

IMPORTÂNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NO DESENVOLVIMENTO DA PESSOA COM ESPECTRO DO AUTISMO

Tânia Bechara Asfóra Galvão

Mestranda em Ciências da Educação
Universidade Autônoma de Assunção-UAA
taniabechara@hotmail.com

Resumo: Este artigo objetivou pesquisar as relações familiares das pessoas que tenham entre seus membros uma pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo - TEA. A amostragem foi realizada com 40 famílias. Através desse estudo buscaremos identificar como estão as relações que permeiam essas famílias, sob três aspectos de dificuldades vivenciados pela pessoa com TEA, a saber: Adaptação, Afetividade e Autonomia. A metodologia desse estudo foi de forma qualitativa, com aplicação de questionários e teste psicológico, tendo levantamento dos dados com reflexões dos mesmos, além de todo um apanhado teórico, para instigar a pesquisa. O embasamento científico foi através dos preceitos da Teoria Psicanalítica, onde buscamos explicar como a pessoa se constitui como sujeito e assim compreender as vivências das relações familiares e o “fracasso dessa constituição” no Transtorno do Espectro do Autismo. A relevância da pesquisa está em fazer intervenções futuras nessas famílias para que minimizem os aspectos que se encontram prejudicados e potencialize os aspectos positivos para assim possibilitar ao membro com TEA um desenvolvimento satisfatório.

Palavras chaves: Autismo. Família. Psicanálise.

INTRODUÇÃO

Vários autores têm estudado sobre a importância da família para a estruturação do sujeito. Nos estudos voltados com a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) o que se observa é que essa estruturação não se constituiu. No decorrer da leitura procuramos elucidar alguns conceitos psicanalíticos que permeiam as famílias das pessoas com TEA e influenciam no desenvolvimento da mesma. Por isso descrevemos de forma sucinta alguns comportamentos vivenciados no âmbito familiar, tais como: afetividade, autonomia e adaptação. O termo autismo foi designado por Plouller, em 1906. A Pessoa

com Transtorno do Espectro do Autismo pode apresentar atividades e interesses restritos e estereotipados. Também pode apresentar uma série de problemas como: medos, fobias, alterações do sono e da alimentação, ataques de birras e agressões. Prejuízos na comunicação e linguagem são frequentes, essas crianças têm dificuldade em estabelecer um contato visual e de permanecer numa atividade e se engajar em jogos de faz de conta. Diante desse quadro apresentado pela síndrome, como se encontram as famílias que tenham entre seus membros uma pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo? Procuramos no decorrer desse trabalho traçar um perfil das famílias de pessoas com TEA, sendo sua relevância, fazer intervenções futuras nas mesmas, a partir dos dados obtidos, a fim de potencializar o desenvolvimento de comportamentos socialmente aceitos por essas pessoas. A Psicanálise nos ensina que o desenvolvimento humano não opera por simples automatismo biológico. Diante disso, a família tem um papel primordial para a estruturação do sujeito. São as marcas simbólicas desse primeiro núcleo social a que pertencemos que organiza o ser humano. O núcleo familiar engloba, em seu cerne, uma vasta gama de condutas e sentimentos que são determinantes para explicar os seus funcionamentos e o funcionamento de seus membros. A chegada de uma criança especial geralmente torna-se um evento bastante traumático e um momento de mudanças, dúvidas e confusão. O impacto que uma criança especial causa sobre a família fará com que o próprio grupo familiar seja obrigado a desconstruir seus modelos de pensamento e a recriar uma nova gama de conceitos que absorva essa realidade.

O número crescente de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo vem aumentando assustadoramente e hoje contamos com uma estatística de 1 para cada 59 indivíduos que apresentam o espectro. A necessidade de um estudo de como se encontra essa família do ponto de vista psíquico possibilitará uma melhor intervenção às pessoas com TEA. A presente pesquisa tem como objetivo traçar um perfil de famílias que tenham entre seus entes uma pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). A partir dela e dos fundamentos da Psicanálise tais como: Transferência e Estruturação do Ego poderemos oportunamente realizar intervenções para minimizar os sintomas do TEA e a angústia vivenciada pelas famílias dos mesmos.

A História da Psicanálise

A teoria Psicanalítica teve seu início por volta de 1902, tendo em Sigmund Freud sua principal expressão. Conhecer a história da psicanálise através do pensamento do seu criador, Sigmund Freud, é de fundamental importância para compreender a alma humana.

