familiar e do espaço escolar, um local específico claramente identificado pela criança e sua família.
- Unidade de tempo – as trocas entre a criança e o adulto devem ser à hora fixa, ter uma duração claramente definida e que corresponda às possibilidades da terapeuta (na prática, a experiência mostra que a capacidade em manter um interesse pela criança e pelo que se passa com ela, raramente ultrapassa uma hora). A periodicidade também tem a sua importância e pode dizer-se que, menos de 3 sessões por semana, torna difícil dar um sentido e uma continuidade numa relação terapêutica com uma criança autista.
- Unidade de acção – é a mais difícil de descrever. Que fazer junto a uma criança que não sabe nem falar nem brincar e cujo comportamento está longe de pôr em cena de maneira simbólica as angústias profundas? É a maternalização, como já foi referido anteriormente, que vai ajudar a criança a criar o desejo de construir a sua própria história, criar o prazer na relação, dar vida ao seu mundo psíquico e povoá-lo de pensamentos e abrir-lhes o caminho para o mundo fabuloso da fantasia.

2) Na impossibilidade de seguir uma terapia individual, a criança será admitida num pequeno Grupo Terapêutico (3 a 4 crianças no total), de preferência com 2 terapeutas, ao ritmo de duas vezes por semana, durante cerca de 1 hora, em regime ambulatorio. Como temos referido a propósito do Núcleo de Terapia Intensiva, este grupo terá uma estrutura análoga e aparece como o

substituto do Hospital de Dia, cuja organização é muito mais complexa. Trata-se de uma intervenção em «tempo parcial», criando-se um «espaço-tempo» transicional, tornando possível à criança uma nova experiência relacional, sem ruptura com a experiência quotidiana (como no N.T.I. mas com a sua própria especificidade). Eventualmente em terapia individual (maternalização) poderá também ser admitida no grupo, se se achar que poderá beneficiar no contacto com outras crianças, a preceder a sua entrada na escola, por exemplo.

Ao retomarmos o seguimento dos autistas em pequenos grupos temos que ter em atenção que representa uma nova experiência, que pouco terá a ver com a que foi feita no passado, em virtude da evolução dos conhecimentos teóricos nessa área. São as experiências dos autores franceses de trabalho com pequenos grupos de crianças gravemente psicóticas ou autistas, que nos entusiasmarão a tentar mais esta via. Já em 1982, G. Haag descreveu nesses grupos, o aparecimento de uma intensidade imediata do «efeito-grupo», rapidamente revelado por certas crianças quando, com o arco, tentavam rodear o grupo ou meterem-se no interior do próprio arco. Estes e outros aspectos levar-nos-ão ao estudo de várias noções introduzidas por Bion e Didier Anzieu, tais como ideal do grupo, a ilusão e o «envelope» grupal (D. Anzieu, 1975).

Só depois de estabelecida uma relação suficientemente significativa com a terapeuta e, de igual modo com o Grupo, que a criança poderá suportar o contacto físico e então beneficiar de outras terapias.

### 3) Trabalho de mediação com a água

Pensamos na necessidade de algumas actividades com água para promover este «crescimento psíquico»: 1) a piscina, em que há imersão e um corpo-a-corpo da criança com a (o) terapeuta; 2) a banheira, não só para cuidados corporais, mas facilitar a regressão e a constituição de um continente-pele; 3) além destas duas actividades vamos propôr um jogo com a água (patinhar com as mãos ou objectos), sem imersão total do corpo e diante de um espelho – é o «pataugeoire» dos franceses (P. Lafforgue, 1993).

Nesta última actividade, o princípio da intervenção é duplo:

- 1) A criança brinca com a água e com o que a rodeia: mobilizando o corpo, pode lançar a água em jacto, utilizando vários processos. O adulto pode participar no jogo, lançar água, envolver a criança, fazer massagens, etc.
- 2) A presença do adulto é necessária para permitir a simbolização. Ele dá um sentido à experiência vivida pela criança através de um «banho» de palavras e pelas suas intervenções corporais. O projecto não é a interpretação da transferência mas comentar o que é sentido pela criança e dar um sentido aos jogos, às emoções, à capacidade de pensar.

