

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA

ACOLHE-ME EM TEU COLO:

**A Função do Corpo do Analista no Tratamento Psicanalítico com a
Criança Autista**

CAROLINE FABRINE NUNES ARAÚJO

Brasília-DF

2008

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

ACOLHE-ME EM TEU COLO:

**A Função do Corpo do Analista no Tratamento Psicanalítico com a Criança
Autista**

CAROLINE FABRINE NUNES ARAÚJO

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

ORIENTADORA: PROFa. Dra. MARIA IZABEL TAFURI

Brasília-DF

2008

A Banca Examinadora que aprovou esta dissertação teve a seguinte composição:

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
Universidade de Brasília - UnB
Presidente

Profa. Dra. Sandra Maria Baccara de Araújo
Centro Universitário de Brasília - UNICEUB
Membro Externo

Profa. Dra. Marisa Maria Brito da Justa Neves
Universidade de Brasília - UnB
Membro Titular

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Universidade de Brasília - UnB
Membro Suplente

Brasília, 15 de Agosto de 2008

Dedico essa dissertação aos meus queridos e amados pais. O carinho, a dedicação e o amor de vocês iluminam a minha vida em todos os momentos.

E aos meus pequeninos pacientes, fonte primeira de minha experiência clínica.

AGRADECIMENTOS

Registro meus sinceros agradecimentos a todos aqueles, muito queridos para mim, que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho.

Agradeço, especialmente, a Deus, pela dádiva da vida;

Aos meus pais, João e Joeli, que com amor e confiança me permitiram sonhar e estar aqui a realizar mais esse sonho;

Às minhas irmãs, Keli Cristina e Keli Alessandra, verdadeiras amigas, o amor de vocês e o amor por vocês me fazem uma pessoa melhor a cada dia;

À minha querida família, pelo apoio, confiança e alegria, a cada encontro e reencontro no doce lar dos meus avós;

Ao meu namorado, Júnior, pelo amor, paciência e companheirismo durante todo o período em que estive quase que, exclusivamente, a me dedicar a esse trabalho;

À professora Dra. Maria Izabel Tafuri, pelo acolhimento, incentivo e dedicação durante todo o processo de elaboração dessa dissertação, bem como pelas supervisões clínicas que me fizeram enxergar para além dos limites da patologia;

Aos professores do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília que me acolheram com carinho e confiaram no meu trabalho;

Aos amigos da UnB, Lívia, Marília, Vanessa, Luciana, Ana Carolina, Carlos, Ivan, pelas opiniões, pelos desabafos e, principalmente, pela amizade;

À CAPES, pelo apoio financeiro;

Por fim, agradeço a Daniel, pelos ensinamentos silenciosos que fizeram nascer esse trabalho.

*“Construí amigos, enfrentei derrotas, venci
obstáculos, bati na porta da vida e disse-lhe: não
tenho medo de vivê-la”.*

(Augusto Cury)

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1 - O TRATAMENTO PSICANALÍTICO COM A CRIANÇA AUTISTA.....	09
1.1. Noções Preliminares acerca do Conceito de Autismo.....	09
1.2. Algumas Contribuições Psicanalíticas sobre o Autismo.....	20
1.3. A Relação Transferencial a partir do Registro Corporal.....	49
CAPÍTULO 2 - A FUNÇÃO DO CORPO DA ANALISTA NO TRATAMENTO PSICANALÍTICO COM A CRIANÇA AUTISTA.....	56
2.1. O Resgate da Sensorialidade Corporal no Tratamento Psicanalítico.....	57
2.2. O Envelope Contigente.....	62
2.3. A Noção do <i> Holding</i>	69
2.4. A Mãe Suficientemente Boa: Criação de um Ambiente Compatível com as Necessidades do Bebê.....	74
2.5. Para além da Interpretação: O Corpo do Analista como Ambiente <i> Holding</i> e Contigente	78
CAPÍTULO 3 - O VÍNCULO SENSORIAL CORPORAL COM UMA CRIANÇA AUTISTA: CASO DANIEL.....	82
3.1. História Clínica.....	82
3.2. Os Primeiros Encontros com Daniel.....	87
3.3. Os Sentimentos Contratransferenciais.....	92
3.4. O Estabelecimento do Vínculo Sensorial Corporal	95
3.4.1. O Início das Garatujas.....	100
3.5. O Desenvolvimento Escolar.....	105
3.6. Evolução da Análise.....	110

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121

RESUMO

A clínica psicanalítica com crianças ensimesmadas despertou o interesse e a necessidade de se pesquisar a importância sensorial do corpo do analista no tratamento com a criança autista. O tema dessa pesquisa é a função do corpo do analista no tratamento psicanalítico com a criança autista. A proposta central é pesquisar e discutir a função do corpo do analista, um corpo que favorece a criação de um ambiente *holding* e continente das angústias do paciente, pensando a relação do analista com a criança para além dos limites da interpretação. Para isso, adota-se a postura de “analista não-intérprete” (Tafari, 2003), uma postura que implica “estar com” a criança à sua maneira, oferecendo uma escuta diferenciada. Nessa pesquisa, relata-se a evolução do tratamento de uma criança autista, dando ênfase à função de continência do analista a partir da relação sensorial corporal estabelecida entre ele e a criança. A relevância do corpo do analista no tratamento da criança autista remete às primeiras experiências sensoriais mãe-bebê, onde a mãe se adapta às necessidades do seu bebê, fornecendo o ambiente para que ele possa se constituir como sujeito. A relação entre o analista e a criança autista se baseia no paradigma da relação mãe-bebê, que será desenvolvida ao longo desse estudo.

Palavras-chaves: Autismo, Corpo, Ambiente *holding*, Continência, Transferência.

ABSTRACT

The psychoanalytic clinic with self-engrossed children woke the interest and the necessity of investigating the sensory importance of the body of the analyst in the treatment with the autistic child. The subject of this inquiry is the function of the body of the analyst in the psychoanalytic treatment with the autistic child. The central proposal is to investigate and to discuss the function of the body of the analyst, a body that favors the creation of a holding environment and that can contain the anguishes of the patient, considering the relation between the analyst and the child beyond the limits of interpretation. For that, it is advisable to adopt the posture of a “non-interpreter analyst” (Tafari, 2003), a posture that implies “being with” the child his/her way, offering him/her differentiated listening. In this inquiry, the evolution of the treatment of an autistic child is reported, giving emphasis to the containing function of the analyst from the sensory physical relation established between him/her and the child. The relevance of the body of the analyst in the treatment of the autistic child sends to the first mother-baby sensory experiences, where the mother adapts herself to the necessities of her baby, providing him/her with the environment so that he/she can become a person. The relation between the analyst and the autistic child is based on the paradigm of the relation mother-baby, which will be developed along this study.

Key words: Autism, Body, Holding environment, Containing, Transference.

INTRODUÇÃO

O ser humano lida com problemas e situações que o levam a adoecer por não encontrar, na cultura, amparo necessário para conseguir superar suas dificuldades psíquicas. Na clínica psicanalítica, buscamos escutar o desejo, permeado pelo discurso e revelado na relação transferencial. Trata-se de uma técnica que procura decodificar as representações e o próprio discurso, ou seja, por meio da interpretação busca fazer emergir o desejo inconsciente. Entretanto, a clínica do autismo nos põe frente a crianças que nem mesmo se constituíram e que buscam existir para que possam, a seguir, ter a possibilidade de expressar um desejo. De acordo com Safra (1999):

O analista, nessa situação, fornece as funções buscadas pelo paciente para que ele dê continuidade ao desenvolvimento de si mesmo. São momentos em que observamos, na análise, a ocorrência de um fenômeno de significação e de articulação simbólica. Mais do que um processo de deciframento das produções do paciente, há uma apresentação do *self* em gesto e em formas imagéticas (formas sensoriais) sustentados pela relação transferencial, na qual o indivíduo se constitui e se significa frente a um outro. (pp.02-03).

Ao receber um paciente com características tão singulares, como a criança autista, o analista se depara com a necessidade premente de rever e repensar seus pressupostos teóricos, bem como os seus procedimentos técnicos. Como coloca Mannoni (1979) “a atitude do analista, nunca será demais insistir, seria a de poder reinventar-se com um paciente que nossa cultura situa como ‘diferente’ de nós” (p.13). Nesse sentido, Freud (1919) já revelava a importância do estranhamento na clínica

psicanalítica. A existência do estranhamento é muito relevante, por ser o motor que impulsiona a atividade clínica. Para Freud, o analista necessita reinventar-se a cada escuta de um novo paciente, em especial com aquele que a sociedade coloca como diferente.

Ao entrar no grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri, iniciei o meu percurso clínico no atendimento a crianças autistas. Nesses atendimentos, deparei-me com situações específicas da clínica psicanalítica. Percebi que a técnica da interpretação do brincar desenvolvida por Klein, mostrava-se ineficaz. Além disso, a clínica com essas crianças demonstrava que, muitas vezes as palavras causavam um efeito contrário ao esperado, deixando-as ainda mais desarvoradas.

Diante da impossibilidade de interpretar e de encontrar significados para as ações das crianças, encontrei-me em um estado de desamparo teórico e técnico. Senti que, na clínica com a criança autista, se fazia necessário, encontrar uma outra maneira de “estar com”, para além da linguagem verbal e da interpretação. Winnicott (1954-5) expressa muito bem essa situação, por meio da seguinte passagem:

Não tenho como deixar de sentir-me diferente de quem eu era antes de esta análise começar. Para os não-analistas será impossível conhecer a tremenda quantidade de ensinamentos que essa experiência com uma paciente é capaz de proporcionar, mas entre analistas posso esperar pela compreensão integral de que essa experiência submeteu a psicanálise a um teste todo especial, e ensinou-me muitas e muitas coisas. O tratamento e o manejo desse caso colocaram em xeque tudo o que tenho enquanto ser humano, psicanalista e pediatra. Fui obrigado a crescer enquanto

pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria tido prazer em evitar. Particularmente, foi-me necessário aprender a examinar a minha própria técnica toda vez que surgiam dificuldades (...). O ponto central de tudo isto é o fato de que neste tratamento, assim como em vários outros por mim realizados, precisei rever a minha técnica, mesmo aquela adaptada aos casos mais comuns. (pp.376-377).

Frente a isso, esta dissertação se propõe a estudar a função do corpo do analista no tratamento psicanalítico com a criança autista. A proposta central é pesquisar e discutir a função do corpo do analista, um corpo que favorece a criação de um ambiente *holding* e continente das angústias do paciente, pensando a relação do analista com a criança para além dos limites da interpretação. A motivação principal surgiu da minha experiência clínica com um paciente autista – Daniel, e a maneira como se estabeleceu a relação transferencial, por meio das experiências sensoriais corporais.

Fonseca (2005) coloca que “a relação analítica com a criança autista visa alcançar um sujeito potencial a ser constituído, onde o analista passa a assumir um papel continente com seu próprio corpo, sendo continente sem ser apenas intérprete” (pg.02). Assim, relata-se a evolução do tratamento de Daniel, dando ênfase à função de continência da analista a partir da relação sensorial corporal estabelecida entre ela e a criança, propiciada pela criação de um ambiente *holding*. Busca-se, assim, questionar a teoria a partir da clínica.

A partir da experiência clínica com Daniel, este trabalho apresenta como objetivos específicos: refletir a maneira de estar com a criança autista em tratamento psicanalítico para além da linguagem verbal; resgatar a importância dos vínculos sensoriais corporais no tratamento psicanalítico; refletir a importância de o analista se

oferecer como ambiente *holding* na relação analítica; refletir a função de continência do analista; demonstrar o estabelecimento e o manejo da relação transferencial para além dos limites da interpretação

Para discutir os objetivos propostos, utiliza-se como referencial teórico a psicanálise. Como nesta dissertação o objeto de estudo é a função do corpo do analista no tratamento psicanalítico com a criança autista, o método de pesquisa utilizado é o método psicanalítico proposto por Freud.

Freud construiu sua teoria baseada em seus atendimentos clínicos, ou seja, após atender seus pacientes, passava a fazer o relato dos casos. Porém não se tratava apenas de uma mera descrição dos casos. Freud ia além do descritivo, construindo sua teoria e seu método de pesquisa a partir da análise e da interpretação da sua clínica. Percebe-se que a pesquisa psicanalítica depende do contato com a fala dos pacientes. Assim, o analista pesquisador deve seguir o caminho marcado pelos “ditos”, mas serão principalmente os “não-ditos”, que constituirão a metapsicologia. Refletindo sobre o lugar da metapsicologia na psicanálise, Celes (2003) relata que:

A sombra que se estende por toda construção metapsicológica, se deve ao que há de indecifrável das presenças pessoais de analista e analisando, o que leva os analistas a tomarem os recursos de metáforas, das similaridades, das figurações e mesmo das fórmulas nas elaborações metapsicológicas; a lançarem mão de modelos de outras ciências, da literatura, das artes, e tantos outros modelos que, convertidos em metáforas alimentam a conceituação e a construção teórica em psicanálise. (p.153).

No método psicanalítico, a produção do conhecimento surge da interação entre analista e paciente, compreendendo-se essa interação por meio da relação transferencial estabelecida. Assim, a investigação em psicanálise ocorre pelo estudo da relação intersubjetiva, permeada pelas noções de transferência e contratransferência.

Nesta pesquisa, o procedimento de investigação advém da própria situação clínica, utilizando o estudo de caso como forma de comunicar essa experiência analítica. Relata-se a evolução do tratamento de Daniel, priorizando a criação de um ambiente *holding* e uma atitude continente do analista, a partir da relação sensorial corporal estabelecida entre ele e a criança.

Por ser uma pesquisa clínica, o enfoque dado para as discussões e reflexões, como mencionado, parte da própria experiência clínica, através do método clínico psicanalítico. Assim a psicanálise se apresenta como a própria metodologia de pesquisa. Diante disso, Berlinck (1993) vem dizer que a pesquisa em psicanálise está intrínseca na própria atividade clínica, faz parte desta atividade.

O presente trabalho está organizado em três capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

O primeiro capítulo faz um percurso teórico sobre o conceito e evolução do autismo, desde Léo Kanner, psiquiatra austríaco, que apresentou, em 1943, o seu artigo inaugural “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”, para, a seguir, denominar a nova síndrome de “Autismo infantil precoce”.

Segue-se, então, com reflexões acerca do pensamento e tratamento psicanalítico com a criança autista, sendo este percurso realizado por psicanalistas contemporâneos como M. Klein (1930), com seu caso clínico *Dick*, considerado a primeira criança autista a ser analisada, fazendo uso da interpretação, instrumento

primordial da técnica psicanalítica, na tentativa de dar sentido a um material ainda pouco representável. Margareth Mahler (1965) introduziu o conceito de autismo normal, trazendo, nesse momento, o autismo para o terreno da normalidade. Frances Tustin (1972), assim com Mahler, percebe o autismo como uma fase normal e provisória do desenvolvimento infantil, utilizando o termo autismo primário. Para essas duas autoras, o autismo patológico seria um retorno a essa fase primitiva do desenvolvimento. Winnicott (1960) coloca que a saúde psicológica e física do bebê estaria na dependência de a mãe ser capaz de atender às necessidades específicas do seu bebê, fornecendo o ambiente para que ele possa se constituir como sujeito. Assim, esse autor trouxe a noção de ambiente *holding*, uma de suas maiores contribuições, para descrever a relação analítica, enfatizando que se os pais devem oferecer um ambiente compatível com as necessidades do bebê, o analista também deveria oferecer o mesmo ao seu paciente.

O primeiro capítulo aborda, ainda, a questão da transferência, sendo esta pensada a partir do registro corporal, ressaltando a importância do corpo, ou melhor, das experiências corporais na relação transferencial. Para tanto, antes de entrar nesta vertente, realizou-se um percurso teórico da transferência em Freud.

No segundo capítulo busca-se um suporte teórico que ampare a experiência clínica com Daniel. Para tanto, procurou-se mostrar a necessidade de se resgatar a sensorialidade corporal no tratamento psicanalítico com a criança autista, por meio das teorizações de Fontes (2002). E foi nas obras de Anzieu (1985) e de Bion (1970) com o conceito de continência e nas de Winnicott com o conceito de *holding* e mãe suficientemente-bona, que esse trabalho encontrou suporte teórico para explicar a experiência clínica com Daniel e o estabelecimento da relação transferencial por meio

do corpo do analista, proporcionando um ambiente *holding*, ou seja, um ambiente acolhedor, e ao mesmo tempo, continente das angústias do paciente. Assim, a relevância do corpo do analista no tratamento da criança autista remete às primeiras experiências sensoriais mãe-bebê, onde a mãe se adapta às necessidades do seu bebê, tornando-o capaz de ter uma experiência de onipotência, a partir da qual se cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável.

O terceiro capítulo se inicia com o relato do caso clínico Daniel, que começou seu tratamento psicoterápico aos cinco anos e dez meses, com diagnóstico de Autismo Infantil Precoce. A evolução do tratamento de Daniel enfatiza a maneira como se estabeleceu a relação transferencial, ressaltando a importância do vínculo sensorial corporal com a analista e a criação de um ambiente *holding* e continente, onde a criança autista possa vir a se constituir e emergir como sujeito. A capacidade e disponibilidade da analista de se oferecer como ambiente *holding* e continente, através do seu próprio corpo, possibilitou o estabelecimento da relação transferencial com a criança.

Ainda nesse capítulo, mostra-se a relevância de se adotar a postura de “analista não-intérprete” (Tafari, 2003), com a criança autista, nesse caso específico com Daniel, ainda sem a linguagem verbal, fornecendo um ambiente capaz de acolher e acompanhar a criança no seu silêncio, buscando uma possibilidade e um caminho para estarem juntos.

A última parte da dissertação versa sobre as considerações finais desse trabalho, realizando uma revisão das questões principais desenvolvidas ao longo do mesmo e procurando refletir sobre o lugar que o analista assume na relação analítica com a criança autista, que ainda não faz uso da linguagem verbal como forma de comunicação.

Diante disso podemos perceber que a palavra e a linguagem discursiva nem sempre são suficientes para cobrir todo o campo simbólico do ser humano. O indivíduo, em nosso caso particular a criança autista, apresenta o seu existir por gesto, sonoridade, por formas visuais, por diversos meios disponíveis para constituir o seu *self* e o seu estilo de ser. Assim, é no lugar de analista não-intérprete, ou seja, lugar daquele que não considera a palavra a única possibilidade de traduzir a escuta, que teremos a possibilidade de estar junto com essas crianças, oferecendo o nosso corpo, o corpo do analista, como ambiente *holding* e continente, transformando o *setting* analítico num terreno fértil, produtor de sentidos.

CAPÍTULO 1

O TRATAMENTO PSICANALÍTICO COM A CRIANÇA AUTISTA

“A imagem que se forma dos autistas não se confunde com a forma como o autista se apresenta ao mundo”.

(Cavalcante e Rocha, 2001, p.14)

1.1. NOÇÕES PRELIMINARES ACERCA DO CONCEITO DE AUTISMO

O uso do termo autismo teve sua origem em outro conceito, o de auto-erotismo, criado por Ellis, modificado por Bleuler e retomado por Freud ao descrever a sexualidade infantil.

Havelock Ellis, em 1899, utiliza o termo auto-erotismo para descrever “os fenômenos de emoção espontânea produzidos na ausência de qualquer estímulo externo, quer direto, quer indireto” (Laplanche e Pontalis, 2001, p.47). Ainda segundo o autor, o auto-erotismo poderia ser conceituado como um fenômeno sexual espontâneo que ocorreria na ausência de qualquer estímulo externo.

Anos mais tarde, em 1905, Freud retomou esse conceito em seu texto “Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, para definir a sexualidade infantil, ou, mais precisamente, para definir a primeira fase do desenvolvimento da sexualidade da criança. Diferentemente de Ellis, que descreveu o conceito de auto-erotismo num sentido amplo, Freud restringe a sua definição descrevendo-o pela relação da pulsão com o seu objeto. Para Freud, “a pulsão não está dirigida para outra pessoa, satisfaz-se

no próprio corpo, é auto-erótica” (p.170). Ainda neste texto, Freud (1905) utiliza o ato de “chuchar” ou “sugar com deleite” como modelo das manifestações sexuais infantis. E, em suas palavras:

O chuchar que já aparece no lactente e pode continuar até a maturidade ou por toda a vida, consiste na repetição rítmica de um contato de sucção com a boca (os lábios), do qual está excluído qualquer propósito de nutrição. Uma parte dos próprios lábios, a língua ou qualquer outro ponto da pele pode ser tomado como objeto sobre o qual se exerce essa sucção. (p.169).

Numa primeira fase, a pulsão sexual se satisfaz via uma das necessidades vitais, a alimentação, e graças a um objeto, o seio materno. Ao separar-se da fome, a pulsão sexual perde o objeto, tornando-se auto-erótica. Frente a isso, o autor explicita que “a atividade sexual apóia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois se torna independente delas” (Freud, 1905, p.171).

A atividade auto-erótica da criança, no caso o ato de chuchar, provém da busca de um prazer já vivenciado e agora lembrado, mediante a sucção de alguma parte da pele, lábios ou mucosa interna da boca. Para a criança, usar uma parte do próprio corpo é mais cômodo, visto que a torna independente em relação ao mundo exterior, por ser um mundo que ela ainda não pode controlar. De acordo com Freud, o auto-erotismo seria uma das capacidades psíquicas necessárias ao desenvolvimento normal da criança.

No contexto da sexualidade infantil, *Lust* (termo alemão) foi a palavra original utilizada por Freud para descrever o prazer sexual das crianças. É um termo presente em algumas das suas mais fundamentais elaborações, principalmente em sua

tentativa de descrever as experiências sensoriais primitivas, ligadas à noção de satisfação. De acordo com o dicionário de Hanns (1996), “o emprego do conceito de ‘prazer’ (*Lust*) nos textos iniciais, como, por exemplo, no Projeto para uma Psicologia Científica (1895), é de caráter bastante técnico e pareado com a *Unlust* (desprazer)” (p.155). Mais adiante, *Lust* passa a se tornar central nas teorizações freudianas, podendo ser demonstrado no texto Formulações sobre os dois princípios do Funcionamento Mental (1911), no qual “Freud substitui o ‘princípio do desprazer’ pelo ‘princípio do prazer’, o qual é então colocado em contraposição ao ‘princípio da realidade’” (p.156).

Freud (1905) ressalta, em nota de rodapé dos “Três Ensaio sobre a teoria da Sexualidade”, a relação de dois sentidos presentes no termo *Lust*:

É sumamente instrutivo que a língua alemã, no uso da palavra *Lust*, leve em conta o mencionado papel das excitações sexuais preparatórias, que ao mesmo tempo proporcionam uma cota de satisfação e contribuem para a tensão sexual. *Lust* tem um duplo sentido e designa tanto a sensação de tensão sexual (“Ich habe Lust” = “eu gostaria”, “sinto ímpeto de”) quanto o sentimento de satisfação. (p.201).

Nesse sentido, Hanns (1996) faz um resgate desse termo, descrevendo-o para além da sua tradução por prazer. Sendo assim, o termo *Lust* é descrito como “vontade/disposição de fazer algo” e “sensações corpóreas agradáveis” (p.58). Ainda segundo o autor, *Lust* poderia ser definido como aquilo que “há de mais imediato e irreduzível na sensação, quando esta brota no corpo, antes da fruição do prazer e do gozo” (p.147). Dessa forma, pode-se dizer que a tradução melhor utilizada seria a sensação prazerosa que brota no próprio corpo, extraída da atividade auto-erótica,

visando a atividade em si e não o objeto. Assim, o *Lust* se coloca como as primeiras experiências que levam do somático ao psíquico.

É importante salientar, como aponta Tafuri (2003), que Freud, em seus escritos, utilizou a palavra *Lust*, em vez de outros termos relacionados à sexualidade adulta, buscando diferenciar a sensação prazerosa da criança do prazer sentido na vida adulta.

Ao teorizar acerca da sexualidade infantil e suas fases de desenvolvimento, Freud colocou o conceito de auto-erotismo no campo da normalidade. E ainda, para se descrever a satisfação autística, a conotação designada pelo termo *Lust* é mais apropriada e consegue ter uma maior abrangência acerca do conceito dessa satisfação, para além do quadro psicopatológico denominado de Autismo Infantil Precoce.

Com base nesses apontamentos, a “metáfora do ovo de pássaro” utilizada por Freud (1911), traz esclarecimentos acerca de uma importante capacidade psíquica da criança, a satisfação autística. Com essa metáfora, Freud tentou mostrar um tipo de funcionamento psíquico em que o bebê satisfaz suas necessidades sem perceber a existência de uma realidade externa, vivendo de forma auto-suficiente, ou seja, de modo autístico. Complementando, Freud (1911) diz:

Visto que o cuidado posterior das crianças se modela no cuidado dos bebês, o predomínio do princípio de prazer só pode realmente terminar quando a criança atingiu um completo desligamento psíquico dos pais. Um exemplo nítido de sistema psíquico isolado dos estímulos do mundo externo e capaz de **satisfazer autisticamente** mesmo suas exigências nutricionais é fornecido por um *ovo de pássaro*, com sua provisão de alimento encerrada na casca; para ele, o cuidado proporcionado pela mãe limita-se ao fornecimento de calor. (p.238, grifos meus).

