

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE: CLÍNICA E CULTURA

VANESSA GIARETTA

NOS LIMITES DO AUTISMO:

A CLÍNICA DOS TRANSTORNOS DE SUBJETIVAÇÃO ARCAICA

Porto Alegre, 2018

VANESSA GIARETTA

NOS LIMITES DO AUTISMO:

A CLÍNICA DOS TRANSTORNOS DE SUBJETIVAÇÃO ARCAICA

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura. Programa de Psicanálise: Clínica e Cultura. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Milena da Rosa Silva

Linha de Pesquisa:
Psicanálise, Teoria e Dispositivos Clínicos

Porto Alegre

2018

Nome: Vanessa Giaretta

Título: Nos limites do autismo: a clínica dos Transtornos de Subjetivação Arcaica.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura. Programa de Psicanálise: Clínica e Cultura. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Banca Examinadora:

Prof. Dra.: Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Instituição: PPG em Psicologia Clínica – PUC - Rio

Assinatura: _____

Prof.Dra: Cleonice Alves Bosa

Instituição: PPG Psicologia do Desenvolvimento – UFRGS

Assinatura: _____

Prof. Dr.: Amadeu de Oliveira Weinmann

Instituição: PPG Psicanálise Clínica e Cultura – UFRGS

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Em memória de Victor Guerra.

Eterna presença a inspirar e iluminar
caminhos obscuros na clínica da infância.

(★ 1 de maio de 1958 - † 27 de junho de 2017)

AGRADECIMENTOS

O percurso desta dissertação não foi um trajeto fácil. E provavelmente por esta mesma razão, seu término está envolto em um sabor especial de vitória e satisfação. Sei que comumente o Mestrado tem esse caráter de aridez inicial, culminando em sentimentos de conquista e de alívio, mas algumas situações peculiares tornaram para mim essa etapa ainda mais complicada, e é indispensável eu agradecer algumas pessoas que foram cruciais para eu superar esses desafios.

O regresso à academia, em uma instituição cujo referencial teórico de base é bastante diferente daquele em que realizei minha graduação e minha formação como especialista, teve em mim um primeiro impacto de choque. O projeto de minha dissertação foi fortemente marcado pela tentativa de achar um compasso, de construir pontes entre conhecimentos novos que se apresentavam e minha bagagem anterior. Assim, agradeço primeiramente a banca de qualificação do projeto, que pôde compreender esse meu momento crítico, e me dar crédito e subsídios para encontrar um rumo próprio dentro desse terreno em que eu estava pisando.

Nesse trajeto, agradeço também a Norma Escosteguy, por sua infinita grandeza, disponibilidade e generosidade em me ouvir, ler minhas produções, narrar suas histórias, compartilhar sua extensa e longa experiência, fazendo questão todo tempo de frisar que eu deveria acreditar em minhas percepções clínicas, e na qualidade do meu trabalho. És para mim um grande exemplo de mulher, de terapeuta!

Sou grata aos amigos e parceiros de profissão (especialmente os que integraram comigo os anos em que estive na coordenação da ambientoterapia), e que deram ânimo, ombro, coragem, muitas vezes dividindo ideias, materiais, experiências e compartilhando aprendizados e situações profissionais bastante complexas.

Agradeço aos meus irmãos, por serem base e essência a compor partes importantes de quem eu sou. E em especial aos meus pais, pela presença sempre

sólida, pelos almoços frequentes que me deram sustância, me nutrindo de força, amor e afeto. São eles meus principais admiradores, independente de minhas escolhas, o que não me deixa jamais desistir de nada, como forma de honrar suas alegrias.

Minha gratidão e admiração eterna a Victor Guerra, que sem dúvida marcou para sempre minha identidade, para além de um modelo profissional. Seu jeito humano, poético, humilde, sensível e profundo de fazer pouco a pouco morada em nós, transmitindo um desejo vívido e inesgotável de compartilhar emoções, pensamentos, conhecimentos e experiências. O infeliz fato de seu falecimento no auge de sua carreira e de sua vitalidade produtiva como psicanalista foi uma das vicissitudes que precisei lidar no meu Mestrado. Recordo quando ouvi de uma professora na aula que “escrever era matar o autor”, e me questionei aflita como eu iria fazer isso? Não tinha coragem de ir adiante tendo que elaborar a morte concreta daquele que eu havia escolhido para guiar meu percurso de escrita. Esse foi certamente o momento mais difícil em minha caminhada.