Sigmund Freud criou a Teoria Psicanalítica onde o homem é visto como uma soma de instintos, desejos e outras manifestações. Na sua teoria os conflitos sexuais da infância seriam a causa das doenças mentais. É através das fases do desenvolvimento sexual e a forma como os pais lidam com os filhos, que se constitui a estrutura da personalidade.

Os sintomas neuróticos estão relacionados com a sexualidade, que são as repressões e os obstáculos. Os comportamentos sexuais dos adultos têm a ver com as vivências infantis, com suas pulsões. A base da teoria psicanalítica é a energia libidínica. O aparelho psíquico de Freud é explicado em três instâncias, a saber, o id, o ego e o superego. É no id, instância que se caracteriza pelo inconsciente, que se localizam os recalques. Freud via o recalque como parte principal da estrutura da personalidade, como um processo topográfico, psicológico e dinâmico, que constitui o inconsciente. Porém não o via como a única força motivadora da vida mental.

A neurose é explicada por Freud através dos recalques e do investimento da libido nos primeiros anos de vida, sendo a libido a energia psíquica de caráter sexual. A libido sexual é a conexão dos fenômenos com a vida pulsional.

A teoria psicanalítica se baseia no princípio da causalidade, onde a atividade mental está voltada para uma causa, buscando assim, explicar o fenômeno psíquico. Daí a frase que ficou popularmente conhecida: “Freud explica”.

O estudo da interpretação dos sonhos realizado por Freud foi um dos mais intensos, ocupando o maior espaço nos seus escritos. É através dos sonhos, onde é visto como desejos do inconsciente, que ele reafirma a causa dos conflitos psíquicos como trauma de natureza sexual e dos recalques vivenciados na vida infantil.

O caráter sexual enfocado por Freud, para explicar a neurose através dos recalques e do investimento da libido nos primeiros anos de vida foi a causa de vários conflitos vivenciados pelos seus seguidores. A estrutura da psique na teoria Freudiana se compõe de instâncias que são delimitadas. No caso do Inconsciente, se para Freud é o local onde se encontram todas as coisas reprimidas, para Jung é uma fonte onde a criatividade positiva

pode trazer benefícios e transmitir à consciência forças de transformação e renovação. Adler por sua vez, fez da sua Teoria uma “Teoria Sistêmica” e percebendo o homem como um ser bio-psico-social, diferentemente da psicanálise.

A história da psicanálise não poderia ser diferente, tendo em Freud seu pai. Conflituoso consigo mesmo e conflitante com seus seguidores, revolucionou uma época sexualizando o período infantil e procurando a causa das neuroses. Criticado e crítico, mas não superado nas contribuições que deixou para a humanidade acerca da compreensão da psique.

Lacan faz uma releitura das pulsões nos seus seminários “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” e “As pulsões e suas vicissitudes”, e aborda um dos pontos contraditórios lidos em Freud, o da possível confusão entre o registro da pulsão e o da necessidade vital. Ele separa pulsão e necessidade.

Do ponto de vista psicanalítico, o TEA pode ser considerado como uma não instauração de certo número de estruturas psíquicas que, após sua ausência, podem acarretar déficits do tipo cognitivo, entre outros. Quando estes déficits do tipo cognitivo se instalam de maneira irreversível, podemos falar de deficiência. Esta deficiência seria então a consequência de uma não instauração das estruturas psíquicas, e não o contrário.

Essas estruturas psíquicas são instauradas nas satisfações das pulsões a partir do Outro. “Este Outro é alguém de carne e osso, com quem a criança estabelece uma relação da realidade, e ao mesmo tempo alguém que vai sustentar para a criança o lugar de grande Outro primordial, este que fala no seu lugar, que lhe fornece os significantes.” (Wanderley, 2003).

Lacan ainda fala da importância do Outro na constituição do sujeito num dos seus seminários quando diz que “é pelo remate pulsional que o sujeito atinge a dimensão do Grande Outro.”

Fica assim rearticulado o sujeito, onde se constitui no campo do significante com a questão da pulsão. Quando Lacan fala de alienação real percebe-se que o sujeito do circuito pulsional não é o *Eu*, mas o outro. Quando *Eu* falo é pelos significantes do Outro, o assujeitamento a esse outro, sujeito da pulsão, que tende a dar ao corpo deste ser que está em constituição do eu uma imagem especular do semelhante.

Transtorno do Espectro do Autismo

O termo autismo foi designado por Plouller, em 1906 quando estudava pacientes com demência precoce (esquizofrenia), introduzindo o termo na literatura da psiquiatria. Em 1911 Bleuler utilizou o termo autismo para designar comportamentos de seus pacientes onde havia uma perda do contato com a realidade levando a uma dificuldade ou impossibilidade na comunicação interpessoal.