Posteriormente, houve o surgimento e o desenvolvimento da noção de autismo de Bleuler. Eugène Bleuler, psiquiatra suíço, descreveu, em 1911, o termo autismo para designar uma das características dos pacientes esquizofrênicos, que apresentavam uma tendência em se isolar do ambiente e do contato com as pessoas ao seu redor. O universo autístico construído pelo paciente esquizofrênico era experimentado e vivenciado como sua própria realidade objetiva. Nesse contexto, Bleuler descreveu o **pensamento autístico** do esquizofrênico como sendo um sintoma secundário da esquizofrenia, não estando diretamente envolvido com o processo mórbido da afecção, o que lhe possibilitou atribuir sentido à fala desses pacientes, percebida, até então, como ilógica e sem sentido. O pensamento autístico descrito por Bleuler diferia do autismo de Kanner por ser repleto de fantasias.

Assim, segundo Bleuler, o autismo estava ligado à sintomatologia abrangente que ele havia estabelecido para unificar, através da esquizofrenia, o campo das psicoses, apresentando, como sinal, um alheamento extremo já no início da vida (antes dos três anos de idade).

Ao definir este conceito, Bleuler postulou um equivalente do auto-erotismo, ou seja, investimento em si mesmo sem que seja da ordem da sexualidade. O termo definido por esse autor veio como uma oposição ao pensamento de Freud de que a sexualidade infantil possui importante papel no desenvolvimento das patologias. Para solucionar suas divergências com Freud a este respeito, Bleuler subtraiu *Eros* do conceito de auto-erotismo, que remeteria à sexualidade (Cavalcanti e Rocha, 2001). Complementando, Tafuri (2003) vem dizer que:

De fato, o conceito de sexualidade em Freud parece não ter sido compreendido em toda a sua complexidade por Jung e Bleuler. Uma das conseqüências dessa incompreensão apareceu na subtração do conceito de *Eros* do auto-erotismo, ou a desconsideração por Jung do conceito de auto-erotismo. Talvez o ponto central da discordância esteja no fato de Bleuler e Jung não terem percebido a distinção entre o “prazer das sensações que brotam no corpo” (*Lust*) e o prazer sexual do adulto que, na teoria freudiana, são distintos; ou talvez pelos fortes preconceitos desses dois seguidores das idéias de Freud. (p.103).

Bleuler ao perceber a esquizofrenia como um novo quadro psicopatológico e nosográfico, diferenciando-a do quadro de Demência de Kraepelin, rompe com o modelo clássico da psiquiatria e possibilita uma nova maneira de tratar os sintomas da doença mental. Diante disso, o autor postula que o pensamento do esquizofrênico não estaria ligado diretamente à patologia, permitindo, assim, escutar e dar sentido à fala do paciente mesmo quando esta não aparentar sentido. Sobre isso, Tafuri (2003) esclarece:

Para entender essa fala, seria necessário que o médico ouvisse as associações mentais do esquizofrênico com atenção e interesse, para que fossem estabelecidas relações entre o discurso aparentemente ilógico do paciente e sua história de vida. Enfim, Bleuler, ao designar o autismo como um sintoma secundário de uma afecção, modificou radicalmente a visão Kraepeliniana de compreender e tratar os sintomas de uma doença mental. (p.90).

Surge, na década de 40, o trabalho de Léo Kanner, cujo pensamento e idéias influenciaram todo um campo teórico sobre o autismo, sua evolução e perspectivas de desenvolvimento para essas crianças. Kanner, médico psiquiatra, nasceu na Áustria,

estudou Medicina na Universidade de Berlim, na Alemanha, e foi autor de inúmeros artigos, sendo 16 referentes ao autismo, publicados entre 1943 e 1972. O artigo de 1943 é o mais conhecido e referenciado, por inaugurar uma nova síndrome.

Em seu artigo de 1943, “Distúrbios autísticos do contato afetivo”, introduziu a noção de Autismo Infantil Precoce, no contexto da psiquiatria infantil, a partir da observação de um grupo de onze crianças, sendo oito meninos e três meninas, encaminhados ao serviço psiquiátrico do Hospital John Hopkins, onde trabalhava, com diagnósticos diversos. Depois de observar, de forma sistemática, essas crianças, Kanner¹ (1943) relatou que as onze crianças apresentavam diferenças individuais nos graus de seus distúrbios, nas manifestações familiares e em sua evolução no decorrer dos anos. Entretanto, essas crianças apresentavam, também, certo número de características comuns essenciais, a partir das quais o autor formulou que “estas características formam uma síndrome única, até agora não descrita e bastante rara” (pg.156).

Para Kanner, o distúrbio fundamental, patognomônico, “é a incapacidade dessas crianças de estabelecer relações de maneira normal com as pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas” (p.156). Os pais dessas crianças se referiam a elas como: “se bastando a si mesmas”, “como em uma concha”, “mais contentes sozinhas”, “agindo como se os outros não estivessem lá”, “dando a impressão de uma sabedoria silenciosa”. Diante disso, Kanner diz que:

Não se trata, como nas crianças ou nos adultos esquizofrênicos, de uma ruptura de relações previamente estabelecidas; não se trata de um retraimento sucedendo uma participação. Existe inicialmente um fechamento autístico extremo que, sempre que

¹ As citações de Léo Kanner são extraídas do seu texto original de 1953 em inglês, mas as traduções utilizadas no texto são retiradas da versão realizada por Mônica Seincman e publicada no livro *Autismos* de Paulina Rocha & Org. (1997).

possível, faz com que a criança negligencie, ignore ou recuse tudo que lhe vem do exterior. (p.156).

Frente a isso, é possível dizer que as crianças autistas recusam qualquer contato físico, movimento ou barulho que ameaçam interromper o isolamento em que se encontram, bem como recusam a romper a barreira que limita a relação eu - outro sentido por elas como uma intrusão muito perturbadora do mundo externo.

Em seus estudos e observações, Kanner despertou para o fato de que a maioria das mães de seus pacientes falava de uma ausência de antecipação das crianças antes de serem levadas ao colo. E, ainda, se mostravam incapazes de ajustar seu corpo à posição da pessoa que as carregava, movimento, este, que se aprende durante os primeiros meses de vida. Confirmando o exposto, Kanner relata:

Tivemos a oportunidade de observar Herbert, nesta ocasião com 38 meses, em tal situação. A mãe disse-lhe em termos adequados que ela o carregaria, estendendo o braço para ele. Não houve resposta alguma. Ela o tomou em seus braços e ele o permitiu, permanecendo, assim, passivo como um saco de farinha. Era a mãe que devia fazer todo o trabalho de ajuste. (p.157).

Essas crianças, apesar de não conseguirem adotar uma atitude de antecipação antes de serem carregadas e em ajustar a posição de seu corpo ao do seu cuidador, são capazes de estabelecer e manter relação adaptada e inteligente, com objetos que não ameaçam seu fechamento. São freqüentes os movimentos ritualizados, utilizando de maneira estereotipada os objetos, manipulando-os de forma repetitiva.

Das onze crianças analisadas por Kanner, oito adquiriram a capacidade de falar, seja no tempo certo ou com atraso, não servindo a linguagem para transmitir mensagem aos outros, consistindo principalmente na nomeação e adjetivação de objetos identificáveis. A fala dessas crianças caracterizava-se por repetições imediatas de algo que acabavam de ouvir ou repetições de falas antigas, sendo denominada pelo autor de ecolalia atrasada. Além de repetirem as palavras, repetiam também sua entonação. Existia também uma ausência de frases espontâneas. Para Lopes (1995), “a linguagem dessas crianças se caracteriza por uma repetição semelhante à dos papagaios e as frases são combinações de palavras ouvidas” (p.3).

Essas crianças não conseguiam se referir a si próprias usando seus nomes, bem como não usavam corretamente os pronomes pessoais trocando o **eu** pelo **você**, reproduzindo apenas o que as pessoas haviam lhes dito, como um eco.

Kanner descreve, ainda, o quanto que as crianças observadas por ele tinham uma necessidade imperiosa de controlar o que acontecia ao redor delas, pois “há nelas uma necessidade poderosa de não serem perturbadas” (p.160). Assim, tudo o que vem do exterior e altera o seu meio interno ou externo representa uma intrusão assustadora e é rejeitado de forma brusca por elas. A alimentação, os ruídos fortes, os objetos em movimento ou incompletos eram descritos como intrusão do mundo externo, não apenas pelo barulho em si ou movimentos, mas, principalmente, pelo fato de esses barulhos e movimentos invadirem o isolamento da criança, desencadeando, muitas vezes, uma reação de horror. Para Kanner, existe uma limitação na variedade das atividades espontâneas, sendo a conduta da criança governada por uma “obsessão ansiosa da permanência que ninguém pode romper, excetuando-se a própria criança e apenas em raras oportunidades” (p.161). Ainda segundo Kanner, o medo da incompletude e da

mudança poderia ser descrito como fator essencial na explicação da repetição monótona e da limitação da atividade espontânea presentes no comportamento dessas crianças.

Observando atentiosamente, é possível perceber que essas crianças estabelecem uma relação melhor e mais duradoura com os objetos do que com as pessoas e seus afetos à sua volta. Isso pode ser aceito pelo fato de os objetos manterem uma constância na sua forma e posição, não apresentando ameaça. Assim, conseguem passar horas felizes e prazerosas na presença dos objetos, experimentando uma sensação gratificante de onipotência e controle, bem como ficar com raiva deles quando não conseguem realizar o seu intento, mas a presença das pessoas é sempre sentida como desconforto e intrusão, recusando-se a qualquer tipo de contato.

Outro fato importante nas descrições de Kanner aponta para as características dos pais dessas crianças, como sendo pais extremamente inteligentes, pouco calorosos e carinhosos, com a presença de aspectos obsessivos no plano familiar, mais interessados em coisas abstratas (de natureza científica, literária ou artística) do que com as próprias pessoas ao seu redor, prevalecendo relações frias e formais. Estes fatores levaram Kanner a questionar até que ponto a influência do ambiente familiar contribuía para o estado da criança. Entretanto, “conclui o texto dizendo que o fato da solidão das crianças ocorrer desde o início da vida, torna difícil atribuir a totalidade do quadro clínico aos tipos de relação precoce das crianças com os pais” (Lopes, 1995, p.04).

Durante os seus estudos e observações, Kanner tentou comprovar a existência de um fator orgânico envolvido na patologia, mas não conseguia encontrar nenhuma anomalia congênita que pudesse justificá-la, pois “no plano físico, estas crianças pareciam normais” (p.166). Apesar de considerá-las retardadas e limitadas e,

em alguns momentos, como fracas de espírito, Kanner se surpreendeu com as boas potencialidades cognitivas apresentadas, a excelente memória e o rico vocabulário de algumas das crianças observadas.

Apoiado em sua suposição que essas crianças “vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com as pessoas, algo biologicamente previsto” (p.170), Kanner tenta diferenciar o autismo infantil precoce da esquizofrenia infantil, já que os traços obsessivos, a estereotipia e a ecolalia são comuns para ambos. A grande diferença estava no fato de que no autismo infantil precoce as crianças não passavam por um desenvolvimento normal que ia gradativamente se modificando, mas sim apresentavam um desenvolvimento atípico desde o nascimento, mostrando-se incapazes de manter relações afetivas com as pessoas ao seu redor, fechadas em um isolamento autístico extremo.

Diante disso, o autismo passa a ser visto como uma síndrome diferenciada do grupo das esquizofrenias, frisando a necessidade de estudos decisivos para a compreensão do fenômeno a níveis psicológicos, biológicos e sociais, buscando uma desconstrução da classificação do autismo. Para tanto, é necessário, como nos diz Costa (2003), “se inquietar com os limites da nossa linguagem e as prisões dos conceitos que criamos que acabam por forjar realidades que deveriam ser flexíveis e passíveis de modificações com o decorrer do tempo (p.21)”.

Corroborando com esta afirmativa, Cavalcante e Rocha (2001), nos dizem que “a imagem que se forma dos autistas não se confunde com a forma como o autista se apresenta ao mundo” (p.14). E ainda, “o que escutávamos das crianças diagnosticadas autistas e de seus pais na maioria das vezes não confirmava o lugar de

impossibilidade e deficiência que lhes atribuíam as imagens, metáforas, crenças e teorias que circulavam entre nós sobre o autismo” (p.20).

A definição de Kanner da síndrome do Autismo Infantil Precoce foi bem aceita pela comunidade médica fazendo-se constar, até hoje, nos manuais de psiquiatria. Muitas discussões acerca da etiologia e tratamento do autismo continuam presentes, principalmente, no meio médico, sendo a própria descrição de Kanner um campo contraditório de idéias.

1.2. ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O AUTISMO

Melanie Klein foi a primeira a analisar crianças pequenas para tentar entender a origem das psicoses. Suas teorias vieram de seus trabalhos com crianças, o que possibilitou a investigação psicanalítica dos primeiros meses de vida, abrindo as portas para o tratamento de pacientes psicóticos. Klein nasceu em Viena, em 1880, de família judia. Seu primeiro analista foi Ferenczi, que entendeu a sua genialidade e sugeriu que se interessasse pela análise infantil.

Por meio de sua prática clínica com crianças pequenas e com as descobertas da psicanálise, Klein (1969) pôde escrever que “já nos primeiros anos de vida, as crianças experimentam não apenas impulsos sexuais e angústia, mas também sofrem grandes desilusões” (p.25). Para ela, a angústia existe desde o começo da vida, sendo o motor essencial que põe em marcha o desenvolvimento psíquico e, ao mesmo tempo, sendo a origem de toda a patologia mental.

Suas idéias enunciavam que havia uma relação original, embora muito primitiva, entre o bebê e o seu meio ambiente. Primeiro, através da mãe, que só

representava um objeto parcial, um seio, uma parte de seu corpo, mas que se desenvolvia, gradualmente, para, enfim, formar um ser inteiro.

Para Klein (1934), nos primeiros meses de vida, a criança tem impulsos sádicos direcionados não apenas contra o corpo de sua mãe, mas também contra o interior do seu corpo. Desde o início, o ego introjeta objetos bons e maus, “sendo o seio da mãe o protótipo de ambos – dos objetos bons quando a criança o consegue, e dos maus, quando lhe é negado” (p.355). Isso acontece devido ao fato de o bebê projetar sua agressão sobre estes objetos percebidos como sendo maus, não apenas porque frustram seus desejos, mas porque realmente os percebe como perigosos, perseguidores que planejam a sua destruição. Estas imagos são utilizadas pelo bebê no mundo exterior, pelo processo de incorporação, e também dentro do ego. Para a autora, “isto explica porque crianças muito pequenas passam por situações de ansiedade cujo conteúdo é comparável ao da psicose dos adultos” (p.356).

A noção de posição é um dos conceitos mais básicos e originais na obra de Melanie Klein. Dessa forma, a autora organiza a vida psíquica, tanto em sua evolução como em seu funcionamento, em volta de duas posições: esquizo-paranóide e depressiva.

Na posição esquizo-paranóide predominam os impulsos destrutivos e as angústias persecutórias, marcados pelo medo de ser aniquilado ou devorado. Essa posição estabelece-se durante os primeiros meses de vida, “momento em que predominam o sadismo e os ataques sádicos contra o corpo da mãe, a dimensão destrutiva da voracidade” (Cintra e Figueiredo, 2004, p.103). Já a posição depressiva estabelece-se por volta da metade do primeiro ano de vida. Nesta etapa, as fantasias e impulsos sádicos, assim como a angústia persecutória, diminuem de intensidade. A

criança introjeta o objeto total e se torna, simultaneamente, capaz, até certo ponto, de sintetizar os vários aspectos do objeto e suas emoções com relação ao mesmo. O amor e o ódio unem-se em sua mente e isso produz angústia, por temor de que o objeto, tanto interno quanto externo, seja danificado. Os sentimentos depressivos e de culpabilidade suscitam o anseio de preservar ou ressuscitar o objeto amado, e a fazer reparações pelas fantasias e impulsos destrutivos (Klein, 1934).

Em suas observações com as crianças, Klein coloca que seus pequenos pacientes deveriam ser analisados do mesmo modo que os adultos, explorando os conflitos inconscientes e abstendo-se de qualquer medida educativa ou de apoio. Isto lhe permitiu observar que as crianças desenvolviam uma neurose de transferência semelhante à dos adultos. Nesse aspecto, Klein (1926) escreveu que:

A condição essencial para se conseguir isso é que o analista se abstenha, como o faz com pacientes adultos, de exercer qualquer tipo de influência pedagógica e não analítica sobre a criança. Ele deve lidar com a transferência exatamente como o faz no caso de adultos. Verá então que os sintomas e dificuldades da criança são trazidos para a situação analítica exatamente da mesma maneira. (p.37).

Em seu artigo “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego”, publicado em 1930, Klein coloca que o sadismo se torna ativo em um estágio do desenvolvimento inicial que coincide com os impulsos sádico-orais de devorar o seio da mãe. Em condições suficientemente boas, gradualmente, o relacionamento com objetos parciais se estende para o corpo inteiro da mãe, que é sentido como extensão do seio e cuja relação é marcada por intensa curiosidade e ambivalência. Desta forma, os impulsos sádico-orais em direção ao seio, deslocam-se para o desejo de investigar o

corpo materno e evoluem para o desenvolvimento da curiosidade, em um processo contínuo de formação de símbolos. As fantasias sádicas dirigidas contra o interior do corpo da mãe constituem a primeira e mais básica relação com o mundo externo e a realidade; quanto mais satisfatória for a passagem por esta fase, maior a possibilidade de ter acesso a um mundo externo correspondente à realidade.

Cintra e Figueiredo (2004) colocam que “o excesso de ansiedade ou a falta dela levam a um bloqueio do processo de simbolização; para que ele funcione bem, é preciso que haja níveis menores, mas não muito baixos, de ansiedade, e uma capacidade de suportá-la, o que, nos primeiros tempos, envolve a presença de uma mãe capaz de fazer o papel de ego auxiliar” (p.73). Dessa forma, o desenvolvimento do ego e a relação com a realidade dependem da capacidade da criança de tolerar as situações iniciais de ansiedade, sendo ela a base necessária para que a formação de símbolos e a fantasia se desenvolvam.

Klein, em 1930, descreveu o caso clínico do pequeno *Dick*, uma criança de quatro anos de idade, que apresentava uma grande inibição do desenvolvimento do ego e estava quase completamente ausente à adaptação a realidade e às relações emocionais com as pessoas e com o meio à sua volta. Essa criança apresentava uma sintomatologia semelhante à das crianças ditas esquizofrênicas, diferindo pela ausência de vida fantasiosa. Assim, fenomenologicamente, a descrição que Klein fazia dessa criança era muito parecida com a síndrome descrita por Kanner, em 1943, como Autismo Infantil Precoce. Em nota explicativa, a comissão editorial inglesa afirma que:

O material clínico apresentado com o caso *Dick* inaugura uma nova era. Em termos históricos, esse é o primeiro relato publicado da análise de uma criança psicótica, onde fica claro que é possível estabelecer um contato analítico e despertar o

desenvolvimento, mesmo quando a criança não tem fala, nenhuma emoção perceptível e apenas um simbolismo rudimentar (Klein, 1930, p.249).

No caso *Dick*, Klein remete o estado rudimentar de sua capacidade de simbolização e as dificuldades do menino em estabelecer relações de objeto, ao ambiente familiar escasso em afeto. Essa criança apresentava desenvolvimento afetivo e intelectual gravemente comprometido. Nas palavras da autora, “esse menino, *Dick*, não demonstrava muitos afetos e era indiferente à presença ou à ausência da mãe ou da babá. Desde o início, ele raramente exibia algum tipo de ansiedade e quando isso ocorria, era numa quantidade excepcionalmente baixa” (p.253).

Em termos intelectuais e de vocabulário, encontrava-se no mesmo nível de uma criança de 18 meses. Empregava seu pobre vocabulário de forma incorreta e, junto à insensibilidade a dor, não apresentava o desejo de ser reconfortado e de receber carinho e atenção. O menino era indiferente à maioria dos objetos e brinquedos à sua volta, com exceção de um interesse em trens, estações, maçanetas e portas.

Klein coloca que a razão da inibição incomum do desenvolvimento de *Dick* era o fracasso das etapas primitivas de desenvolvimento do ego. Essa criança possuía uma incapacidade egóica para tolerar a angústia, assim como para simbolizar a realidade. Para a autora, no desenvolvimento de *Dick* houve um precoce investimento libidinal da zona genital e, como consequência, uma identificação igualmente precoce com o objeto-alvo da agressividade. Isso contribuiu para uma defesa igualmente prematura contra o sadismo. Dessa forma, o ego se viu impedido de desenvolver a vida de fantasia e de prosseguir, através das identificações, o seu percurso de formação de símbolos. A formação de símbolos, estando immobilizada, não pôde servir de base para o

desenvolvimento da vida de fantasia e da relação com a realidade e com o mundo à sua volta, permanecendo apenas interesses restritos e quase nenhuma relação de objeto.

Diante disso, Klein (1930) afirma que a maior dificuldade que encontrou na análise de *Dick* não foi sua incapacidade de expressar-se verbalmente, mas sim o não-desenvolvimento do simbolismo, ou seja, a falta de material passível de simbolização, mesmo nas brincadeiras que não aparentavam sentido. Segundo Klein, o simbolismo não havia se desenvolvido em *Dick* devido, em parte, a falta de relação de afeto com as pessoas e com o meio à sua volta. Nas palavras da autora:

Uma vez que na mente do menino não existia relação afetiva ou simbólica com esses objetos, suas ações fortuitas diante deles não eram tingidas pela fantasia e, por isso, não era possível atribuir-lhes o caráter de representações simbólicas. Sua falta de interesse pelo ambiente em que vivia e a dificuldade para estabelecer contato com sua mente, como pude perceber a partir de certos pontos em que seu comportamento diferia do de outras crianças, eram apenas efeito dessa ausência de uma relação simbólica com as coisas. A análise, então, se viu obrigada a partir desse ponto, que era o obstáculo fundamental para se estabelecer contato com o menino. (p.257).

Devido à dificuldade encontrada em estabelecer contato com *Dick*, Klein modifica sua técnica habitual de só interpretar os dados obtidos quando estes tivessem sido expressados pelo paciente por meio das representações. No caso de *Dick*, como a capacidade de expressão através das representações quase não existia, Klein começou a fazer as interpretações com base em seu conhecimento geral. Assim, conseguiu trazer material simbólico antes mesmo que a criança sinalizasse o caminho e, ao atingir o

inconsciente da criança, pôde mobilizar a ansiedade e outros afetos. A partir disso, as representações ficaram mais completas e, aos poucos, conseguiu passar à técnica que utilizava na análise de crianças pequenas, a técnica da interpretação do jogo. Com relação ao uso dessa técnica, Klein (1930) esclarece:

Na técnica do brincar, que acompanha as representações simbólicas da criança e dá acesso à sua ansiedade e sentimento de culpa, podemos dispensar em grande parte as associações verbais. Contudo, essa técnica não se limita à análise da brincadeira da criança. Nosso material pode ser retirado do simbolismo revelado pelos detalhes de seu comportamento geral (como não pode deixar de acontecer no caso de crianças que sofrem de inibições no brincar). (p.256).

Dessa forma, Klein conseguiu fazer contato com a criança por meio de um jogo, que ela mesma criou, a partir do interesse de *Dick* por trens e estações. Neste jogo, utilizou um trem maior e um menor, denominando-os de **trem papai** e **trem Dick**; a estação era a mamãe. Por meio deste jogo, houve o aparecimento da ansiedade acompanhada de dependência para com a analista, e depois, para com a babá. Ao mesmo tempo, começou a se interessar pelos brinquedos e pelos jogos, o que indicava que tinha conseguido ultrapassar o obstáculo fundamental da análise de *Dick*.

Tafari (2003) ressalta que Klein iniciou o tratamento de *Dick* contrariando o que Freud falava sobre a impossibilidade de se tratar por meio da psicanálise pacientes ensimesmados, por não estabelecerem relação transferencial com o analista. Mesmo assim, Klein apostou e investiu no tratamento dessa criança, acreditando que nenhum obstáculo seria suficiente para deter a análise de crianças tão pequenas e com recursos tão limitados quanto *Dick*. Com isso, foi possível descrever os avanços conseguidos no

desenvolvimento psíquico, afetivo e simbólico do pequeno *Dick*, bem como comprovar sua teoria do símbolo.

Analisando o caso *Dick*, Tafuri (2003) relata que:

Conferir sentido simbólico ao comportamento generalizado de uma criança autista passou a ser designado por Klein uma ação interpretativa e transformadora. E assim foi criado o modelo Kleiniano de interpretação, que acabou por constituir um pilar de fundamental importância para o desenvolvimento da clínica psicanalítica com a criança autista. (p.81).

Outra grande contribuição de Klein, no caso *Dick*, foi em relação ao seu diagnóstico. Sendo o traço fundamental de *Dick* uma inibição de desenvolvimento e não uma regressão, retirou-se o diagnóstico de demência precoce. A sintomatologia apresentada por essa criança, como dito anteriormente, se assemelhava muito com a das crianças ditas esquizofrênicas, diferindo pela ausência de vida fantasiosa. Frente a isso, Klein (1930) coloca com grande sabedoria que “é preciso expandir o conceito de esquizofrenia em particular e de psicose em geral. Além disso, acredito que uma das principais tarefas da análise de crianças é a descoberta e a cura das psicoses durante a infância” (p.263).

Outros autores também se dedicaram ao estudo do autismo, deixando suas contribuições. Para o objetivo a que se presta o estudo dessa dissertação, far-se-á referência, além de Melanie Klein, a Margaret Mahler, a Francis Tustin e a Donald Woods Winnicott.

Margareth Mahler, psicanalista de origem judaica, tornou-se uma referência entre os autores que pesquisavam os estados patológicos na primeira infância, quando

descreveu as psicoses infantis. O principal pressuposto da autora para a compreensão dessas psicoses “é a de que elas seriam distorções de fases do desenvolvimento normal, constituídas no seio das relações precoces estabelecidas entre mãe e filho” (Cavalcanti e Rocha, 2001, p.77).

