

DEFICIÊNCIA, AUTISMO E PSICANÁLISE

Cristina Abranches Mota Batista

Psicanalista, doutora em Ciências Sociais pela PUC-SP, superintendente do Centro de Atendimento e Inclusão Social – MG e membro do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública.

E-mail: crisambatista@gmail.com

Resumo: Este artigo é resultado de uma exposição para o encontro do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP), realizado em São Paulo em maio de 2013. O propósito desse encontro era abordar as políticas públicas desenvolvidas para as pessoas com o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e o fato de o espectro autismo estar associado à deficiência intelectual na elaboração e condução dessas políticas. Com esse intuito, este texto aborda os possíveis motivos que levaram os governos e familiares de pessoas diagnosticadas com autismo ou TEA a defender essa associação à deficiência intelectual. Para tal, foi realizado um breve histórico, destacando que essas duas patologias estão entrelaçadas desde o início das descobertas científicas na Idade Moderna. Nesse percurso, este artigo explora a evolução do conceito de deficiência, de reabilitação, bem como dos direitos dessas pessoas, defendidos mundialmente. Em cada um desses aspectos abordados, situou-se a psicanálise e, para esta publicação, destacaram-se as posições subjetivas e possíveis tratamentos baseados na ética e nos dispositivos da psicanálise para ambos os casos. A intenção com este artigo é demonstrar que, mesmo a psicanálise não concordando com a associação desses dois quadros, tem muito a contribuir e a atuar na condução do tratamento desses sujeitos.

Palavras-chave: deficiência intelectual; transtorno do espectro do autismo; autismo; debilidade; reabilitação; psicanálise.

Abstract: This article is the result of an exposition for the meeting of the movement Psychoanalysis, Autism, and Public Health (MPASP), held in São Paulo, Brazil, in May 2013. The purpose of this meeting was addressing the public policies developed for people suffering from the autism spectrum disorder (ASD) and the fact that autism spectrum is associated with intellectual disability in the creation and implementation of these policies. To do this, this text addresses the possible reasons that have led governments and relatives of people diagnosed with autism or ASD to advocate for this association with intellectual disability. A brief

history was prepared, emphasizing that these two pathologies are intertwined since the onset of scientific discoveries in the Early Modern Period. In this pathway, this article explores the evolution of the concept of disability, the rehabilitation, as well as the rights of these people, advocated for around the world. In each of these aspects addressed, psychoanalysis was situated and, for this article, subjective positions and possible treatments based on ethics and psychoanalysis devices were highlighted for both cases. This article aims to demonstrate that, even though psychoanalysis does not agree with the association between these two conditions, it has much to contribute and act to manage the treatment of these subjects.

Keywords: intellectual disability; autism spectrum disorder; autism; weakness; rehabilitation; psychoanalysis.

Início do tratamento e do treinamento

As teorias de Paracelso, Pinel, Itard se destacam no início das descobertas científicas sobre a deficiência intelectual e autismo entre final do séc. XVIII e início do séc. XIX. Iniciaram sob a nosografia de amênia e demência, o estudo de quadros que posteriormente foram diagnosticados como deficiência, autismo e psicoses, os mantendo inicialmente em uma mesma categoria. Foi Esquirol, em 1818, quem propôs uma primeira distinção entre idiotia e loucura (BATISTA, 2012).

Nessa confusão histórica da nosografia entre deficiência intelectual e loucura, a diferenciação foi estabelecida pelo fato de que para os loucos considerava-se uma possibilidade de cura, enquanto que para a deficiência intelectual foi mantida a representação da incurabilidade. O “louco” chegou a ter uma representação social “como um objeto de fascinação na medida em que se atribui a ele um saber apocalíptico acerca da morte e do fim do mundo, sobre as potências ocultas do universo, sobre o destino do homem” (VEGA, 2010, p. 34), contudo, a figura do indivíduo com deficiência incorporou o que existe de monstruoso e feio na condição humana, com a convicção de que não se poderia resgatar o espírito humano dessas pessoas, visto que supostamente elas nunca o possuíram. Nesse sentido, a deficiência intelectual foi estigmatizada com o que existe de pior no ser humano, sendo representada como o “degrau zero da humanidade” (ZAFIROPOULOS, 1981, p. 48). A segregação dessas pessoas foi ampliada ao se associar a deficiência à materialidade do organicismo, a crença da incurabilidade com um prognóstico sombrio e total desconsideração da condição psíquica. Em decorrência disso, essa deficiência foi então configurada como

assunto de domínio das ciências comportamentais e organicistas. O tratamento inicial teve o nome de ortopedia mental, influenciado pelas ideias de Rousseau, sobre o “Bom Selvagem”, de Condillac, a “Estátua” e de Locke sobre a “Tabula Rasa” (BATISTA, 2012). Eram, nos dois casos, considerados seres que deveriam ser treinados por serem inferiores, serem “sub-humanos”, “monstros” perigosos e próximos aos animais.¹