Minha mais profunda gratidão ao meu marido Jeronimo, pela enorme tolerância, paciência, suporte e compreensão em todos os momentos, oferecendo sempre de maneira incansável as melhores condições para eu me manter firme na estrada, no foco. Sem dúvida, passarmos por mais essa etapa juntos só aumenta nosso vínculo, nosso amor. E é por isto que estamos juntos este ano à espera de nosso maior fruto, já tão amado e desejado: Cecília!

Assim, agradeço à Cecília, minha filha, que mesmo ainda em meu ventre, já tem me ensinado tanto sobre a vida, sobre os ritmos e sobre a energia do amor, me colocando em contato com sensações e sentimentos misteriosos e profundos, que sem dúvida já estão transformando minha maneira de ser. Creio que foi ela quem mais fortemente me levou adiante.

Por fim, é sumamente importante meu agradecimento a minha orientadora Milena, pela sabedoria, confiança e tranquilidade transmitida em todos esses momentos. Penso que juntas conseguimos co-criar um ritmo que facilitou meu amadurecimento dentro do Mestrado, sobretudo nesse momento final, em que precisamos recriar esse ritmo, nos adaptando também ao tempo de Cecília. Milena foi

presença e investimento sempre que precisei, e soube colocar os limites e tomar a distância necessária para que eu pudesse avançar nessa caminhada! Muito obrigada!

EPÍGRAFE

“Ideias em trânsito... ideias em movimento sem detenção definitiva... contínua transformação... fecundidade... maleabilidade... dúvidas... vacilações... certezas... opacidades... viagem... deriva aberta ao desconhecido... porosidade do inconsciente. Pois é assim para mim, o diálogo com um autor. Um trânsito de ideias em comum, que nos unem e nos separam, que nos encontram e nos perdem em um ritmo de pensamento” (Guerra, 2015a, p.2).

RESUMO

O atual modelo de autismo, proposto pelo DSM-5, contempla inúmeras pluralidades de aspectos clínicos (APA, 2013). No entanto, tenho observado que essas diversas configurações de “autismo” necessitam de diferentes intervenções e apresentam prognósticos distintos. Em minha experiência clínica, é comum alguns pacientes apresentarem um conjunto sintomatológico impreciso, os quais podem ser entendidos como estando na fronteira desse diagnóstico. Nessa direção, lanço mão do conceito do Transtorno de Subjetivação Arcaica, proposto pelo psicanalista uruguaio Victor Guerra, como um entendimento para esses quadros que tangenciam os limiares do transtorno do espectro autista, evidenciando a potência que essa postura pode ter para a evolução dos pacientes. Na experiência de Guerra (2016), alguns desses casos revelam crianças com sintomas ambíguos, em que a capacidade simbólica está inoperante, mas apresentam, em contrapartida, algumas condições de interação que diferem dos casos típicos do autismo. Para ele, essas apresentações são mais condizentes com aspectos depressivos do bebê, que levam a um evitamento relacional, talvez em decorrência de um aparato constitucional hipersensível, e por dificuldades do ambiente em lidar com essa sensibilidade. O bebê, nesses casos, encontra uma subjetivação falida, em razão de uma disritmia que se instala no encontro com o adulto cuidador, levando a dificuldades nos processos de simbolização. A partir de dois casos clínicos, busco nesta dissertação compreender como a utilização da hipótese de Transtorno de Subjetivação Arcaica pode operar no tratamento dessas crianças. Metodologicamente, essa se trata de uma pesquisa psicanalítica, a qual, de acordo com Figueiredo (2004), visa compartilhar as implicações que um saber singular e maleável pode ter sobre o advento de um novo. Parto das concepções de Ferrari (2011), que sustenta que ao utilizarmos o relato clínico como método de pesquisa em psicanálise, deve se considerar que a escrita do caso não corresponde à verdade dos acontecimentos, carregando consigo um caráter de ficção. A partir de tais premissas, reconstruo os casos de Ângelo e Lion, sob uma perspectiva que ilustra o trabalho com esses pacientes, discutindo as possibilidades terapêuticas pela via de compreensão da clínica dos transtornos de subjetivação arcaica. As descrições dos casos são intercaladas pela teoria psicanalítica, especialmente no que tange às intervenções orientadas pela intersubjetividade. Aponto que o Transtorno de Subjetivação Arcaica pode ser interessante para pensar casos que estão nas bordas do diagnóstico de autismo, permitindo uma saída ética de maior esperança diante da dificuldade de encontrar limites para o TEA. Sua potência está em iluminar leituras e caminhos clínicos, abrindo passagem para outros possíveis entendimentos, intervenções e prognósticos.