Os momentos do despir, secar e vestir, são muito ricos em material de comunicação em crianças que muitas vezes não têm outra linguagem relacional a não ser a corporal e regressiva.

Pode ver-se neste trabalho, a tripla dimensão de uma ajuda maternal «suficientemente satisfatória» no sentido de Winnicott, com o «holding» (o pegar na criança), o «handling» (maneira como a criança é tratada, manipulada) e o «object presenting» (presença do objecto).

As sessões serão, a maior parte das vezes, individuais, mas excepcionalmente juntar-se-ão duas crianças ou quando têm uma ligação «adesiva» ou são gémeas.

Esta técnica, além de poder constituir um local de observação-diagnóstico, é também um local organizador terapêutico para as angústias arcaicas e os bloqueios confusionais. Além disso, tem a vantagem de que as manifestações agressivas e destrutivas sejam deste modo mais facilmente trabalhadas, visto que os ataques à água não têm consequências tão desagradáveis, como se fossem dirigidas ao corpo da terapeuta ou aos objectos do gabinete.

Parece indispensável uma supervisão, se se quer ficar disponível e criativo com tais patologias. Assim, defendemos a necessidade de articulação e de cooperação entre as diferentes pessoas implicadas, de modo a não serem invadidas pelas angústias e pelos movimentos destrutivos da criança. E também para enfrentarem os sen-

timentos de impotência e de desânimo, face à lentidão das evoluções, das paragens e das regressões.

#### 4) PACK (psicoterapia de mediação corporal)

Estas técnicas com o corpo e com a água, longamente utilizadas na Psiquiatria clássica, têm sido cada vez mais revitalizadas e apoiadas em suportes teóricos mais modernos.

Paralelamente, uma das disciplinas da História da Cultura, dominada pela transdisciplinaridade, cuja «problematização está na ordem do dia, são as chamadas artes do corpo» (Jornal de Letras, 1995). Assim, estas artes, «socorreram-se de um aparelho teórico da filosofia, nomeadamente da estética para justificar a sua poética» (A. Pinto Ribeiro, no referido Jornal), se bem que haja antecedentes no século XIX e princípios do século XX (Apollinaire, Mallarmé e Cocteau). Também paralelamente, ao nível da psiquiatria, há uma revitalização destas técnicas que têm a ver com o corpo e que foram outrora muito utilizadas, antes da introdução dos Neurolépticos.

O PACK foi introduzido no ex-C.S.M.I.J.L., na Clínica da Juventude, por Coimbra de Matos e Santiago Quintas, nos anos 80, mas só em 1992, na Clínica da Encarnação, se começou a aplicar em crianças e adolescentes (autistas e esquizofrénicas).

Nalgumas situações, apesar da relação já previamente estabelecida com a terapeuta, a intensidade do estado de angústia não permitia à criança submeter-se ao envolvimento com as toalhas, pelo que foi necessário modificar a técnica – que era introduzi-la numa bacia com água quente. A presença da mãe junto da criança, ambos «envolvidos» pela enfermeira, representava um papel fundamental no seu reencontro.

Parafrazeando a ideia de Bion, consideram-se que todas as técnicas de mediação com a água são «continentes» para poder vir a pensar os pensamentos. As sessões com as crianças, quer no corpo-a-corpo com a terapeuta quer utilizando as técnicas de mediação, são trabalhadas como uma «rêverie» materna, permitindo a constituição de um Eu-pele e a separação do Eu/não-Eu, do dentro/fora.

Mas todo este material tem de ser trabalhado numa equipa capaz de pensar, conter e acom-

panhar as evoluções de um Eu em formação. Os terapeutas têm que ter a capacidade em fazer as ligações e dar um sentido às produções ou às bizarras da criança, aparentemente vazias ou sem sentido.