Mahler (1965) coloca que o aparelho mental do recém-nascido é ainda insuficiente para organizar estímulos internos e externos necessários à sua sobrevivência, sendo a harmonia psicobiológica entre a mãe e o seu bebê o complemento para essa falta. Assim, num sistema unitário, a mãe realiza seus cuidados de vital importância, satisfazendo as necessidades do bebê, na falta dos quais ele não teria condições de sobreviver. No período pós-natal, a autora coloca que “o relacionamento intra-uterino de parasita-hospedeiro precisa ser substituído por um envolvimento, por assim dizer, do bebê pela matriz extra-uterina dos cuidados maternos, numa espécie de simbiose social” (p.45).

Ao descrever as etapas do desenvolvimento infantil, Mahler distinguiu duas fases dentro do narcisismo primário descrito por Freud em 1914. Na primeira fase prevalece um narcisismo primário absoluto, caracterizado por uma falta de consciência do agente materno, sendo denominada de **autismo normal**. Nesse momento, Mahler coloca o autismo no terreno da normalidade, descrevendo as primeiras semanas de vida extra-uterina do bebê como parte necessária do estágio de autismo normal. Já a segunda fase, marcada por um narcisismo não mais tão absoluto, tinha como característica uma consciência turva de que a satisfação das necessidades viria de algum lugar externo ao Eu, sendo conhecida como a **fase simbiótica**. Essas duas fases iniciais seriam pré-requisitos para o sucesso do estabelecimento do processo separação – individuação.

A fase do autismo normal, segundo Mahler, Pine e Bergman (1975), se estende desde o nascimento até mais ou menos o segundo mês de vida. Nessa fase o bebê não consegue distinguir entre realidade interna e externa, nem entre ele mesmo e o meio que o rodeia, encontrando-se em um estado de desorientação alucinatória primitiva, no qual a satisfação da necessidade ocorre em sua própria órbita autivista. Complementando, Cavalcanti e Rocha (2001) colocam que “é uma fase do desenvolvimento caracterizada pela indiferenciação do bebê com o meio externo, desprovido de relações objetais, em que os cuidados maternos são percebidos como pertencentes à esfera onipotente de satisfação” (p.78).

Por meio do investimento materno apropriado, o terreno para que a criança possa ir ampliando seu campo de descobertas vai sendo construído. Assim, por volta do segundo mês de vida, a criança adquire uma consciência difusa do objeto que satisfaz suas necessidades, dando início à fase simbiótica normal. Nessa fase, de acordo com a autora, “o bebê se comporta e funciona como se ele e sua mãe fossem um sistema onipotente - uma unidade dual dentro de uma fronteira comum” (Mahler, Pine & Bergman, 1975, p.62).

Na fase simbiótica, o bebê começa a processar uma sutil e gradual percepção do meio externo, experimentado como pertencente a seu próprio corpo, sendo, portanto, um estado de fusão com a mãe, no qual o Eu ainda não é diferenciado do não-eu, e onde o exterior e o interior estão apenas começando a ser gradualmente percebidos como diferentes. A partir desse momento, a ruptura de uma barreira – o escudo autístico que mantinha fora os estímulos externos – se inicia, dando início às representações de um Eu corporal.

A passagem bem-sucedida dessa fase simbiótica “é a base para a estruturação do ego e para o sucesso dos processos de separação-individuação que a sucedem, preparando a criança para a diferenciação e o afastamento da mãe” (Mahler, Pine & Bergman, 1975, p.78). É nesse momento que a criança inicia seu investimento no mundo externo, com um aumento da consciência do desligamento entre o Eu e o outro.

É importante ressaltar que entre a década de 40 e 50, Mahler descreveu, também, duas formas distintas de psicose infantil precoce. Na **psicose autística**, que seria uma regressão à fase do autismo normal, o bebê parece não perceber emocionalmente a mãe como figura representativa do mundo externo, permanecendo um objeto parcial, não diferenciado dos objetos inanimados. Para Mahler (1952), nesta psicose “a criança não apresenta sinais de perceber afetivamente os outros seres humanos. Acha-se ausente o comportamento que indica a percepção afetiva das provisões maternas – vindas do mundo externo” (p.27). E, ainda, o bebê autista apresenta uma atitude de evitação e uma ausência de comportamento antecipatório aos cuidados maternos. Mahler refere-se à obra de Kanner, dizendo que esse tipo de psicose infantil ganhou na obra do autor o status de uma síndrome, o Autismo Infantil Precoce.

A outra forma de psicose infantil foi denominada de **psicose simbiótica**, na qual existe a primitiva relação simbiótica mãe-bebê, mas não está separada do *self*. Os limites do Eu e do não-eu são indistintos, bem como a representação psíquica do “eu” corporal está mal delimitada – o corpo da criança simbiótica se funde no outro. Nessa psicose, as perturbações vão se tornando, gradualmente, mais evidentes “quando a função maturativa do ego efetua a separação da mãe e permite à criança controlar um segmento cada vez maior da realidade, independentemente do parceiro simbiótico”

(Mahler, 1952, p.29). Isso ocorre porque a ansiedade de separação tem efeitos hostis e ameaçadores sobre o ego frágil da criança simbiótica.

Mahler (1952) coloca que as duas formas de psicose infantil – autística e simbiótica – podem, em sua maioria, serem diferenciadas a partir da data de surgimento dos sintomas no desenvolvimento da criança. Para a autora, o comportamento do bebê autista, no período da proteção e dos cuidados maternos, é bem diferente daquele do bebê normal ou do bebê simbiótico. Nas palavras da autora:

O autismo infantil precoce desenvolve-se, acredito, porque a personalidade infantil, destituída de vínculos emocionais com a mãe, é incapaz de enfrentar os estímulos externos e as excitações internas que ameaçam de ambos os lados toda a sua existência como uma entidade. O autismo constitui, portanto, o mecanismo pelo qual tais pacientes tentam excluir, de maneira alucinada, as fontes potenciais da percepção sensorial, especialmente aquelas que exigem resposta afetiva. (p.34).

Diante disso, Mahler desenvolveu suas idéias sobre o autismo infantil, explicando este como sendo um subgrupo das psicoses infantis e uma regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não-diferenciação perceptiva, na qual os sintomas que mais se destacam são as dificuldades em integrar sensações vindas do mundo externo e interno, e em internalizar a representação do objeto materno.

Frances Tustin começou seu trabalho com crianças autistas na década de 50, e a análise de John, publicada em 1951, foi fundamental para o que pensava sobre o autismo. Por mais que haja em sua obra uma certa fragilidade teórica, percebe-se, por outro lado, que há em Tustin um firme propósito em direção da cura, construída ao longo da sua prática clínica com crianças autistas. Por falta de uma conceituação teórica

mais consistente, essa direção enveredou por um imaginário excessivo que, mesmo assim, “não chegou a impedir a preciosidade de sua escuta do drama silencioso e enigmático que é o autismo infantil” (Fernandez, 1995, p.53).

Tustin (1972), assim como Mahler, percebe o autismo como uma fase normal e provisória do desenvolvimento infantil. Em vez de utilizar o conceito freudiano de narcisismo primário, a autora prefere falar de autismo primário de Mahler, como sendo resultado de uma parada do desenvolvimento psicológico numa fase muito primitiva e onde os processos mais arcaicos servem para proteger o bebê de um encontro primário brutal com a realidade. Para Tustin (1981), o autismo pode ser definido como “o estado em que a auto-sensualidade mantém movimento, sendo a atenção focalizada quase que exclusivamente em ritmos e sensações corporais” (p.13). Complementando, Tustin (1981) relata:

Pessoas e coisas exteriores raramente são usadas ou vistas como possuidoras de existência separada. São experimentadas como uma extensão das atividades corporais e em termos de experiência sensual delas, particularmente as experiências sensuais do toque. Em resumo, autismo é o estado em que a experiência não é diferenciada ou objetivada em qualquer extensão objetivável. (p.14).

No autismo normal, segundo Tustin, a sensualidade do bebê e sua consciência relativamente indiferenciada associada com a adaptabilidade da mãe, vindo de uma preocupação maternal dela, protegem de experiências do não-eu. Quando isso ocorre, o bebê pode evocar uma lembrança sensorial da mãe, quando ela não está presente. Para a autora, os processos autísticos primários normais consistem

essencialmente em sensações, originadas em disposições internas que não chegaram ao ponto de apreensão, ocorrendo assim que as circunstâncias se tornassem favoráveis. Essas circunstâncias dizem respeito à maneira como os pais se dedicam aos cuidados do filho. Dessa forma, a autora ressalta que é a partir da percepção de aspectos da realidade pelos órgãos dos sentidos e zonas do próprio corpo do bebê, juntamente com as sensações provenientes do cuidado materno, que se formam os objetos sensações fundamentais para a constituição dos processos psíquicos.

Na ausência dos cuidados maternos necessários, a criança pode vir a seguir o caminho do autismo patológico. Para Tustin (1972), o autismo patológico caracteriza-se por uma permanência no estado autístico normal ou por uma regressão ao mesmo. Nas palavras da autora:

A criança pode sofrer uma parada ou apenas uma deterioração do desenvolvimento emocional e cognitivo, de que resultará um estado de inanição, digamos assim, que existe porque os processos autísticos primários nela perseveraram ou voltaram a entrar em funcionamento, tendo-se tornado exagerados e rígidos. (p.11).

Por meio de suas observações clínicas, Tustin traz o conceito de depressão psicótica, termo emprestado de Winnicott, para referir-se ao estado de “profundo desgosto e luto interno” a que Mahler se referia. Assim, Tustin coloca que a depressão psicótica consiste em um tipo primitivo de depressão que se caracteriza por vivências bucais de “buraco”, de um “cair sem fim”, associado a sentimentos de terror e incapacidade de bastar-se a si mesmo.

Ainda na tentativa de melhor descrever esse conceito, a autora recorre a termos oriundos da própria clínica. Assim, fala sobre o botão como sendo “a ilusão

onipotente que resulta da confusão existente entre a mãe e o bebê, experimentado que é como parte e substância corporais em tudo semelhantes ao mamilo; o botão é algo cuja perda dá origem a sentimentos do mais profundo desgosto” (p.30). Ou seja, o botão é sentido como a perda da sensação de continuidade corporal, da continuidade de ser. Complementando o exposto, Tustin (1972) ressalta que:

A falta de poder de discriminação do bebê de tenra idade e a capacidade de adaptação da mãe, que resulta de sua identificação empática com ele sob forma de revêrie (Bion, 1961, p.309), completam-se, reduzindo a brecha existente entre as ilusões primitivas da criança e a realidade. Essa reciprocidade empática fomenta a ilusão de continuidade corporal e gradualmente aclimata a mãe e o bebê à idéia, ainda nebulosa, de que estão separados um do outro; é também ela que dá à mãe a possibilidade de apoiar o filho durante a tempestade emocional que acompanha sua descoberta de seu estado de indivíduo com corporalidade própria, que é vivenciada com quebra de continuidade do corpo, ou seja, como perda de uma parte deste (p.37).

É importante comentar que essa depressão pode ser experimentada, também, como um buraco corporal, “derivado das projeções que não foram modificadas pelas respostas de uma figura nutridora” (Fernandez, 1995, p.55).

Como visto anteriormente, Tustin (1972) descreveu uma primeira etapa do desenvolvimento denominada de autismo primário normal. Esse estado ocorre nos primeiros dias de vida e consiste essencialmente em sensações, com a criança reagindo ao mundo externo em termos de seu próprio corpo e suas disposições internas. Descreveu, também, três sistemas de autismo patológico: o autismo primário anormal, o

autismo secundário encapsulado e o autismo secundário regressivo. Desde o início, mostrou que a depressão psicótica seria o fator precipitante comum a todos os sistemas de autismo patológico.

O autismo primário anormal seria uma prolongação do autismo primário, determinada por uma ausência quase total ou mesmo parcial do que é básico para que a criança seja criada e nutrida de forma equilibrada, devido a grave deficiência da figura materna ou de impedimentos intrínsecos à criança.

Tustin (1972) denomina de crustáceas as crianças que “desenvolvem um autismo secundário encapsulado como forma de defesa contra o sentimento de pânico associado à percepção intolerável de que são entes com individualidade corporal” (pp.89-90). Uma das grandes dificuldades do autismo secundário encapsulado consiste na quase impossibilidade de lutar contra um de seus principais efeitos, que é a exclusão de qualquer influência proveniente do exterior. Essa exclusão só piora a situação, uma vez que apenas essa influência poderia modificá-la.

Por fim, Tustin descreve o autismo secundário regressivo, onde a criança denota seguir seu desenvolvimento psicológico, embora sobre base bem precária. Isso se deve ao fato de que grande parte da personalidade da criança permaneceu autística e, assim, fora da zona de influência de seus cuidadores. Para a autora, essa situação ocorre quando a mãe responde ao seu bebê de forma adaptada às suas necessidades e, talvez, de uma forma sedutora, não impedindo que o bebê se mostre extremamente passivo e pouco dado a integrar-se. Com o tempo, percebe-se que essa mútua adaptação não é perfeita, ou seja, não há mãe nem bebê ‘modelos’ e a relação entre ambos é artificial. Diante disso, Tustin (1972) coloca que:

A criança deixará de se desenvolver nas áreas da personalidade em que tinha, de qualquer forma, progredido um pouco e, mais do que isso, seguirá um movimento regressivo. As fantasias, que geralmente indicam certo grau de desenvolvimento psicológico, serão preservadas e como que arrastadas para o modo autístico de funcionamento, centrada nas sensações. (p.99).

A autora acredita que fatores constitucionais, como as deficiências sensoriais e a carência da continuidade da relação mãe-bebê, exercem grande influência sobre o desenvolvimento do autismo patológico.

Tustin (1972) traz a noção de um importante conceito para a clínica com crianças autistas, a noção de objetos autísticos. Estes objetos consistem em partes do corpo da própria criança ou partes do mundo externo, experimentados por ela como partes de si mesma. Os objetos autísticos “são objetos peculiares a cada criança individualmente. Eles são usados obsessivamente de modos idiossincráticos que impedem o desenvolvimento mental” (Tustin, 1981, p.129).

Uma característica primordial dos objetos autísticos é que eles não são utilizados em termos da função a que se destinam, sendo usados de maneira idiossincrática a cada criança. Segundo Tustin (1981), “de um ponto de vista realístico, eles eram utilizados de uma maneira inútil e insignificante. Do ponto de vista da criança, eram absolutamente essenciais” (p.130).

Apresentar superfície dura, rígida, é um traço característico da maioria dos objetos autísticos. Eles possuem uma qualidade ritualística e bizarra, e a criança tem uma preocupação exagerada com eles. A dureza dos objetos ajuda a criança a se sentir protegida de um mundo que parece ameaçá-la, em relação ao qual sente um medo intenso. Tustin (1972) assim esclarece:

Certas crianças psicóticas mostram verdadeira obsessão pelos objetos mecânicos duros, por exemplo, trens e carrinhos, tornando-se algumas delas tão agarradas a um em particular, que, se este de alguma forma lhes falhar, entrarão num estado de verdadeiro desespero. Outras preferem colecioná-los; contudo, o mais característico em ambos os casos, é que a criança não brinca com eles, como uma criança normal o faria, mas usa-os (psicologicamente) para repelir um sentimento de desastre. (p.81).

Ao fazer uso desses objetos com superfície dura, não se podia dizer que eram utilizados, por essas crianças, com propósitos de fantasiar. Na fantasia, existe uma qualidade de fazer de conta e uma conclusão de separação corporal do objeto, que não se encontra presente no uso que a criança psicótica faz de seus objetos autísticos.

Algumas crianças utilizam o objeto autístico apenas durante algum tempo, de maneira ritualizada e estereotipada; depois o descartam, substituindo-o por outro, que é usado da mesma maneira. Segundo Tustin (1981), “se um objeto autístico se vai, a criança fica tensa como se houvesse perdido uma parte de seu corpo, mas o objeto é logo substituído por outro, que é experimentado como sendo o mesmo” (pp.131-132). Com isso, fica demonstrado que outra característica dos objetos autísticos é essa falta de discriminação normal entre eles, sendo facilmente substituído por outro.

Outro aspecto relevante acerca do uso do objeto autístico é a maneira como as crianças psicóticas tentam “transformar a mão de outra pessoa em objeto autístico, usando-a como coisa destituída de vida ou vontade própria e como poderosa extensão de si mesmas que sirva para realizar seus desejos” (Tustin, 1972, p.81). A autora ressalta que essa atitude já denota um certo reconhecimento do modo como os objetos

do mundo externo operam, mas que existe ainda uma incapacidade de reconhecer a qualidade não-eu das outras pessoas.

Por fim, Tustin (1972) denomina de objeto autístico “todo aquele que é completamente experimentado como Eu” (p.75). Este objeto tem como função preencher o “buraco negro” da depressão psicótica e, então, amenizar a angústia da falta de continuidade corporal.

Em seus estudos, Tustin (1972) defendeu a idéia de que nas crianças autistas o desenvolvimento psicológico havia sido paralisado, em um estágio precoce da vida do bebê, por uma tomada de consciência traumática da separação do corpo da criança do da mãe, associada à sensação de um cair sem fim, sem contenção, em um “buraco negro”. Essa vivência, conforme revela a autora:

Restringe os canais de comunicação física empática entre ambos. O resultado final acabará por ser uma falência dos processos psicológicos em curso e, conseqüentemente, o desinvestimento emocional da mãe e a perda de interesse por ela, havendo uma proliferação acelerada de processos patológicos centrados no próprio corpo. (pp.37-38).

Por meio do caso clínico de *John*, Tustin (1972) elaborou suas teorias sobre o autismo e descreveu o momento de parada no desenvolvimento emocional dessas crianças. Ela enfatiza que a tentativa de transcrever a experiência clínica, por mais fiel que se tente ser, não se equipara à vivência da própria experiência de inter-relação que acontece no *setting* analítico.

John começou a ser tratado com três anos e sete meses, já tendo passado por vários profissionais, recebendo o diagnóstico de retardo mental e autismo infantil

precoce. John não falava, brincava de maneira estranha, apresentava comportamento bizarro e estereotipado, uma ansiedade excessiva e uma relutância em seguir com seu desenvolvimento, culminando numa tendência a retroceder. No seu histórico familiar existiam parentes esquizofrênicos, psicóticos e excêntricos.

Mesmo não sendo possível exprimir-se verbalmente e só conseguir comunicar-se segurando a mão de quem o interessa, para levá-la a fazer o que ele quer, Tustin teve sua atenção voltada para o fato de que *John* aparentemente era capaz de estabelecer contato, apesar de ser ainda muito primitivo. Esse fato despertou na autora um sentimento maternal, assim como aconteceu com Klein em relação ao pequeno *Dick*, o que a fez acreditar que valeria a pena tentar tratá-lo.

Já na primeira consulta, Tustin (1972) percebeu que *John* não apresentava praticamente nenhuma forma de expressão. Nas palavras da autora:

Passou por mim como se eu não existisse e só no consultório deu mostras de algo um pouco diferente quando me puxou a mão para o pião que pus a girar. John corou violentamente, inclinou-se todo para frente a olhá-lo, ao mesmo tempo que rodava o pênis por cima da calça e com a outra mão fazia movimentos circulares à volta da boca – quase um girar. (p.16).

Com relação a essa sequência, Tustin (1972) descreveu que parecia tênue a diferença que se estabelecia entre os movimentos do pião e do próprio corpo. A autora coloca que *John* “encarava e manipulava os brinquedos e eu própria como se fôssemos excrementos seus ou, de alguma outra forma, fizessemos parte de seu corpo” (p.20). Quando percebia que os objetos e Tustin não eram parte de seu corpo, *Jonh* chegava a

ter ataques de raiva, utilizando palavras como “embora”, “partido”, “oh, vida”. Nesse momento, parecia que realidades deprimentes estavam penetrando em seu isolamento.

O tratamento proposto ocorria por meio da palavra, da significação e simbolização das emoções e sentimentos, que aos poucos passavam a fazer sentido para *John*, além das sensações corporais. Entretanto, passou a limitar as interpretações que fazia ao estritamente indispensável, pois as palavras eram sentidas por ele como formas de aproximação que ora o seduziam, ora como algo que o ameaçava.

Passou a estabelecer diferenças entre fantasias e fatos. Entre as fantasias estava a de controle de tudo e de todos, inclusive, da mãe. Na impossibilidade de exercer tal onipotência, *John* se voltava para o seu mundo interior, representando nas partes do seu corpo os objetos que externamente não conseguia controlar.

Com o caso clínico de *John*, Tustin coloca que, para se compreender melhor as experiências afetivas cruciais por que passam essas crianças antes de chegarem ao uso da palavra e do pensamento, faz-se necessário olhar com atenção para as descrições que as próprias crianças fazem dos estados afetivos que vivenciam. Nas primeiras palavras usadas por John – “embora”, “partido”, “oh, vida” – ele conseguiu exprimir “toda a agonia da situação que o fizera sentir um desgosto profundo” (Tustin, 1972, p.29). Com o tratamento, *John* começou a ir além do seu mundo protegido, conseguindo suportar minimamente o contato com os outros.

Em 1991, Tustin publica o artigo “A perpetuação de um erro”, um de seus últimos escritos, no qual reconhece que o conceito de autismo normal é um erro. Em sua primeira correção teórica coloca que “não há um estágio infantil normal de autismo primitivo para o qual o autismo infantil poderia ser uma regressão” (p.63). Assim, ela nega a existência da fase do autismo primário, admitindo que cometeu um erro, depois

de diversos estudos realizados à época, que demonstraram a capacidade dos bebês em estabelecer um contato ativo com a realidade desde o nascimento, quanto na sua experiência clínica, em especial no caso John. A autora coloca ainda que esse erro tinha sido baseado em premissas incompletas e inacabadas, distorcendo formulações clínicas e teóricas, obstruindo a comunicação entre os teóricos, bem como dificultando a própria relação analítica com a criança autista.

De acordo com Tustin, as origens desse erro “estão longe na história e carregadas de preconceito” (p.63). Portanto, a hipótese de que o autismo infantil seria uma regressão a uma fase autística normal do desenvolvimento foi amplamente aceita no meio psicanalítico, pois parecia ser compatível com algumas afirmações de Freud. Mahler também fez uso dessa definição e, para muitos psicanalistas, suas idéias eram representativas e congruentes com alguns aspectos da teoria freudiana. Para a autora, a ansiedade de formulações que pudessem dar sentido às experiências de John e o despreparo em lidar e compreender essas crianças criavam o desejo de certeza, agarrando-se a uma certeza distorcida. Tustin (1991), citando Dr. Gillette (1992), ressalta que “a resistência para discutir novas idéias que entram em conflito com o que se acredita que são os pontos de vista de Freud é um obstáculo significativo para o progresso científico na psicanálise” (p.65).

Por fim, é importante ressaltar, nas palavras da autora, que “esse artigo é uma tentativa de organizar minhas idéias sobre autismo antes que minha vida profissional chegue ao fim” (p.63). Diante disso, Tustin abriu mão definitivamente da idéia de uma fase de autismo primário no desenvolvimento normal e do conceito de autismo patológico como fixação ou regressão a essa fase.

No meio psicanalítico, Donald Woods Winnicott ocupa um lugar original e peculiar por apresentar uma enorme preocupação com as crianças e a infância, resultante de sua grande sensibilidade e de sua condição de pediatra que acompanhava de perto a relação dos pequenos pacientes com seus pais. A sua teoria nos leva à compreensão dos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do ser humano, concentrando-se na relação mãe-bebê, pois para ele as bases da saúde mental são ajustadas na primeira infância pela mãe, por intermédio do meio ambiente fornecido por esta. Assim, pode-se dizer que suas teorizações marcaram e influenciaram o pensamento psicanalítico de forma significativa.

Apesar de seus estudos e intensas observações, Winnicott, assim como Klein, apenas expôs suas idéias, resultado de suas concepções sobre o cuidado materno, não chegando a elaborar uma teoria a respeito da psicose infantil. Winnicott (1952) comenta que a psicose na infância é algo comum, passando muitas vezes despercebida, devido ao modo como os sintomas se escondem entre as dificuldades normais apresentadas pelas crianças, conforme a maneira que foram educadas. Para o autor, “o diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica” (p.305).

Cavalcanti e Rocha (2001) colocam que Winnicott foi um dos poucos autores a se opor em reconhecer, na invenção de Kanner sobre o “autismo infantil precoce”, uma contribuição significativa ao estudo e ao tratamento dessas crianças com grande sofrimento psíquico no início de suas vidas. Frente a isso, cabe destacar a maneira como Winnicott concebe e trabalha com o sofrimento psíquico em crianças muito pequenas, percebendo as muitas formas de expressão deste sofrimento sem

considerá-lo como uma deficiência e sem transformá-lo em uma entidade psicopatológica. Dessa forma, abrem-se as portas para se pensar o autismo sob perspectivas mais amplas, possibilitando novas reflexões. Nas palavras do próprio Winnicott (1967a):

Esperamos que nesta conferência a gama completa de possibilidades seja permitida, e que aqueles que afirmam que o autismo tem uma causa física que ainda não foi descoberta, permitam àqueles que afirmam ter pistas seguir estas pistas, mesmo que elas pareçam levar para longe do físico e para a idéia de uma perturbação na delicada interação dos fatores individuais e ambientais, conforme eles operam nos primeiríssimos estágios do crescimento e desenvolvimento humano (p.194).