Muito embora Plouller e Bleuler tenham utilizado o termo autismo para se referir a determinados comportamentos, apenas em 1943 é que ele se tornou divulgado entre a classe médica. Foi através da observação de 11 crianças atendidas por Leo Kanner, um médico austríaco radicado nos Estados Unidos da América, em que o mesmo escreveu “Os transtornos autistas do contato afetivo” (1943), traçando assim alguns dos aspectos da síndrome. Kanner identificou como traço fundamental do autismo a “incapacidade para relacionar-se normalmente com as pessoas e as situações”, descrevendo ainda o autismo como prejuízo nas relações sociais, afetivas, na comunicação e linguagem, e mudança de rotina.

Paralelo ao estudo de Kanner, em 1944 o médico vienense Hans Asperger, também descreveu vários casos por ele atendidos, e escreve o livro “Psicopatia autista na infância”, muito embora desconhecesse o trabalho de Kanner. Como sua obra foi publicada em alemão e não foi traduzida para outras línguas, apenas na década de 80 é que foram conhecidas. A grande diferença entre esses dois autores está na preocupação que Asperger teve em relação ao aspecto educacional. Essas diferenças posteriormente caracterizaram quadros distintos: o autismo e o transtorno de Asperger, porém atualmente trata-se apenas de Transtorno do Espectro do Autismo estando separados apenas por níveis de comprometimento. De acordo com o CID-10 (Código Internacional de Doenças),

Autismo é um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometido em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. Manifesta-se antes dos três anos de idade e ocorre três a quatro vezes mais frequentemente em meninos.

Esses indivíduos com transtorno autístico tem funcionamento comprometido antes dos três anos de idade, se encaixando nos novos critérios que se encontram no DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), e que foi regulamentado em 2013. Trata-se do documento mais atual em relação a esse transtorno. Os critérios são os seguintes:

1. Déficits na interação social e na comunicação, se manifestando pela dificuldade que a pessoa possui em se expressar tanto de forma verbal como não verbal para interagir socialmente, faltando a reciprocidade social; dificuldade em se relacionar de forma amigável com seus pares.
2. Repetições e restrições na forma de se comportar, nas atividades e nos interesses, que podem ser manifestados por pelo menos duas das maneiras seguintes: estereotípias verbais ou motoras e/ou sensibilidade exacerbada/minimizada; excessiva necessidade de manter-se numa rotina desenvolvendo rituais comportamentais; interesses restritos, fixos e intensos.

Além das características mais comuns a pessoa com TEA pode apresentar uma série de problemas como: medos, fobias, alterações do sono e da alimentação, ataques de birras e agressões. Como o autismo é definido por um conjunto comum de sintomas, estamos admitindo que ele seja mais bem representado por uma única categoria diagnóstica, que é o TEA, adaptável conforme apresentação clínica individual, que permite incluir especificidades clínicas como, por exemplo, transtornos genéticos conhecidos, epilepsia, deficiência intelectual e outros. Um transtorno na forma de espectro único reflete melhor o estágio de conhecimento sobre a patologia e sua apresentação clínica. Previamente, os critérios eram equivalentes a tentar “separar joio do trigo”.

Três domínios se tornaram dois: Deficiências sociais e de comunicação; Interesses restritos, fixos e intensos e comportamentos repetitivos. Déficits na comunicação e comportamentos sociais são inseparáveis, e avaliados mais precisamente quando observados como um único conjunto de sintomas com especificidades contextuais e ambientais.

Atrasos de linguagem não são características exclusivas dos transtornos do espectro do autismo e nem universais dentro dele. Podem ser definidos, mais apropriadamente, como fatores que influenciam nos sintomas clínicos de TEA, e não como critérios

diagnósticos para esses transtornos. Exigir que ambos os critérios sejam completamente preenchidos, melhora a especificidade diagnóstica sem prejudicar sua sensibilidade.

Foram conduzidas análises sobre os sintomas sociais e de comunicação para estabelecer os conjuntos mais sensíveis e específicos de sintomas, bem como os de descrições de critérios para uma série de idades e níveis de linguagem. Sendo esses níveis de gravidade, de leve ao mais grave, ao mesmo tempo em que mantém a especificidade que temos quando usamos apenas dois domínios.

A decisão foi baseada em revisão de literatura, consultas a especialistas e discussões de grupos de trabalho, sendo confirmada por análises secundárias feitas Universidade de Michigan. Muitos critérios sociais e de comunicação foram unidos e simplificados para esclarecer os requerimentos diagnósticos.