#### 5) Psicomotricidade

Também será indicada depois da criança ter estabelecido uma relação positiva com a terapeuta e sobretudo naquelas que tenham perturbações significativas na área da psicomotricidade. No entanto, todas beneficiariam desta intervenção porque a psicomotricidade, além de melhorar a coordenação motora, pode constituir uma ajuda para a integração de uma imagem corporal fragmentada e das estereotipias que passam a ser menos evidentes. De igual modo, certos gestos aparentemente sem finalidade, podem ser integrados na motricidade global. Ora isto não se faz através de uma pressão exercida sobre a criança, mas a partir da orientação das suas actividades espontâneas para outros centros de interesse, que as desviam das repetições autossensuais.

#### 6) Psicoterapia

A psicoterapia em sentido estrito é introduzida mais tarde, só quando a criança adquire uma certa capacidade de jogar e utilizar a linguagem.

Por vezes dão resultados notáveis e, sobretudo, muito nos ensinam sobre o funcionamento mental da criança. A questão é que exigem condições difíceis de reunir para poderem ser generalizadas: psicoterapeutas em número suficiente e suficientemente qualificados; ritmo regular e número suficiente de sessões por semana; cooperação das famílias que nem sempre é possível por várias razões.

Sabemos que quando a psicoterapia dá efeitos positivos, estes se repercutem na melhoria da aprendizagem, por isso não é aconselhável abandonar esta prática.

#### 7) Meios psicopedagógicos

Também são necessárias medidas educativas para estas crianças porque concorrem para a sua melhoria. Muitas delas dispõem de bons potenciais intelectuais que no entanto não são actualizados devido às dificuldades de comunicação.

Poderá ser utilizada a técnica da «comunicação assistida» que foi inventada pela pedagoga

australiana Rosemary Crossley, fundadora da DEAL Communication Center que existe desde 1986 em Melbourne. R. Crossley, num primeiro tempo, utilizou o seu método (anos 80) com paráliticos espásticos, alargando depois a outros grupos nomeadamente ao dos autistas.

8) Intervenção na família (eventualmente visitas domiciliárias)

Ajudar uma criança autista ou melhor, assumir o seguimento de uma criança autista, é uma tarefa que implica a família. O trabalho com esta deve prosseguir paralelamente e constituir um 3.º continente (Hochmann, 1990) para a angústia e as projecções dos pais. Estes têm que ser ajudados a restabelecer a sua autoestima, sempre profundamente abalada nestas situações. Não devemos estar preocupados com um trabalho psicoterapêutico estrito, porque habitualmente não corresponde a um pedido expresso. Aparece neles a necessidade de obter respostas quanto à etiologia e a nossa atitude em evitar o debate ou manifestar ignorância sobre a origem da doença, nem sempre os satisfaz. Os pais acabam sempre por introduzir as suas próprias concepções (conscientes e inconscientes) e isso leva-os a falarem da primeira infância dos filhos e das suas próprias infâncias. Não devemos interpretar e dar-lhes o valor causal que eles próprios nos sugerem. Todos os autores que se têm dedicado a apoiar estes pais duvidam que possa ser benéfico o esclarecimento dos fantasmas inconscientes e o lugar que eles ocupam na própria história dos pais.

A colaboração com os pais também os vai colocar numa posição mais activa e até na procura de soluções, porquanto são eles que conhecem bem a criança. Se um dos progenitores não «vê» o filho real, é raro que o outro não seja mais realista e daí a necessidade de termos a colaboração dos dois.

Se não conseguimos ter uma profunda simpatia por estes pais, pela culpabilidade que manifestam, pelo sofrimento que acarreta ter uma criança que pode alterar todo o equilíbrio familiar e se a confiança não se estabelece, o nosso trabalho será infrutífero. Em todo este processo eles nunca devem ser excluídos, muito menos acusados, porque ninguém conscientemente é responsável pela perturbação dos filhos.

