

Uma travessia entre a psicanálise e a biologia: A etiologia do autismo

Sebastião Abrão Salim¹, Vila Velha

RESUMO: Neste trabalho sugiro uma hipótese biológica para o autismo, resultado de uma travessia entre a psicanálise, estudos interdisciplinares da biologia sobre o trauma e evidências clínicas durante vinte anos de estudos. A hipótese tem relação com um evento traumático conceituado no DSM-IV (1994), como uma experiência vivida ou testemunhada pela vítima com noção de morte. Esta dispara duas defesas filogenéticas: a primeira voltada para o auto apaziguamento do feto, mediante experiências sensoriais entre elementos macios e duros do próprio corpo e suas mucosas, que são regidas de forma reflexa e instintiva pelo sistema nervoso autônomo e ativas desde o período fetal. A segunda consiste na redução da absorção e dispêndio de oxigênio celular para realizar as atividades vitais voltadas para a sobrevivência, a exemplo da hibernação nos animais e plantas em condições desfavoráveis de vida. A experiência traumática ocorre no período fetal e perinatal. O recém-nascido se desenvolve fixado nessas defesas, tornando-se o principal elemento etiológico do autismo. Paradoxalmente, considero o *setting* psicanalítico como elemento básico para o tratamento da ansiedade de morte presente na vítima do trauma descrito. Apresento material clínico.

PALAVRAS-CHAVE: autismo; etiologia; trauma; defesas filogenéticas; psicoterapia psicanalítica.

1. Psicanalista da Associação Psicanalítica Internacional, Psicanalista Didata do Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Minas Gerais, Professor Adjunto R4, aposentado, do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Membro Titular da Associação Mineira de Psiquiatria, Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores 2007-2008.

Introdução

Por que uma travessia?

Freud (1920) advertiu que: “A biologia é, verdadeiramente, uma terra de possibilidades ilimitadas. Podemos esperar que ela nos forneça as informações mais surpreendentes, e não podemos imaginar que resposta nos dará, dentro de poucas dezenas de anos, às questões que lhe formulamos. Poderão ser de um tipo que ponha por terra toda nossa estrutura artificial de hipótese. Se assim for, poder-se-á perguntar por que nos embrenhamos em uma linha de pensamento como a presente (a oposição entre os instintos de vida e de morte) e, em particular torná-la pública. Bem, não posso negar que algumas das analogias, correlações e vinculações que ela contém, pareceram merecer consideração”. Tal consideração possibilita, com base nos conhecimentos atuais da biologia, sugerir que o autismo possui uma etiologia essencialmente biológica. Essa afirmação é fundamentada em estudos interdisciplinares que desenvolvi, como detalharei adiante. A abordagem interdisciplinar visa romper as fronteiras tradicionais do conhecimento, permitindo uma análise aprofundada e abrangente dos mecanismos subjacentes a essa entidade clínica.

O autismo existe desde eras antigas do ser humano e sua etiologia permanece indefinida. O termo autismo vem do grego *auto* - referente a si mesmo -, mais o sufixo grego *-ismos*, indicando ação ou estado onde o indivíduo vive para si mesmo. Ou seja, está imerso em si próprio. Cada indivíduo tem seu próprio conjunto de manifestações, tornando-o único dentro do espectro autista.

Kanner (1949) foi o primeiro autor a realizar seu estudo acadêmico e a enfatizar a sintomatologia autista, salientando a interioridade de seus portadores. Foi, ainda, o primeiro a diferenciá-lo dos quadros de retardamento mental. Seu estudo tornou-se alvo de vários pesquisadores de ciências afins como geneticistas, neurocientistas, patologistas, sociólogos, antropólogos, psiquiatras, psicanalistas, endocrinologistas, psicólogos e outros.

O autismo está conceituado no DSM-IV (1994), que reuniu sua

sintomatologia como Transtorno de espectro autista (TEA), um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social.