Palavras-chaves: autismo/TEA; intersubjetividade; transtorno de subjetivação arcaica.

ABSTRACT

The current model of autism, proposed by the DSM-5, contemplates a plurality of clinical aspects (APA, 2013). However, I have observed that these configurations of "autism" require different interventions and have different prognoses. In my clinical experience, it is common for some patients to present an imprecise symptomatological set, which can be understood as being either at the border of this diagnosis. Along this line, I use the concept of Archaic Subjectivation Disorder, proposed by the Uruguayan psychoanalyst Victor Guerra, as an understanding for these cases that touch the border of autism spectrum disorder, proving the potential that this approach can have for patients' development. In Guerra's (2016) experience, some of these cases reveal children with ambiguous symptoms, in which the symbolic capacity is inoperative, but present some conditions of interaction that differ from the typical cases of autism. For him, these manifestations are more in keeping with depressive aspects of the baby, leading to relational avoidance, perhaps due to a hypersensitive constitutional apparatus, and environmental difficulties in dealing with this sensitivity, and co-create a mutual rhythm. The infant, in these cases, finds a failed subjectivation, due to a dysrhythmia, leading to difficulties in the processes of symbolization. Thus, from two clinical cases, I seek here to understand how the use of the Archaic Subjectivation Disorder hypothesis can function in the treatment of these children. Methodologically, this is a psychoanalytic research, which, according to Figueiredo (2004), aims to share the implications that a singular and malleable understanding can have on the advent of a new one. Based on the conceptions of Ferrari (2011), which maintain that when using the clinical report as a method of research in psychoanalysis, it should be understood that the transcription of the case does not correspond precisely to the reality of the events, bearing with it a quality of fiction. From these assumptions, I recreate the cases of Ângelo and Lion, from a perspective that illustrates the work with these patients, visualizing the therapeutic possibilities from the viewpoint of the clinic of Archaic Subjectivation Disorder. Case descriptions are interspersed by psychoanalytic theory, especially with respect to intersubjectivity driven interventions. I argue that Archaic Subjectivation Disorder may be valuable when considering cases that are on the border of autism, allowing an ethical route to greater hope in the face of the difficulty of finding boundaries for ASD. Its potential lies in clarifying clinical studies and paths, opening the way to other possible understandings, interventions, and prognoses.

Key-words: autism / ASD; intersubjectivity; Archaic Subjectivation Disorder

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. SOBRE O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO.....	16
1.1 Breve histórico do Autismo.....	16
1.2 Quais seriam os limites do espectro autista?.....	25
1.3 Pensando sobre o boom dos diagnósticos de Autismo.....	31
2. INTERSUBJETIVIDADE.....	38
2.1 O conceito de intersubjetividade e os seus indicadores.....	38
2.2 Os Transtornos de Subjetivação Arcaica.....	50
2.3 Diálogos com os Transtornos de Subjetivação Arcaica.....	53
3. OBJETIVO.....	64
4. METODOLOGIA.....	65
5. A CLÍNICA DOS TRANSTORNOS DE SUBJETIVAÇÃO ARCAICA.....	70
5.1 Caso Ângelo.....	71
5.2 Caso Lion.....	98
6. DISCUSSÃO FINAL.....	120
7. ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES.....	132
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135

INTRODUÇÃO

Em minha experiência clínica e teórica, confesso ter me sentido por vezes bastante perdida diante de alguns casos que acompanhei com suspeita de autismo. Creio que a história desse diagnóstico, com suas diversas hipóteses etiológicas, suas tentativas de diferenciação com a psicose infantil, suas mudanças de nomenclatura e de classificação, seja na verdade retrato dessa confusão que os quadros nos colocam.