Não temos modelos rígidos – as mães podem

assistir a algumas sessões, quer estando no mesmo gabinete quer visualizando a criança e a terapeuta através do espelho unidireccional, mas na companhia de um outro técnico, preferencialmente o médico, permitindo dar explicações do que se vai observando e entender e receber as reacções emotivas das mães. Temos experiência de situações em que a mãe elege a educadora como sua terapeuta, estabelecendo com ela uma relação privilegiada. Outras vezes, fazemos intervenções em casal. Poder-se-á também apoiá-los em grupo.

Os resultados da nossa experiência de longos anos, de uma intervenção bi-focal – sobre a criança e os pais – tem-nos encorajado a prosseguir e a tentar melhorar as nossas intervenções.

9) O trabalho com o jardim de infância e com a escola

De uma maneira geral, as crianças já nos aparecem integradas no Jardim de Infância. Caso contrário, algum tempo após o início da terapia, é-lhes dada essa orientação que poderá também ajudar a aliviar a situação da mãe.

A relação directa com as educadoras e com os professores parece-nos indispensável para manter as crianças integradas no meio natural.

Defendemos a integração das crianças no ensino regular, mas não de modo massificado e por decreto, para não se transformar numa solução do faz-de-conta. É um trabalho delicado e que exige um apoio suficientemente eficaz dos técnicos de saúde mental infantil.

10) Terapêuticas medicamentosas

Os medicamentos sedativos e ansiolíticos são ineficazes. Têm sido propostos Neurolépticos, mas é muito difícil prever a sua acção sobre uma determinada criança, porque reagem de maneira diferente a cada Neuroléptico. É preciso tentar encontrar o melhor medicamento e a posologia correcta e tem que haver uma vigilância muito cuidadosa. Podem surgir efeitos major indesejáveis, tais como sintomas extrapiramidais e disquinésias.

Como em certos autistas há concentração elevada de serotonina sanguínea, tem-se prescrito a fenfluramina. Outros autores dizem que não provoca quaisquer resultados, pelo que se concluiu que a utilização geral da fenfluramina não pode

ser actualmente recomendada (Gualtieri e col., 1987).

Regimes ricos em vitaminas e magnésio têm sido recomendados, mas faltam trabalhos científicos comprovativos da sua eficácia.

#### 11) Vinhetas clínicas

Apresentamos três vinhetas dos muitos casos seguidos neste Departamento e que tiveram evoluções diferentes, mas que exigiram investimentos muito importantes da nossa parte e da parte dos pais, sem os quais os resultados teriam sido diferentes.

Para estes três casos, vamos utilizar três classificações: DSM IV, a de Francis Tustin e a de Schopler (ver Figura 1).

CASO 1 : Alfredo foi observado a 1.<sup>a</sup> vez com três anos e meio, tendo actualmente 12 anos. Não tinha linguagem e o olhar era tangencial. Deambulava pelo gabinete sem qualquer actividade intencional, mas em círculo, e rindo sem qualquer motivação aparente.

Era filho único de um casal jovem, de meio sócio-económico muito precário. Os pais tinham horários de trabalho desencontrados e muitas vezes o Alfredo ficava sózinho em casa, e na cama esperava pela chegada de um deles. Quando nos chegaram estavam totalmente desorientados, manifestando atitudes completamente desadequadas face ao filho.

Foi proposta uma terapia bi-semanal com a educadora; e com a enfermeira estabeleceu-se um programa de ajuda à mãe, no sentido de reorganizar a vida familiar, através de entrevistas no Serviço ou de Visitas Domiciliárias. Paralelamente encaminhou-se a criança para um Jardim de Infância, cuja integração foi extremamente difícil. As dificuldades foram ultrapassadas porque houve uma boa colaboração com a instituição.

A intervenção da Educadora não se limitou à criança; o seu apoio estendeu-se à mãe e, por vezes, também ao pai. Esses contactos permitiram uma forte aliança com eles, que se sentiram apoiados e valorizados no seu papel, ajudando-os a restabelecer a sua auto-estima. Não só a relação com a criança foi restabelecida, como foram capazes de reorganizarem a vida, deixando o bairro degradado em que viviam e passando a habitar uma casa própria nos arredores de Lisboa, para onde se mudaram quando o filho (com 8 anos ) entrou para a 1.<sup>a</sup> classe.