Para esse autor, o autismo não deveria ser visto como uma doença, mas como um problema do processo de desenvolvimento emocional humano, na constituição do psiquismo. Na concepção de Winnicott, a saúde psicológica e física do bebê estaria na dependência de a mãe ser capaz de atender às necessidades específicas do mesmo, fornecendo o ambiente para que ele possa se constituir como sujeito.

Winnicott (1956) centra-se nas relações criativas que a criança estabelece com o mundo, possibilitadas pela maternagem, ou seja, é a mãe que torna possível a experiência desde os primeiros encontros onde se identifica com seu bebê e se adapta às suas necessidades. Ele denomina de **preocupação materna primária** esse estado de hipersensibilidade que permite à mãe se adaptar às primeiras necessidades de seu bebê. Nas palavras do autor:

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de ‘preocupação materna primária’ fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (p.403).

Winnicott (1956) refere-se a esse estágio como se fosse uma quase doença da mãe, podendo ser comparada a um estado de dissociação ou mesmo a uma perturbação do tipo esquizóide, em que um aspecto da personalidade assume o controle temporariamente. Contudo, para que a mãe possa entrar nesse estado e recuperar-se dele precisa ser saudável. Para o autor, esse é um período necessário que capacita a mãe a se adaptar e satisfazer as necessidades iniciais do bebê e, assim, poder se identificar com ele. Esse processo de identificação é muito importante nesse início de estabelecimento das relações de objeto. Dessa forma, é apenas no estado de preocupação materna primária que a mãe é capaz de fornecer um ambiente para que a constituição do bebê possa começar a se manifestar. Nesse início, as necessidades do bebê são apenas corporais, mas, aos poucos, vão se transformando em necessidades do ego.

Entretanto, há mães que não conseguem contrair essa “doença normal”, ou seja, não conseguem adaptar-se às necessidades do bebê. Assim, a mãe que não consegue atravessar esse estado de preocupação materna primária fica incapaz de estabelecer uma empatia com o bebê, não podendo oferecer-se como suporte egóico. As consequências de um suporte egóico deficiente por parte da mãe podem ser mutiladoras, sendo o autismo uma das consequências possíveis. Nessa situação, o autismo surge como uma organização psicológica para proteger o *self* contra as ansiedades

impensáveis ou angústias primitivas. Essas angústias primitivas constituem a intrusão, causando no bebê o sentimento de que o *self* foi aniquilado. Segundo Winnicott (1960):

A ansiedade nestes estágios iniciais do relacionamento mãe-bebê se relaciona com a ameaça de aniquilamento. (...) Neste lugar, que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o ‘potencial herdado’ está se tornando uma ‘continuidade do ser’. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem, por isso, como principal função, a redução, ao mínimo, de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal (p.47).

Na perspectiva winnicottiana, a etiologia da psicose situa-se na estrutura ambiente-indivíduo. Sem a propiciação de um ambiente inicial suficientemente bom, o desenvolvimento psíquico e emocional do bebê tende a ficar interrompido. A carência dos cuidados maternos provoca fases de reação à intrusão e as reações interrompem o ‘continuar a ser’ do bebê. O excesso dessas reações provoca uma ameaça de aniquilação, que é a mais primitiva das angústias, atuando como um perigo contra sua própria existência. Para Winnicott (1956), “a base para o estabelecimento do ego é um suficiente ‘continuar a ser’ não interrompido por reações à intrusão” (p.403). Esse ‘continuar a ser’ só é possibilitado quando a mãe consegue entrar nesse estágio de intensa identificação com seu bebê, sendo capaz de atender prontamente as necessidades dele, possibilitando um sentimento de *self* e de continuidade de ser.

Como dito anteriormente, a mãe deve proporcionar ao bebê um ambiente compatível com suas necessidades; para isso é necessário um ambiente suficientemente bom, que inclua a adaptação da mãe às necessidades do seu bebê. Assim, para

Winnicott (1960), a tarefa da mãe é imprescindível, por oferecer o ambiente facilitador, o *holding*, que envolve todas as particularidades do cuidado materno que antecedem e advêm depois do nascimento do bebê. O *holding* também se caracteriza pela maneira como a mãe sustenta o bebê em seu colo, protegendo-o de complicações, e fornecendo-lhe, de maneira uniforme, o mundo que passa a conhecer através dela. Dessa forma, o ambiente vai amparando as necessidades do bebê ao mesmo tempo em que vai se tornando confiável pela empatia da mãe. Para o autor, “o termo *holding* é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com” (p.44). E ainda, esse “viver com implica relações objetais e a emergência do lactente do estado de estar fundido com a mãe, e sua percepção dos objetos como externos a ele próprio” (p.44).

Tafuri (2003) aponta para o paradigma winnicottiano **bebê-mãe suficientemente boa** como a base do *setting* analítico como um ambiente *holding*, no qual a técnica psicanalítica pode ser aplicada às crianças ensimesmadas. Assim, se os pais devem oferecer um ambiente compatível à integridade do bebê, o analista também deveria oferecer o mesmo ao seu paciente. Fica implícita, em sua descrição, a importância da mãe *holding*, que se oferece enquanto corpo e não apenas como intérprete das necessidades do bebê, e o analista às necessidades da criança ensimesmada. Esse conceito do *holding*, proposto por Winnicott, é muito importante para a clínica psicanalítica com a criança autista devido à forma como o analista oferece o seu corpo à criança para que ela possa criar o objeto subjetivo.

No contexto do desenvolvimento emocional da criança, Winnicott coloca que é a adaptação da mãe às necessidades do bebê que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência e de criar a ilusão necessária a um desenvolvimento

saudável. Assim, o bebê passa a sentir que é ele quem cria os objetos que lhe são oferecidos, crença reforçada pela atitude da mãe suficientemente boa de que ele possui um controle mágico sobre as coisas a sua volta. Para Winnicott, “o centro de um viver criativo reside na ilusão onipotente do bebê, ou seja, aquela segundo a qual ele é Deus e cria o mundo” (Abram, 1996, p.83).

Ao publicar seu artigo, em 1951, intitulado “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”, havia pouco material na literatura psicanalítica em relação aos estudos sobre a realidade interna e externa. Winnicott retoma e relata que os estudos de Freud (1911) sobre o desenvolvimento do princípio do prazer que se transforma em princípio da realidade ajudaram a compreender a transição pela qual o bebê tem que passar, mas não enfatizaram o processo transicional em si. No que diz respeito a esse fato, Winnicott trouxe uma grande contribuição ao introduzir a expressão **objetos e fenômenos transicionais**, para designar “a área intermediária da experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação objetal, entre a atividade da criatividade primária e a projeção do que já teria sido introjetado, entre a não-consciência primária da dívida e o reconhecimento da dívida” (p.317).

Em seus estudos sobre a natureza humana, Winnicott percebeu que, na maioria das vezes, o primeiro objeto possuído pelo bebê tem uma importância especial e é permitido pelos pais. Essa escolha do bebê por um determinado objeto ficou conhecida como a primeira posse não-eu, com sua origem voltada para formas muito primitivas de se relacionar e de brincar. De acordo com Abram (1996), esses fenômenos transicionais dizem respeito “a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna, nem da realidade externa; mais propriamente, é o espaço em que ambas as realidades encontram-se e separam o interior do exterior” (p.253). Winnicott

(1951) explica que o objeto transicional não necessita representar um objeto real, podendo ser “uma bolinha de lã ou a ponta de um cobertor ou edredom, uma palavra ou uma melodia, ou um maneirismo, que se tornam vitalmente importantes para a criança (...), e que funcionam como uma defesa contra a ansiedade, especialmente a ansiedade depressiva” (p.319).

Winnicott (1951) escreveu também sobre a área de ilusão, sendo esta uma das funções do objeto e dos fenômenos transicionais, bem como “um estado intermediário entre a incapacidade do bebê de reconhecer e aceitar a realidade, e sua crescente capacidade em fazê-lo” (p.318). A existência dessa área de ilusão ocorre quando a mãe suficientemente boa consegue adaptar-se à quase totalidade das necessidades do bebê, proporcionando a este a possibilidade de ter a ilusão de que o seio é uma parte dele. Posteriormente, a mãe começa a desiludir o bebê, no momento em que este começa a adquirir a capacidade de suportar as falhas na adaptação e tolerar suas frustrações. Os fenômenos transicionais direcionam a criança para o simbolismo, por meio da criação da área de ilusão, levando-a rumo à experimentação, e possibilitando, também, a criatividade e a capacidade de brincar.

Em seu livro *O Brincar e a Realidade* (1971), Winnicott retrata a importância do brincar, do espaço potencial, mostrando que nessa atividade encontra-se uma via de acesso às crianças. Para o autor, “o lugar em que a experiência cultural se localiza está no espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio ambiente. O mesmo se pode dizer do brincar. A experiência criativa começa com o viver criativo, manifestado primeiramente na brincadeira” (p.139). Com isso, além de estabelecer uma relação entre a brincadeira e a experiência cultural, Winnicott menciona o espaço potencial, como sendo essa área intermediária existente entre o subjetivo e o que é

objetivamente percebido, na qual emerge o brincar. Ele ressalta que o brincar é fazer, e concebe o brincar como uma experiência criativa, como uma forma básica de viver.

Ainda nesse livro, Winnicott fala sobre a criatividade humana como uma importante característica do brincar. “É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto, fruem sua liberdade de criação” (p.79). Essa criatividade primária apresenta-se como um impulso inato que se dirige à saúde. Assim, é possível dizer que o sofrimento psíquico relaciona-se com a perda dessa capacidade criativa, manifestada nas crianças pela redução da sua capacidade de brincar. Por isso, o autor valoriza a qualidade do brincar como sendo um indicador do desenvolvimento e do sentimento de ser do bebê.

1.3. A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL A PARTIR DO REGISTRO CORPORAL

A transferência é um fenômeno geral, podendo se manifestar nos mais variados tipos de situações e relações interpessoais. Todavia, sabe-se que é no contexto da situação analítica, na relação paciente-analista, que o fenômeno da transferência adquire sua função específica: se se constitui um obstáculo, é, também, um elemento dinâmico central da análise. Segundo Laplanche e Pontalis (2001) a transferência designa “o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica” (p.514).

Freud (1905 [1901]), em seu texto “Fragmento da Análise de um Caso de Histeria”, utiliza conceitualmente o termo transferência, o qual passa a ocupar um lugar

primordial e constitutivo da teoria e da clínica psicanalítica, sendo fundamental para o processo de análise. Nesse sentido, Freud define a transferência como sendo:

(...) reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. (p.111).

Para Freud, as histéricas, em vez de recordar as fantasias de sedução, realizam uma transferência amorosa com ele. Fascinado pelo estudo da histeria, o autor nota que a relação entre o médico e suas pacientes parece uma história de amor, sendo, mais tarde, denominada transferência positiva.

No texto “A Dinâmica da Transferência”, publicado em 1912, Freud define a transferência positiva e a negativa. A transferência positiva é composta de sentimentos amistosos e afetuosos, que são admissíveis à consciência do paciente e que impulsionam o tratamento, como também de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente, os quais remontam a fontes eróticas. Já a transferência negativa é composta de sentimentos hostis que se revelam mais tarde que os sentimentos afetuosos, e se escondem atrás destes. Quando a transferência é totalmente negativa, não é possível influenciar o paciente por meios psicológicos. Com isso, percebe-se que a transferência, tanto positiva como negativa, funciona como instrumento da resistência. Nas palavras de Freud (1912), “a transferência, no sentido analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência” (pp.115-116).

Segundo Freud, a transferência é transformada de arma mais forte da resistência em melhor instrumento do tratamento analítico. Ele esclarece melhor esse fato na seguinte passagem:

Superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo, obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos. (Freud, 1917 [1916], pp.444-445).

A idéia de repetição, tema principal do artigo “Recordar, Repetir e Elaborar”, escrito por Freud em 1914, não é uma idéia nova. De acordo com Lagache (1980), Freud já tinha colocado que, na transferência, o paciente atua o seu passado em vez de rememorá-lo e, se surge alguma coisa, é a insistência sobre o caráter compulsivo dessa repetição.

Nesse texto, Freud (1914) ressalta a importância da relação existente entre a compulsão à repetição, a transferência e a resistência. Ele esclarece que a transferência “é, ela própria, apenas um fragmento da repetição, e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual” (p.166). Esclarece, também, que o paciente não recorda nada do que esqueceu ou recalçou, mas o expressa pela atuação ou o atua (*acts it out*). Dessa forma, “ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem,

naturalmente, saber que o está repetindo” (p.165). Portanto, quanto maior a resistência, maior a repetição.

Para Freud (1914), como demonstrado, o paciente atua o seu passado em vez de lembrar. Assim, “o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência.” (p.169). Se o paciente consegue respeitar as condições necessárias da análise, pode-se fornecer aos sintomas apresentados um novo significado transferencial e “substituir sua neurose comum por uma ‘neurose de transferência’, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico” (pp.169-170). Complementando o exposto:

A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento de experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas, exibidas na transferência, somos levados ao longo de caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada. (Freud, 1914, p.170).

Vale ressaltar que essa elaboração das resistências pode ser uma tarefa difícil para o paciente e uma prova de paciência para o analista, mas é de fundamental importância para o sucesso do trabalho analítico.

Ao se iniciar um trabalho sobre relação transferencial, torna-se necessário, primeiramente, compreender a definição, o conceito e as características da transferência

como conceito fundamental da clínica psicanalítica, em especial, na obra de Freud. No entanto, para fins do objetivo do presente estudo, dar-se-á ênfase na transferência pensada a partir do registro corporal, ressaltando a importância do corpo na relação transferencial.

Ivanise Fontes (2002) em seu livro “Memória Corporal e Transferência” aponta para uma dimensão corporal da transferência, mostrando a importância das experiências corporais presentes na transferência, o que leva a uma reatualização da sensorialidade.

Ao pressupor a existência de uma memória corporal, Fontes coloca que esta memória seria formada de fragmentos de impressões sensoriais da primeira infância e que seria despertada no decorrer da análise, por meio da chamada ‘regressão alucinatória’ da transferência, ou seja, a transferência descobre vicissitudes da experiência vivida, reproduzindo sensações experimentadas anteriormente. Ela defende que as sensações que foram registradas onto e filogeneticamente podem reaparecer na transferência com o analista, no momento em que o paciente encontra o espaço apropriado à repetição das cenas mais precoces. Entretanto, essas experiências vividas que foram impressas num registro sensorial (corporal), não podem ser rememoradas pela linguagem, pelo discurso do paciente ou pelas associações livres, sendo anterior à possibilidade de representação. Para Fontes (2002), “a história do indivíduo ficou em seu corpo” (p.14).

Com isso, na transferência é possível surgirem sensações já vividas, mas que não foram representadas pelo indivíduo. Por exemplo, um detalhe físico do analista pode reativar essa memória corporal. Assim, segundo Fontes (2002), “a transferência oferece condições para um retorno do material inconsciente, não somente recalçado,

mas registrado numa outra ordem – a ordem do sensorial” (p.14). E ainda, “o vivido corporal no tratamento, por meio da transferência, como acabo de expor, é a possibilidade de reintegração do paciente em sua história” (p.63). Dessa forma, pode-se dizer que na relação analítica, entre os fenômenos que vão aparecendo, o analisando pode sentir e revelar experiências sensoriais já vividas, que fizeram parte de sua história.

Fernandes (2002) sugere que não se deve limitar a reflexão sobre o corpo ao campo da representação, o que leva à construção do corpo da representação, que é atravessado pela linguagem e do corpo do transbordamento, que coloca em evidência o excesso impossível de ser representado e que não está vinculado a um sistema significante e nem segue a lógica de representação, ampliando as possibilidades de reflexão sobre a necessidade de uma escuta analítica a partir do registro corporal.

Seguindo a concepção proposta por Fernandes, a teoria freudiana possui uma abordagem própria do corpo, sendo a alteridade o elemento-chave. Esse posicionamento da alteridade na teoria freudiana do corpo representa, do ponto de vista metapsicológico, a possibilidade de se pensar a natureza da eficácia da escuta analítica sobre o registro corporal. O estado de desamparo original do bebê coloca-o, desde o nascimento, em uma dependência absoluta em relação ao ambiente - aquele que satisfaz as suas necessidades. O bebê necessita que a mãe ou seu substituto promova a mediação e forneça modos de leitura do mundo que lhe chegam por meio de sons, dos odores, dos toques, do paladar e das imagens. Assim, pode-se dizer que, “no início da vida do bebê, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano” (Fernandes, 2002, p.43).

Fernandes (2002) revela ainda que, para que a mãe possa escutar o corpo do bebê e interpretar os sinais de um corpo que não faz mais parte do seu, ela precisa

dispor de uma capacidade de investir libidinalmente esse corpo. Complementando o exposto, a autora coloca que:

O trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança. Ora, esse investimento supõe que ela é capaz de experimentar um prazer ao ter contato com o corpo da criança e ao nomear para ela as partes, as funções e as sensações desse corpo. Esse investimento supõe que a mãe é capaz de transformar o “corpo de sensações” em um “corpo falado”. (p.43).

Para Fernandes, essas condições iniciais permitem que a criança, mais tarde, conceba o seu corpo como um espaço unificado. Assim, esse corpo se constitui, primeiramente, como objeto de investimento libidinal da mãe, para depois, poder ser objeto de investimento libidinal da própria criança. A autora conclui que “o corpo psicanalítico é, portanto, construído pela alteridade” (p.46), sendo também manifestação do psíquico e do somático.

Diante disso, pode-se afirmar que existe, na transferência, a possibilidade de ressurgirem as sensações vividas anteriormente, mas não interpretadas, por meio da memória corporal, a qual possibilita a representação psíquica de situações traumáticas que foram registradas no corpo. É na relação analítica que o paciente pode sentir certas experiências sensoriais que fizeram parte de sua história. Fontes (2002) ressalta que “é preciso ser capaz de se deixar levar por essa comunicação não verbal, sensorial, para aceder à vida psíquica inconsciente do paciente. (...) E é ao corpo e suas manifestações que o analista deverá emprestar sua escuta. Precisar ter a capacidade de interpretar esses enunciados corporais” (pp.21-22).

CAPÍTULO 2

A FUNÇÃO DO CORPO DO ANALISTA NO TRATAMENTO PSICANALÍTICO COM A CRIANÇA AUTISTA

“Certos pacientes, ao nos colocarem dificuldades técnicas, exigem que o analista encontre palavras com mais capacidade sensorial – elas devem recuperar sua relação com o corpo para serem mais representativas”.

(Fontes, 2006, p.116)

O trabalho clínico realizado com Daniel (descrito no próximo capítulo) despertou o interesse e a necessidade de se pesquisar a importância sensorial do corpo do analista no tratamento com a criança autista. Neste capítulo busca-se compreender a importância do corpo do analista, um corpo que favorece a criação de um ambiente *holding* e continente, pensando a relação do analista com a criança autista para além dos limites da interpretação.

Para tal, buscou-se, primeiramente, mostrar a necessidade de se resgatar a sensorialidade corporal no tratamento psicanalítico com essas crianças. E foi nas obras de Didier Anzieu (1985) e de Bion (1970) com o conceito de continência e nas de Winnicott com o conceito de *holding* e mãe suficientemente-bona, que esse trabalho encontrou suporte teórico para explicar a experiência clínica com Daniel no estabelecimento da relação transferencial por meio do corpo da analista, proporcionando um ambiente *holding*, ou seja, um ambiente acolhedor, e ao mesmo tempo, continente das angústias do pequeno paciente.

2.1. O RESGATE DA SENSORIALIDADE CORPORAL NO TRATAMENTO PSICANALÍTICO

A clínica com pacientes ensimesmados trouxe a necessidade de se pesquisar e refletir sobre a relevância do corpo na teoria psicanalítica e, principalmente, de se pesquisar mais acerca do corpo do analista na relação transferencial com esses pacientes. Para o que vale acompanhar Fontes (2002) no extrato abaixo:

A partir de inúmeras questões levantadas no tratamento de pacientes somatizantes, surgiu a necessidade de repensar a técnica analítica. A dificuldade de simbolização, prejudicando por vezes a associação livre desses pacientes, causava impasses e impedimentos ao trabalho. As manifestações corporais mostravam-se índices evidentes para uma investigação sobre os conflitos, e era por meio delas (sintomas, gestos, posturas) que as associações podiam ser feitas, como acontece com o jogo, na análise infantil. (...) Fez-se, então, necessário resgatar o corpo sensível do paciente, e interrogar sobre os dispositivos analíticos que consideram a extraordinária presença do corporal. (p.09).

Freud (1923), em seu texto “O Ego e o Id”, já mostrava a importância do corpo na constituição do psiquismo, ressaltando a existência de um ego corporal anterior a tudo. Nesse texto, Freud introduz o conceito de id, buscando refletir acerca das relações deste com o ego. Ele supõe que a diferenciação do ego em relação ao id se deve, especialmente, à influência do meio, ou melhor, das sensações que brotam na superfície do corpo. Assim, Freud ressalta que “o ego é aquela parte do id que foi

modificada pela influência direta do mundo externo, por intermédio do Pcpt.-Cs.; em certo sentido, é uma extensão da diferenciação de superfície” (p.38).

Um dos enunciados mais importantes sobre a função do corpo em Freud encontra-se presente em sua afirmação de que “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (Freud, 1923, p.39). Em nota de rodapé, datada de 1927, Freud complementa suas observações dizendo que “o ego, em última análise, deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, além de, como vimos acima, representar as superfícies do aparelho mental” (Freud, 1923, p.39).

Com as reflexões freudianas, percebe-se que, por causa da bipolaridade tátil, com uma percepção externa e uma percepção interna, presentes nas experimentações de superfície corporal, a pele prepararia o desdobramento psíquico do ego (Eu/não-eu).

Para o autor:

Um outro fator, além da influência do sistema Pcpt., parece ter desempenhado papel em ocasionar a formação do ego e sua diferenciação a partir do id. O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constituem um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Ele é visto como qualquer outro objeto, mas, *ao tato*, produz duas espécies de sensações, uma das quais pode ser equivalente a uma percepção interna (Freud, 1923, p.39).

Nesse aspecto, é relevante a afirmação de Freud de que o ego é a projeção mental da superfície do corpo. Assim, o próprio corpo, constituindo-se entre o interior e o exterior, permite também uma diferenciação entre um e outro. Concordando com todo

o exposto, Fernandes (2002) coloca que “longe de estar excluído da psicanálise, o corpo encontra-se, ao contrário, no centro da construção teórica freudiana” (p.30).

A autora Ivanise Fontes (2002) enfatizou, de uma maneira especial, a questão da sensorialidade na gênese do psiquismo. Para a autora, não se tem idéia do quanto o corpo encontra-se, desde cedo, implicado na constituição do psiquismo. Para tal, é necessário ressaltar que o nascimento biológico do indivíduo e o nascimento psicológico não coincidem no tempo. Com relação a essa questão, Mahler, Pine e Bergman (1975) esclarecem que “o primeiro é um evento bem delimitado, dramático e observável; o último, um processo intrapsíquico de lento desdobrar” (p.15).

Fontes (2002) considera que a memória corporal é produzida por experiências sensíveis vividas no indivíduo, em um período muito precoce. Foi na obra de Frances Tustin que a autora encontrou a ajuda que precisava para investigar o campo do sensível. Assim, Tustin (1981), em seus trabalhos com crianças autistas, coloca que os estados de sensações originais têm grande importância no desenvolvimento do Eu e da imagem do corpo.

Segundo Tustin (1981), o autismo é um “estado de sensação dominada e centrada no corpo que constitui a essência do eu (*self*)” (p.13). E, ainda, como visto anteriormente, “é o estado em que a auto-sensualidade mantém movimento, sendo a atenção focalizada quase que exclusivamente em ritmos e sensações corporais” (p.13). Assim, a autora coloca que o estado de auto-sensualidade, combinado com a capacidade da mãe de proteger seu bebê de situações traumáticas, frente ao encontro prematuro com o não-eu, é que permite ao bebê vivenciar uma continuidade de ser com a mãe.

Para adquirir um primeiro senso de existir como unidade psíquica, o bebê necessita alcançar uma consciência de separação física da mãe, configurando-se,

inicialmente, como uma separação entre corpos. Para Tustin, só é possível desenvolver o senso do Eu quando o não-eu for experimentado. Portanto, a maneira como o bebê toma consciência do não-eu é crucial à constituição de sua identidade individual. Nas palavras da autora:

Gradualmente, a construção auto-sensual da mãe se modifica e o comportamento do bebê se torna mais regulado através das atividades cooperativas constantes com a mãe real, que começa a ser tolerada como sendo separada e diferente de seu corpo. Ele tem que tolerar o fato de que essa mãe ‘não-eu’ (not-self) nem sempre o satisfaz completa e imediatamente. Uma certa dose de frustração é parte inevitável de seu relacionamento com ela. À medida que ele tolera isso, começa a valorizar a ‘mãe bastante boa real’ (Tustin, 1981, p.19).

Na ausência dos cuidados maternos adequados, como mencionado no primeiro capítulo, a criança pode vir a seguir o caminho do autismo patológico, sendo este caracterizado como um tipo primitivo de defesa contra a chamada depressão psicótica que impede o desenvolvimento intelectual e afetivo da criança.

Fontes ressalta que os bebês normais vivem rodeados de sensações que os impulsionam em direção às percepções, aos conceitos, ao cognitivo. Pensando especificamente nas crianças autistas, a autora coloca que essas crianças habitam um mundo de sensações extremas.

A partir de um nível de sensações, eles se “enganaram”, ficaram à deriva, vivendo em um mundo de sensações de objetos, de coisas duras, de sensações-formas. Daí não conseguem sair. Isso estanca-lhes o desenvolvimento cognitivo e emocional.