No DSM IV, critérios múltiplos avaliam o mesmo sintoma e por isso trazem peso excessivo ao ato de diagnosticar. Unir os domínios social e de comunicação, requer uma nova abordagem dos critérios.

Exigir duas manifestações de sintomas para comportamento repetitivos e interesses fixos e focados, melhora a especificidade dos critérios, sem perdas significativas na sensibilidade. A necessidade de fontes múltiplas de informação, incluindo observação clínica especializada e relatos de pais, cuidadores e professores, são ressaltados pela necessidade de atendermos uma proporção mais alta de critérios.

A presença, via observação clínica e relatos do (s) cuidador (es), de uma história de interesses fixos, rotinas ou rituais e comportamentos repetitivos, aumenta consideravelmente a estabilidade dos diagnósticos do espectro do autismo ao longo do tempo, e reforça a diferenciação entre TEA e os outros transtornos.

A reorganização dos subdomínios aumenta a clareza e continua a fornecer sensibilidade adequada, ao mesmo tempo em que melhora a especificidade necessária através de exemplos de diferentes faixas de idade e níveis de linguagem.

Comportamentos sensoriais incomuns, são explicitamente incluídos dentro de um subdomínio de comportamentos motores e verbais estereotipados, aumentando a especificação daqueles diferentes que podem ser codificados dentro desse domínio, com exemplos particularmente relevantes para crianças mais novas.

Diferentemente dos anos 60, a corrente psicanalítica atualmente já visa apoiar familiar como um todo e estabelecer uma escuta no intuito de desenvolver a autonomia e

constituição do sujeito, onde a culpabilidade da mãe já não existe, e nem é fator desencadeante do transtorno.

No final da década de 60, graças aos trabalhos de M. Rutter e D. Cohen o autismo passou a ser compreendido com um dos Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD. Além de ser extinto o estigma vivenciado pela família de ter um filho psicótico, proporciona uma perspectiva inovadora, tanto do ponto clínico como educacional, para compreender as funções desenvolvidas por todas as crianças. Atualmente designamos a nomenclatura de pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA).

Em geral os tratamentos para o TEA estão voltados para a socialização e intervenções educacionais no intuito de potencializar a aquisição da linguagem e melhorar as habilidades comunicativas e sociais minimizando assim os comportamentos não aceitáveis. Não existe tratamento medicamentoso que tratem os sintomas nucleares do TEA. No entanto se busca com frequência tratamentos psicofarmacológicos para amenizar as comorbidades (ex. agressão, comportamental autodestrutivas, hiperatividade e outros) que muitas vezes acompanham os sintomas nucleares e que incapacitam o desenvolvimento do transtorno quanto às intervenções sociais e educacionais.

Nos dados oficiais do *Centro de Controle e Prevenção de Doenças* dos Estados Unidos, a incidência do autismo acontece de 1 a cada 57 pessoas nascidas, cerca de 1 a 2% da população, dados esses colhidos em 2018, sendo a frequência quatro vezes maior no sexo masculino. Tiramos essa média para o Brasil, já que não temos dados oficiais, estimamos em 1 a 2 milhões de pessoas acometidas com o TEA.

As inúmeras correntes de estudiosos estão em busca de uma explicação para o TEA, mas embora haja divergências, numa coisa estão de comum acordo, com o novo critério estabelecido pelo DSM-5 e quanto a possibilidade de tratamento, que são diversas. É na neurociência que os estudos mais recentes têm avançado na busca da causa do transtorno, porém até o momento não se tem comprovação científica da mesma, nem tampouco possibilidades quanto a cura.

Psicanálise /TEA

A psique vive em constante luta por manter o equilíbrio entre tendências opostas. Por isso quando em estado consciente, se produz uma polaridade ou unilateralidade, o inconsciente reage através dos sonhos, ou fantasias para corrigir o desequilíbrio produzido.

Em não conseguindo a correção do desequilíbrio pode desencadear um estado depressivo, que funciona como forma de rejeição inconsciente do que está posto, no caso o Transtorno do Espectro do Autismo num ente familiar. A depressão funciona como uma defesa e o ser sem defesa é indefeso. Não se deve acabar com as defesas e sim organizá-las.

A pulsão de vida e a busca do prazer de que trata a Teoria Psicanalítica justifica em sua base o estado depressivo em que muitas vezes o indivíduo se encontra, levando-o a isolar-se, a afugentar-se pelo princípio do prazer. A pessoa se utiliza “uma tendência a isolar do ego tudo que pode tornar-se fonte de tal desprazer, a lançá-lo para fora e a criar um puro ego de busca de prazer, que sofre o confronto de um ‘exterior’ estranho e ameaçador.” (Freud-1974).