A evolução do Alfredo processou-se lentamente e sem grandes sobressaltos. Paulatinamente passou a dar-se conta da presença da Educadora que, de forma não intrusiva, tentava estabelecer um contacto com ele. A partir desse momento, ainda sem olhar, conseguiu parar e parecia atento às suas palavras e solicitações. Foi introduzido o jogo do «cache-cache», enfim, seguindo o percurso que os bebés fazem até brin-

FIGURA 1

DSM IV	SCHOPLER	TUSTIN
Perturbação invasiva do desenvolvimento		
CASO 1 Perturbação autística	Autismo grave	Autismo primário
CASO 2 Perturbação autística	Autismo grave	Autismo primário
CASO 3 Perturbação autística	Autismo médio moderado	Autismo secundário psicogénico

car com sentido. A descoberta do jogo do faz-de-conta foi um deslumbramento para o Alfredo.

No 2.º ano de terapia começou a falar com um timbre de voz particular, monocórdico, sem qualquer modelação da voz. A sua psicomotricidade era pouco diferenciada, particularmente a motricidade fina. Além disso, outro sintoma muito incómodo para Alfredo era a baba incontrolável que durou até aos 8 anos. Por indicação da Terapeuta da fala, nas sessões foram introduzidos jogos para exercitar toda a musculatura da região bucal, tais como apanhar rebuçados da mesa com a boca, chupar palhinhas para fazer bolas de sabão, etc. A solução deste problema foi importante para o Alfredo, porque era uma situação causadora de grande sofrimento.

Ao desaparecerem os traços autistas, surgiram crises asmatiformes de uma certa gravidade e todas as doenças infantis. Começaram depois a instalarem-se os traços da série obsessiva.

Aos 6 anos iniciou um apoio psicomotor devido às dificuldades apresentadas nessa área. O grafismo era pobre e bizarro, mas também foi evoluindo. Para espanto de todos nós, a escolaridade foi feita sem problemas de maior, tendo nós o cuidado de manter o segredo profissional, mas estando disponíveis para a professora.

Actualmente o Alfredo frequenta o 5.º ano de escolaridade, com excelente rendimento, mas as suas dificuldades de relacionamento com os outros, a sua rigidez no comportamento, a intolerância e a ausência de humor, dificultaram a sua adaptação ao novo meio escolar.

Apesar da evolução feita, o prognóstico continua reservado (o que irá acontecer na adolescência?), pois sabemos que se mantém o núcleo autista, embora encapsulado. O seguimento passou a semanal e consideramos importante mantê-lo, pois será a única porta que lhe permitia fantasia e para o sonho.

CASO 2: Tomás tinha 3 anos quando foi observado a 1.ª vez (já frequentava um Infan-tário) e está actualmente com 10 anos de idade. Apresentava um desenvolvimento físico adequado, um olhar vazio com evitamento. Apresentava muitas estereotipias tais como movimentos das mãos em asa de borboleta, balanceamentos do corpo, no sentido antero-posterior, auto e heteroagressões. Não tinha linguagem –

dava urros e risos despropositados. Não suportava qualquer aproximação física, parecia um pequeno selvagem. Trazia sempre consigo objectos «inúteis»: pacotes de gelados já utilizados e copos vazios de iogurte.

Era o 2.º filho de um casal jovem, de bom nível sócio-económico, regressados da América do Sul. A mãe fez uma depressão muito grave durante a gravidez e veio sózinha para Portugal ter o bebé. A depressão da mãe prolongou-se depois do nascimento do filho e foi quando melhorou que procurou ajuda. O marido que tem a vida organizada fora do país vem irregularmente a Portugal.

Propôs-se um seguimento tri-semanal à criança e a ajuda a esta mãe foi também efectuada pela Educadora, face à situação abandonica da mãe que, também ela, precisava de ser maternalizada.