Na minha prática clínica como psicanalista e psiquiatra, tenho observado e tratado pacientes neuróticos com barreiras autistas (Tustin, 1990) com apreciável melhora dos mesmos. Segundo Tustin (1990), as barreiras autistas são formadas por elementos do próprio corpo, de natureza macia ou dura, que os portadores utilizam para a autogeração de experiências sensoriais capazes de o apaziguar, devido às sensações de morte diante de um trauma. No entanto, segundo a autora, o apego às barreiras autistas “parece afetar a capacidade do indivíduo para a empatia, e, portanto, para relações com as pessoas”. Considerou que esta fixação é o elemento responsável pela etiologia do autismo, que é *psicogênico*, hipótese ilustrada com material clínico e supervisões ministradas. Além disso, afirmou que “o elemento decisivo para o seu estudo do autismo foi seu reconhecimento em si mesma de um perfil pessoal marcado por elementos autísticos”.

Tustin tem um currículo invejável. Analisou-se com Bion (1962) e fez supervisões com Rosenfeld (1980) e Meltzer (1975). A formação em análise de crianças teve como orientadores Bick (1968) e Bowlby (1973). Conviveu com Winnicott (1975) e outros tantos psicanalistas da Sociedade Britânica de Psicanálise. Sua vida pessoal foi marcada pela presença constante do marido, um cientista inovador na física, que balanceava seus voos psicanalíticos.

Talvez seu mais significativo seguidor seja Ogden (1989) ao sistematizar a posição autista-contígua, baseando-se em seus estudos, uma enriquecedora contribuição teórico-técnica para a psicanálise. Acrescento, ainda, estudos de Winnicott (1962, 1975) sobre o *holding*, Piontelli (1977) sobre a ultrassonografia fetal, Kandel (2003) sobre neurobiologia sobre a memória implícita e outros da psicologia aplicada.

Esta interdisciplinaridade permitiu-me estender estes e outros estudos citados ao longo desse trabalho, ao trauma fetal, aproximando mais a psicanálise da biologia (Salim, 2012 e 2018).

A patologia autista, na minha experiência clínica (Salim, 2005a, 2005b), abrange o portador da patologia do vazio e da anorexia nervosa, além dos pacientes atípicos, dos psicossomáticos, dos com adição às drogas e ao álcool, dos com perversões sexuais e com outras entidades clínicas. Difere da psicopatologia esquizoparanoide e depressiva descritas por Klein (1930), cujos inícios remontam ao período pós-natal, resultante das relações intersubjetivas do bebê, no qual já podemos falar em ego.

As “barreiras autistas” segundo Tustin

Tive dificuldades pessoais para adentrar ao estudo da obra de Tustin, mas conseguindo fazê-lo, beneficiei-me ao identificar idiosincrasias autistas em mim e enriquecer meu referencial psicanalítico teórico e técnico. Ela descreve a patologia autista com exuberância e delicadeza. Ilustra-a 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, originada pela experiência de morte, do não continuar sendo. O uso dessas defesas pode se prolongar pela vida do portador, tornando-o insuficiente para os cuidados pessoais consigo mesmo, sua vida familiar, social e profissional.

Há diferença entre 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 edredom, uma palavra ou uma melodia, ou um maneirismo” já implica na presença de um ego. É posterior aos “objetos autistas” e às “formas autistas” de Tustin.

Ambos os autores não associam esse apego aos objetos “transicional” ou “autistas” à uma finalidade de continuar vivo. Por exemplo, 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, enfatizada adiante. Um fato interessante é que ambos

mantinham relação pessoal próxima, mas citam pouco um ao outro em seus trabalhos publicados.

Voltando a Tustin (1990), ela diz que: “As formas *primordiais* parecem emanar de ritmos e respostas auto eróticas na raiz de *nossa existência*”. Talvez, o mesmo que Winnicott (1975) dizia quando se referia às “elabora-ções imaginativas” das funções corporais. Prossegue: “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.” Remete-nos à enurese noturna, à salivação, à sudorese, ao lacrimejamento excessivo, às alergias e outras entidades clínicas.