Fabricaram para si mesmos um envelope protetor que pudesse contê-los. Não possuem envelope psíquico. Têm um envelope material, feito de substâncias – um envelope de sensações (Fontes, 2002, p.74).

Em um desenvolvimento normal, não seria necessário o bebê agarrar-se às sensações, de forma tão intensa e adesiva, como os autistas. Vale ressaltar que as crianças autistas vivenciam as sensações exacerbadamente na tentativa de garantir uma existência, mesmo que frágil. É a maneira que encontram de estar e fazer parte do mundo.

Ao refletir sobre as possibilidades de tratamento para essas crianças e a função do analista no tratamento das mesmas, Fontes (2006) coloca que “sejam somatizantes, casos-limite, estados deprimidos ou personalidades aditivas, todos esses pacientes desafiam o analista pela incapacidade de representação” (p.114). Dessa forma, frente à precária capacidade de simbolização apresentada por esses pacientes, faz-se necessário reconhecer que o trabalho analítico não será possível dentro dos moldes da associação livre e da interpretação. É necessário um algo a mais. Por meio da seguinte passagem, Fontes (2006) complementa suas observações:

Face à angústia arcaica do paciente, o analista encontra-se frequentemente em uma situação delicada - porque é o momento em que a memória corporal manifesta-se em lugar da linguagem verbal, e o corpo do analista faz parte desse processo, a sensação sentida do paciente pelo próprio analista. Se o analista encontra seu lugar de recepção sensorio-cinestésica, o paciente poderá comunicar seus signos sensoriais e tentar transmitir suas vivências de intimidade e de estranheza (p.115).

Essa maneira de perceber e encarar o atendimento analítico com as crianças autistas reinscreve a atuação e a função do analista no *setting* analítico. Dessa forma, pode-se dizer que:

Na comunicação analista-analisando é preciso considerar uma via sensorial, que é parte inerente ao tratamento. Se não levarmos em conta essa modalidade de comunicação, o processo analítico perderá em sua eficácia. Certos pacientes, ao nos colocarem dificuldades técnicas, exigem que o analista encontre palavras com mais capacidade sensorial – elas devem recuperar sua relação com o corpo para serem mais representativas. Tentar ligar-se às sensações que originalmente lhes forneceram sentido é dar corpo à linguagem. (Fontes, 2006, p.116).

2.2. O ENVELOPE CONTINENTE

Para se falar sobre o conceito e a importância da continência far-se-á, primeiramente, um percurso na obra de Anzieu acerca do seu conceito de Eu-pele. Didier Anzieu, em 1989, com o seu livro “O Eu-pele”, mostra a importância das experiências sensoriais do bebê para o desenvolvimento do seu psiquismo. Segundo este autor, a pele possui, ao mesmo tempo, um dado de origem orgânica e imaginária que funciona como um sistema de proteção e de formação da individualidade do sujeito. Dessa forma, repensar a função que a pele desempenha na constituição psíquica leva a colocar o corpo sensorial em evidência no discurso psicanalítico. Nas palavras do autor:

As sensações cutâneas introduzem as crianças da espécie humana, mesmo antes do nascimento, em um universo de grande riqueza e de uma grande complexidade,

universo ainda difuso, mas que desperta o sistema percepção-consciência, que subentende um sentimento global e episódico de existência e que fornece a possibilidade de um espaço psíquico originário (pp.27-28).

Com base em seus estudos e observações, Anzieu conceitua o Eu-pele como “uma realidade de tipo fantasmático” (p.18), diferenciando fundamentalmente a perspectiva psicanalítica das perspectivas psicofisiológica e psicossociológica, justamente por perceber a existência e a importância da fantasia como elo de ligação e de tela intermediária entre a psique e o corpo. O Eu-pele, de acordo com o autor, “é uma representação de que se serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo” (p.61).

O Eu-pele começa a se definir nos cuidados iniciais da mãe com o seu bebê, à medida que satisfaz as necessidades corporais e psíquicas dele. Esses primeiros cuidados originam o que Anzieu denominou de círculo maternante entre a díade mãe-bebê. Para que possa sobreviver, o bebê tem necessidade de receber os cuidados repetidos e ajustados de um círculo maternante, bem como de emitir sinais suscetíveis de desencadear e refinar esses cuidados e de explorar o ambiente físico, procurando estimulações necessárias para que possa “exercer suas potencialidades e ativar seu desenvolvimento sensório-motor” (p.80). Na díade, o bebê é um parceiro ativo, que interage frequentemente com o ambiente, especialmente, com o círculo maternante, sendo capaz de desenvolver técnicas que tornem esse círculo sempre presente, quando sente necessidade. O autor utiliza o termo maternante no lugar de materno para não limitar o círculo maternante à mãe biológica.

Nesse sentido, Anzieu (1989) utiliza o termo duplo *feedback*, descrito por Berry Brazelton (1981), para descrever uma solicitação mútua – o bebê solicita a mãe do mesmo modo que a mãe solicita o bebê – que permite ao recém-nascido agir e fortalecer o círculo maternante, adquirir a diferenciação entre o animado e o inanimado, para, assim, se preparar para a aquisição da palavra. Para o autor, isso pressupõe “considerar a díade mãe-bebê como único sistema formado de elementos interdependentes trocando informações entre eles e no qual o *feedback* funciona nos dois sentidos, da mãe para o bebê e do bebê para a mãe” (p.80).

Anzieu ressalta que o fenômeno do duplo *feedback* observado por Brazelton, leva a constituir uma interface, representada por uma pele comum à mãe e ao bebê, a qual os mantém ligados ao mesmo tempo que esboça a separação e a individualização do bebê em etapas futuras. Esta pele comum garante à díade mãe-bebê “uma comunicação sem intermediário, uma empatia recíproca, uma identificação adesiva” (p.88). Num outro aspecto, a interface procura transformar o funcionamento psíquico em um sistema mais aberto, encaminhando a mãe e o bebê para funcionamentos mais separados. Assim, na etapa seguinte, ocorre o desaparecimento da pele comum e o reconhecimento de que cada um possui sua própria pele e seu próprio Eu, não acontecendo sem resistência nem dor.

O autor coloca que Brazelton ao falar do sistema de duplo *feedback* como um envelope que engloba a mãe e o bebê, corresponde ao que o próprio Anzieu chamou de Eu-pele. Por meio da seguinte passagem, descreve com maior clareza esse seu conceito:

Posso agora precisar minha concepção do Eu-pele. O círculo maternante é assim chamado porque ele “circunda” o bebê com um envelope externo feito de mensagens e que se ajusta com uma certa flexibilidade deixando um espaço disponível ao envelope interno, à superfície do corpo do bebê, lugar e instrumento de emissão de mensagens: ser um Eu é sentir a capacidade de emitir sinais ouvidos pelos outros (p. 87).

Didier Anzieu (1989) postulou, em suas pesquisas, algumas funções do Eu-pele fundamentais para o desenvolvimento psíquico do recém-nascido. Para fins do estudo em questão e por sua relevância para o tema proposto, duas funções serão explicitadas com maior abrangência. São elas: manutenção do psiquismo e continente.

Tal como a pele executa uma função de sustentação do esqueleto e dos músculos, o Eu-pele executa uma função de sustentação, de **manutenção do psiquismo**. Essa função é exercida por meio do *holding* (Winnicott, 1960), ou seja, a maneira como a mãe segura o corpo do bebê. De acordo com Anzieu (1989), essa sustentação vai sendo adquirida, gradativamente, pelo bebê, à medida que a mãe se oferece como suporte para o corpo do recém-nascido e atende prontamente às suas necessidades corporais e emocionais. Assim:

O Eu-pele é uma parte da mãe – particularmente suas mãos – que foi interiorizada e que mantém o psiquismo em estado de funcionar ao menos durante a vigília, tal como a mãe mantém nesse mesmo tempo o corpo do bebê num estado de unidade e de solidez (p.130).

Em conformidade com isso, o autor expõe que é através do *holding* que o bebê vai poder internalizar o objeto-suporte-mãe de forma estável e asseguradora, permitindo que um sentimento de solidez possa ser alcançado.

Com relação à função continente, Anzieu (1989) diz que a pele que recobre a superfície inteira do corpo e na qual estão inseridos todos os órgãos dos sentidos externos, responde a função continente do Eu-pele. Essa função é exercida pelo *handling* materno, que permite ao bebê dar conta de processos internos. Portanto, a sensação-imagem da pele no bebê como bolsa é despertada “pelos cuidados do corpo, apropriados às suas necessidades, dispensados pela mãe” (p.133). Anzieu destaca que “o Eu-pele só é continente se houver pulsões para serem contidas e localizadas em fontes corporais, mais tarde diferenciadas” (p.133).

As outras funções do Eu-pele serão mencionadas de forma sucinta, apenas explicitando a essência de cada uma. Assim, tem-se a **pára-excitação** – assim como a pele protege o organismo de agentes agressores, o Eu-pele tem por função proteger o psiquismo do excesso de estimulações, fornecendo um envelope pára-excitação; a **superfície de inscrição** - o Eu-pele assegura uma função de individuação do *self*, que proporciona o sentimento de ser um ser único; a **correspondência** – o Eu-pele exerce a função de intersensorialidade que leva à formação de um senso comum, sendo o tato a sua referência de base; a **sustentação da excitação sexual** – onde as zonas erógenas podem ser localizadas, preparando o bebê para ingressar no auto-erotismo; a **recarga libidinal** – assegura a função do Eu-pele de recarga libidinal do funcionamento psíquico, de manutenção e de repartição da tensão energética entre seus subsistemas; e a **inscrição dos traços sensoriais** – o Eu-pele exerce essa função através de um apoio duplo, biológico e social.

Para Anzieu (1989), o envelope continente é vivido, de forma concreta, como uma pele. Ressalta, também, que a função interna de conter as partes do *self* é resultado da introjeção de um objeto externo capaz de conter as partes do corpo, sendo o objeto continente constituído, geralmente, através da experiência de troca entre a mãe e seu bebê. Dessa forma, o autor utiliza o termo envelope para descrever a relevância de a mãe ser continente às necessidades corporais e psíquicas de seu bebê, criando meios propícios para que as estruturas de fronteira possam ser delimitadas, estabelecendo uma unidade ao Eu do bebê. Assim, diz-se que é “(...) o envelope continente que faz o aparelho psíquico se tornar suscetível de ter conteúdos” (p.113).

Ainda com relação ao envelope continente, Anzieu (1989) faz referência ao conceito de continente utilizado por Bion (1970), mostrando que o mesmo poderia ser ampliado, conforme deixa explícito na seguinte passagem:

Acrescentaria a Bion que a passagem dos pensamentos ao pensar, isto é, à constituição do Eu, se opera por um duplo apoio, sobre a relação continente-conteúdo que a mãe exerce em relação ao pequenino, como este autor observou, e sobre a relação, decisiva a meu ver, de contenção em relação às excitações exógenas, relação que sua própria pele – estimulada certamente em primeiro lugar por sua mãe – traz a experiência à criança (Anzieu, 1989, pp.113-114).

Durante esse percurso acerca do conceito de Eu-pele proposto, com maestria, por Anzieu, vêm-se pontuando, concomitantemente, questões sobre o envelope continente. Portanto, para que se possa compreender, de forma mais completa e abrangente, o conceito de continência, é necessário recorrer à descrição de Bion (1970) sobre esse conceito. Esse autor trouxe uma importante contribuição para a

clínica psicanalítica, influenciando o pensamento de muitos autores que trabalham com crianças autistas.

Bion (1970), buscando ampliar o papel e a forma de atuar do analista, descreveu as sete virtudes do analista, sendo elas: paciência, segurança, continência, rêverie, pensamento, transformação e nomeação. Essas virtudes foram usadas para discutir e repensar a função da interpretação, considerada como o pilar do trabalho do analista. Ele trouxe considerações importantes sobre a escuta do paciente, para além do ato interpretativo, onde o analista se entrega ao *nonsense* e deixa emergir o conhecimento e as sensações oriundas da vivência entre ele próprio e o paciente no *setting* analítico.

Para Bion, a capacidade de espera do analista é de fundamental importância para a função de continência. Saber esperar pelo que o material clínico vai revelar exige que o analista liberte-se de preconceitos e do apego ao seu próprio saber, tendo, inclusive, a possibilidade de enfrentar suas frustrações, em especial, a do não saber.

Ao definir o conceito de continência, o autor coloca que o analista deve ser capaz de conter as angústias do paciente, permitindo o seu desenvolvimento nos moldes de um enquadramento clínico, ajustado e transformado de acordo com as necessidades do paciente. Segundo Tafuri (2003), a continência que o analista exerce é chamada de o lugar da transformação, “um lugar psíquico que tem a forma imaginária do útero, que recebe os conteúdos psíquicos do paciente e os transforma a partir do seu acolhimento elástico” (p.175). Essa função continente exercida pelo analista deve ser “acolhedora, receptiva, ativa e transformadora” (p.175).

2.3. A NOÇÃO DO *HOLDING*

Todas as particularidades do cuidado materno que antecedem e advêm depois que o bebê nasce convergem para a criação do ambiente de *holding*. Tanto o *holding* psicológico quanto o físico são extremamente importantes para o bebê ao longo de seu desenvolvimento. Na década de 50, a utilização que Winnicott faz do paradigma bebê-mãe suficientemente-boa, descrito como uma maneira de compreender aquilo que poderia ser provido pela relação analítica, torna-se a base da teoria do *holding*. Assim, é em função do *holding* suficientemente-bom que o bebê tem a possibilidade de integrar a experiência e desenvolver um sentimento de Eu sou.

Como descrito no primeiro capítulo, para Winnicott (1960), a tarefa da mãe é imprescindível, por oferecer o ambiente facilitador, o *holding*. Este se caracteriza pela maneira como a mãe sustenta o bebê em seu colo, protegendo-o de complicações, e fornecendo-lhe, de maneira uniforme, o mundo que passa a conhecer através dela. Dessa forma, o ambiente vai amparando as necessidades do bebê ao mesmo tempo em que vai se tornando confiável pela empatia da mãe. O termo *holding* é utilizado aqui “para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com” (p.44). E ainda, esse “viver com implica relações objetais e a emergência do lactente do estado de estar fundido com a mãe, e sua percepção dos objetos como externos a ele próprio” (p.44). Dessa forma, a importância da provisão de um *holding*, incluindo principalmente o *holding* físico do bebê, caracteriza uma forma de amar. Essa é talvez a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao seu bebê o seu amor nos primeiros meses de vida.

Winnicott (1960) ressalta que a mãe deve proporcionar ao bebê um ambiente compatível com suas necessidades, ou seja, deve levar em conta a integridade do seu bebê ao tentar suprir suas necessidades, respeitando-o como um ser humano diferenciado dela própria. Para tanto, ele enumera as características necessárias à provisão ambiental, isto é, ao *holding* materno. São elas:

–“Protege da agressão fisiológica;

–Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade a queda e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo;

–Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite;

–Segue, também, as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do bebê, tanto físico como psicológico” (p.48).

Para esse autor, a qualidade dos cuidados maternos, nos primórdios da vida do recém-nascido, é a responsável pela saúde mental do indivíduo. Transpondo para a relação terapêutica, na clínica psicanalítica com crianças autistas pode-se estabelecer que é o *setting* analítico que fornece o ambiente *holding* necessário ao paciente, ou melhor, é a atenção do analista – combinado com o aspecto físico do ambiente – que representam a preocupação materna primária da mãe. Significa, portanto, oferecer um ambiente que sustente e permita o processo de integração do sujeito.

Em seu livro “Ansiedades Psicóticas e Prevenção”, Margaret Little (1990), escreve de forma detalhada a maneira como Winnicott conduziu seu tratamento, interpretando e não interpretando, oferecendo-lhe um *holding* (‘apoio’) ou controle ambiental, possibilitando a criação de um espaço potencial para a ilusão criativa. Com relação ao *holding*, Little revela que as sessões com Winnicott, durante o seu processo de análise eram caracterizadas por poucas interpretações e pelo *holding* usado metafórica e literalmente:

Metaforicamente ele estava controlando (*holding*) a situação, dando apoio, mantendo contato em todos os níveis com qualquer coisa que estivesse acontecendo, dentro e ao redor do paciente e no relacionamento com ele.

Literalmente, durante intermináveis horas ele segurou as minhas duas mãos apertadas entre as dele, quase como um cordão umbilical, enquanto eu ficava deitada, freqüentemente escondida debaixo do cobertor, calada, inerte, retraída, apavorada, com raiva ou em lágrimas, dormindo e às vezes sonhando. (p.46)

A noção de *holding* é de extrema importância para o manejo clínico com crianças em sofrimento psíquico, no caso particular dessa dissertação, com crianças autistas. Ele é compreendido por Little (1990) da seguinte maneira:

O *holding*, do qual o ‘controle’ era sempre uma parte, significava assumir total responsabilidade, fornecer toda a força do ego que o paciente não podia encontrar em si mesmo, e retirá-la, gradualmente, quando o paciente fosse capaz de cuidar de si mesmo. Em outras palavras, fornecendo o ‘ambiente propício’ (Winnicott, 1965), onde era seguro estar. (pp.46-47)

Além de ser compreendido como sustentação, como um ambiente onde a mãe satisfaz as necessidades de seu bebê, o *holding* pressupõe a existência de uma relação empática entre analista e paciente. Little (1990), referindo-se à maneira como Winnicott conduziu sua análise, coloca que “sem sentimentalismo, ele era capaz de sentir por, com e para o seu paciente, participando de uma experiência de tal modo, que a emoção que tivera de ser reprimida podia ser manifestada” (p.48).

Winnicott (1972) demonstra, também, a função do *holding* em seu livro “*Holding e Interpretação*”, ao descrever o caso clínico de um paciente de trinta anos, casado, com dois filhos, que foi atendido em dois períodos de análise. Nesse livro, o autor relata diferentes sessões que realizou com o paciente, mostrando a condução de um processo que tem como característica central o *holding*. Ao descrever esse caso, o autor ressalta a função do *holding* tanto na sustentação do processo analítico quanto na junção dessas experiências no tempo e no espaço. Um exemplo disso pode ser observado no seguinte relato de Winnicott, referente a uma dada sessão:

Analista: Na interpretação abrangente, falei dessa situação de infância que, de alguma forma, ele não experimentara e que eu teria de lhe proporcionar, na análise, o *holding* de uma situação no tempo, de forma que os fenômenos de dependência pudessem ser testados em relação aos momentos e idéias instintivas. Para ilustrar, disse-lhe que uma criança internada numa instituição poderia ter três enfermeiras no decorrer do dia e, no entanto, apresentar dificuldade em relação à reparação.

Paciente: Ele compreendeu rapidamente a idéia da minha interpretação e disse: “No meu caso parece que foram quatro, por causa das minhas quatro vidas – o hospital, a análise e a moça. Tudo depende da minha capacidade de descrever na análise o que acontece nas outras fases”. Então, ele disse: “Mas inversamente, o

que está acontecendo é que essa divisão na situação total está me dando mais sobre o que falar. Em qualquer um dos quatro lugares eu tenho muito para dizer, enquanto, normalmente, eu me sinto exausto se digo alguma coisa e depois não tenho mais nada a dizer” (p. 39).

Em seus escritos, Winnicott revela que na clínica com pacientes em sofrimento psíquico, a análise tem como objetivo proporcionar um ambiente suficientemente bom, capaz de se adaptar às necessidades do ser, de modo que se torne possível o surgimento de um ego. Para isso, é necessário que o analista propicie as condições que faltaram nos momentos das falhas ambientais, impedindo o desenvolvimento saudável.

Na clínica winnicottiana utiliza-se a noção de ambiente *holding* para descrever o *setting* analítico. Ele é importante como lugar que possibilita a compreensão do psiquismo e que revela as dimensões do inconsciente, mas também como lugar suficientemente bom no que diz respeito à adaptação às necessidades do paciente, proporcionando um ambiente *holding*, fornecendo estabilidade, confiança e esperança para que o paciente possa vir a se constituir como sujeito. Dessa forma, Winnicott (1955-6) ressalta que o ambiente (*setting*/analista) “por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver” (p.395).

2.4. A MÃE SUFICIENTEMENTE BOA: CRIAÇÃO DE UM AMBIENTE COMPATÍVEL COM AS NECESSIDADES DO BEBÊ

Winnicott (1956) utiliza o termo mãe suficientemente boa para referir-se à mãe que consegue ingressar em estado de preocupação materna primária, a qual, identificada com seu bebê consciente, mas também profundamente inconsciente e em um estado de sensibilidade exacerbada, consegue uma adaptação sensível, ativa e delicada às necessidades do bebê. A mãe suficientemente boa também diz respeito à adaptação da mãe às necessidades do bebê, que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência, sendo esta experiência que cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável. Assim, tem-se de um lado a identificação da mãe com o bebê e de outro a dependência do bebê em relação à mãe. Usando a terminologia do autor: “a mãe suficientemente boa é aquela que é capaz de satisfazer as necessidades do nenê no início, e satisfazê-las tão bem que a criança, na sua saída da matriz do relacionamento mãe-filho, é capaz de ter uma breve experiência de onipotência” (Winnicott, 1962, p.56).

Nesse sentido, a mãe suficientemente boa compara-se à mãe devotada comum que, na saúde, pôde entrar em um estado de preocupação materna primária. A palavra devoção significa uma adaptação sensível e ativa, por parte da mãe, às necessidades de seu bebê que são, no início, necessidades absolutas.

Little (1990), em seu livro “Ansiedades Psicóticas e Prevenção”, relata uma passagem da sua análise pessoal com Winnicott, na qual a ênfase recai no modelo da mãe suficientemente boa.

Para mim, D.W. não representava a minha mãe. Em minha ilusão de transferência, ele realmente era a minha mãe. Como na verdade há continuidade entre mãe e feto, genética e física, para mim as mãos dele eram o cordão umbilical, seu divã a placenta e o cobertor as membranas, tudo muito abaixo de qualquer nível consciente até um estágio muito posterior. A ilusão nunca fora mencionada – eu mesma a reconheci muito tempo depois – mas com seu comportamento D. W. a aceitou tacitamente, satisfazendo-me nesse nível, mas, ao mesmo tempo, mantendo sua própria maturidade e realidade. (pp. 95-96).

Para Winnicott, a mãe suficientemente boa possui três funções maternas naturais: o *holding*, o *handing* e a apresentação do objeto. Essas funções ocorrem nas primeiras semanas de vida do bebê, no período de dependência absoluta, onde a mãe suficientemente boa oferece condições adequadas para o desenvolvimento dos processos de integração, de personalização e de realização, respectivamente.

O *holding* se caracteriza pela maneira como a mãe sustenta o bebê em seu colo, protegendo-o de complicações, e fornecendo-lhe, de maneira uniforme, o mundo que passa a conhecer através dela. Segundo Winnicott (1962), com a função do *holding*, a mãe suficientemente boa torna possível o processo de integração, no qual o ego se integra em uma unidade, desenvolvendo o Eu sou e o início da constituição do si mesmo. Para ele, o processo de integração só pode ser conseguido na presença de um ambiente suficientemente bom.

Nessa fase do *holding*, o bebê é dependente, ao máximo, do cuidado materno. Com relação a essa dependência, Winnicott (1960) distingue três estágios na primeira infância em que a relação mãe-bebê vai se modificando ao longo do processo de maturação.

1.*Dependência absoluta*: neste estado, o bebê encontra-se totalmente dependente dos cuidados maternos, mesmo não tendo meios de perceber isso. A mãe, sendo capaz de adaptar-se às necessidades de seu bebê possibilita que ele cresça satisfatoriamente, tanto física quanto emocionalmente. O bebê não consegue diferenciar o que é bem ou malfeito, estando apenas em posição de obter algum proveito ou de sofrer algum distúrbio.

2.*Dependência relativa*: neste estado, o bebê começa a ter consciência dessa dependência, percebe os detalhes do cuidado materno, já conseguindo sinalizar quando quer a presença da mãe. A falha gradual da mãe e sua desadaptação como resposta ao desenvolvimento demonstrado pelo bebê é um momento importante para a diferenciação Eu e não-eu. Em concordância, Winnicott (1963b) afirma que “é parte do repertório da grande maioria das mães prover uma desadaptação gradativa, e isso está muito bem orientado para o rápido desenvolvimento que o lactente revela” (p.83).

3.*Rumo à independência*: aqui, a criança se torna gradativamente capaz de se deparar com o mundo e suas complexidades, desenvolvendo meios para poder suprir os cuidados maternos. “Isto é conseguido através do acúmulo de recordações do cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no ambiente” (Winnicott, 1960, p.46).

Uma relação satisfatória do bebê nos primeiros dois estágios de dependência baseia-se em um ambiente suficientemente bom desde o início, o que possibilita a passagem para o estágio da maturidade, ou estágio de rumo à independência. É importante ressaltar que a independência nunca é absoluta.

Outra função da mãe suficientemente boa é o *handling*, descrito como a maneira que o bebê é tratado, cuidado, manipulado. Com a função materna de *handling* (manejo), a personalização pode vir a acontecer, isto é, a interação dos aspectos da psique e do soma, a partir da qual o bebê adquire a capacidade de habitar o próprio corpo.

A apresentação do objeto permeada pela mãe depende de sua estabilidade e confiança. Ela começa a mostrar-se substituível e a favorecer o encontro e a criação com outros objetos, tão importante quanto. Assim, com a função de apresentação de objetos, a mãe ajuda o bebê na capacidade de viver a ilusão de onipotência de que o mundo é uma criação sua. Segundo Winnicott, o início das relações objetais é complexo e não pode ocorrer se o meio não favorece a apresentação de um objeto criado pelo próprio bebê.