A impossibilidade de uma instauração apropriada do estágio do espelho em uma criança consiste na não assunção jubilatória diante de sua própria imagem, ou na não demanda de reconhecimento que poderia ser o efeito de uma falha deste reconhecimento primeiro. A falha neste evitamento do olhar seria uma supressão dos signos perceptivos do que poderia se fazer *olhar da mãe*, no sentido da sua *presença*, do seu investimento libidinal.

Lacan salientou a importância da captura da imagem do semelhante no estágio do espelho para seu próprio reconhecimento e que para que se possa advir ao campo do Outro não existe outro meio que não seja passar pelos significantes que, no mesmo movimento, o alienam a este Outro.

No percurso pulsional de que Lacan trata, falta à pessoa com TEA uma impossibilidade no final do percurso, de formar um novo sujeito a partir do olhar do Outro.

Um dos maiores pontos de contradição que Lacan aborda é que Freud confunde o registro da pulsão e o da necessidade vital. Em Freud vemos a pulsão como um conceito limite entre o psíquico e o somático, onde exemplifica a fome e a sede. Lacan vai examinar os 4 componentes da pulsão: o impulso, o alvo, o objeto e a fonte.

O IMPULSO que se caracteriza por ser uma força constante no sentido de uma energia potencial. O 2º componente seria a SATISFAÇÃO que surge em Freud como sublimação. Satisfazer a pulsão mesmo que ela não atinja seu alvo e mais que “o uso da função da pulsão não tem para nós outro interesse senão o de colocar em questão o que é da ordem da satisfação e mesmo os sintomas dos pacientes têm a ver com a satisfação. Eles satisfazem a alguma coisa” (Lacan, 1973). Ele conclui que:

Não se pode, portanto, dizer que o alvo não é atingido quanto à satisfação. A noção de satisfação atribuída a Lacan é que entre o impulso e a satisfação da pulsão existe um movimento circular que parte da borda erógena para voltar a ela depois de ter encontrado o objeto dessa satisfação. Por isso ele insiste em separar radicalmente de toda satisfação de uma necessidade orgânica. (Lacan,1990)

Ao OBJETO, Lacan chama de uma exigência pulsional, que é o que distingue satisfação de uma necessidade, de satisfação pulsional. Diz ele :

“A pulsão apreendendo seu objeto, aprende de algum modo que não é justamente por aí que ela se satisfaz, porque nenhum objeto de nenhuma necessidade pode satisfazer a pulsão; essa boca que se abre no registro da pulsão – não é pelo alimento que ela se satisfaz.” (Lacan,1990)

Posteriormente Lacan introduz o “objeto causa do desejo” questionando-se sobre qual seria o lugar da satisfação da pulsão.

A FONTE é uma construção em cuja composição o olhar do Outro desempenha um papel importante. A pulsão, pois, deixa de ser articulação entre o biológico e o psíquico e sim uma articulação entre o significante e o corpo. O olhar é diferente de visão. O amor é cego.

A satisfação da pulsão é a realização de todo trajeto da pulsão, é o que Lacan quando a ela se refere diz ser um circuito pulsional. E aí ele introduz na sua concepção de pulsão o “surgimento do sujeito da pulsão”.

Parece-nos possível colocar a hipótese de um fracasso nos autistas do tempo *alienação* da constituição do sujeito; e isso dentre outras coisas pela impossibilidade ou a recusa do remate do terceiro tempo do trajeto pulsional, tempo onde o Eu se faz objeto de um novo sujeito.

Este circuito pulsional segue um trajeto com remate no final. No nível da pulsão oral, no primeiro momento, que chamamos de ativo, o bebê busca o objeto externo, seio ou mamadeira; no segundo momento, que é reflexivo, o bebê toma parte do seu corpo como objeto, a chupeta ou o dedo; o terceiro momento que Freud chama de “passivo”, é quando o bebê se faz, ele mesmo, objeto de um outro, esse famoso novo sujeito – a mãe. Isto torna claro que o laço ao Outro é fundamental. O terceiro momento consiste em ser olhado,

“trata-se de *se fazer objeto de um novo sujeito, de se fazer olhar*. É a importância do *‘olhe prá mim, mamãe!’*.” E Lacan foi além desse momento que Freud chamou de passivo, dizendo não ser passivo, e sim momento particular de passividade, eminentemente ativo, pois o bebê suscita o interesse da mãe quando coloca o pezinho na boca, que podemos dizer que é o “*se fazer comer*”. O bebê autista não conhece esse tempo do circuito pulsional, o circuito não se fecha, ele não se antecipa como objeto de desejo oral da sua mãe, não se inscrevendo a alegria do seu rosto e no seu olhar. Muito embora possamos encontrar o conceito de *representação* em Freud com diferentes acepções, uma delas é esta do traço mnêmico investido, esse gozo que liga o bebê a mãe e que na pessoa com TEA o investimento não aconteceu.