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 dessa “barreira autista” com objetos duros a encoprese, os eczemas, o bruxismo, o chuchar do nariz ou da boca com o dedo, os movimentos da língua dentro da boca e sobre os lábios, e base de outras entidades clínicas. Para ela, as sensações sensoriais com os “objetos autistas” e as “formas autistas” tendem a manter os portadores (sendo fetos, recém-nascidos, crianças, jovens, adultos ou idosos) com sintomas autistas em um estado não-eu, excluídos das relações com o mundo externo. Essas experiências têm ritmo e intensidade regulares, ditados instintivamente, como coçar a própria pele com as unhas ou os dentes em casos de bruxismo.

Como mostrarei adiante, o estado não-eu, ocorre após o evento traumático.

É importante destacar o conceito de trauma que norteia suas concepções. O mesmo conceituado por Freud. Neste trabalho é norteado pelo DSM-IV (1994).

Trauma

Tustin (1990) relaciona o trauma à “uma consciência traumática de separação física da mãe, que invade a consciência, antes que seus aparelhos psíquicos estejam prontos para suportar a tensão”. Portanto, ela segue 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 ou testemunha do trauma, segundo o DSM-IV (1994). Seu apego à teoria freudiana foi um elemento impeditivo para que se aproximasse mais da biologia. Ainda assim, a autora deixa claro que tinha essa intuição.

Escreveu: “Em alguns casos, o autismo surgiu após ou durante uma doença debilitante, ou intervenção cirúrgica na infância, especialmente se os membros foram imobilizados. 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* da própria criança e o clima emocional da família na qual ela é criada”. Estaria relacionando essas tendências constitucionais à genética ou à filogenética, ou a traumas pré-natais de várias naturezas? Estaria ela indicando a necessidade de uma predisposição?

Meus estudos indicam que sim. O desenvolvimento de um estado autista está condicionado a um trauma fetal com disparo das barreiras autistas no período fetal. Exemplo, em um acidente de carro com quatro passageiros, apenas um desenvolve um quadro de estresse crônico, enquanto os demais se recuperam após um mês do acidente. Tustin (1990) enfatiza: “A penetração pela técnica de tratamento psicológico tem que ser introspectivamente sensível. Nesses níveis, estamos trabalhando com elementos psicossomáticos e *neuromentais*”.

Esses destaques indicam que ela 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 e sensações de entorpecimento de suas extremidades*. Por meio disso, eles sentem que evitam a “morte” súbita e catastrófica, que acontece incontrolável e inesperadamente. De certa forma, isto é semelhante ao *congelamento* de um animal apavorado. Uma supervisionanda 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 observações clínicas revelam continuidades entre a vida animal e a vida do feto, do bebê, do jovem e do homem. Todos têm o comportamento e as funções biológicas mais determinados pela presença ou não da sensação de perigo de morte, como sugere Levine (1997) ao descrever a reação da presa frente ao predador. Essa apresenta reação de imobilidade, congelamento, contra-ataque ou fuga, assim como o homem.

Outra contribuição clínica de inegável valor feita por Tustin (1990), inicia com uma observação de outra supervisionanda sua: “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...”. Em obra anterior, Tustin (1972) mencionou: “Certos pacientes neuróticos têm muito em comum com as crianças autistas”.

Vale destacar também o trabalho de supervisão de Tustin (1990) com

outra 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”. Na mesma obra, relata outra supervisionanda: “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, minha supervisionanda, fez-me perceber o valor do entendimento derivado do trabalho clínico com o autismo psicogênico, de se fazerem diagnósticos mais precisos, de modo que menos pacientes percam seu tempo em lugares inadequados e recebam tratamentos impróprios”.

Meus acréscimos aos estudos de Tustin

Muitos anos atrás, eu havia adquirido um exemplar de seu livro *Autismo e Psicose Infantil* (Tustin, 1972), mas acabei colocando-o de lado pelas dificuldades encontradas para entendê-lo. Depois voltei a ele, através de citações de Ogden (1989, 1994) em seus trabalhos sobre o psiquismo inicial, no qual eu estava interessado. Há três anos voltei a lê-lo. Logo depois, iniciei um grupo de estudos para leitura do seu livro “*Barreiras Autistas em Pacientes Neuróticos*” (Tustin, 1990), que se mantem até hoje.