A deficiência e o autismo ou alienação se confundiram até os estudos de Kanner e Asperger em 1943. Desde 1943, são considerados quadros distintos, a não ser em casos que mantinham as duas “patologias” associadas.

Para se tentar dar consistência a um diagnóstico diferencial entre deficiência e loucura, a deficiência mental foi associada ao déficit intelectual e criando-se testes psicológicos e cognitivos para comprovar tal déficit. No entanto, diante da incoerência dos testes, os parâmetros e as nomenclaturas iniciais mudaram originando novas classificações e novos conceitos como os de “falsa” e “verdadeira” debilidade (nota-se que para se considerar uma debilidade como verdadeira, recorreu novamente à causalidade orgânica). A grande preocupação inicial para o meio científico sobre essa deficiência era conseguir classificar e separar os considerados graves daqueles menos graves, e assim definir tratamentos para cada classificação, distinguindo a proposta de treinamento (para os mais graves) ao da educação (para os menos graves). Nos meados do séc. XX, a querela nosográfica entre o grave e o menos grave migrou para se tentar diferenciar o que seria normal do patológico. A questão principal que passou a nortear os questionamentos foi sobre a própria deficiência mental, “quem é mesmo o deficiente mental”? Como consequência desses questionamentos novamente se recorreu à predominância da causalidade orgânica, da incurabilidade, somada à noção de uma função deficitária no desenvolvimento infantil e intelectual. A questão psíquica só passou a ser considerada a partir dos meados do séc. XX.

A correlação com uma causa orgânica, seja ela neurológica ou genética, persiste como um fantasma para os dois casos (autismo e deficiência intelectual) até os dias atuais.

É com certo espanto que testemunhamos, nos dias atuais, a opção de governos e principalmente dos familiares de pessoas com autismo em associar o autismo à

1 Essas formas de tratamento (sub-humanos, monstros e próximos animais) foram encontradas em registros de documentos e pesquisas médicas da época.

deficiência e a etiologia orgânica e, ao mesmo tempo, repudiar uma aproximação deste com a psicose, ou uma etiologia psíquica. Como se houvesse um retrocesso, ou mesmo uma opção por uma condição que historicamente possui maior estigma.

Alguns pontos podem justificar essa escolha: a mudança da imagem da deficiência no século XXI, o reconhecimento e crescimento da defesa de direitos das pessoas com deficiência nas últimas décadas e mesmo com o surgimento de um processo de vitimização, descrito por Todorov, Eliacheff e Larivière, dentre outros (TODOROV, 1999, ELIACHEFF e SOULEZ-LARIVIÈRE, 2007). Nesse caso, existem vantagens subjetivas em as pessoas e familiares assumir o lugar de vítimas e associar o autismo a um tipo de deficiência, na busca de reparação do que foi lesado e na conquista de direitos. Ao mesmo tempo, vincular-se ao lugar de vítima destitui toda a possibilidade de responsabilidade sobre o desenvolvimento ou mesmo agravamento do quadro. A defesa da etiologia orgânica leva igualmente a uma destituição de uma posição subjetiva e a possibilidade de um tratamento puramente medicamentoso. De fato, outra relação psíquica se instala com o medicamento e o avatar da herança genética.

Evolução do conceito de deficiência

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1976, fez uma revisão da conceituação de deficiência que culminou na *Internacional Classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease – (ICIDH)* que foi traduzido e publicado, em 1989, como *Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças (Cidid)* (AMIRALIAN, 2000). Em muitos países a Cidid tem sido utilizada na determinação da prevalência das incapacidades, aplicada à área de seguro social, saúde ocupacional, concessões de benefícios, em cuidados pessoais de saúde, ou como forma de avaliações para se indicar uma reabilitação. Essa conceituação estabelece, com objetividade, e mantém uma hierarquia de intensidades, uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos, propondo que sejam utilizados pelos serviços de medicina, na reabilitação e segurança social. Em um modelo biomédico e linear, a Cidid contempla (WHO, 1980):

Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma

anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

Incapacidade: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária.

Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

Após essa classificação, vários estudos analisaram e criticaram as diferenças entre o modelo médico e o social de incapacidade, como o de Rieser (1995), que destacou a importância de se considerar o social, alegando que o modelo médico se encontrava atrelado a estereótipos. Rieser apontou que: o padrão médico enfatiza a dependência, considerando a pessoa incapacitada como problema, e, o social consegue atribuir as desvantagens individuais e coletivas das pessoas com deficiência à discriminação institucional. A partir desses e outros estudos, passa-se a considerar que a solução para a incapacidade estaria na reestruturação da sociedade, o que influenciou as políticas públicas e mudanças no entendimento da deficiência.

Em 2001, essa classificação foi revista e reeditada não contendo mais uma sucessão linear dos níveis, mas indicando a interação entre as funções orgânicas, as atividades e a participação social; criando a Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF (WHO, 2001). A Convenção da Guatemala de 1999 (OEA, 1999), internalizada à Constituição Brasileira pelo Decreto 3956/2001. No seu artigo 1º define deficiência como “[...] uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (ibid.). O importante dessas novas definições que se sucederam é que elas destacam o funcionamento global

da pessoa em relação aos fatores contextuais e do meio. Essa definição motivou a proposta de substituir a terminologia “pessoa deficiente” por “pessoa em situação de deficiência”.

O relatório de 2012 da OMS adota a CIF como modelo conceitual por considerar um modelo que não privilegia a deficiência e assim representar um avanço conceitual. A CIF compreende “funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais” (OMS, 2012).

Promovido como um “modelo biológico - *psíquico* - social”, o relatório representa um compromisso viável entre os modelos médico e social. A incapacidade é um termo abrangente para deficiências, limitações para realizar, e restrições para participar de certas atividades, que engloba os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com um problema de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais). (Ibid., p.4; grifo nosso)

Nessa conceituação está considerada a questão psíquica na definição da deficiência e podemos analisar como posições subjetivas podem estabelecer a construção dos laços sociais e na relação pessoal e subjetiva com a deficiência. Essa posição subjetiva pode até mesmo interferir na relação do sujeito com a deficiência, afetando o grau de deficiência, incapacidade ou desvantagem. Quando se considera esse modelo mais abrangente e complexo que o modelo restrito à conceituação médica, possibilita-se uma atuação ativa do sujeito e da sociedade no processo de reabilitação e inclusão social.

Atualmente, o diagnóstico de deficiência mental (intelectual) é compreendido e contido nos documentos oficiais como:

(...) estado de redução notável do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, associado às limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo, como: comunicação e cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho. (AAIDD,² 2011)

2 A American Association on Mental Retardation (AAMR), em 2006, mudou sua nomenclatura e sigla para American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (AAMR, 2011).

Neste conceito, para que “um indivíduo seja diagnosticado com a deficiência intelectual, esses aspectos devem ocorrer durante o desenvolvimento infantil e antes dos 18 anos” (ibid.). O grande impasse é que essa definição pressupõe um modelo mediano e um padrão adaptativo do indivíduo, classificando como deficitário aquele que está abaixo da média ou não adaptado ao que se considera um funcionamento normal. Nota-se que nessa definição cabe vários quadros, inclusive o TEA, ao realizar-se um diagnóstico em uma espécie de *checklist*.

Evolução dos direitos das pessoas com deficiência

A ONU declarou o ano de 1981 como “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”. O resultado mais importante dessa data foi o Programa de Ação relativo às Pessoas com Deficiência, adotado pela Assembleia Geral da ONU de 3 de dezembro de 1982 (OMS, 2012). Desde então, os direitos das pessoas com deficiência têm sido objeto de atenção das Nações Unidas e de outras organizações internacionais. No Brasil, a Lei 7.853 de 24.10.89 e posteriormente o Decreto 3.298 de 20.12.99 (Coordenadoria de Apoio à Pessoa Portadora de Deficiência, hoje Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência) define a habilitação e reabilitação e equiparação de oportunidades e ofertas de serviços na saúde, educação, trabalho e assistência social para esse público.