Por meio da apresentação de objetos, a mãe suficientemente boa permite a realização, ou seja, o estabelecimento da capacidade de estabelecer relações com objetos. Dessa forma, tem-se início as relações interpessoais, as quais fazem referência a um percurso, longo e difícil, que o bebê terá que percorrer até chegar à percepção do mundo como independente de si.

Ao fazer uso do modelo da mãe suficientemente boa, Winnicott ressalta que o analista precisa estar identificado ou mesmo fundido com o paciente, como também permanecer orientado para a realidade externa. É estar identificado e, ao mesmo tempo,

cuidando do paciente, o que é facilitado pelo *holding*. Cabe ressaltar que o reconhecimento das particularidades da boa maternagem é utilizado, por Winnicott, como um paradigma no *setting* analítico. Assim, as técnicas que são utilizadas pelo analista em sua clínica refletem simbolicamente as técnicas da boa maternagem.

Finalizando, Winnicott ressalta que, nas situações de interrupção precoce no processo de desenvolvimento, o trabalho de análise deve criar um *setting* que permita que o paciente possa ter experiências semelhantes à maternagem, mas agora na presença de um ambiente adequado ao amadurecimento saudável.

2.5. PARA ALÉM DA INTERPRETAÇÃO: O CORPO DO ANALISTA COMO AMBIENTE *HOLDING* E CONTINENTE

A hipótese que vem sendo desenvolvida ao longo desse trabalho, expressa no título deste capítulo, partiu da necessidade de repensar e mostrar a importância do corpo do analista no tratamento com a criança autista, sendo este corpo pensado como aquele que fornece um ambiente *holding* e ao mesmo tempo continente das angústias sentidas e apresentadas pelo paciente, para além dos limites da interpretação.

Na clínica psicanalítica com a criança autista acredita-se que, mais do que o analista interpretar, é necessário estar com a criança à maneira dela, procurando ouvir com interesse os sons, grunhidos emitidos por ela e, sempre que possível, fazer ecoar esses sons através da imitação, como forma de aproximar do seu modo de ser e de estar no mundo.

Ao se restringir o processo terapêutico apenas ao uso da interpretação clássica, se reduz a possibilidade do surgimento de significações novas. Dessa forma,

faz-se necessário encontrar um outro caminho para estar junto com as crianças autistas, não repetindo um saber pré-estabelecido. Tafuri (2003) trouxe esse novo caminho mediante seu conceito de “analista não-intérprete”. Essa posição, proposta por Tafuri, possibilita um encontro na relação analítica, o que permite à criança autista a entrada no universo simbólico, emergindo como sujeito. Trata-se de uma postura que implica “estar com” a criança à sua maneira, em que o analista oferece uma escuta diferenciada, cuja característica fundamental é a disponibilidade. Essa postura é melhor explicada, nas palavras da autora, na seguinte passagem:

O lugar de ‘analista não-intérprete’, ou seja, o lugar daquele que não considera a palavra a única possibilidade de traduzir a escuta, proposto neste caso, foi uma condição adquirida no fazer analítico, moldado pela subjetividade da analista no encontro com Maria. Uma subjetividade que, por sua vez, sofreu transformações e levou a um fazer analítico até então desconhecido. Foi uma atitude difícil de ser implementada, pois as interpretações brotavam do corpo da analista de forma tão insistente e automática que a impediam de vivenciar o insulamento em que estava na relação transferencial com a criança. Na verdade, os pensamentos que brotavam serviam apenas para pensar os próprios pensamentos. Assim, a analista concluiu que, para estar com Maria, precisaria deixar os pensamentos em suspenso. (p.251).

Freud postulou que o analista deveria reinventar-se com cada paciente, em especial com aqueles colocados perante a sociedade como diferentes. Esse foi o grande embate a que se propôs Tafuri, e no qual os analistas que se dispõem a aventurar-se na clínica com as crianças autistas terão também que enfrentar.

Em concordância, Gilberto Safra (1999) ressalta que “o trabalho com a transferência não será tanto feito pela interpretação decodificadora, mas pela utilização dela como campo de aparecimento do gesto que apresenta o *self* do paciente” (p.21). Esclarece ainda, com relação ao fenômeno transferencial que, com pacientes que se encontram em estado de dispersão de si mesmos, isso inclui as crianças autistas, o analista necessita adotar outros procedimentos. Nas palavras do autor:

Tenho observado que, nesses casos, vamos necessitar de outros procedimentos que possibilitem ao paciente utilizar-se do campo transferencial para constituir os aspectos fundamentais de seu *self*, que até então ficaram sem realização. O analista, nessa situação, fornece as funções buscadas pelo paciente para que ele dê continuidade ao desenvolvimento de si mesmo. São momentos em que observamos, na análise, a ocorrência de um fenômeno de significação e de articulação simbólica. Mais do que um processo de deciframento das produções do paciente, há uma apresentação do *self* em gestos e formas imagéticas (formas sensoriais) sustentados pela relação transferencial, na qual o indivíduo se constitui e se significa frente a um outro. (pp.02-03).

Dessa forma, pode-se perceber que um ambiente *holding*, acolhedor, e uma atitude continente por parte do analista, podem proporcionar transformações no *setting* analítico e na criança autista.

Faço uso de um pequeno trecho do texto A Lição da Borboleta o qual será apresentado no caso clínico, que é muito glorioso para se pensar as transformações e as conquistas dessas crianças, ocorridas no seu tempo e à sua maneira:

O que o homem, em sua gentileza e vontade de ajudar, não compreendia era que o casulo apertado e o esforço necessário à borboleta para passar através da pequena abertura era o modo com que Deus fazia com que o fluido do corpo da borboleta fosse para as suas asas de modo que ela estaria pronta para voar uma vez que estivesse livre do casulo”.

(Autor Desconhecido, grifos meus)

CAPÍTULO 3

O VÍNCULO SENSORIAL CORPORAL COM UMA CRIANÇA

AUTISTA: CASO DANIEL

*“Cada indivíduo marca diferentemente seu corpo, segundo as impressões (“**eindrücke**” freudiana) de sua infância precoce. Essa história pessoal é registrada, de início, por meio das sensações, dos movimentos. Somente muito mais tarde, as lembranças incluirão a linguagem”.*

(Fontes, 2002, p. 56)

3.1. HISTÓRIA CLÍNICA

Daniel é uma criança de sete anos, que chegou para o tratamento psicoterápico trazido por seus pais, aos cinco anos e dez meses. Veio encaminhado para o Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) - Clínica Escola da Universidade de Brasília – por uma Fundação, onde fazia acompanhamento desde os três anos, com diagnóstico de Autismo Infantil Precoce. Antes do diagnóstico foi realizada uma série de exames médicos na criança, não sendo constatado nenhum déficit orgânico ou neurológico, enfatizando apenas questões relativas ao seu desenvolvimento emocional e psicológico.

O núcleo familiar é composto pelo pai, pela mãe e por um irmão mais velho, com oito anos de idade, por quem não demonstra sentimento de ambivalência ou de rivalidade e nem sentimento de estima ou de afeto. Ambos os pais possuem o terceiro grau completo e exercem a profissão que escolheram, apesar de, no momento, a mãe

estar afastada do seu trabalho para poder se dedicar ao tratamento e ao desenvolvimento do filho.

Na primeira sessão com os pais, eles relataram que haviam acabado de mudar-se para Brasília, por motivos de trabalho do pai, e que estavam em fase de adaptação, buscando escola e atendimento para seu filho. Sentem-se inseguros por terem que iniciar e constituir vínculos com novos profissionais, mas ao mesmo tempo esperançosos diante da possibilidade de continuidade de tratamento para seu filho. Relataram, ainda, que a criança não fala nada e que emite apenas alguns sons como: “iiii” ou “uuuu”, o que os preocupa bastante, principalmente, por acreditarem que sem a linguagem verbal não é possível uma comunicação eficaz e que a aprendizagem ocorre de forma bastante limitada. Mostram-se também ansiosos em relação ao processo de alfabetização do filho.

A mãe conta que na época do nascimento da criança a família residia na cidade do Rio de Janeiro e que durante a gravidez, por volta do sexto mês, teve uma alergia. Fora isso, a gestação foi tranquila. O parto de Daniel foi natural, a termo. Foi amamentado até um ano e meio, no seio materno. Nesse ínterim, a amamentação teve que ser suspensa por uma semana, devido a uma paralisia facial sofrida pela mãe, que precisou fazer um tratamento à base de corticóides. Foi necessária a introdução de outro leite para a alimentação do filho. Conforme descrito pela mãe, foi uma semana muito difícil e dolorosa, pois o neném não tivera uma boa aceitação ao outro leite e chorava muito. A mãe sentia muita falta de estar amamentando o seu filho. Encerrado o tratamento, voltou a amamentá-lo no seio materno. Segundo ela, assim que ofereceu novamente o seio para o filho, este aceitou prontamente, mostrando-se muito satisfeito e feliz.

Daniel engatinhou pouco, começando logo a andar, aproximadamente aos nove meses; dormia bem, e o controle dos esfíncteres se deu com um ano e meio. Apresentou infecção de ouvido quando estava com sete meses, sendo tratado com o uso de antibióticos.

Quando Daniel estava com onze meses, a família mudou-se para uma outra cidade e, em seguida, o pai viajou a serviço para o exterior, por um ano. De acordo com a mãe, neste período a criança se desenvolveu bastante, chegando a pronunciar algumas palavras como “mama”, “papa” e outras palavrinhas. Quando queria alguma coisa, apontava ou levava a mão das pessoas até o alvo de seu interesse, conseguindo comunicar-se bem com o meio à sua volta, por meio de gestos e expressões corporais. Até esse momento aparentemente não apresentava problemas e não se percebia nenhum desenvolvimento atípico no comportamento de Daniel.

Ainda nesse espaço de tempo, a mãe mudou-se com as crianças para um apartamento novo, o qual tinha sido dedetizado. Neste apartamento, Daniel teve uma alergia empolando as costas, foi levado ao médico, mas só na terceira medicação conseguiu sucesso no tratamento. Ele chorava muito, nesses dias, devido ao incômodo das coceiras que sentia nas costas. Após esse episódio, a mãe relata que Daniel não mais pronunciou uma só palavra, recusando-se terminantemente a falar. Embora os médicos afirmassem que a alergia fora causada pelo próprio suor da criança, não havendo relação direta com o desenvolvimento da linguagem, para mãe este fato marcou o dia em que seu filho parara de falar.

Próximo ao aniversário de dois anos de Daniel, seu pai retornou da viagem e estranhou o fato de o filho não falar uma palavra sequer e ficar, em muitos momentos, bastante isolado. Diante disso, foram ao Rio de Janeiro a fim de submetê-lo a uma

avaliação com um psiquiatra infantil. Feitas as avaliações e não sendo acusado nos exames médicos nenhum indício de déficit neurológico, o médico deu o diagnóstico de TID - Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, acreditando se tratar da Síndrome de Asperger. Considerando que não houve desenvolvimento da linguagem, o médico fechou o diagnóstico como Autismo Infantil Precoce. Ao retornarem para casa, começou toda batalha da família na tentativa de proporcionar o tratamento adequado para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança. Assim, Daniel começou a ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar.

No decorrer das entrevistas, os pais se mostram ansiosos e ávidos por respostas que lhes assegurem que o filho vai falar e conseguir ser alfabetizado. Há na fala desses pais um grande receio de o filho não vir a falar, não interagir, não aprender, o que os impede de estar e brincar com a criança para além da linguagem verbal. Diante dessa postura ansiosa dos pais, dos fantasmas que permeiam a relação deles com a criança, a analista mostra-se disponível para ouvir as dificuldades, os questionamentos e os sentimentos que brotam em relação ao filho. É colocado para os pais que esse espaço de escuta continuará a ocorrer com regularidade no decorrer de todo o tratamento.

Nesses primeiros momentos, os pais comentam, ainda, que Daniel tem grande dificuldade em conviver com as mudanças, qualquer alteração na rotina, como, por exemplo, o caminho feito para chegar à escola ou em casa, mudança de objetos ou coisas de lugar o leva a um estado de grande irritação, manifestada por meio de resmungos, podendo chegar a empurrar ou bater naquilo que estiver ao seu alcance imediato. A mãe relembra que desde cedo Daniel tem este comportamento, e conta que, por volta de um ano e meio, quando deixado fora do “cercadinho”, passava todo o tempo pegando os objetos e os brinquedos que estavam fora de lugar e os jogando dentro

do cercado. Essa atitude chamava a atenção da família, pois a ele não deixava nada fora do lugar, deixando de brincar em seu cercadinho para guardar as coisas que estavam espalhadas ou fora do lugar habitual.

Numa outra sessão de escuta a esses pais, a mãe lembrou que o filho só assistia aos filmes passando as imagens no formato acelerado, seja adiantando ou voltando as cenas. O que atraía a sua atenção era ver as pessoas, os personagens ou os animais passando bem depressa. A mãe conta, também, que Daniel não costumava responder aos chamados ou aos apelos das pessoas, “não era uma criança de dar confiança para os outros”. Outro fato relevante nessa sessão foi o pai trazer sua angústia frente às dificuldades apresentadas por seu filho, chegando a emocionar-se ao falar que o que mais deseja é que Daniel seja feliz. No discurso desse pai é presente um sentimento de culpa por achar que poderia fazer mais pelo desenvolvimento do filho, bem como conseguir brincar espontaneamente e com mais regularidade com o mesmo. Para o pai, se tivessem conseguido obter um diagnóstico mais cedo, as chances de desenvolvimento emocional, cognitivo e social do filho seriam bem maiores e mais evidentes.

Nesse momento da realização das entrevistas iniciais, como relatado acima, a família encontra-se em processo de adaptação à nova cidade, nova moradia, nova vida. Assim, percebe-se que nos últimos dias as mudanças na vida de Daniel foram significativas, com quebra de rotina, sem o convívio diário com avós, tios, primos, estando agora apenas com os pais e irmão numa cidade desconhecida.

Depois da conversa com os pais, decidi iniciar o tratamento psicoterápico de Daniel, procurando “estar com” a criança, oferecendo o meu corpo enquanto ambiente

holding e continente nessa relação, buscando uma possibilidade e um caminho para estarmos juntos.

3.2. OS PRIMEIROS ENCONTROS COM DANIEL

Em sua primeira sessão, Daniel chegou acompanhado pela mãe e por seu irmão mais velho. Cumprimentei a todos, me apresentei e o convidei para irmos para a sala de atendimento, dizendo que iríamos ficar juntos naquele ambiente enquanto a mamãe e o irmão iriam aguardá-lo na sala de espera. Segurou na minha mão e foi comigo sem apresentar sinais de ansiedade de separação; seu irmão pediu para ir também. Permiti que participasse dessa sessão com o intuito de observar a relação e a interação entre os dois. Daniel olhava para tudo e em todas as direções, como se estivesse procurando reconhecer o ambiente, até entrarmos na sala.

Daniel é uma criança linda, com traços delicados e um sorriso encantador. Com seu jeito maroto e ao mesmo tempo tímido, é uma caixinha de surpresa a cada dia e a cada sessão, sempre me surpreendendo com sua capacidade cognitiva, sua memória e seu entendimento. Mesmo não falando, consegue se comunicar por gestos, apontando para o que deseja ou mesmo levando a minha mão para pegar alguma coisa que queira, conseguindo responder positivamente a muitos comandos.

Ao entrar na sala, Daniel olhava atentamente para tudo à sua volta, tocava rapidamente e com leveza nos brinquedos e objetos, andava de um lado para o outro tocando seu corpo nas paredes. Já seu irmão, muito esperto e falante, brincava com os jogos, montava lego, sempre conversando muito; enquanto isso Daniel encontrou colchonetes na sala, permanecendo bastante tempo deitado, rolando de um lado para

outro e entrando debaixo deles. Em alguns momentos, o irmão o convidava para brincar, tentava enrolar o barbante no seu corpo, abraçava, puxava, mas no máximo Daniel respondia a um estímulo ou outro, não se interessando pelas brincadeiras propostas, preferindo ficar quieto, sozinho, nos colchonetes.

Nessa sessão, Daniel explorou, à sua maneira, todo o ambiente da sala, não tendo se aproximado muito de mim, nem tampouco ignorado a minha presença. Em nenhum momento estabeleceu contato visual comigo, olhando apenas de “rabo de olho” em minha direção, no momento em que minha atenção estava voltada para outra coisa ou situação. É importante ressaltar que no momento da realização da sessão, alunos da graduação que fazem parte do grupo de pesquisa estavam assistindo ao atendimento, na sala de observação. Daí a possibilidade de eu saber que estava sendo observada de “rabo de olho” pela criança. Algumas vezes tentei entrar em contato dizendo que percebia seu receio em estar num ambiente novo, com uma pessoa desconhecida e ainda na companhia do irmão que tentava chamar a atenção toda para si, com seu jeito expressivo de conversar. Não obtendo resposta, permaneci sentada na cadeirinha observando seu movimento no colchonete e, em alguns momentos, brincando com seu irmão. Nessa sessão, despertou minha atenção o quanto Daniel se sentiu incomodado e desconfortável, permanecendo, a maior parte do tempo, isolado, recusando-se a qualquer tentativa de contato.

Ao término da sessão, falei para Daniel que iríamos ficar nos encontrando duas vezes na semana, com dias e horários determinados, e que a partir da próxima, seu irmão iria ficar aguardando com a mamãe na sala de espera. A partir daí uma relação começava a se delinear, seguindo por caminhos que seriam construídos dia após dia e com base no relacionamento estabelecido.

Na sessão seguinte, ele chegou para o atendimento novamente acompanhado por sua mãe e seu irmão. Ao convidá-lo para irmos para a sala, com um gesto automático, sem dirigir o olhar para mim e sem demonstrar qualquer manifestação de ansiedade de separação, deixou a mãe e veio para o meu colo.

Ao entrar na sala, Daniel foi direto para os colchonetes, deitando-se em cima deles, girando, mudando de um lado para o outro, até entrar embaixo, ficando todo coberto, sempre apertando com força seu corpo contra os colchões; parecia procurar um lugar, sem conseguir encontrar. Sentei-me junto aos colchonetes e fui me aproximando, falando que entendia o quanto era difícil para ele entender e aceitar tantas mudanças. Tentei imitá-lo nesses movimentos, mas não obtive resposta. Então, continuei por perto, aguardando uma chance de contato, enquanto ele continuava embaixo dos colchonetes. De repente, esticou o braço, segurou na minha mão e continuou deitado quietinho, como se assim tentasse transmitir seu medo e sua insegurança frente a tantas novidades, bem como tentar encontrar um lugar onde se sentisse mais seguro e acolhido. Ficamos, assim, juntos e silenciosos até Daniel mostrar-se pronto para enfrentar o novo, o desconhecido.

No decorrer da sessão, soltou as minhas mãos, levantou-se e se dirigiu ao interruptor, ficando algum tempo acendendo e apagando as luzes da sala de atendimento. Com a luz apagada, conseguia se aproximar de mim, abraçando com força a minha cintura. Permaneceu um bom tempo nesse jogo de apagar e acender, demonstrando grande satisfação, ao mesmo tempo em que ia se apaziguando. Terminamos a sessão com ele balançando nas minhas costas, depois se sentando no meu colo e se jogando para trás. Em raros momentos mostrou interesse pelos brinquedos e

objetos da sala, dispondo, inicialmente, do meu corpo como suporte para suas explorações.

Da mesma maneira que o corpo da mãe funciona primeiro como ambiente para depois funcionar como objeto, Daniel buscou no contato com o meu corpo, além de um ambiente acolhedor, um suporte para conseguir se adentrar no mundo do não-eu, mundo, este, ainda povoado pela incerteza e pela insegurança. Foi por meio desse contato corporal, fornecendo um ambiente *holding* e continente para suas angústias e sofrimentos, que ele pôde começar a explorar os brinquedos e objetos da sala de atendimento, num esboço inicial de suas brincadeiras.

Complementando, Winnicott (1963a) pressupõe a existência, para o bebê imaturo de duas mães - a mãe-ambiente e a mãe-objeto. Dessa forma, ele descreve a diferença existente entre esses dois aspectos do cuidado do bebê, da seguinte maneira:

(...) a mãe como objeto, ou possuidora do objeto parcial que pode satisfazer as necessidades urgentes do lactente, e a mãe como pessoa que evita o imprevisto e que ativamente provê o cuidado de suster e do manejo global. (...) Nesta linguagem é a mãe-ambiente que recebe tudo que pode ser chamado de afeição e coexistência sensual. É a mãe-objeto que se torna o alvo da experiência excitante baseada na tensão crua do instinto. Minha tese é que a preocupação surge na vida do bebê como uma experiência altamente sofisticada ao se unirem na mente do lactente a mãe-objeto e a mãe-ambiente. A provisão ambiental continua a ser vitalmente importante aqui, embora o lactente esteja começando a ser capaz de possuir uma estabilidade interna que faz parte do desenvolvimento da independência. (p.72).

Diante do quadro clínico de Daniel, procuro assumir uma postura de conviver com a criança à sua maneira, sem necessariamente ter de interpretar seu comportamento, buscando acompanhar a criança em seu sofrimento, assim como em suas explorações. Para tal, é preciso vencer nossas próprias limitações para que possamos olhar para essas crianças e perceber aquilo que elas possuem de mais belo e singular e aquilo que elas podem oferecer, no seu tempo e à sua maneira.

Além disso, a clínica com essas crianças mostra que, no início do tratamento, muitas vezes as palavras podem causar um efeito contrário ao esperado, as deixando ainda mais desarvoradas. Frente a isso, faz jus adotar-se a posição de “analista não-intérprete” (Tafuri, 2003), fornecendo um ambiente *holding* e continente, capaz de acolher e acompanhar a criança no seu silêncio. Assim, primeiramente, busca-se compreendê-la e constituir a relação transferencial, para depois fazer uso das interpretações.

O tratamento psicoterápico de Daniel, devido às necessidades apresentadas pela própria criança, passa a ser realizado dentro de um complexo multidisciplinar, a saber: o fonoaudiológico, o psicopedagógico e a psicomotricidade. Foi indicado, também, o Acompanhamento Terapêutico (AT), visando a socialização e a interação da criança no ambiente familiar. É importante pontuar que o carinho, a confiança e o compromisso dos pais com os tratamentos foram e continuam sendo essenciais para a continuidade e o desenvolvimento do processo psicoterápico da criança.

3.3. OS SENTIMENTOS CONTRATRANSFERENCIAIS

Desde o primeiro dia em que conheci Daniel - uma criança linda, um sentimento de encantamento e de alegria brotou dentro de mim. Sua ternura, seu jeito tímido, procurando esconder-se de tudo e de todos, seus olhos vivos e atentos e, principalmente, seu sorriso cativante, faziam dessa criança alguém muito especial. Já nesse início, me deparei com sentimentos contratransferenciais ambivalentes; ao mesmo tempo em que sentia a ternura expressa em seu rosto, sentia, também, a agitação, a força, a necessidade imperiosa de controle. Isso me sensibilizava, mas também me assustava.

Nesses momentos de agitação e de agressividade sentia-me totalmente impotente e até mesmo desamparada, pensava no que fazer, como agir, como acolher essa criança em momentos de tanta agonia. O mais difícil era aceitar e compreender que nada que eu fizesse ou falasse amenizaria o sofrimento e a agonia sentidos por Daniel. Conforme nos revela a clínica com essas crianças, nessas horas, a fala e o contato as deixam ainda mais irritadas, recusando-se a tudo que vem do exterior. Tafuri (2003), ao relatar sua experiência com Maria, sua paciente autista, nos momentos em que a criança entrava no estado a que denominou de ensimesmamento sofrido, coloca que:

Com Maria entrando na fase de ensimesmamento sofrido, eu me deparava com a minha própria dor, resultado das batidas da cabeça de Maria contra meu peito e abdome. Além disso, sentia-me desarvorada por não poder dar a ela um colo apaziguador, ou palavras que pudessem trazer alívio ao seu sofrimento. Eu me sentia intrusa e impotente ao segurar o seu corpo contra o meu, e impotente também para aplacar ou amenizar o sofrimento de Maria. (pp.38-39).

Nessa concepção, Tafuri (2003) identificou três tipos de ensimesmamento. O primeiro, chamado de ensimesmamento vazio, recebeu esse nome devido as reações de torpor sentidas pela autora, frente a alguns movimentos e gestos estereotipados realizados por sua paciente, como correr de um lado para o outro, sem motivo aparente ou a presença de um sorriso estático em seus lábios. O segundo ensimesmamento foi caracterizado por “reações auto-agressivas e desesperadoras, que ocorriam sem motivo aparente” (p.37), denominado de ensimesmamento sofrido. Nesses momentos, a paciente se mordida e batia a cabeça na parede, com a autora sentindo-se impotente, sem conseguir consolá-la. O último foi chamado de ensimesmamento prazeroso por perceber no rosto da pequena paciente uma expressão de tranquilidade e felicidade consigo mesma e com as sensações que brotavam em seu próprio corpo, mesmo não estabelecendo relação com os brinquedos, o ambiente e com a própria autora.

Semanalmente participava das reuniões de supervisão clínica, observava outros atendimentos, realizava pesquisa bibliográfica, mas todos esses recursos se mostravam insuficientes naqueles momentos em que Daniel entrava em estado de agonia e não encontrava meios para amparar e diminuir a sua angústia. Não havia recursos técnicos que possibilitassem o contato entre nós; o que se abria, enquanto possibilidade, era mostrar para ele que estaríamos juntos até mesmo nesses momentos difíceis e bem singulares.