Minuciei o conhecimento do conteúdo destes livros sobre o autismo. Achei pertinente acrescentar aos conceitos de Tustin os estudos que vinha fazendo do substrato anatômico do psiquismo inicial e dos possíveis efeitos do trauma nesse período, segundo o DSM-IV (1994). Articulei contribuições da embriologia, da psiquiatria, da psicologia experimental, da

etologia, da ultrassonografia fetal e da neurobiologia. Publiquei alguns trabalhos a respeito (Salim 2002, 2004a, 2004b, 2005a).

Essa multidisciplinaridade integrada permitiu-me uma formulação do psiquismo inicial 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, ainda, 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 a dos animais, ditadas pelo sistema límbico (instintivo) e pelo neocórtex (racional). Diante do perigo, tais reações atuam mesmo antes de serem processadas ‘com a cabeça’. O corpo chega antes da consciência. Fundador da escola denominada de Experiência Somática, Levine (1997) menciona que quando a presa opta pela imobilidade, acontecem modificações fisiológicas de natureza hormonal, bioquímica e neurológica motora e sensitiva. 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.

Estes estudos, penso eu, podem contribuir para se entender a etiologia do autismo e das “barreiras autistas” ao introduzirem a interdisciplinaridade citada e a tentativa de revelar um sentimento pré-natal e perinatal, onde impera a noção constante de “continuidade do ser”, segundo Winnicott (1962).

Minha hipótese

Minha hipótese considera que o início de vida do ser humano ou animal começa logo após a fecundação. A embriogênese vai se estender regida pelo estado de homeostase, que pode ter relação com o princípio

de constância por Freud (1920) e jamais deixado de ser buscado. Tustin (1990) intuiu-o ao descrever que as primeiras formas autistas são oriundas de ritmos e respostas autoeróticas na raiz de nossa existência.

Segundo Kandel (2003), o registro desse estado fisiológico equilibrado, regular e contínuo é feito pela memória implícita incipiente. Essa se enriquece ao longo da vida com mais recursos autônomos 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”.

Em resumo, uma mudança no equilíbrio da homeostase do meio interno por um trauma pode gerar a noção subjetiva de morte ou descontinuidade do SER. Para se auto apaziguar, sua vítima se retrai em busca desse estado anterior, no qual ocorre a desaceleração dos ritmos biológicos, possibilitando o prolongamento da vida. Denomino este retorno de ‘regressão somática’ (Salim, 2018). Similarmente, em suas obras, Freud descreveu uma regressão emocional como defesa neurótica e a ilustrou metaforicamente como a marcha dos exércitos que recuam a postos estratégicos deixados atrás para casos de necessidade de ajuda.

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 (Blackstone, Morrison e Roth, 2005).

Assim, um recém-nascido portador de um trauma fetal ou perinatal pode apresentar movimentos motores lentos, tendo dificuldade para sugar o mamilo e outras manifestações próprias do estado de imobilidade. O caos instituído só cessa quando é adequadamente cuidado, como Winnicott (1962) acentuou com o conceito físico de *holding* e de “mãe suficientemente boa”.

Tustin (1990) afirmava que muitas crianças autistas tinham mães dedicadas e que não se podia relacionar o autismo a elas, deixando bem entendido como aponte*i* em *itálico*, que haviam razões anteriores ao nascimento, possivelmente trauma sentido com risco de vida no período natal e perinatal.

A importância desse trauma precoce e seus desdobramentos futuros é demonstrada pelas experiências de Harlow (1958) e Levine (1962) com 128 macacos e ratos, que confirmam o que Tustin (1990) e Ogden (1989) mencionam em seus trabalhos: a existência de uma matriz psíquica autista inicial à qual se pode relacionar uma patologia própria com manifestações clínicas específicas, entre elas o isolamento social e a desvitalização. Harlow (1958) e Levine (1962) observaram que macacos e ratos recém-nascidos, quando separados de suas mães logo após o nascimento e retornados após 6 meses, reagem com isolamento e desvitalização. E quando separados após 10 dias do nascimento e também retornados após 6 meses, apresentavam comportamento diferente ao retornar ao convívio com os seus grupos, demonstrando, que neste período perinatal de 10 dias, acontecem mudanças significativas no desenvolvimento desses animais, responsáveis por sintomas e comportamentos atípicos.