Há aproximadamente oito anos venho atendendo crianças e adolescentes, e em boa parte desse tempo trabalhei mais diretamente com a psicopatologia da infância, especialmente dentro do Setor de Ambientoterapia, em uma clínica de estudo, atendimento e pesquisa de orientação analítica. Com base nessa experiência, fiquei intrigada ao constatar, empiricamente, que há uma pluralidade de autismos. Esta ideia é corroborada pelo pensamento de Inês Catão (2015, p.68), a qual compartilha sua percepção de que há uma vasta gama de apresentações clínicas do quadro, com evoluções também diferentes, o que a leva a considerar o termo no plural: “autismos”.

Jerusalinky (2015) também alerta para a variabilidade de quadros autísticos, que podem, inclusive, se manifestar em associação a outras síndromes ou transtornos da linguagem, após alguma lesão cerebral ou em decorrência de alguma deficiência auditiva ou visual. Em todas essas situações as manifestações são diferentes, bem como a intervenção e o prognóstico. O autor enfatiza que mesmo os neurobiologistas, diante da variabilidade de genes que estariam envolvidos, também não se permitem nenhuma uniformidade para uma identificação do diagnóstico e uma precisão no tratamento.

O autismo já teve diversas descrições e compreensões ao longo da história da psiquiatria e da psicologia. Em cada época, passou por diferentes nomenclaturas, tais como Síndrome do Contato Afetivo, Autismo Infantil, Psicose Infantil Precoce, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e Transtorno Global do Desenvolvimento (Mercadante, Gaag & Schwartzman, 2006; Schwartzman e Araújo, 2011). Atualmente, outros diagnósticos que eram diferenciais foram integrados a esses, como a Síndrome

de Asperger, o Autismo Atípico e o Transtorno Global Não-Especificado. Os critérios diagnósticos também foram reformulados, de acordo com o DSM-5, que passou a descrevê-lo como Transtorno do Espectro Autista (APA, 2013).

Diante da constatação dessa “pluralidade” de quadros de autismo, podemos considerar que a mudança do DSM-5 seguiu essa linha de raciocínio, buscando unificar essa diversidade dentro de uma mesma classificação mais abrangente, denominada Transtorno do espectro autista (TEA). Desse modo, o atual DSM saiu da posição categórica anterior, em que a criança era ou não autista, conforme a presença ou ausência de determinados comportamentos, para uma noção de contínuo, no qual se dimensiona o impacto dos sintomas, dentro do atual espectro. Desse modo, a consequência é que se há alguns sintomas, mesmo que vagos ou em menor intensidade, sugerindo que talvez a criança seja autista, o clínico poderia afirmar que ela está no grupo dos que apresentam TEA (Tanguay, 2011).

A possibilidade de conferir um código de doença mental às crianças com suspeita de autismo permitiu introduzi-las na lei de inclusão escolar e na oferta de tratamento gratuito, especialmente nos Estados Unidos, o que é em princípio uma grande vantagem (New York State Department of Health, 1999). O fato é que a suspeita desse diagnóstico nem sempre se confirma. Com relativa frequência se observa quadros que se assemelham a uma manifestação autística, mas que têm uma evolução diferente. E esse é o atual debate ético que tem sido levantado por alguns profissionais: o risco de se conferir um diagnóstico tão carregado de marcas, de forma apressada e por vezes sem um propósito claro de como intervir (Allen, 2013; Jersusalinky, 2015).

Eu me questiono se essa abertura diagnóstica não está também a serviço de minimizar a angústia do profissional frente às interrogações despertadas pelos sintomas enigmáticos dessas crianças ditas autistas, facilitando assim nomear a confusão com um diagnóstico possível de se estabelecer. Concordo com Bursztjn (2016, p.21) quando diz: “Não é possível que esse diagnóstico único de TEA seja aplicado a uma população tão heterogênea, tanto do ponto de vista clínico, quanto do grau de comprometimento”.