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993 (48ª sessão de 20 de dezembro de 1993), elaborou as Normas de Equiparação de Oportunidades para pessoas com deficiência, publicada em 1996. “Elas implicam num forte compromisso moral e político em nome dos países-membros para agir com vistas à equiparação de oportunidades para pessoas com deficiência” (ONU, 1996, p. 11). “O objetivo das Normas é o de garantir que meninas, meninos, mulheres e homens com deficiência, enquanto membros de suas comunidades, possam exercer os mesmos direitos e deveres que os outros” (ibid., p. 27). Os requisitos para igualdade de participação, definidos nessa norma são: conscientização, cuidados médicos, reabilitação, serviços de apoio. As áreas-alvo para igualdade de participação são: acessibilidade (acesso ao ambiente físico e à informação), educação, emprego, manutenção de renda e seguro social, vida familiar e integridade pessoal, cultura, recreação, esportes e religião. Na área que trata da educação, o documento determina a educação em ambiente inclusivo; e na área do trabalho, menciona a impossibilidade da discriminação e de se manterem obstáculos ao

emprego para a pessoa com deficiência. Além da Convenção de Guatemala de 2001, a Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência em Nova York foi ratificada, em 2007, pelo governo brasileiro e fortalece os direitos, a assistência e a inclusão dessas pessoas.

Foi comprovado que a deficiência agrava o estado de pobreza das pessoas em ambientes socioeconomicamente desfavorecidos, o que se tornou preocupação da ONU e da OMS em incentivar programas com o objetivo de identificar elementos-chave para assegurar uma agenda para o desenvolvimento para 2015, que contemple as pessoas com deficiência.

Percebe-se nessa evolução dos direitos um ganho significativo para as pessoas com deficiência, o que levou os familiares de pessoas com TEA a almejam direitos semelhantes e serem inseridos nos programas em andamento.

Conceito de reabilitação

O conceito de reabilitação teve grande impulso e desenvolvimento no século XX, sobretudo no período posterior às grandes catástrofes mundiais, como foram as guerras. Foram imputados aos governos os custos econômicos, familiares e sociais decorrentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos e exigidas medidas de reparação e integração (OMS, 2012). Esse mesmo relatório constata que “há muito tempo a reabilitação carece de uma estrutura conceitual unificadora” (ibid., p. 99). Mas, se esse conceito surgiu com a ideia de reparar um déficit adquirido, foi também introduzida a noção de habilitação associada à noção de reabilitação e mesmo este último passou a ser considerado de forma mais ampla, conforme a evolução do próprio entendimento da deficiência. Historicamente, o termo tem descrito uma série de respostas à deficiência, desde as intervenções para melhorar a função corporal até medidas mais abrangentes destinadas a promover a inclusão. Destaco partes do relatório que percebe uma evolução no entendimento do que seja reabilitação, como:

Há um pressuposto implícito de que cada “tipo de deficiência” tem necessidades específicas de saúde, educacionais, de reabilitação, sociais, e de apoio. Porém, respostas diferentes podem ser necessárias – por exemplo, dois indivíduos com a mesma deficiência podem ter experiências e necessidades muito diferentes. (Ibid., p. 22)

Essa percepção da necessidade individual demonstra a necessidade de políticas públicas que proponham ações diferenciadas e mesmo que privilegie questões subjetivas. Destaco outras citações que podem contemplar a atuação do psicanalista:

- Reabilitação é um processo global e dinâmico, orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa com deficiência, tendo em vista a sua reintegração social.
- A reabilitação pode estar associada a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, *psíquico* (grifo nosso) e social a que todos os indivíduos têm direito.
- “Algumas pessoas com deficiência podem ter necessidades de saúde múltiplas ou complexas, incluindo reabilitação, que requer a atuação de diferentes prestadores de serviços” (ibid., p. 72).
- O artigo 26, Habilitação e Reabilitação, da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas Deficiência (CDPD) recomenda: “(...) medidas apropriadas, inclusive por meio do apoio de pares, para permitir que pessoas com deficiência alcancem e mantenham o máximo de independência, sua mais completa capacidade física, mental, social e vocacional, além de total inclusão e participação em todos os aspectos da vida” (ibid., p. 99).