Segundo Korbivcher (2006), há relatos por seus pequenos pacientes de sonhos com água, animais reptilianos, todos elementos primitivos de nossas filogêneses, sugere ao início da vida na terra, demonstrando as raízes primitivas do autismo. Mais ainda, conforme Zucker et al. (2007), há alguns bebês que nascem com traços autistas. Contribuem para um lento desenvolvimento biológico e psíquico do recém-nascido. São mais lentos, dormem mais, apresentam dificuldade para pegar o mamilo da mãe e respondem menos a estímulos externos.

O somatório dessas contribuições possibilita propor a hipótese de que a etiologia do autismo remonta à ocorrência do trauma no período fetal ou perinatal. Como este período é um universo sem palavras, nosso corpo vem em nossa ajuda, como “uma mãe suficientemente boa”, conforme Winnicott (1962). Chega antes, de forma reflexa. A linguagem extra verbal

antecede a verbal, assim como sucede na relação analista- analisando, que fica ditada pelas experiências sensoriais de ambos.

Este conhecimento auxilia no diagnóstico da patologia autista gerada pela matriz autista-contígua e facilita o manejo da técnica psicanalítica com esses pacientes. Aqui abro um espaço para justificar a terminologia ‘patologia autista’ e ‘não psicopatologia autista’. A resposta é simples. Como estou propondo uma etiologia fetal e perinatal, então não podemos falar de elementos psíquicos nestes períodos de vida. O psiquismo só vai começar a desenvolver após o perinatal, como ego e superego, consciência, realidade, raciocínio, memória e outras funções cognitivas. Por isto, considero a contratransferência de fundamental importância para a identificação da patologia autista. 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, 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’, 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 desse 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. Outro dado importante de mencionar é que o sonho pode ser o único instrumento para o reconhecimento da ocorrência do trauma precoce. Em alguns casos chega-se à identificação desse por meio do relato da mãe durante a gravidez, ou de outro familiar. 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 (1990) através de inúmeros casos clínicos.

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 14 anos, quando foi hospitalizada, porque agredia fisicamente a mãe, fugia de casa, ateava fogo em objetos caseiros, e tentou autoextermínio 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 ritmados 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 se vingaria ela.

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 patologia autista associada com hiperatividade alternada com imobilidade. Após alguns encontros senti em L confiança em mim. 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 essa não a entendia. Com fina sensibilidade, L obrigava a mãe a dizer como ela estava a percebendo. Nessas 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 não se repetiria, porque eu tentaria entender para não ocorrer novamente.

Mais dócil comigo, tiveram início os movimentos para o isolamento e a imobilidade. Colava-se à almofada no divã, como uma forma autista de apaziguamento. 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. Relatou sonhos em que fazia força para mover os braços e as pernas e não conseguia. Eram elementos indicativos de seu imobilismo.

Em outra sessão começou a sentir dor abdominal, enquanto deitada no divã. Essa foi acentuando e ela desfaleceu. Esses 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 4 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 aprendizado na escola, fato que provocava constantes atritos entre ela e a mãe.

Eu a compreendia porque o aprendizado da criança com ‘barreiras autistas’ 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 sua forma de Ser ou de como ordena os objetos pode ser sentida como risco para sua continuidade pessoal. 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 suas tendências 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. Essa identificação a mantinha mais animada, mas compreendeu que precisava agir de modo mais moderado, porque não se aguentaria na exaltação por toda a vida. L entendeu tais tendências como antagônicas para seus médicos, que a estigmatizaram com o diagnóstico de paciente bipolar ou esquizofrênica. Sua capacidade para esse insight mostrava que estávamos no caminho certo.

Minha compreensão de que L apresentava uma patologia 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.

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, ditadas pela sua formação superegóica severa pelo tratamento sempre corretivo da mãe.