Na minha visão, o problema com os diagnósticos está principalmente no uso ético que se faz deles. Tenho observado, nessa trajetória que tenho trilhado, que essas diversas configurações de “autismo” necessitam de diferentes intervenções e apresentam prognósticos distintos. E é justamente isso que me instiga e leva a me debruçar sobre o tema. Assim como Jerusalinky (2015), entendo que não há como se definir toda essa complexidade a respeito dos inúmeros casos que se apresentam apenas por uma via de compreensão, e nem como colocar todas essas distintas manifestações sintomáticas dentro de um grande baú, pertencentes ao TEA, como propõe o DSM-5.

Neste sentido, busco neste estudo inicialmente fazer um breve resgate histórico a respeito de um diagnóstico que, quando considerado, justamente sinaliza a falta de uma estrutura integrada e coesa no sujeito e a desapropriação de sua própria história. Também faço algumas reflexões sobre quais seriam as fronteiras do espectro dessa patologia, questionando o vertiginoso aumento de TEA na última década. Esse percurso tem o propósito conduzir o leitor a mergulhar comigo nas questões que me mobilizaram essa pesquisa, chamando atenção para o que pode parecer, mas nem sempre é autismo/TEA¹.

Em minha experiência, é comum alguns pacientes apresentarem um conjunto sintomatológico impreciso, que até pouco tempo atrás talvez se encaixasse dentro do grande grupo dos transtornos invasivos ou transtornos globais não-especificados, os quais parecem tangenciar o diagnóstico do TEA. Considero esse fato de extrema relevância, uma vez que ater-se sobre esses quadros pode abrir luz para outras compreensões, intervenções e prognósticos. Além de provavelmente ajudar a explicar parte do crescente número de diagnósticos de TEA.

Guiada por esses pensamentos, como objetivo principal, nessa pesquisa apresento o conceito do Transtorno de Subjetivação Arcaica, proposto pelo psicanalista uruguaio Victor Guerra (2016), como um entendimento possível para quadros sintomáticos que se situam nas bordas do diagnóstico de TEA. Victor Guerra trouxe importantes contribuições sugerindo pensarmos inúmeros bebês que

¹ Nessa dissertação usarei os termos Transtorno do espectro autista/TEA e autismo de maneira

apresentam características autísticas, como crianças hipersensíveis, que refletem um sintoma cultural. A partir de dois casos clínicos buscarei compreender como a utilização da hipótese do Transtorno de Subjetivação Arcaica, desde a perspectiva da Intersubjetividade, pode operar no tratamento dessas crianças que se mostram nos limites do diagnóstico de TEA.

1. SOBRE O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

1.1 Breve histórico do Autismo

Antes que a palavra “autismo” surgisse pela primeira vez na história da humanidade, encontramos relato em contos da Europa sobre a existência das crianças-fadas. Essas seriam crianças raptadas por fadas ou gnomos,

que por sua vez, deixariam em lugar da criança um substituto fisicamente idêntico, porém, com personalidade totalmente diferente. Tal rapto aconteceria bem precocemente, e a mãe não notaria imediatamente. Mas ela estranharia, pois a criança não seria mais afetiva, gritaria e a agrediria, além de ignorá-la. Chama a atenção que o folclore descreve esses raptos como sendo exclusivamente de meninos (Rosenberg, 2011, p.20).

Há algumas variações regionais nessas fábulas e nos nomes designados para essas crianças raptadas, dependendo do país onde são localizadas as histórias. Embora Rosenberg (2011) recomende prudência para não entendermos todos esses registros como alusões a casos de autismo, as semelhanças entre as características das crianças-fadas e os sintomas dos quadros autísticos guarda bastante concordância e chama a atenção. É na literatura, portanto, que podemos localizar os primeiros relatos e a expressão dessa patologia, através também de distintos personagens famosos².