O Relatório sobre as Deficiências (OMS, 2012) constata que em diversos países se enfatiza a necessidade de haver equipes multidisciplinares no atendimento às pessoas com deficiência por se constatar benefícios à reabilitação, quando realizado por uma equipe multidisciplinar. O tratamento atual impõe uma mudança na sociedade e uma ampla assistência para além do que se convencionou como reabilitação, o que cabe aqui a defesa da psicanálise nesse campo. Percebe-se o quanto esse conceito de reabilitação e deficiência é amplo prevendo a questão e permitindo a entrada da psicanálise nesse campo. Não que o psicanalista faça a reabilitação no modelo clássico, propriamente dita, mas pode fazer parte de uma equipe que se preocupa em atender as pessoas em suas necessidades e particularidades. Visto que a prevalência de deficiências é atualmente considerada como resultado de uma relação complexa e dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais. Além disso, existe um esforço mundial para mensurar as interações entre os serviços e definir políticas que têm foco no indivíduo (prover um dispositivo assistido com toda sua complexidade), a sociedade (implementar leis contra a discriminação), ou ambos (ibid.).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS) criou formas de produções para registrar os atendimentos de pessoas com deficiência mental e autismo em 2002, nomeadas como Apacs (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo) considerando a complexidade dessa forma de atendimento. Ao se criar um procedimento específico para a deficiência intelectual foi englobado o autismo, esse procedimento teve também o intuito de separar a deficiência mental da doença mental, mesma época da criação dos Caps (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil. Em 2008, essas nomenclaturas mudaram e se criaram novos procedimentos para englobar outras patologias como o “transtorno do desenvolvimento”, mas mantendo associado o autismo e a deficiência mental. Nota-se que já se passou uma década, que houve a associação da deficiência intelectual com o autismo no Brasil, para efeito de formulação de políticas públicas na área da saúde. Em 2012, o MS criou a Rede de Cuidados as Pessoas com Deficiência e os CERs (Centro Especializado de Reabilitação II, III, IV) A numeração: II, III ou IV é referente ao número de deficiências que o Centro atende, podendo ser de duas deficiências até quatro (englobando também o TEA nesses quadros).

Está prevista para esses centros a atuação de uma equipe multidisciplinar no processo de habilitação e reabilitação. No entanto, no decreto 835 de abril de 2012, ao determinar o incentivo financeiro para os centros, delimita uma equipe multiprofissional mínima composta por: médico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional; assistente social; e enfermeiro. Causa-nos preocupação o fato de nesse decreto, o psicólogo não ser contemplado e muito menos o psicanalista, contrariando a evolução das pesquisas sobre a deficiência e mesmo o autismo.

Deficiência intelectual, transtorno do espectro do autismo e psicanálise

Ao se considerar a relevância dos aspectos psíquicos no atendimento às pessoas com deficiência, a psicanálise está implícita no tratamento desses sujeitos. De fato, o psicanalista fazendo parte da equipe de atendimento às pessoas com deficiência permite escutar e analisar os aspectos subjetivos referentes à forma que o sujeito lida com sua deficiência, seu corpo e mesmo seu processo de reabilitação na busca de sua autonomia e participação social. Mas, além desse aspecto, existe a etiologia psíquica e quadros próprios da psicanálise que podem coincidir com casos diagnosticados como Deficiência Intelectual, ou Transtorno do Espectro do Autismo.

Com relação à deficiência intelectual, encontramos pesquisas que comprovam que essa deficiência decorre de inúmeras e complexas causas, que englobam fatores genéticos (29%), hereditários (19%) e ambientais (10%)³. Mas o que nos chama a atenção é que em 42% dos casos, mesmo com a utilização de sofisticados recursos diagnósticos, não é possível definir com clareza a etiologia dessa deficiência. Essa parte desconhecida da etiologia nos leva a considerar a importância de outras causas como: questões sociais e econômicas e, principalmente, uma provável causa psíquica, o que permite uma correlação entre essa deficiência e o conceito de debilidade, tal qual Lacan desenvolveu (BATISTA, 2012). O conceito de deficiência nas definições descritas anteriormente, como da CIF, tem ligação estreita com o desempenho de funções, por outro lado, o conceito freudiano de inibição também está ligado a uma função.