Caso B

Trata-se de uma menina com 6 anos de idade, 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 uma cidade mexicana. De volta à casa na América, procura isolar-se dos colegas de escola.

O psiquiatra da escola é notificado. Diagnostica-a como autista e dirige-se à sua casa para comunicar o diagnóstico à mãe. Ao chegar, a menina está no telhado da 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. 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 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 para de gritar.

Em um momento desta mesma cena, o cineasta exhibe a fixação do olhar da menina na costura do gomo de uma bola, destacando-a. Escrevi (Salim, 2002) um trabalho que denominei de “Remendos para uma superfície sensorial”, no qual descrevo vários sintomas obsessivos como ficar enrolando os cabelos continuamente, os incessantes olhar e o falar, a manipulação obsessiva de celulares, terços, contas e outros.

Conclusão

Sugiro que a etiologia do autismo tem uma origem biológica filogenética e não uma origem psicogênica. Implica no acontecimento de um trauma, como um evento físico, infeccioso, hemorrágico ou outro, seguido de noção marcante de morte, ocorrido no período pré-natal e perinatal.

O corpo vem em seu socorro de forma reflexa para atenuar a ansiedade de morte e promover a sobrevivência. A primeira em busca do auto apaziguamento pelo próprio corpo através de suas “formas autistas” e “objetos autistas” em contato com suas mucosas, mais a pele. A segunda pela diminuição da absorção e do consumo de O² pela célula para realizar suas funções vitais. O corpo se torna “uma mãe suficientemente boa”, segundo Winnicott (1962).

O caos instituído só termina quando atendidos em psicoterapia psicanalítica conduzida com empatia e regularidade do *setting*.

Acho importante abrir uma discussão mais ampla sobre o autismo entre psiquiatras, psicanalistas e neurocientistas para continuar os estudos citados e outros, seguindo uma simetria horizontal que se soma.

Concordo com Soussumi (2011) ao escrever “Enquanto permaneceremos aferrados ao passado e à nossa necessidade de ordem, previsibilidade e certeza que nos confortam e aplacam nossa angústia, estaremos muito distantes de efetivamente saber quem somos e entender o sujeito à nossa frente”.

AN INTERSECTION BETWEEN PSYCHOANALYSIS AND BIOLOGY: AN AUTISM ETIOLOGY

ABSTRACT: In this work, I suggest a biological hypothesis for the autism etiology as a result from a crossroad between psychoanalysis, interdisciplinary studies from biology on trauma and clinical evidences through studies during twenty years of research. The hypothesis is related to a traumatic event defined in the DSM-IV (1994) as an experience lived or witnessed by the victim with a sense of death. This hypothesis triggers two phylogenetic defenses: the first aimed at the fetus auto appeasement through sensory experiences involving various soft and hard elements of its own body and its mucous membranes. These experiences are governed reflexively and instinctively by the autonomic nervous system and begin during the fetal period. The second defense involves reducing

the absorption and expenditure of cellular oxygen to prioritize vital activities essential for survival, similar to hibernation in animals and plants under adverse living conditions. The traumatic experience occurs during the fetal and perinatal period. As a result, the newborn develops a fixation on these defenses, becoming the primary etiological factor for autism. Paradoxically, I consider the psychoanalytic setting as a fundamental element for treating the death anxiety present in the described trauma victim.

I present clinical evidence to support this hypothesis.

KEYWORDS: autism; etiology; trauma; phylogenetic defenses; psychoanalytic setting.