Na medicina e na pedagogia, esses casos só começam a ser observados e divulgados depois que a noção de infância ganha um lugar na sociedade, isto é, após o final do século XVIII. Por este motivo, quando se passou a identificar desvios no comportamento da criança, o entendimento vinha de uma ótica adulta, que pensava tratar-se de uma demência muito precoce. A partir do século XX, há vários relatos de casos independentes, realizados por médicos e pedagogos, que percebiam crianças com jeitos bizarros, esquisitos, atípicos, e que eram vistas como diferentes daquelas que apresentavam deficiência intelectual (Rosenberg, 2011).

² São alguns exemplos: “O Idiota”, de Dostoievski; “Trunken, a louca”, Johannes Kenepelhout; “Barnaby, Rudge”, de Charles Dicks.

O primeiro a usar a palavra “autismo” na literatura psiquiátrica foi o suíço Plouller, em 1906, ao estudar pacientes que tinham diagnóstico de demência precoce (esquizofrenia). Paul Eugen Bleuler, em 1911, utilizou esse termo para descrever um sintoma secundário da esquizofrenia relacionado à desconexão com a realidade, em que a pessoa se voltaria para si mesma, isolando os estímulos a sua volta (Schmidt, 2015). Esse sintoma seria um mecanismo defensivo do paciente frente a sua incapacidade para integrar pensamento e afeto.

Na psicanálise, o primeiro relato considerado, hoje, como um caso de autismo é de 1930, publicado nos escritos de Melanie Klein. Dick era um menino de 4 anos que foi para ela encaminhado como apresentando uma demência precoce (Batistelli & Amorim, 2014).

...Dick era enormemente destituído de afetos, e era indiferente à presença ou ausência de sua mãe ou ama. Desde o início ele apenas raramente demonstrava ansiedade, e esta era em um grau anormalmente pequeno. Ele quase não tinha interesses, não brincava e não mantinha contato com seu ambiente. Na maioria das vezes ele simplesmente juntava os sons de uma forma inexpressiva, e repetia constantemente certos ruídos. [...] Quando se feria, exibia uma considerável insensibilidade à dor, e não demonstrava o desejo tão universal nas crianças pequenas, de ser confortado e acariciado... (Klein, 1930, p.221-222)

Na época, Kanner ainda não tinha publicado suas descobertas sobre a síndrome que estava investigando, mas já se percebia na descrição de Melanie, reflexões muito próximas às desse autor. Por exemplo, ela rapidamente assinalou que a apresentação do quadro poderia ser classificada por muitos médicos como uma deficiência mental, mas que não se tratava disso, e reconhecia haver outros casos semelhantes ao de Dick. Disse: “Fica-se, portanto, inclinado a conjecturar que, se observássemos com um olho mais penetrante, mais casos deste tipo viriam ao nosso conhecimento” (Klein, 1930, p.231).

Klein (1930) também percebeu que o conjunto sintomatológico de Dick não dizia respeito a uma regressão do desenvolvimento, e por isso não era um caso de demência precoce. Avaliou que a situação era mais coerente com uma interrupção do desenvolvimento. Não sem certa resistência, por falta de outras opções

terminológicas, Melanie acabou por diagnosticar o pequeno paciente à luz dos conhecimentos da época com esquizofrenia infantil, mas disse ser uma variante atípica desse quadro, em razão do aspecto de inibição desenvolvimental (Tustin, 1990).

Após isso, em 1943, Léo Kanner, psiquiatra austríaco, é quem sistematiza o quadro baseado na experiência clínica com onze crianças que apresentavam sintomas semelhantes, tais como isolamento, perseveração na conduta e interesse na mesmice. Sob a denominação de *distúrbios autísticos do contacto afetivo*, pela primeira vez se formula um diagnóstico próprio da infância. Um ano depois, o pediatra Hans Asperger (1944), também austríaco, descreve outros quatro casos parecidos com os de Kanner, mas que se diferenciavam pelas condições de linguagem e intelecto bem preservados. Ele chamou esse quadro de psicopatia autística. No entanto, sua publicação só tornou-se afamada em 1981, após sua tradução para o inglês, possivelmente pelo desconhecimento da escrita original, ocorrida no idioma alemão, em um período marcado pela pós-guerra. Assim, a Síndrome de Asperger passa a ser reconhecida e inserida como categoria diagnóstica nos Manuais de Psiquiatria somente 50 anos depois, no DSM-IV (Klin, 2006).