Para Freud, em seu texto de 1926, “Inibição, sintoma e angústia”, a inibição é algo pertinente ao sujeito do inconsciente e a define como “a expressão de uma restrição de uma função do eu” (FREUD, 1926/1980, p. 109). No entanto, o que difere drasticamente do conceito de deficiência e caracteriza o conceito freudiano é que, nesse caso, o vínculo da inibição com a função está atrelado à história e à escolha psíquica do sujeito. Posteriormente a Freud, Lacan (1975), aborda os conceitos de inibição, sintoma e angústia e os articula com os três registros: localizando a angústia no real, o sintoma no simbólico e a inibição no imaginário. Para Lacan, a inibição é situada no campo do corpo (ibid.). A inibição, ao fazer com que o eu renuncie a certas funções que são fontes de angústia para o sujeito, estabelece um “laço com o gozo pulsional, ao impor contra investimentos para lutar contra a emergência dos afetos ou fantasias geradoras de sinal de angústia” (TROBAS, 2003, p. 26; tradução nossa). Dessa forma, a inibição tem a mesma função do sintoma quanto à defesa contra a angústia; mas nesse caso se busca “tratar a satisfação pulsional, o gozo, de tal modo que se elabore e se supere a angústia de castração” (ibid.). Assim, a psicanálise permite abranger quadros que são diagnosticados como deficiência intelectual por outro viés que não o do déficit, nem tampouco considerá-la como sendo algo puramente comportamental ou orgânico, apesar de afetar o funcionamento e de situar no corpo, mas neste caso um corpo pulsional.

3 Dados extraídos do site do Instituto Indianópolis, uma instituição especializada na questão da deficiência intelectual: <www.indianapolis.com.br>, acessado em 17 de julho de 2011.

Lacan aborda o conceito da debilidade, considerando-a como um mal-estar de todo sujeito. Uma definição que muda radicalmente a questão da debilidade, não se tratando mais de um déficit de apenas alguns, mas algo peculiar a todo sujeito. Nesse sentido, o psicanalista chega a afirmar que os débeis que ele denomina em ordem cronológica são: Platão, Ernest Jones e ele próprio Lacan (cf. Lacan apud LEFORT e LEFORT, 1991, p. 47-48). Para Lacan, a debilidade não tem correlação com o desenvolvimento, nem tampouco com o desempenho e afirma em seu seminário XVI *De um Outro a outro*, que existe certa astúcia no débil “(...) é forçoso, afinal, que nem tudo seja tão débil assim no débil mental. E se ele fosse um pouquinho ardisoso, o débil mental?” (LACAN, 1968-69/2008, p. 172). Para Rosine e Robert Lefort, psicanalistas franceses seguidores da teoria lacaniana, a debilidade não se caracteriza como uma estrutura psíquica distinta, “ela não é mais que um avatar, ou talvez um tropeço” do sujeito diante da castração e a falta estrutural do Outro (LEFORT e LEFORT, 1991, p. 49). Os estudos de Mannoni (1964/1988) sobre essa deficiência foram fundamentais e representaram uma virada no seu entendimento e tratamento, por introduzir a causalidade psíquica, a possibilidade de escuta e mesmo de uma cura analítica para essa condição. Incluindo, na sua tese, casos em que se têm uma patologia orgânica diagnosticada, pois, para a psicanálise o que condiciona o quadro de debilidade é um tipo de resposta psíquica do sujeito a uma relação peculiar com a figura materna. É evidente que existem diferenças subjetivas entre os indivíduos com uma mesma patologia orgânica, e é nessa diferença subjetiva que se apoia à escuta e o tratamento do sujeito.

Tanto o autismo quanto a debilidade, na teoria lacaniana, apresentam características do sujeito em sua relação com o grande Outro, e uma particularidade no enodamento dos três registros: simbólico, imaginário e real. Existem pontos em comuns para o sujeito com autismo ou na posição débil, mas com saídas subjetivas distintas, destaco algumas:

Para evitar a angustia da castração, o débil mantém o Outro sem falta, como detentor de todo saber e se colocando servil deste Outro. O sujeito na posição débil, ao evitar a falta, percebe e tenta a todo custo manter o Outro completo, que lhe é inquestionável. O sujeito nessa posição não suporta se separar da primeira imagem especular, apegando-se ao sentido da identificação imaginária com a completude desse Outro. Nessa condição, mantém-se uma consistência imaginária e pode-se dizer que o sujeito nessa posição débil insiste e não se permite ex-sistir (BATISTA, 2012).