UNA TRAVESÍA ENTRE PSICOANÁLISIS Y BIOLOGÍA: UNA ETIOLOGÍA DEL AUTISMO

RESUMEN: En este trabajo, propongo una hipótesis biológica para el autismo resultado de una intersección entre el psicoanálisis, estudios interdisciplinarios de biología sobre el trauma y evidencia clínica recopilada durante veinte años de investigación. La hipótesis está relacionada con un evento traumático definido en el DSM-IV (1994) como una experiencia vivida o presenciada por la víctima con una sensación de muerte. Esta hipótesis desencadena dos defensas filogenéticas: la primera dirigida a auto apaciguamiento del feto a través de experiencias sensoriales que involucran diversos elementos suaves y duros de su propio cuerpo y sus membranas mucosas. Estas experiencias están gobernadas de manera refleja e instintiva por el sistema nervioso autónomo y comienzan durante el período fetal. La segunda defensa implica reducir la absorción y el gasto de oxígeno celular para priorizar las actividades vitales esenciales para la supervivencia, similar a la hibernación en animales y plantas en condiciones adversas de vida. La experiencia traumática ocurre durante el período fetal y perinatal. Como resultado, el recién nacido desarrolla una fijación en estas defensas, convirtiéndose en el factor etiológico principal del autismo. Paradójicamente, considero que el entorno psicoanalítico es un elemento fundamental para tratar la ansiedad de muerte presente en la víctima del trauma descrito. Presento evidencia clínica para respaldar esta hipótesis.

PALAVRAS-CHAVE: autismo; etiología; trauma; defensas filogenéticas, enquadre psicanalítico.

REFERÊNCIAS:

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *Int. J. Psycho-anal.* 49:484-6.

Bion, W.R. (1962). *Learnig from experience*. Karnac.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.

DSM-IV. (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Associação Americana de Psiquiatria.

Freud, S. (1919). *A Psicanálise e as Neuroses de Guerra*. ESB, v.17. Rio de Janeiro: Editora Imago.

_____. (1920). *Além do princípio do prazer*. ESB, v.18. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Blackstone, E., Morrison, M., & Roth, M. B. (2005). H2S induces a suspended animation-

- like state in mice. *Science*, 308(5721), 518-518.
- Harlow, H. (1958). The nature of love. *Americ. J. Psychology*, 13, 673-686.
- Kandel, E. (2003). A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado. *Rev. Psiquiat. Rio Grande do Sul*, 25 (1), 139-165.
- Kanner, Leo. (1943). Autistic disturbances of affective contact. In: *The Nervous Child*. Baltimore: *Child Care Publication*. p. 217-250.
- Klein, M. (1930) “The importance of symbol formation in the development of the ego”, in *Love, Guilt and Reparation and others works*”, Hogarth, 1975, p219-232.
- Korbivcher, C. F. (2006). A mente do analista e as transformações autísticas. *Rev. Brasil. Psicanál*, 39 (4): 113-130.
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger: healing the trauma*. Berkeley: North Atlantic Press.
- Levine, S. (1962). Infantile experience and resistance to physiological stress. *Science*, 135: 405-406.
- Meltzer, D. (1975). Adhesive identification. *Revue Contemporary Psychoanalysis*, 11:289-310.
- Ogden, T. (1989). 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.
- 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.
- Rosenfeld, D. (1980). O corpo em Psicanálise - Acerca do esquema corporal. *Rev. Brasil. Psicanál*, 17: 235-25.
- Salim, AS. (2002). 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). O Trauma, a Psicose e o Transtorno do estresse pós-traumático. *Rev. Socied. Brasil. Psicanál. Porto Alegre*, 7: 595-624.
- _____. (2005b) 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.
- _____. (2012). *Psicanálise, Trauma e Neurobiologia*. Belo Horizonte: Editora Artesã.
- _____. (2018). *O corpo como um sujeito da Psicanálise*. Belo Horizonte: Editora Artesã.
- Sidarta, R. (2003). Sonho, memória e o reencontro de Freud com o cérebro. *Rev. Brasil. Psiquiat*. 25 (2): 59-63.
- Soussumi, Y. (2011). *Paradigmas metamórficos: Desvelando a natureza dionisíaca do real*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tustin, F. (1972). *Autismo e Psicose Infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____. (1990). *Barreiras autísticas em pacientes psiconeuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, DW. (1962). *A integração do ego no desenvolvimento da criança*. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
Zucker, N. L., Losh, M., Bulik, C. M., LaBar, K. S., Piven, J., & Pelphrey, K. A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological bulletin*, 133(6), 976.

salim.sebastiao@gmail.com