Do mesmo modo que Kanner descreve como impressionantes e fenomenais certas capacidades observadas nas crianças do seu grupo, Daniel também me impressiona com sua capacidade cognitiva, sua memória e sua maneira de entender e se fazer entender, demonstrada por suas respostas positivas aos comandos que lhe são dados, mesmo não dispondo da linguagem verbal. Ao refletir sobre as dificuldades

apresentadas por Daniel, inclusive pensando sobre sua impossibilidade de falar, me lembrei de um texto que li recentemente sobre A Lição da borboleta:

“Um dia, uma pequena abertura apareceu em um casulo, um homem sentou e observou a borboleta por várias horas conforme ela se esforçava para fazer com que seu corpo passasse através daquele pequeno buraco. Então pareceu que ela parou de fazer qualquer progresso. Parecia que ela tinha ido o mais longe que podia, e não conseguia ir mais longe.

Então o homem decidiu ajudar a borboleta, ele pegou uma tesoura e cortou o restante do casulo. A borboleta então saiu facilmente. Mas seu corpo estava murcho e era pequeno e tinha as asas amassadas. O homem continuou a observar a borboleta porque ele esperava que, a qualquer momento, as asas dela se abrissem e esticassem para serem capazes de suportar o corpo, que iria se afirmar a tempo. Nada aconteceu. Na verdade, a borboleta passou o resto da sua vida rastejando com um corpo murcho e asas encolhidas. Ela nunca foi capaz de voar.

O que o homem, em sua gentileza e vontade de ajudar, não compreendia era que o casulo apertado e o esforço necessário à borboleta para passar através da pequena abertura era o modo com que Deus fazia com que o fluido do corpo da borboleta fosse para as suas asas de modo que ela estaria pronta para voar uma vez que estivesse livre do casulo”.

(Autor Desconhecido, grifos meus)

Ao ler esse texto, me veio à lembrança a imagem de Daniel frente a sua impossibilidade de falar. Assim como a borboleta necessita estar presa em seu casulo, preparando-se para alçar vôos, essa criança também se encontra presa em seu casulo – em seu próprio mundo –, preparando-se para possíveis aquisições e desenvolvimento, inclusive a linguagem verbal. Do mesmo modo que a borboleta possui um ritmo e um tempo próprios, também Daniel possui o seu; quando estiver pronto, acredito que sairá de seu casulo e alçará grandes vôos, enfrentando e superando suas dificuldades e suas limitações.

Os pais, a escola e os profissionais que trabalham com Daniel, todos nós, precisamos conter nossa angústia, vencer nossas próprias limitações, olhar para essas crianças e perceber aquilo que elas possuem e aquilo que elas podem dar, no seu tempo e à sua maneira. Concordo com Teresa Campello (in Cavalcanti e Rocha, 2001) quando

diz que se deve perguntar: “O que essas crianças têm? Vocês só dizem o que elas não têm!”, saindo da negativa que o próprio diagnóstico e a patologia carregam.

Caminhando nesse sentido, Safra (2005) vem dizer que “a criança tem uma tendência espontânea ao desenvolvimento. No entanto sua evolução pode sofrer alterações por uma dificuldade de elaborar psiquicamente seus conflitos, acarretando a paralisação de seu crescimento e a formação de sintomas” (p.19). E foi no encontro com Daniel, entre o encanto e o espanto, que busquei encontrar uma maneira de estar junto, para além da linguagem verbal e da interpretação, ajudando-o a elaborar psiquicamente suas dificuldades e a se constituir enquanto sujeito.

A clínica com essas crianças nos guia por caminhos tênues e, às vezes, desconhecidos, mostrando que existem outras possibilidades de contato que ultrapassam os limites da interpretação.

3.4. O ESTABELECIMENTO DO VÍNCULO SENSORIAL CORPORAL

“Em cada silêncio do corpo identifica-se a linha do sentido universal que à forma breve e transitiva imprime a solene marca dos deuses e do sonho”.

(Carlos Drummond de Andrade)

Nas sessões que se seguiram, ao entrar na sala de atendimento, Daniel começou a explorar os brinquedos e objetos, abria e fechava o armário observando os jogos que estavam dentro, sem se deter muito tempo em nenhum brinquedo, além de apresentar grande agitação, dando voltas pela sala, sentando-se e se levantando das cadeiras em torno da mesinha. Nesse movimento exploratório, Daniel pegou a casinha de madeira e o dominó e os colocou sobre a mesinha, espalhando todas as peças do

dominó sobre a mesma. A cada vez que uma peça caía no chão se levantava para pegá-la e recolocá-la novamente na mesa.

Começou a empilhar o dominó, partindo da casinha e circunscrevendo toda a mesinha, colocando peça por peça, sem permitir que nenhuma viesse a cair; quando porventura uma peça do dominó não segurava em pé, se irritava e emitia sons demonstrando sua insatisfação. Foi nesses momentos que ele conseguiu se voltar para mim, segurando no meu braço e levando minha mão até a peça que tinha caído, solicitando minha ajuda. Aos poucos foi também se aproximando, encostando devagar, até sentar-se de costas no meu colo. E assim, embalado no contato com o meu corpo ficamos até o final da sessão empilhando e enfileirando as peças do dominó.

Durante muitos encontros, Daniel entrava na sala repetindo literalmente o que tinha realizado na sessão anterior: pegava a casinha e o dominó e os colocava sobre a mesa, sentava-se e começava a enfileirar as peças do jogo, partindo sempre da casa, dando a volta por toda a mesa e parando em outro ponto da casa. Em alguns momentos solicitava minha ajuda e sempre se sentava de costas no meu colo, como mencionado acima. Percebia-se que essa criança, à sua maneira, estabeleceu uma rotina dentro da sessão, reagindo de forma abrupta a qualquer tentativa de quebra ou mudança desta, seja por meio de sons que demonstravam sua raiva ou batendo sua mão com força na mesa e em qualquer coisa, pessoa ou objeto que estivessem próximos naquele momento.

Corroborando o exposto, Kanner diz que “a conduta dessas crianças é governada por uma obsessão ansiosa da permanência que ninguém pode romper excetuando-se a própria criança e apenas em raras oportunidades” (p.161).

Com o decorrer dos atendimentos, Daniel começou a explorar outros brinquedos e objetos, apesar de no início da sessão pegar o dominó, abrir, olhar e guardar no armário, para assim poder brincar com outra coisa.

No armário da sala de atendimento, além de muitos jogos que atraem a atenção das crianças, tinha também massinha e “geleca”, pelas quais Daniel passou a se interessar. A massinha ficava na parte de cima do armário junto com outros brinquedos. De certa feita, a criança abriu o armário, olhou em direção à massinha, tentou, mas não conseguiu pegá-la; fez um gesto com a cabeça e emitiu sons “iiii”, como se pedisse ajuda e logo segurou a minha mão, utilizando-a para pegar o brinquedo. Toda vez que queria pegar ou fazer alguma, mesmo estando ao seu alcance, utilizava a minha mão e/ou o meu braço para atingir o seu intento, como se fosse uma extensão de seu próprio corpo.

Pegamos a massinha e a geleca. Ele sentou-se à mesa e começou a brincar com a massinha, ora amassando e a espalhando na mesa, ora fazendo bolinhas; com a geleca apenas abria e a tocava com as pontas dos dedos, esboçando um maravilhoso sorriso nesses momentos. Aos poucos, começou a brincar com a geleca e permitiu a minha participação: colocava a mão na mesa e eu derramava a geleca na sua mão, cobrindo-a por completo; depois, derramava também na minha e ficávamos brincando, sentindo e curtindo a sensação gelada e escorregadia do brinquedo, um tocando no braço do outro.

Foi nesse movimento de tocar que os nossos olhares se cruzaram e Daniel conseguiu me olhar por breves segundos. Em seguida, voltou a olhar para as mãos e para a geleca e, novamente, para mim; a situação se repetiu por algumas vezes, continuando nas sessões seguintes, estabelecendo um jogo entre nós. Nesse momento,

foi possível verificar uma mudança significativa na relação transferencial, estabelecida por meio do olhar e do vínculo sensorial corporal.

Diante disso, foi possível compreender e manejar melhor a relação transferencial que estava sendo constituída, reconhecendo nas repetições momentos de antecipação de angústias impensáveis, e permitindo, por meio das interpretações, que Daniel sustentasse por mais tempo uma brincadeira.

Durante essa brincadeira com a geleca, Daniel procurava mais o meu colo, sempre se aproximando de costas, tocando suas mãos com a geleca nos meus braços, ao mesmo tempo em que esticava os seus pequenos braços, para eu tocar. Nessa brincadeira demonstrava grande satisfação expressa em sorrisos, sonorizações e uma sensação de tranquilidade e leveza. Parecia que através do contato com o meu corpo ele conseguia vivenciar as sensações de forma menos ameaçadora e com mais segurança.

Nesse ponto cabe citar Fontes (2002) que contribui dizendo:

Face à angústia arcaica do paciente, o analista se encontra freqüentemente numa situação delicada – porque é o momento em que a memória corporal se manifesta em lugar da linguagem verbal. E o corpo do analista faz parte desse processo, a sensação sentida do paciente pelo próprio analista. (p.115).

A partir desse momento, do “encontro” entre nós dois, Daniel começou a estabelecer, com mais freqüência, contato visual, emitia sons (“iiiiii”, “uuuu”), geralmente, demonstrando irritação, insatisfação ou grande excitação; buscava contato com o meu corpo várias vezes na sessão, ora para aconchegar-se, ora para conter sua angústia ou excitação e, ainda, como sendo uma extensão do seu próprio corpo, por

exemplo, no momento em que segurava no meu braço levando-o até o que queria pegar ou fazer.

Com relação a este fato, Tustin (1972) complementa mostrando que essas crianças possuem como característica comum:

Transformar a mão de outra pessoa em objeto autístico, usando-a como coisa destituída de vida ou vontade própria e como poderosa extensão de si mesmas que sirva para realizar seus desejos. Por exemplo, para abrir a porta, acender a luz, puxar o fecho das calças, etc. – o que denota, pelo menos, certo reconhecimento do modo como os objetos do mundo externo operam. A incapacidade de reconhecer refere-se muito mais à qualidade “não-eu” das outras pessoas (p. 81).

No final do segundo mês de atendimento, Daniel passou a querer brincar com todos os jogos e objetos existentes na sala, e a cada sessão escolhia um jogo diferente. Mesmo que sua maneira de jogar não seguisse as regras determinadas, jogava à sua maneira e conforme o seu interesse.

Numa dessas sessões, ao entrar na sala, abriu o armário e escolheu um jogo chamado “cai-não-cai”, composto de um tubo, varetas e bolinhas. Logo percebeu que as varetas encaixavam no tubo e que depois colocava as bolinhas dentro; ao puxar as varetas, as bolas caíam fazendo barulho. Repetiu essa brincadeira várias vezes, expressando em seu rostinho o imenso prazer que sentia ao ver as bolas caírem. Passado algum tempo, começou a pegar as bolinhas e apertá-las com força contra o seu corpo, pressionando na barriga, no pescoço, entre as pernas e no seu pênis. Nesses momentos, Daniel se mantinha mais absorto, imerso nas sensações de seu próprio corpo. A partir

dessa sessão, antes de fazer qualquer coisa, pegava algum objeto para pressionar e sentir a sensação no corpo.

A mesma situação se repetiu, em outra sessão, só que dessa vez foi com os legos. Daniel pegou a caixa de legos e derramou no chão, pegava as peças e as apertava nas pernas, no pescoço; por fim, deitou de barriga para baixo sobre as peças espalhadas no chão. Novamente, tentei imitar seus gestos deitando com ele no chão, como uma forma de estar mais próxima do seu modo de ser e de estar no mundo. Quando deitei, veio, aos poucos, se arrastando, e deitou-se na minha barriga. Procurou uma posição para aconchegar-se, mantendo-se todo encolhido em cima da minha barriga, de forma a caber todo o seu corpo sobre o meu. Nesse momento, me veio à lembrança um bebê na posição uterina.

3.4.1. O INÍCIO DAS GARATUJAS

No quarto mês de atendimento, Daniel descobriu o papel, os lápis e as canetinhas. Sentava-se à mesinha com uma folha de papel, escolhia a canetinha e fazia seus desenhos, ainda sem formas, muito semelhantes a garatujas. Seus rabiscos eram sempre muito coloridos e preenchiam praticamente toda a extensão do papel. Ao iniciar a realização deles ia se aproximando aos poucos de mim, até sentar-se no meu colo; era sentado no meu colo que conseguia ficar bastante tempo, desenhando ou pintando.

A partir desse momento, em todas as sessões, ao entrar na sala de atendimento, Daniel corria até a estante onde ficavam os lápis e as canetinhas, colocava tudo na mesa, pegava o papel e começava a fazer suas garatujas. Eram raros os momentos em que permitia a minha participação nessa atividade e, quando permitia,

observava o meu desenho, os movimentos que fazia com os lápis, para, logo depois, se apropriar do papel que eu estava usando, ficando a rabiscar na sua folha e na minha. Com as duas folhas nas mãos, levantava-se da sua cadeirinha e vinha sentar-se no meu colo, dando continuidade à sua atividade. Sempre que acabava de desenhar, guardava todo o material em seu devido lugar e de forma extremamente organizada. Não aceitava deixar nenhuma canetinha sem tampa ou fora da caixa. Percebia, nessa situação, que Daniel precisava desse contato corporal comigo para poder desenhar e continuar desenhando.

Com o decorrer das sessões, as garatujas feitas por Daniel foram criando formas, começando a se perceber, no meio de seus rabiscos, esboços de uma representação simbólica. Em paralelo a isso, passou a permanecer mais tempo sentado na cadeirinha. Isso foi percebido em uma sessão ocorrida algumas semanas após o início das garatujas. Daniel chegou para o atendimento, pegou todo o material de desenho, sentou-se na cadeirinha e começou a rabiscar contornando a folha. Sentei-me ao seu lado e fiquei apenas observando. Num canto da folha, entre alguns rabiscos, ele desenhou um quadrado, colocou teto, porta e janelas, assemelhando-se, com muita propriedade, a uma casa. Depois pintou cada compartimento de uma cor, colocando bastante força para pintar. Era uma pequena casa em meio a um grande envoltório de rabiscos. Pegou outra folha e fez outro desenho, bem parecido com o primeiro.

Nas sessões seguintes, Daniel repetia esse desenho, mas sempre acrescentando alguma coisa. Os rabiscos foram desaparecendo e outras formas foram surgindo, ocupando o espaço. Começou a fazer uma árvore, uma flor, o sol e as nuvens. Sempre desenhava o chão - ou no início ou quando percebia a falta. Coloria cada parte do desenho, sem deixar falhas. Quando terminava de desenhar, pegava uma folha para

rabiscar ou pegava algum brinquedo; geralmente, a casinha era a escolhida. Gostava de ficar abrindo e fechando a porta, bem como abrindo e fechando a própria casinha. Nessa brincadeira de abrir e fechar expressava intensa satisfação, parecendo ficar mais absorvido com as sensações oriundas de seu corpo, muito semelhante ao estado de “ensimesmamento prazeroso” descrito por Tafuri.

Algumas semanas depois, Daniel, imbuído em suas construções, ao entrar na sala de atendimento, pegou os lápis e as canetinhas e começou a fazer seus desenhos. Nessa sessão, além de desenhar casa, árvore, flor, céu, desenhou um menino e alguns animais. Então, pontuei para ele que esse desenho tinha coisas novas, inclusive um menino habitando aquela paisagem. Dito isso, ele olhou para mim, olhou para o desenho, pegou uma canetinha e escreveu, pela primeira vez na sessão, o seu nome.

Ao perceber o interesse cada vez maior de Daniel em escrever e desenhar levei para a sala uma maleta com lápis, canetinhas, tinta, pincel, massa de modelar e outros materiais, mostrando que tinha preparado aquela maleta para ele. Nessa sessão, pegou uma folha de papel, as canetinhas e começou a escrever seu nome, e embaixo do nome desenhou uma casa, uma árvore, uma pessoa e o céu; a seguir, coloriu todo o desenho. Em seus desenhos, como já dito, Daniel utilizava praticamente toda a extensão da folha. Nessa oportunidade, ao terminar, pegou outra folha e, novamente, começou a escrever seu nome; percebendo que estava faltando uma letra, tentou arrumar, mas não conseguiu, pois a canetinha não apagava. Nesse momento, ficou bravo, irritado, resmungando, chegando a bater seu punho com força na mesa. Falei que entendia sua raiva, sua irritação por ter errado e que estaríamos juntos até mesmo nessas situações. Daniel foi aos poucos se acalmando, pegou a folha, amassou e jogou no lixo; parecia querer esquecer que tinha escrito algo errado.

Percebe-se que, juntamente com a possibilidade de desenhar e escrever, veio também a possibilidade de errar, falhar e, até mesmo, do desenho não sair do jeito que se espera. Isso, para Daniel, era muito difícil de suportar.

Essa situação passou a se repetir nas sessões seguintes. Daniel chegava bem para o atendimento, entrava na sala, tocava alguns objetos, mas logo se dirigia para a sua caixa de materiais. Pegava papel e canetinhas, sentava-se e começava a desenhar. Seus desenhos eram sempre semelhantes uns aos outros. Quando, porventura, alguma coisa no desenho não saía do jeito que queria, Daniel ficava bravo, irritado, resmungando, batendo sua mão na mesa e no que estivesse ao seu alcance, chegando a amassar ou rasgar a folha com o desenho e jogar no lixo. Diante dessa situação, eu procurava colocar em palavras o que ele estava sentindo, dizendo que o motivo de ter ficado com raiva e muito irritado era por não conseguir fazer o desenho do jeito que queria e que estava muito difícil para ele suportar seus próprios erros.

Porém, nem sempre essa minha atitude era suficiente para acalmá-lo e conter sua angústia e sofrimento, colocar em palavras o que estava acontecendo. Passei, então, a representar com meu corpo o que Daniel estava sentindo, e fui, aos poucos, mostrando para ele que eu também errava. Assim, quando ele estava desenhando ou escrevendo seu nome e errava, eu começava a reclamar, dizendo que estava irritada e que era muito chato errar, batia minha mão na mesa e fazia cara de brava. No primeiro momento em que assim procedi, Daniel olhou para mim, observou o que estava acontecendo e voltou a brincar com o seu desenho. Percebi que, algumas vezes, ele se acalmava e voltava a continuar desenhando. Em outros momentos, ele parava e observava o desenho, mas essa atitude não amenizava sua angústia e nem o impedia de amassar ou rasgar o desenho e jogar no lixo.

Isso só foi possível acontecer a partir do momento que eu consegui antecipar esses momentos de intensa insatisfação e frustração. Não só antecipar. Mais ainda - participar desses momentos. Percebi que Daniel sinalizava esses momentos ficando mais agitado e emitindo sons mais intensos e ininterruptos. Desse momento em diante, quando Daniel, envolto em seus desenhos, errava e queria jogar no lixo, eu o imitava em sua impossibilidade, dizendo que era chato errar, que eu não gostava, amassava o meu desenho, procurando representar no meu corpo sua raiva e insatisfação.

Essa situação de desespero vivenciada por Daniel assemelhava-se ao “ensimesmamento sofrido”, descrito por Tafuri (2003). Assim, buscava amparo e sustentação nas supervisões clínicas, tentando entender que, naquele instante, o mais importante era estar junto com a criança, evitando as palavras, pois elas se mostravam insuficientes para atenuar o sofrimento de Daniel.

Utilizando as idéias de Winnicott sobre a mãe suficientemente boa, cabe dizer que a analista pode funcionar como uma mãe suficientemente boa, capaz de se identificar consciente e inconscientemente com seu paciente, num estado de grande sensibilidade, adquirindo uma adaptação sensível, ativa e delicada às necessidades da criança. Com isso, foi possível proporcionar, por meio do corpo da analista, um ambiente *holding* e continente, bem como estabelecer a relação transferencial, através da qual a criança pôde começar a se constituir.

Nesse caso, verifica-se a relevância da relação transferencial na constituição psíquica da criança e, mais especificamente, a importância do vínculo sensorial corporal enquanto presença do analista, oferecendo um ambiente *holding* e continente das angústias e sofrimentos da criança, o que favoreceu o início do reconhecimento de Daniel como sujeito. Esse caso nos guia para uma clínica que não ocorre por meio da

interpretação verbal, mas, principalmente, pelo estabelecimento dos vínculos sensoriais corporais entre analista e paciente. Para complementar, Winnicott (1967b) esclarece:

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (*self*) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se, para relaxamento. (p.161).

3.5. O DESENVOLVIMENTO ESCOLAR

Daniel entrou na escola com aproximadamente dois anos e meio de idade, antes de iniciar o tratamento psicoterápico comigo. Segundo relato da mãe, a criança apresentou dificuldades de adaptação nas primeiras semanas. Na tentativa de minimizá-las e ajudar Daniel a ficar em sala de aula e a fazer parte do grupo, contaram com o auxílio de uma estagiária de fonoaudiologia para acompanhá-lo na escola.

Ao mudar de cidade, uma das muitas mudanças ocorridas na vida de Daniel foi a adaptação a uma nova escola, com novos professores, novos coleguinhas e nova proposta de ensino e aprendizagem. Para facilitar este processo, a própria escola disponibilizou uma Acompanhante Terapêutica (AT), visando a inclusão e a socialização da criança no ambiente escolar, bem como ajudá-la a estar em sala de aula e realizar as atividades propostas.

As primeiras semanas de Daniel na escola foram marcadas por um estranhamento ao ambiente e às atividades desenvolvidas em sala de aula. No primeiro dia de aula a acompanhante terapêutica foi ao encontro da família, apresentou-se, e a criança a acompanhou sem demonstrar angústia de separação em relação aos seus pais. Olhava para todos os lados, prestando atenção em cada detalhe e movimento, como se estivesse buscando conhecer e familiarizar-se com a situação.

Embora aceitasse ir à escola, Daniel nem sempre conseguia ficar em sala de aula, mostrava-se angustiado, recusando-se a ficar na rodinha com os coleguinhas e professora, não permanecia por muito tempo fazendo as tarefas e, em muitos momentos, repentinamente, saía em direção aos arredores da escola, momento em que, acompanhado por sua AT, caminhava pelo parquinho, andava junto às árvores, e ia pouco a pouco se acalmando, voltando novamente à sala de aula.

No decorrer das semanas, com a ajuda de sua AT e da professora, Daniel foi aos poucos se familiarizando com o ambiente, passando a interagir com seus colegas, permanecendo mais tempo em sala de aula e já conseguindo prestar atenção às explicações e comandos dados por sua professora.

Desde o início das aulas, Daniel mostrou interesse por desenhos e chamava a atenção dos demais pela facilidade que apresentava no manuseio dos lápis, tinta e o contato com o papel. O fato marcante nas suas construções era a repetição dos seus desenhos, fazendo sempre os mesmos, e sua grande capacidade de memorização. Não tardou a reconhecer e a escrever seu nome. Kanner (1943) percebeu esta capacidade nas crianças observadas e relatou:

A excelência da sua capacidade de memorização decorada associada à sua incapacidade de utilizar de uma outra maneira a linguagem, com frequência

conduziram os pais a entupi-los com poesia, termos zoológicos e botânicos, títulos de pedaços de música, nomes de compositores que figuravam nas capas dos discos e outras coisas semelhantes. Desta maneira, a linguagem – que não era utilizada por estas crianças para comunicar –, desde o início, foi consideravelmente desviada para se tornar um exercício de memória independente, sem nenhum valor semântico nem conversacional, ou comportando graves distorções (p.158).

Paralelo ao momento em que Daniel passou a permanecer mais tempo em sala de aula e a fazer as tarefas, passou, também, a perceber e não suportar suas falhas e seus erros. Quando escrevia uma palavra faltando uma letra ou o desenho não saía do jeito que queria, reagia de forma brusca amassando ou rasgando o papel e jogando-o no lixo, expressando sua raiva batendo com o punho nos objetos, empurrando as cadeiras, resmungando muito e buscando se isolar. Estes momentos assemelhavam-se ao que Tafuri (2003) chamou de “ensimesmamento sofrido”. Com isso, percebia-se nesta criança uma dificuldade em aceitar seus erros e sua baixa tolerância às frustrações. Sua tolerância começou a melhorar no momento em que foi pedido à AT que ela começasse a demonstrar para Daniel que ela também errava.

Essa atitude de Daniel diante de seus erros e sua baixa tolerância à frustração eram também evidenciados no *setting* analítico. Nas sessões de psicoterapia, a criança estava desenhando bastante, mas, assim como na escola, ainda não conseguia suportar os seus erros. Diante de sua impossibilidade, ele começa a ficar agitado, faz sons intensos e ininterruptos, bate sua mão com força na mesa, chegando a amassar ou rasgar a folha com o desenho e jogá-la no lixo. Nesses momentos, procuro colocar em palavras o que Daniel está sentindo, dizendo que ele ficou bravo e muito irritado porque

errou e o desenho não saiu do jeito que queria, e que era muito difícil para ele aceitar seus erros.

Como relatado acima, nem sempre colocar em palavras o que estava acontecendo era suficiente para acalmá-lo e conter sua angústia. Assim, passei a representar com meu corpo o que Daniel estava sentindo, procurando mostrar para ele que eu também errava. Com essa atitude, percebo que, algumas vezes, ele se acalma e volta a continuar desenhando. Em outros momentos, ele pára e observa o desenho, mas não ameniza sua angústia e nem o impede de amassar ou rasgar o desenho e jogar no lixo.