Enquanto o autista percebe o Outro como ausente ou como um fantasma ameaçador (MALEVAL, 2009), utilizando de todos os recursos para anulá-lo ou mantê-lo afastado. Se para o débil existe um fortalecimento da alienação ao Outro, para o autista, ela é feita de forma precária e aliena em si.

Nos dois quadros, o sujeito apresenta dificuldades na inscrição simbólica com uma supremacia do imaginário, mantendo o duplo em suas relações. No entanto, enquanto o sujeito na posição débil utiliza o duplo em uma relação imaginária com um apego ao Outro, mantendo relações com características viscosa e servil, o autista utiliza muitas vezes um objeto como duplo para se esquivar do Outro.

Nos dois casos, o sujeito enfrenta dificuldades para se apropriar e dar significado ao próprio corpo e de seus limites, mantendo uma relação particular com o corpo. O autista se aliena em si e muitas vezes não percebe o limite entre si e o outro, como se houvesse uma dificuldade em delimitar as bordas de seu corpo, enquanto o débil se entrega ao outro que lhe oferece os cuidados, uma entrega de seu corpo ao outro fazendo um só corpo, como se houvesse a fusão de um corpo (LAURENT, 1989).

A fraqueza da instância simbólica na debilidade e a recusa de reconhecimento da falta no Outro acarreta a uma relação singular com o saber, como se esse sujeito se autointerditasse sede saber. Ele se apega à verdade de forma apaixonada e se esquivava a toda forma de questionamento. A desistência de saber sobre a falta leva à renúncia de todo saber autônomo. O sujeito nessa posição não se coloca como agente do discurso, ficando meio “por fora” (BRUNO, 1986). Os laços são construídos um pouco de fora da linguagem, não assumindo como agente do discurso e se mantendo na repetição. Na debilidade, o sujeito se esquivava dos tropeços do simbólico e mantém a verdade nua e crua do imaginário na figura do Outro, repetindo o que o Outro diz para fortalecê-lo. Assim, o sujeito na posição débil utiliza do ritual e da repetição para impedir os equívocos do simbólico e manter a consistência do imaginário.

No autismo, o sujeito não toma a palavra como sua, mas repete o outro, com ecolalias e sonoridade características de uma fala nula sem intenção discursiva, como uma forma de anular o discurso e o Outro. Nessa posição, o sujeito tenta organizar o mundo metodicamente e ritualizado com o intuito de assegurar que Ninguém entre e desorganize essa suposta garantia de um mundo sem outros. Como se organizando o mundo em sua volta regulasse e controlasse esse Outro.

Alertamos que para ambos os casos um tratamento que se baseia no treinamento e repetição pode apenas reforçar a condição desses sujeitos, reforçando o que se define

como deficiência, incapacidade e desvantagem nos conceitos clássicos da deficiência. Como salienta Sacks (1995), esses tratamentos produzem sujeitos autômatos e não permitem a inscrição do sujeito em sua história com autonomia.

Ponderamos que a saída da condição débil e do autismo depende da manobra do atendimento, das instituições e da atuação dos adultos. No caso da debilidade, é preciso sair de uma relação dual que fortalece a prevalência imaginária, de forma que, tanto as crianças quanto seus familiares possam se questionar sobre suas posições. Essa passagem permite que se instale um processo de identificação, como sugerem Balbo e Bergès (2003), ou uma forma de simbolização, que muitas vezes se traduz em um período depressivo na própria criança e se torna um momento difícil de suportar tanto para o sujeito, para as famílias, quanto para o trabalho institucional. Ultrapassar esse momento crucial para o sujeito depende de uma posição ética dos trabalhadores envolvidos no atendimento especializado, que perpassa a ética da psicanálise. Também no autismo o processo pode trazer efeitos semelhantes e o avanço do tratamento pode representar um momento de depressão e angústia.

Com esse pressuposto teórico da constituição psíquica, podemos arriscar uma análise do momento atual, no qual, a recusa à psicanálise, como forma de tratamento para o autismo, representa exatamente uma resistência a essa angústia tão necessária a condução do tratamento. A recusa à psicanálise pode representar na verdade uma recusa da necessidade de mudança da posição subjetiva, no qual o sujeito se responsabiliza por essa mudança e faz suas escolhas, independentemente de sua herança genética ou constituição neurológica. Presenciamos de forma análoga a resposta psíquica, uma ação social com uma posição frágil e débil, como um não querer saber sobre isto que a psicanálise representa.