O circuito pulsional completo, passando pelo pólo alucinatório de satisfação é o circuito de todo pensamento inconsciente que Freud o chamava de *representante da representação da pulsão*. Quando o terceiro momento do circuito fracassa, “nada garante que o auto-erotismo não fique desprovido de **Eros**, marca de ligação com o Outro. Retirando-se **Eros** do **auto-erotismo**, se lê, **autismo**. Nada garante que o **pólo alucinatório de satisfação** esteja no circuito e que, portanto, todo o sistema de representações possa funcionar, já que os processos de condensação e de deslocamento estão ausentes.” (Wanderley, 2013).

Relações Familiares / TEA

A Psicologia há algum tempo vem demonstrando seu interesse em conhecer o funcionamento das famílias. Entretanto, o crescimento dos estudos nesse campo se deve a contribuição do pensamento sistêmico que permitiu maior aproximação do conhecimento acerca da natureza complexa dos sistemas familiares. O pressuposto desse pensamento é que todo fenômeno é um sistema complexo que se caracteriza por interações e relações estabelecidas entre suas partes (P. Minuchin, 1985,1988). Para ele, a família é um todo organizado que se relaciona de forma interdependente a partir de vários subsistemas, tais como fraternal, parental e conjugal. Isso implica dizer que os acontecimentos de um subsistema afetam outro e vice-versa, já que um membro de um subsistema atua simultaneamente em outro subsistema fraternal (na família de origem e parental na família constituída, por exemplo). Sendo assim, as experiências vivenciadas em um dado subsistema repercutem em seus comportamentos, ações e relações em um outro

subsistema. Em sistemas complexos, como a família, estudar os fenômenos requer contextualizá-los e pensá-los a partir das relações causais entre seus membros.

Minuchin, que desenvolveu a Teoria Estrutural Sistêmica, postulou três componentes para o estudo de família, dentre eles, a sua Estrutura, que se refere às seqüências comportamentais que com o tempo tornam-se padrões que caracterizam o contexto familiar estabelecendo regras, às vezes implícitas, onde cada membro desenvolve seu papel e função de cada subsistema, regulando o como, o quando e com quem se relacionar. Esses padrões são mantidos por dois sistemas reguladores (S.Minuchin, 1980/1990), um mais geral formado pelas representações sobre as regras que configuram uma organização familiar e outro mais específico, formado pelas expectativas de cada membro da família, com relação a si e ao grupo. São eles os responsáveis pelo equilíbrio do sistema familiar, em alguns casos resistindo às mudanças, em outros criando alternativas coerentes com a descontinuidade sofrida pelo sistema. A diferença entre os subsistemas não se limita aos papéis que configuram a estrutura familiar, mas se estende ao modo como essas interações são percebidas pelos membros dos grupos, de acordo com o tipo e tamanho dos subsistemas. Ao mesmo tempo em que a percepção contribui para a caracterização das fronteiras, por meio das representações sobre o que é ser pai/mãe, por exemplo.

Salvador Minuchin caracteriza as fronteiras, a partir de um *continuum*, de três formas: rígida, aquela que restringe o contato entre os subsistemas levando ao distanciamento, “ela estimula a autonomia, mas limita a afeição e o carinho”; nítida, bem definida a ponto de permitir o contato entre seus membros e entre esses e outros subsistemas, sem prejudicar as funções por eles exercidas; e difusa, a qual não permite uma diferenciação entre os subsistemas, interferindo negativamente em suas funções e autonomia, os subsistemas emaranhados “transmitem um sentimento maior de apoio, mas à custa da independência e da autonomia”.

A dinâmica e a estrutura de uma família estão diretamente ligadas às características dos indivíduos que a compõem. Daí existir peculiaridades relacionais nos diferentes sistemas familiares por se organizarem a partir das características individuais, como por exemplo, nas necessidades especiais.