Os primeiros meses da terapia foram difíceis, devido à incapacidade de Tomás estabelecer contacto. A Educadora, falando quase em surdina, tentava dar sentido aos seus medos, às suas raivas, sem aparente reacção da parte da criança. No 3.º mês, já com 30 sessões, deixou ser tocado nas costas, enquanto lhe cantarolava, mas por breves segundos. Imediatamente fugiu e auto-agrediu-se violentamente, num verdadeiro movimento de «autodestruição». Será que se podem considerar estas manifestações como o produto de um masoquismo primário erogéneo, pressupondo uma certa líbido nestas crianças, como referiu G. Haag (1977)? Ao falar do receio de amar e ser amado, acalmava e, por breves instantes, parecia dar-se o «encontro», mas era sempre brevíssimo. Tem que se ter muito apego à vida para não se desistir, para não apanhar o comboio da não-vida em que estas crianças viajam. É fácil entender a desistência destas mães perante as não-reacções da criança.

No final do 1.º ano de seguimento passou a reconhecer a educadora; por breves momentos deixava-se pegar e tocar, se bem que sempre de costas e não a olhando. Pouco depois evoluiu para uma forma de comportamento incorporativo, mordendo a educadora e manifestando uma intensa angústia.

No 2.º ano de terapia, o Tomás parecia estar menos ausente. As estereotipias tornaram-se mais passageiras. Começou a olhar e a interessar-se pelo rosto da Educadora.

No 3.º ano, começou a interessar-se pelos placards dos gelados «OLÁ», maiores que ele e que eram transportados para todo o lado. A reacção de angústia desencadeada quando se tentava evitar que os não transportasse, levou-nos a pensar o papel protector de «duplo folheto da pele» que eles representam. Nesta altura, ainda sem linguagem, o Tomás começou a demonstrar um particular interesse pelo desenho.

Actualmente, limita-se a dizer algumas palavras, com timbre metálico. Houve uma mudança do olhar, não em relação às pessoas que ainda receia, mas sim em relação às coisas. O seu olhar parece «poisar», «absorver», possivelmente também de modo incorporativo, o que explicará que os desenhos que até aí eram praticamente inexistentes e com um grafismo muito elementar, começassem a aparecer com uma grande qualidade no traço, na cor e no pormenor. A exactidão com que executa os anúncios publicitários revelam uma memória quase fotográfica, embora se considere que a riqueza do movimento e a utilização de cores quentes, terão muito mais a ver com o despontar da vivacidade e da violência das emoções e, por consequência, da relação de objecto. Quem desenha como esta criança, terá seguramente um mundo interno povoado, mas ainda no não-dito?

Em relação a estes aspectos, Meltzer (1975) dizia que as crianças autistas mostravam-lhe a que ponto «o amoroso, o artista e o sábio são uma única e mesma pessoa». Assim, a forma fundamental de encontro e de comunicação da Educadora com o Tomás, foi através do desenho. Se bem que não falasse, ele ria-se face às suas intervenções.

Simultaneamente surgiram comportamentos ritualizados, já mais da linha obsessiva.

A criança esteve sempre integrada no ensino regular, beneficiando do contacto com crianças normais e tendo adquirido algumas regras do grupo. Continuava no entanto sem aprendizagem, visto que não falava.

Foram vividos 6 anos de grande partilha. A terapia foi interrompida porque mãe e filho partiram para a companhia do pai (outro continente). Fica-nos um sentimento estranho. O Tomás deixou o mundo do autismo? O que lhe ficou? O que ganhou? Quem desenha o que ele desenha

não será para mantermos a esperança? Será que valeu a pena?