Referências

- AAIDD – AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. Disponível em: <[http:// www.aamr.org](http://www.aamr.org)>. Acesso em: 17 jul. de 2011.
- AMIRALIAN Maria L. T; PINTO, Elizabeth B.; GHIRARDI, Maria I. G.; LICHTIG, Ida; MASINI, Elcie F. S. e PASQUALIN, Luiz. Conceituando deficiência. *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 34 (1), p. 97-103, 2000.
- BALBO, G. e BERGÈS, J. *Psicose, autismo e falha cognitiva na criança*. Porto Alegre: CMC, 2003.

- BATISTA, C. A. M. *Inclusão escolar: equívocos e insistência. Uma história de reis príncipes, monstros, castelos, cachorros, leões, meninos e meninas*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.
- BRASIL. Lei nº 7.853. *Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do ministério Público, define crimes e dá outras providências*. Brasília, 1989.
- _____. Lei nº 3.298. *Dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência*. Brasília, 1999.
- BRUNO, P. A côté de la plaque. Sur la débilite mentale. *IORNICAR ? REVUE DE CHAMP FREUDIEN*, Paris, n°37, Champ Freudienne, abr-jun, 1986, p. 38-65.
- ELIACHEFF C. e SOULEZ-LARIVIERE, D. *Le Temps de Victimes*. Paris: Albin Michel, 2007.
- FREUD, S. (1926). Inibições, sintomas e ansiedades. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XX. Tradução Jayme Salomão. Rio Janeiro: Imago, 1980, p. 107-210.
- LACAN, J. (1968-69). *O seminário, livro 16: de um Outro a outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- _____. Seminário R.S.I. *ORNICAR? REVUE DE CHAMP FREUDIEN*, n°2, marzo. Champ Freudienne, 1975, p. 11-35.
- _____. *Meu Ensino*. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- LAURENT. El Goce del debil. In: *Ninõs em psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial, 1989, p. 145-149.
- LEFORT, R. e LEFORT, R. La Realité de la débilite mentale par Rosine et Robert Lefort. *REVUE DE L'ECOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE*, Actes n. 19, p. 47-50, nov 1991.
- MALEVAL, J. Qual o tratamento para o sujeito autista? *Revista da Faculdade de Educação da UFG*, v. 34, n. 2, 2009.
- MANNONI, M. (1964). *A criança retardada e a mãe*. Tradução de A. C. Villaça. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência*. Guatemala, 28 de maio de 1999.
- OMS. *Relatório Mundial sobre a Deficiência/ World Health Organization, The World Bank*. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPCD, 2012.
- ONU. *Regras Padrões sobre Equalização de Oportunidades para pessoas com deficiência*. Salamanca, 1994.
- _____. *Normas para equiparação de Oportunidades para as Pessoas Portadoras de Deficiência*. 1996.

- ONU. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Nova York/Impresso Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial de Direitos Humanos Corde, 2007.
- RIESER R. The social modal of disability. Invisible children. In: JOINT CONFERENCE ON CHILDREN, IMAGES AND DISABILITY. *Anais...* 1995, p. 55-56.
- SACKS, O. *Um Antropólogo em Marte: Sete histórias paradoxais*. Tradução Bernardo Carvalho. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- TODOROV, T. *O homem desenraizado*. Tradução de Cristina Cabo. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- TROBAS, G. Três respuestas del sujeto ante la angustia: inhibición, pasaje al acto y acting out. In: *Logos 1 Nel*. NEL (Nueva Escuela Lacanniana, Sede Miami). Buenos Aires: Série Tri, Gama Ediciones, 2003, p. 9-65.
- VEGA, E. de LA. *Anormales, deficientes y especiales: genealogia de la educacions especial*. Buenos Aires: Centro de Publicacions Educativas y Material Didáctico, 2010.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva, 1980.
- _____. *The International Classification of Functioning. Disability and Health*. Geneva, 2001.
- ZAFIROPOULOS, M. *Les arriérés: de l'asile à l'usine*. Paris: Payot, 1981.

Recebido em 30/7/2013; Aprovado em 15/9/2013.