O núcleo familiar é de fundamental importância para a inserção do indivíduo com TEA na sociedade, como enfatiza a [Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012](#). Assim dispõe:

Art. 4º. A pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Abordaremos a seguir o relato de alguns autores acerca das relações familiares onde tenham em um de seus membros uma pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

Como mencionado anteriormente as relações que permeiam e movimentam a estrutura familiar sofre influência das características das pessoas que a constituem. Considerando o conjunto de comprometimentos que o TEA apresenta, a família, dentro das suas limitações, terá que construir estratégias, para se adaptar a essa nova demanda de modo a corresponder às necessidades da criança e dos demais membros. O que configura essas famílias é a forma de como os pais enxergam o transtorno, se como limitante ou como habilidades a serem desenvolvidas. É a partir do diagnóstico, que irá ser provocada uma atitude no sistema familiar para que ele seja reorganizado e possa lidar com o TEA. Essas mudanças não se darão apenas no sistema familiar, mas também no modo como os indivíduos que compõem o sistema, principalmente nas figuras parentais, de como percebem a si e ao outro. Os estudos vêm demonstrando que a reação dos pais ao diagnóstico, não só do TEA, mas a qualquer outra deficiência, está relacionado com outros aspectos, como crenças e valores que constituem sua subjetividade. Isso poderá gerar situações conflituosas entre os pais uma vez que a crença nas intervenções a serem feitas poderá divergir. A reação da família como um todo, dependerá de alguns fatores como: o grau de comprometimento da síndrome, competências e recursos dos pais cuidadores, História de cada membro da família, situações de conflito anteriormente atravessadas e como foram solucionadas, capacidade de comunicação do grupo familiar, nível sócio-econômico da família, existência ou não de uma rede de apoio (familiar e extrafamiliar), capacidade da família de se relacionar com os outros e de buscar ajuda, e possibilidade de que a família esteja enfrentando outra crise além da chegada desse filho (Flamenghi & Messa, 2007).

Sprovieri e Assumpção Júnior (2001) ressaltam na família onde tenha uma criança especial a saúde emocional desse grupo familiar sofre alterações, admitindo-se que seus membros são interdependentes, as características de um membro afetam os demais e vice-versa. Sendo assim, as demandas de cuidados que essa criança requer provoca mudanças nos papéis e regras à serem desempenhadas por todos que a compõem. Também, essas mudanças podem ser vistas como forma de fortalecimento entre seus membros, que conforme Paniagua (2004) “há famílias que conseguem criar estratégias de enfrentamento bem adaptadas, e isto não se constitui como fator determinante de desajuste familiar, não gerando estresse”. O aceitar não deve ser interpretado como sinônimo de conformismo frente às necessidades do filho (PANIAGUA, 2004). No TEA, a luta pela autonomia é diária e nas menores coisas. Os pais têm um papel fundamental para que eles possam ter essa aquisição. A dificuldade em proporcionar a autonomia a seu filho vai desde a falta de conhecimento a rapidez que a vida diária lhes cobra para desenvolver suas atividades.

Os pais em momento algum devem deixar de se preocupar com as limitações de percepção, autonomia e comunicação de seu filho, eles apenas precisam reconhecê-las para poder buscar recursos que minimizem essas limitações e desenvolvam habilidades presentes neles. Ainda de acordo com o autor, a adaptação familiar requer mudanças de papéis e regras, frente às dificuldades de desenvolvimento de um de seus membros. Sendo que o grau dessa adaptação vai além da reestruturação de aspectos relacionais e físicos de seu ambiente, o estigma colocado à criança estende-se às pessoas que se relacionam com ela, sua família e amigos, e essa pressão social em dados momentos, leva os pais a limitarem as atividades culturais e as interações extrafamiliares dos seus membros. No caso da família com um filho com TEA, é que o suporte oferecido pelo ambiente familiar não é suficiente, ocasionando um maior estresse em comparação com famílias de crianças que não possuem uma criança com essa síndrome, e que se agrava mais quando existe comorbidades como no caso da agressividade (LEE & GOTLIB, 1994). Algumas pesquisas constataram que o mais importante para configurar as relações na díade mãe/filho, era a percepção da mãe sobre as demandas da criança e sobre o seu papel de mãe, do que o transtorno em si. Apesar da ênfase nos efeitos negativos de um filho especial sobre o subsistema fraternal, é possível, como mencionamos acima, conseqüências positivas para os seus membros, como por exemplo, um desenvolvimento da autopercepção e a aprendizagem de se relacionar melhor como os outros, demonstrando aumento na

maturidade, tolerância e responsabilidade, do que nas famílias onde não tenha um membro com Transtorno do Espectro do Autismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que há a necessidade primeiro de reconhecimento, para levar a própria possibilidade da imagem do corpo, a imagem especular, e que poderia se formar somente no olhar do Outro.