CASO 3: Bruno tinha 3 anos e meio quando foi observado pela 1.ª vez. Actualmente tem 11 anos. Era uma criança muito bonita que evitava o contacto do olhar e ficava agitada e angustiada quando a interacção com a observadora era forçada. Explorava o espaço aparentemente sem nexos, passando por cima dos cadeirões como se não os «visse». Por vezes, irrompia em crises de intensa angústia, tentando a Educadora encontrar-lhes algum sentido e que, no contexto da sua história familiar e pessoal, estava ligado ao terror da morte. Na comunicação verbal que, embora com algum significado, mas muito pobre, surgia com frequência a ecolália. Tinha reacções intensas de zanga quando eram introduzidas quaisquer mudanças. Por vezes, fixava o seu interesse num objecto, aparentemente insignificante, sendo difícil desviar dele a sua atenção. Esta criança, além disso, tinha uma grave insónia silenciosa, que foi o sintoma que persistiu durante mais anos. As primeiras melhoras surgiram quando foram interpretados os medos de natureza persecutória e sobretudo depressiva, que o tinham levado à retirada autística. Aliás, começou também a surgir a primeira manifestação auto-erótica, o chuchar o dedo, sinal que tinha atingido um certo nível relacional, caminho aberto para uma evolução positiva.

Era o filho mais novo de pais culturalmente diferenciados e que estabeleceram uma forte aliança terapêutica, tornando-se também «aliados» no tratamento do filho.

Desde o início que ele segue uma terapia com a educadora tri-semanal., com entrevistas ao casal que, depois de terem sido semanais durante bastante tempo, passaram a ser muito mais espaçadas.

Esteve integrado num Jardim de Infância regular e depois transitou para a escola primária (ensino regular), onde terminou com êxito o 4.º ano de escolaridade. Inicia este ano o 5.º ano num colégio de ensino integrado, numa turma de efectivos reduzidos, por nos parecer corresponder a um meio mais contentor.

Apesar da boa evolução feita, é um rapazinho com dificuldades ao nível da socialização sobretudo na relação com os seus pares. Tem um bom

nível intelectual e apresenta uma organização obsessiva do Eu, provavelmente como forma de manter a coesão do «self» .

Como em todos os casos, a entrada na adolescência destas crianças, põe-nos reservas e defendemos a necessidade de prosseguir os seguimentos.

#### BREVE SÍNTESE DESTAS INTERVENÇÕES

Continuamos a considerar que pouco se sabe sobre a psicose e sobre o autismo, que haverá seguramente todo um campo a ser descoberto e que nos trará ensinamentos importantes.

Os resultados que por vezes conseguimos com algumas situações são tão gratificantes que nos ajudam a prosseguir e a não desanimar. Se conseguirmos ajudar algumas crianças autistas ou psicóticas a terem prazer na vida, na relação; se conseguirmos ambientes estáveis e estimulantes – estaremos seguramente a baixar o número de débeis que enchem certos estabelecimentos do nosso país.

As transformações que vão aparecendo na criança, através das intervenções que atrás descrevemos, não são devidas a aprendizagens forçadas e repetitivas, mas inscrevem-se num espaço psíquico interior que se foi formando, reconhecendo o dentro e o fora e a aproximar-se da simbolização, de início extremamente precária e com oscilações.

Não podemos esquecer que estes movimentos de reintegração das crianças psicóticas, não seguem as etapas de um desenvolvimento normal. Por exemplo, pode acontecer que a criança seja capaz de emitir palavras, mas este aspecto não é acompanhado pela evolução dos processos de individualização.

Deve ajudar-se a criança a contornar as desarmonias persistentes, para apoiar os novos meios de comunicação e de expressão que se manifestam nas zonas de abertura.

Achamos indispensável focar que as terapias feitas com as crianças psicóticas e autistas implicam uma disponibilidade total e um prazer e concordamos com Hochmann (1990), quando diz que se estabelece «um delírio a dois, vivido por breves momentos, várias vezes por semana».

Com efeito, é desta ilusão que tem início a comunicação humana, sem a qual a vida não tem sentido. Pensamos que podemos dizer que nos mantivemos vivos porque sempre sonhámos reinventar a vida e ter prazer na partilha.