Gostaria ainda de mencionar um outro fato relevante ocorrido na sala de aula. Em uma determinada aula, a professora de Daniel estava ensinando aos alunos sobre as partes do corpo humano e o cuidado que se deve ter consigo mesmo e com o coleguinha. Para tanto, ela fez um boneco de pano e levou para a aula, dizendo que cada criança teria que cuidar um pouco do boneco. Ao ver esse boneco, Daniel se encantou e não quis mais largá-lo. Na companhia desse objeto, passou a participar com mais facilidade das atividades propostas e, até mesmo, a fazer parte da rodinha. Durante alguns dias, Daniel e o boneco ficaram inseparáveis, parecendo verdadeiramente uma parte dele. Percebe-se, assim, que esse boneco funcionou como um “objeto transicional” (Winnicott, 1951) para essa criança.

No que diz respeito a esse fato, Winnicott (1951) traz uma grande contribuição ao escrever sobre os “objetos e fenômenos transicionais”. De acordo com Abram (1996), esses fenômenos dizem respeito “a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna, nem da realidade externa; mais propriamente, é o espaço em que ambas as realidades encontram-se e separam o interior do exterior”

(p.253). Winnicott (1951) explica que os objetos transicionais e os fenômenos transicionais fazem parte do domínio da ilusão que está na base do início da experiência. Para o autor, “esse estágio inicial no desenvolvimento deve sua existência à capacidade especial da mãe de adaptar-se às necessidades de seu bebê, permitindo-lhe a ilusão de que o que ele cria realmente existe” (p.331). Posteriormente, a mãe começa a desiludir o bebê, no momento em que este começa a adquirir a capacidade de suportar as falhas na adaptação e tolerar suas frustrações.

A criação dessa área de ilusão é a principal função do objeto e dos fenômenos transicionais. Dessa forma, os fenômenos transicionais direcionam a criança para o simbolismo, por meio da criação da área de ilusão, possibilitando a criatividade e a capacidade de brincar.

Por meio dos fenômenos transicionais - como o calor do corpo, o contato com a pele, o ato de embalar, o olhar, a voz - a criança busca, também, uma nova fusão mãe-bebê, a qual pode ser reencontrada no processo de comunicação entre a criança e a analista.

No ano seguinte, Daniel foi para a turma de alfabetização. Seus pais ficaram satisfeitos, felizes e ao mesmo tempo tensos e ansiosos, pois não entendiam como poderia se dar o processo de alfabetização sem Daniel falar. Essa era também a preocupação da professora, que buscava encontrar formas de saber se Daniel estava aprendendo os conteúdos para além da linguagem verbal.

Nesse ínterim, a criança começou a reproduzir no papel todas as letras, palavras e pequenas frases que via, principalmente o que visualizava nos cartazes afixados em sala de aula. Quando tentavam impedir que realizasse essas cópias, Daniel reagia de maneira agressiva, com resmungos intensos, empurrando ou batendo nos

objetos ou pessoas que estivessem próximos. A professora mostrou sua preocupação com as reproduções, justificando que assim Daniel não prestava atenção nas aulas.

Frente a essas reações agressivas, procurei conversar com a professora e com a AT sobre a importância dessas cópias realizadas por Daniel, mostrando que essa era a forma encontrada para ele conseguir permanecer em sala de aula. Mostrei, também, a importância de se antecipar a essas reações da criança, como por exemplo, falar, no início da aula, que entendemos sua necessidade de copiar e procurar saber se ele conseguirá, nesse dia, copiar menos e participar mais. É possível dizer que as cópias funcionavam como um “objeto autístico” para Daniel. Tustin (1972) chama de objeto autístico “todo aquele que é completamente experimentado como ‘eu’” (p.75). Para a autora, este objeto consiste em neutralizar qualquer percepção da existência, considerada intolerável e ameaçadora, de um não-eu. E ainda, a existência do objeto autístico objetiva fazer desaparecer a quebra de continuidade, o espaço vazio que a criança sente em si.

Ao permitir que continuasse a realizar suas cópias, Daniel conseguia ficar em sala de aula e prestar atenção, à sua maneira, na explicação da professora. Com o decorrer das aulas, a criança foi, aos poucos, diminuindo a necessidade de copiar, já conseguindo fazer as tarefas propostas.

3.6. EVOLUÇÃO DA ANÁLISE

Daniel está em tratamento psicoterápico há um ano e meio, com duas sessões semanais, sendo possível perceber mudanças sutis e significativas no seu comportamento e nas atitudes apresentadas ao longo desse processo.

Ele já consegue olhar e sustentar o olhar por alguns minutos e já começa a apresentar sinais de ansiedade de separação; sua capacidade de entendimento e compreensão das coisas e situações está maior e mais diversificada, apresentando uma excelente capacidade de memória, atenção e concentração. Mesmo sem o recurso da linguagem verbal, consegue se comunicar muito bem, fazendo-se entender por expressões faciais e gestos corporais. Leva a minha mão até os objetos que deseja, demonstra através de resmungos e no próprio corpo suas raivas, insatisfações, frustrações, bem como seus momentos de satisfação e prazer. Faz-se entender, também, quando quer ir ao banheiro, beber água, sair da sala. Quando, por exemplo, quer sair da sala, ele me empurra para levantar, segura na minha mão e leva até a maçaneta da porta, balbuciando “iiii”, de uma maneira mais enfática, reafirmando que quer sair.

Daniel está mais sonoro, com maior diversidade de sons, já sendo possível entender e decifrar seus balbucios, sejam de raiva, insatisfação, dor ou contentamento. Para cada situação um tipo de som é produzido e a intensidade também varia. Pequenas palavras como “mama”, “papa” já são faladas por Daniel e repetidas constantemente, em situações diversas, não dispondo ainda de uma representação ou um destino.

Outro ponto significativo é a possibilidade de estar convivendo com as mudanças sem se desorganizar. Já consegue aceitar, de forma mais branda, mudar o caminho feito para chegar ou voltar da escola; as mudanças de dias e horários de suas atividades não mais desencadeiam reações de raiva e irritação; percebe quando qualquer objeto da sala é alterado ou retirado, mas, repito, não mais se desorganiza. Percebe-se que a quebra de rotina já não o ameaça tanto, conseguindo suportar pequenas modificações. A tolerância a frustrações também vem aumentando gradativamente. Diante de situações em que se frustra, não conseguindo fazer o que deseja ou

escrevendo alguma palavra errada, procuro colocar em palavras o quanto ele ficou bravo, com raiva por não ter conseguido o seu intento ou por ter errado, demonstrando a irritação e repetindo as expressões de raiva que esboça, fazendo-o perceber que eu também erro. Com isso, Daniel vai aos poucos começando a aceitar seus erros e suas limitações, apesar de, ainda hoje, quando se irrita, principalmente ao perceber que escreveu uma palavra errada ou o desenho não ficou do jeito que queria, bate a mão na mesa, resmunga bastante e rasga ou amassa todo o papel, jogando-o no lixo.

Em casa, na escola e nos demais atendimentos, Daniel também apresenta mudanças significativas. Já vem conseguindo interagir com as pessoas, principalmente com outras crianças, e está começando a participar de atividades em grupo, mesmo que à sua maneira e no seu tempo. Na escola já consegue ficar em sala de aula, fazer as tarefas - às vezes se irritando e se frustrando quando se depara com o erro - e aceitando alguns comandos. Continua a copiar o que percebe em seu campo visual, sejam palavras, frases ou desenhos, agora com menos intensidade; escreve seu nome (em caixa alta), o alfabeto e algumas palavras, já de forma espontânea. A professora relata emocionada que Daniel começou a escrever seu nome em letra cursiva e o quanto a surpreende. Relata, também, que os coleguinhas gostam muito dele e tentam sempre ajudá-lo, e que o mesmo busca muito o contato corporal com ela e com a acompanhante terapêutica, como se procurasse segurança ou aconchego. Em alguns momentos, especialmente quando se irrita, busca ficar isolado, recusando-se a qualquer tentativa de contato; mas com a ajuda da AT, respeitando seu tempo e seu momento, tem conseguido retomar suas atividades logo que se acalma.

Nos atendimentos individuais, Daniel consegue brincar de forma organizada, preferindo jogos de encaixe, blocos e pequenos objetos; possui muita

habilidade e percepção com os jogos de encaixar, conseguindo colocar, na maioria das vezes, as peças no lugar certo. Seus desenhos estão cada vez mais ricos, coloridos e elaborados, conseguindo variar suas construções, introduzindo animais, pessoas, família, paisagem, em seus desenhos, antes repetitivos, da casa, árvore, flor, sol e um menino. Quando falo que a sessão está terminando, que está na hora de arrumar a sala, de pronto ele ajuda a arrumar e a guardar os brinquedos, cada qual no seu devido lugar, o que faz com muita presteza e dedicação, pois ainda não consegue suportar a bagunça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A maior aventura de um ser humano é viajar, e a maior viagem que alguém pode empreender é para dentro de si mesmo. E o modo mais emocionante de realizá-la é ler um livro, pois um livro revela que a vida é o maior de todos os livros, mas é pouco útil para quem não souber ler nas entrelinhas e descobrir o que as palavras não disseram”.

(Augusto Cury)

Durante a escrita dessa dissertação, constatei, como disse Aulagnier (1979), a existência de um “movimento pendular entre fases de entusiasmo pela teoria, que coincidem sempre com seus momentos criativos, e fases ‘depressivas’, reativas aos resultados clínicos” (p.16). Realizar essa elaboração teórica a partir da prática clínica com Daniel trouxe desafios e questionamentos sobre a própria teoria e as técnicas utilizadas na clínica psicanalítica com a criança autista, ressaltando-se a necessidade de repensar e ampliar os horizontes teóricos.

Nesta dissertação, me dispus a investigar a função do corpo do analista no tratamento psicanalítico com a criança autista, um corpo que favorece a criação de um ambiente *holding* e continente das angústias do paciente, pensando a relação do analista com a criança para além do viés psicanalítico, que coloca a interpretação como o recurso técnico primordial, o único capaz de produzir efeitos em qualquer etapa da clínica.

Para isso, foi realizado um percurso histórico acerca do conceito de autismo, mostrando sua evolução e perspectivas de desenvolvimento para a criança autista. Kanner, em seu artigo de 1943, “Distúrbios autísticos do contato afetivo”, introduziu a noção de Autismo Infantil Precoce, no contexto da psiquiatria infantil. Esse autor trouxe

um grande diferencial ao mostrar a precocidade da síndrome que apresentava, abrindo a possibilidade de se pensar e estudar o sofrimento psíquico nas crianças muito pequenas, o que não era concebível até o momento.

Refletiu-se também acerca do pensamento e tratamento psicanalítico com a criança autista, sendo este percurso realizado por psicanalistas contemporâneos. Para o objetivo do presente estudo, enfatizou-se as contribuições deixadas por Melanie Klein, Margaret Mahler, Francis Tustin e Winnicott.

A partir da relação transferencial estabelecida, procurou-se discutir a questão da transferência, sendo esta pensada a partir do registro corporal, ressaltando a importância do corpo, ou melhor, das experiências corporais na relação transferencial. Dentre os vínculos sensoriais não-verbais, priorizou-se a importância do corpo do analista, não apenas para o processo de constituição do sujeito como também para o manejo da relação transferencial.

A experiência clínica com Daniel, uma criança que ainda não fala, mostrou que era preciso encontrar uma via sensorial de comunicação. É necessário que o analista esteja aberto ao novo e que possa aventurar-se ao desconhecido, numa clínica repleta de incertezas, mas, principalmente, de apostas e de confiança no potencial ainda não expresso pela criança autista. Em seus momentos de desespero e irritação ou de grande satisfação e prazer, Daniel encontrava no contato com o meu corpo contenção para suas angústias e possibilidade de vivenciar as sensações prazerosas que brotavam em seu corpo (*Lust*). Assim, é possível dizer que foi na experiência de contenção e de satisfação com o contato com o meu corpo que surgiu a primeira ação terapêutica, o pilar constituinte da relação transferencial que iluminou a cena analítica.

Como mencionado no caso clínico, com o avançar do atendimento psicoterapêutico, Daniel começou a desenhar, permanecendo muito tempo envolto com seus desenhos. Quando alguma coisa do desenho não saía do jeito que desejava, ficava bravo, muito irritado e resmungando de forma bem incisiva. Chegava a rasgar o desenho e a bater o seu punho com força na mesa ou em qualquer outra coisa que estivesse ao seu alcance. Nesses momentos, eu apenas procurava estar junto, sem interpretar. Logo que se acalmava, vinha para o meu colo, apertava fortemente seu corpo contra o meu, para, assim, poder continuar o que estava fazendo. Do mesmo modo que na relação mãe-bebê, o corpo da mãe primeiro funciona com ambiente para depois funcionar como objeto, Daniel buscava no contato corpo-a-corpo comigo, além de um ambiente acolhedor, um suporte para conseguir se adentrar no mundo do não-eu, mundo este ainda povoado pela incerteza. Foi por meio desse contato corporal que ele pôde manipular os brinquedos e objetos da sala de atendimento, num esboço inicial de suas brincadeiras.

Nessas situações o meu maior desejo era possibilitar a Daniel a criação de um ambiente *holding* que fosse continente às suas necessidades. O caminho que encontrei foi oferecendo o meu corpo para essa criação. Na expressão de Fonseca (2005):

Pensar no analista como um ambiente que se molda às necessidades do paciente, neste caso a criança autista, é um trabalho de gestação do simbólico no sentido de ser um caminho onde o analista fornece as condições necessárias para que a criança autista possa, por ela mesma, fazer emergir o simbólico, para que, então, a interpretação possa se dar. (p.146).

De acordo com Winnicott (1971), quando o analista consegue se entregar ao *nonsense*, possibilita ao paciente integrar aspectos necessários do seu *self*, proporcionando à criança uma continuidade do seu ser. O significado, para essas crianças, parece não estar apenas na interpretação ou tradução dos seus comportamentos, mas, especialmente, nos seus gestos e expressões corporais.

Na concepção de Anzieu e de Bion acerca do envelope continente, a criança adquire a percepção da pele como superfície que lhe garante um limite capaz de conter seus conteúdos internos, a partir das experiências de contato de seu corpo com o corpo da mãe, numa relação acolhedora e tranquilizadora. A atitude de continência do analista a partir da relação sensorial corporal direciona a criança autista, no decorrer do trabalho analítico, para chegar ao universo simbólico.

Nesse sentido, a corporeidade - ora com ambiente *holding*, ora como corpo continente - assumiu, no tratamento de Daniel uma condição para a intersubjetividade. O trabalho clínico com essa criança objetiva alcançar um sujeito potencial a ser constituído, proporcionado pela criação de um ambiente *holding*, onde a analista possa assumir a função de continência com seu próprio corpo, sendo continente sem ser apenas intérprete. Frente a isso, “a relação analítica é estabelecida para além da interpretação simbólica, por meio das constitutivas experiências sensoriais” (Fonseca, 2005, p.141).

Essa noção de continência tem muito em comum com o conceito de *holding* de Winnicott, possuindo inestimável importância para o trabalho clínico com as crianças autistas. Complementando, Alvarez (1992) ressalta que:

A confiabilidade e a regularidade proporcionadas pelo setting analítico – a criança é atendida na mesma sala, no mesmo horário - e a firme estrutura da técnica psicanalítica proporcionam uma oportunidade para que estrutura e ordem comecem a desenvolver-se na mente da criança. Os resultados dessa oportunidade de “contenção” são particularmente surpreendentes (...). (p.14).

Assim, fornecer um ambiente *holding* e continente possibilita que as transformações aconteçam, pois como disse Tafuri (2003), essa função continente exercida pelo “analista não-intérprete” oferece um ambiente acolhedor, receptivo, ativo e transformador.

No decorrer do trabalho clínico com Daniel foi o meu corpo que proporcionou a criação de um ambiente *holding* e continente, percebendo-se a importância do vínculo sensorial corporal estabelecido entre nós para a compreensão da relação transferencial.

Na clínica com a criança autista, o analista necessita encontrar outras formas de “estar com” o paciente, para além dos limites da interpretação, respeitando a sua subjetividade e a sua singularidade do modo de ser e de estar no mundo. Dessa forma, percebe-se que o trabalho do analista não consiste apenas em interpretar, mas também trabalhar na construção de sentidos. Como diz Laznik-Penot (1995), “o objetivo do analista não é interpretar os fantasmas de um sujeito do inconsciente já constituído, mas permitir o advento do sujeito. Faz-se aqui intérprete no sentido de tradutor de língua estrangeira, ao mesmo tempo tradutor em relação à criança e aos pais” (p.11).

Diante disso, faço uso do seguinte ensinamento trazido por Mannoni (1979):

Todo analista que acompanha o analisando na caminhada que é a sua (através das ondas sucessivas de desconhecimento) se encontra assim, em determinado momento, diante do que se lhe escapa. O que se lhe escapa a ele, analista, tem, porém, certo efeito (legível) na cura do paciente. Assim, é com o que se lhe escapa que o analista, como que levado por uma exigência interior, vai realizar seu trabalho de elaboração teórica. Do mesmo modo que a loucura, quando faz explodir as crenças e surgir uma verdade, a ‘teoria louca’ psicanalítica está, em tais momentos, em condições de fazer surgir um dizer de verdade. Mas isso só ocorre se o analista aceitar ser, ele próprio, desobrigado da posse do saber e abandonar, com isso, uma proteção ilusória. (p.28).

O caso clínico de Daniel mostrou a necessidade de se ampliar o papel do analista ao se deparar com uma criança que ainda não fala e não possui recursos simbólicos. A capacidade de o analista se adaptar às necessidades de seu paciente, fornecendo um ambiente *holding*, ou seja, um ambiente acolhedor, e continente das angústias dele, nos leva a acreditar na potencialidade transformadora do encontro humano, do encontro que se deu entre Daniel e eu. É “estar com”, sem precisar entender, agir ou interpretar. Essa é a beleza do encontro terapêutico, que está para além das explicações teóricas e conceituais.

Essa experiência clínica com Daniel me levou e continua me levando a prestar mais atenção nas sutilezas, na comunicação não-verbal e na relação sensorial corporal, na qual a relação transferencial acontece. Acredito que é preciso estar aberto ao novo, ao inusitado para que se possa enxergar essas crianças para além de suas limitações, podendo vivenciar outras formas de estar junto.

Esse caminho que venho percorrendo com Daniel não foi, e não continua sendo, um caminho linear. Existiram momentos de idas e vindas na maneira de lidar com sua angústia e com suas frustrações, mas que, paralelamente a isso, Daniel vem conseguindo vencer suas limitações e alcançando grandes conquistas.

Parafrazeando Tafuri (2003), “conviver” com Daniel exige da analista uma capacidade de espera paciente, apostando sempre no potencial da criança. Vale ressaltar que estudar a função do corpo da analista no tratamento da criança autista, a partir da criação de um ambiente *holding* e, ao mesmo tempo, continente, é um grande desafio que está apenas começando. Constantemente, as crianças autistas nos levam a novos conhecimentos e a novas descobertas no rumo do tratamento das mesmas, por isso ainda se tem muito que pesquisar e conhecer acerca do funcionamento psíquico delas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAM, J. (1996). A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AULAGNIER, P. (1979). O Aprendiz de Historiador e o Mestre Feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante. Tradução: Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1989.
- ALVAREZ, A. (1992). Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ANZIEU, D. (1985). O Eu-pele. Trad. Zakie Yazigi e Rosali Mahfuz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- BERLINCK, M. (1993). A psicanálise em cursos de ciências sociais. In: Psicanálise da vida cotidiana. São Paulo: Escuta.
- BION, W. R. (1970). Atenção e Interpretação. Trad. Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- CAVALCANTI, A. E. & ROCHA, P. S. (2001). Autismo: construções e desconstruções. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CELES, L. (2003). Psicanálise e além do mais metapsicologia. In: PACHECO FILHO et al. (Org.). Novas Contribuições Metapsicológicas à Clínica Psicanalítica. Taubaté: Cabral Editora Universitária, p.143-155.
- CINTRA, E. M. U; FIGUEIREDO, L. C. (2004). Melanie Klein: estilo e pensamento. São Paulo: Escuta.

- COSTA, I. I. (2003). Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: I. Izídio da Costa.
- FERNANDES, M. H. (2002). Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: CINTRA, E. M. U. (org). O corpo, o eu e o outro em psicanálise: ciclo de palestras na Clínica Dimensão. Goiânia: Dimensão, 2006.
- FERNANDEZ, M. R. (1995). O Buraco Negro. In: Letra Freudiana. Rio de Janeiro: Revinter.
- FONSECA, V. M. L (2005). Uma Voz na Escuridão: a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico da criança autista. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- FONTES, I. (2002). Memória corporal e transferência. Fundamentos para uma psicanálise do sensível. São Paulo: Via Lettera.
- FONTES, I. (2006). A Ternura Tátil: o corpo na origem do psiquismo. In: Psychê - Revista de psicanálise, jan-jun, ano X, n.17, p.109-120, São Paulo, 2006.
- FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.VII, p.117-228.
- FREUD, S. (1905 [1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.VII, p.15-116.

- FREUD, S. (1911). Formulações Sobre os Dois Princípios do Funcionamento Mental. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XII, p.231-244.
- FREUD, S. (1912). A Dinâmica da Transferência. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XII, p.109-119.
- FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XII, p.161-171.
- FREUD, S. (1917 [1916]). Conferência XXVII: Transferência. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XVI, p.433-447.
- FREUD, S. (1919). O 'Estranho'. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XVII, p.235-273.
- FREUD, S. (1923). O Ego e o Id. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XIX, p.15-80.
- HANNS, L. A. (1996). Dicionário Comentado do Alemão de Freud. Rio de Janeiro: Imago.

- KANNER, L. (1943). Os distúrbios do contato afetivo. In ROCHA, P. (org), Autismos. São Paulo: Escuta, 1997, p. 111-170.
- KLEIN, M. (1926). Fundamentos Psicológicos da Análise Infantil. In: Psicanálise da Criança. São Paulo: Mestre Jou, 1969, p.25-39.
- KLEIN, M. (1930). A importância da Formação dos Símbolos no Desenvolvimento do Ego. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.01, cap.12, p.249-264.
- KLEIN, M. (1934). Uma Contribuição à Psicogênese dos Estados Maníaco-Depressivos. In: Contribuições à Psicanálise. São Paulo: Mestre Jou, 1970, p.355-389.
- KLEIN, M. (1969). Psicanálise da Criança. São Paulo: Mestre Jou.
- LAGACHE, D. (1980). A transferência. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- LAZNIK-PENOT, M. C. (1995). Rumo à Palavra: três crianças autistas em Psicanálise. Tradução: Mônica Seincman. São Paulo: Escuta, 1997.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. (2001). Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes. psicanálise. Tradução: Mônica Seincman. São Paulo: Escuta, 1997.
- LITTLE, M. I. (1990). Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott. Tradução Maria Clara de Biase Fernandes. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- LOPES, A. G. (1995). O Autismo segundo Leo Kanner. In: Letra Freudiana. Rio de Janeiro: Revinter.

- MAHLER, M. (1952). Sobre a Psicose Infantil e Esquizofrenia: psicoses autística e simbiótica da infância. In: As psicoses infantis e outros estudos. Tradução Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- MAHLER, M. (1965). Sobre a Psicose Precoce do Bebê: síndrome simbiótica e síndrome autística. In: As psicoses infantis e outros estudos. Tradução Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- MAHLER, M., PINE, F. & BERGMAN, A. (1975). O Nascimento Psicológico da Criança: simbiose e individuação. Tradução Jane Araujo Russo. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- MANNONI, M. (1979). A Teoria como Ficção: Freud, Groddeck, Winnicott, Lacan. Tradução de Roberto Lacerda e Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Campus, 1982.
- ROCHA, P. Org. (1997). Autismos. São Paulo: Escuta.
- SAFRA, G. (1999). A Face Estática do Self. 193p. Tese (Livre Docência) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- SAFRA, G. (2005). Curando com Histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica da criança. São Paulo: Edições Sobornost.
- TAFURI, M. I. (2003). Dos sons a palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: Positiva/Abrafipp.
- TUSTIN, F. (1972). Autismo e Psicose Infantil. Tradução Izabel Casson. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- TUSTIN, F. (1981). Estados Autísticos em Crianças. Tradução Joseti Marques Xisto. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- TUSTIN, F. (1991). A Perpetuação de um Erro. In: Letra Freudiana. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p.63-79.

- WINNICOTT, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. XVIII, p. 316-331.
- WINNICOTT, D. W. (1952). Psicoses e Cuidados Maternos. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. XVII, p. 305-315.
- WINNICOTT, D. W. (1954-5). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 22, p. 374-392.
- WINNICOTT, D. W. (1955-6). Formas clínicas da transferência. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 23, p. 393-398.
- WINNICOTT, D. W. (1956). A Preocupação Materna Primária. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. XXIV, p. 399-405.
- WINNICOTT, D. W. (1960). Teoria do Relacionamento Paterno-infantil. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 03, p. 38-54.
- WINNICOTT, D. W. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap.04, p.55-61.

- WINNICOTT, D. W. (1963a). O Desenvolvimento da Capacidade de se Preocupar. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 06, p. 70-78.
- WINNICOTT, D. W. (1963b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 07, p. 79-87.
- WINNICOTT, D. W. (1967a). A Etiologia da Esquizofrenia Infantil em termos de Fracasso Adaptativo. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (org). Pensando sobre crianças. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.26, p. 193-196.
- WINNICOTT, D. W. (1967b). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: O Brincar e a realidade. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap.09, p.153-162.
- WINNICOTT, D. W. (1971). O brincar e a realidade. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WINNICOTT, D. W. (1972). Holding e Interpretação. Tradução: Sonia Maria Tavares Monteiro de Barros. São Paulo: Martins Fontes, 2001.