O olhar para com o filho com TEA como uma continuidade sua muitas vezes o deixa prisioneiro para ser outro. É necessário realizar a própria vida para sair da posição de objeto de existir para o outro e não com o outro, o outro necessita entender de que maneira a pessoa com TEA enxerga o mundo para que possa subsidiar o seu desenvolvimento e deixar que ele seja “o outro”.

É possível o trabalho com a família para reconhecimento pelo Outro da imagem especular e contribuir para a autonomia que falta ao filho com TEA. É necessário um suporte à família para construção desse olhar.

Concluimos que um novo olhar para esse filho com Transtorno do Espectro do Autismo, após o luto inicial, irá proporcionar um maior desenvolvimento de suas potencialidades. No entanto, é necessário o suporte por profissionais que leve os membros dessas famílias ao seu fortalecimento estrutural, minimizando assim os traumas vivenciados na família nuclear e reinvestindo seus sentimentos nessa família constituída.

É possível através da mediação, que é um procedimento dialético de reencontro, para resolução dos conflitos interpessoais, em que há um terceiro, neutro e imparcial, auxiliar os indivíduos nos seus conflitos. O terapeuta psicanalítico tem o conhecimento da técnica e as respectivas habilidades, para conduzir o processo das relações familiares da pessoa com TEA.

Não é o fato da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo não habitar nem o seu corpo nem a sua linguagem e não ter o “outro” nada que seja na ordem do simbólico e da imaginação, que irá impedi-lo de estar num processo de terapia psicanalítica.

Dá dizer que, a intersubjetividade na escuta dos pais é de fundamental importância no investimento das potencialidades do filho com Transtorno do Espectro do Autismo. Dizemos sim, que a escuta no processo terapêutico psicanalítico para com a pessoa com TEA não necessita do componente lingüístico, onde será possível provocar uma ação e a

partir dessa atitude provocada, verificar as intervenções possíveis na reação obtida. No entanto utilizaremos a escuta familiar para que a associação livre possa ser feita, através por exemplo, das resistências à mudança. Enfatizamos assim as inscrições mencionadas por Freud, pois quando se fala no transtorno como algo irreversível, não quer dizer inatingível a ponto de não poder ser modificado e ainda iremos além, com o suporte junto à família ele poderá ser superado.

REFERÊNCIAS

Baron-Cohen S.(2008). *Autism and Asperger syndrome: the facts*. Oxford: Oxford University Press; 2008.

Bleuler, E.(2005). *Dementia Praecox Ou Grupo das Esquizofrenias* . Editor: Climepsi Editores, 2005.

Brasil. Presidência da República. *Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012*.

DSM-V. *Transtorno do Espectro do Autismo* (Autism Spectrum Disorder O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), publicado pela APA (American Psychiatric Association).

Freud, S. *Obras Psicológicas Completas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago.

Lacan, J.(1998). **Formulações sobre a causalidade psíquica**. Em *Escritos* (pp 152-194). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lee, C.M.; Gotlib, I. H.(1994). Mental illness and the family. In: L'Abate. L. (Org.). *Handbook of developmental family psychology and psychopathology*. New York: Wiley, p.243-263.

Messa, A.A.; Flamenghi Jr., G.A.(2010). *O impacto da deficiência nos irmãos: histórias de vida*. Ciênc. Saúde coletiva (online). vol.15, n2, pp. 529-538.

Minuchin, S. (1980/1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. (Tradução de J.A. Cunha. Porto Alegre: Artmed.

Organização Mundial de Saúde.(1983). *Classificação de transtornos mentais de comportamento da CID-10*: critérios diagnósticos para pesquisa. Traduzido por Maria Lúcia Domingues.10a ed. Porto Alegre- RS, Artes Médicas.

Paniagua, G.(2004). As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. In: Coll, C.; Merchesi, A.; Palácios J. e Coll. *Desenvolvimento psicológico e educação*. (Tradução de F. Murad). 2ª ed. Artmed: São Paulo, V.3, capt. 17, p. 330-346.

Rutter M. (1978). Diagnosis and definition: In: Rutter M, Schopler E, editors. *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press; p. 1-25.

Sprovieri, M.H.S.; Assumpção Júnior, F.B. (2001). Dinâmica Familiar de crianças autistas. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, v.59, n.2-A, p. 230-237.

Wanderley, D.(2013). A voz da sereia – o autismo e os impasses na constituição do sujeito – Textos compilados de Marie-Cristine Laznik. Salvador: Ágalm.

www.csautismo.blogspot.com.br/2011/05/em-1906-Plouller. Acessado em 10/09/2018.

www.autismo-br.com.br. *Estudos iniciais de Autismo por Leo Kanner*. Acessado em 08/09/2018.