Em conclusão e parafraseando Wittgenstein, diremos que o nosso trabalho se compõe de duas partes: a que se apresenta aqui e aquela que corresponde a tudo o que não escrevemos sendo esta, sem dúvida, a mais importante.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Botella, C., Botella, S., & Haag, G. (1977). En deçà du suçotement. *Revue Française de Psychanalyse*, 5-6.
- Gillberg, C. (1990). Le traitement de l'autisme infantile. In *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (pp. 164-180). Paris: Masson.
- Gualtieri, C., Evans, R. W., & Patterson, D. R. (1987). The medical treatment of autistic people. In E. Schopler, & G. B. Mesibov (Eds.), *Neurobiological issues in autism*. New York: Plenum .
- Haag, G. (1987). Petits groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques avec ou sans troubles organiques. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 7-8, 73-87.
- Haag, G. (1988). Quelques problèmes techniques et leurs rapports avec des données actuelles de l'investigation. *Journal Psychanalyse de l'enfant*, 5, 185-204.
- Hochmann, J. (1990). L'autisme infantile: déficit ou défense? In *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (pp. 33-55). Paris: Masson.
- Houzel, D., & Haag, G. (1990). La place de la psychanalyse dans l'approche de l'autisme infantile. In *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (pp. 73-106). Paris: Masson
- Lafforg, P. (1993). *Les ateliers thérapeutiques comme précurseurs des approches thérapeutiques de l'autisme et de la psychose. Hommage à Frances Tustin*. Paris: Audit Éd.
- Lebovici, S. (1990). L'autisme et les psychoses de l'enfant: a propos de leur traitement. In *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (pp. 5-16). Paris: Masson.
- Lelord, G. et col. (1990). Thérapies pharmacologiques neurophysiologiques et psychoéducatives précoces dans l'autisme de l'enfant. In *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (pp. 141-163). Paris: Masson.
- Matos, A. C. (1979). Narcisismo e conflito edipiano. *Jornal do Médico*, 1842, 358-360.
- Maltzer, D. (1975). *Explorations in autism*. Oxford: Clunie Press, 1991.
- Misés, R. (1990). Éléments d'orientation dans le traitement des psychoses autistiques. In *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (pp. 17-32). Paris: Masson.

- Perron, R., & Ribas, D. (1994). Introduction. *Monographies de la Revue Française de la Psychanalyse: Autismes de l'enfance*. Paris: PUF.
- Parquet, P. J., Bursztejn, C., & Golse, B. (1990). Introduction. In *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (pp. 1-4). Paris: Masson
- Schopler, E., Reichler, R., & Renner, B. (1986). *The Childhood Autism Rating Scale*. New York: Irvington Publishers.
- Sellin, B. (1994). *Une âme prisonnière*. Paris: Éd. Robert Laffont.
- Schopler, E. (1996). *Curso Teórico-prático de Avaliação e Intervenção no Autismo*. III Seminário de Desenvolvimento da associação de Saúde Infantil de Coimbra.
- Tustin, F. (1990). *Autisme et protection*. Paris: Seuil, 1992.
- Wing, L. (1990). L'approche éducative. In *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (pp. 107-126) Paris: Masson.

#### RESUMO

O Autismo é uma perturbação grave, caracterizado

pela complexidade da sua etiopatogenia, sendo o objectivo deste trabalho traçar um Projecto de Intervenção Terapêutica que deverá ser bi-focal (criança, pais). No que diz respeito à criança, esta passará pela «maternagem» e/ou por um pequeno grupo, às quais se seguem, em tempos diferentes, de acordo com a evolução, outras terapias nomeadamente as de mediação, psicomotricidade, psicoterapia. São sumariamente apresentadas três vinhetas clínicas.

*Palavras-chave:* Autismo/psicoses precoces, estratégias terapêuticas, maternalização/outras.

#### ABSTRACT

This paper deals with the treatment of autistic children and their parents. Mothering therapy is presented, as well as other therapies, such as PACK, Psychomotricity, Psychotherapy and others. Three clinical examples are presented.

*Key words:* Autistic and early psychosis, strategy therapeutic, mothering therapy and so on.