É importante ressaltar que nenhum dos dois médicos preocupava-se em afirmar a causalidade do transtorno. Leo Kanner, na publicação de 1943, de fato mencionou a natureza pouco afetiva que havia observado nas relações familiares dos seus pacientes, embora, ao mesmo tempo, tenha ressaltado que era difícil atribuir a complexidade do quadro exclusivamente às relações parentais. Todavia, conforme Schmidt (2015), o impacto das publicações desses profissionais embarcou na onda de pesquisas que estavam em evidência na época. Estudos da década de 40, de autores como Goldfarb e Spitz, demonstravam a influência do ambiente e das interações sobre o desenvolvimento da criança, descrevendo “os efeitos nefastos da privação ambiental sobre a personalidade infantil” (Schmidt, 2015, p.10). Essa conjectura dava legitimidade a interpretações que foram feitas sobre as ideias de Kanner, de que a causa do autismo residia na falta de investimento parental.

Nesse contexto científico, a primeira edição lançada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, surgido em 1952, adotava o termo “reação”,

precedendo todas as nomenclaturas de transtornos. Essa posição representava a ideia de que os problemas mentais surgiam como efeito de agentes psicológicos, sociais e biológicos incidindo sobre a personalidade do indivíduo (APA, 1995). Sendo assim, o primeiro DSM (APA, 1952) descrevia o autismo como “Reação Esquizofrênica”, propondo-o a partir de uma perspectiva psicodinâmica do quadro. Isto é, a casuística era considerada como decorrente das relações inadequadas da criança, tendo uma ênfase nas questões ambientais.

No DSM-II (APA, 1968), o nome adotado foi “Esquizofrenia tipo infantil”, abandonando o termo “reação”, mas seguindo com a mesma lógica psicodinâmica. Até o final da década de 60, o quadro estava, portanto, incluído dentro do grupo das psicoses, segundo a APA, sendo entendido como uma forma de expressão da esquizofrenia (MPASP, 2013).

A partir de 1970, as pesquisas começam a mudar de foco, investigando anormalidades orgânicas nas psicopatologias. Em 1980, O DSM acompanha uma mudança paradigmática no entendimento dos transtornos mentais, rompendo com a visão psicanalítica que o fundamentava até então. Isso culmina nas maiores alterações ocorridas na história do Manual, com a introdução “de critérios explícitos de diagnóstico, um sistema multiaxial e um enfoque descritivo que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas” (APA, 1995, p.xvii).

Alguns estudos encontram uma correlação entre autismo e alterações eletronefalográficas, como a epilepsia (Schmidt, 2015). Estudiosos como Michael Rutter e Kolvin passam a propor uma diferenciação entre autismo e esquizofrenia infantil. Em 1976, Ritvo contribui para uma mudança radical na visão do autismo, debruçando-se fortemente no viés dos problemas desenvolvimentais. Ele aponta uma série de estudos demonstrando que a grande maioria das crianças com autismo possui um déficit intelectual associado, além de sugerir outras patologias que em geral estariam em comorbidade. Deste modo, a síndrome passa a desvincular-se da categoria das psicoses para associar-se a das deficiências cognitivas (Assunção Jr & Kuczynki, 2011).

Em decorrência, no DSM III, o termo Autismo Infantil passa a pertencer ao grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, descrito como “uma síndrome comportamental de um quadro orgânico” (Schmidt, 2015, p.12). A tríade que aponta para os déficits nas áreas da comunicação, da socialização e das atividades imaginativas, proposta por Wing e Gold (1979), se torna referência para o diagnóstico. Passa a haver então uma disparidade nas compreensões do autismo: enquanto o CID-9 mantém a noção de falha na organização da personalidade, associando-o às psicoses; a APA e a Organização Mundial de Saúde o conceituam como “distúrbios abrangentes de desenvolvimento” (APA, 1980), marcando a ideia de defeitos orgânicos. Isso se dá até 1990, quando o CID-10 reformula seus conceitos, entrando em conformidade com a hipótese dos problemas orgânicos relacionados (MPASP, 2013).

No DSM-III-R (1987) a nomenclatura da subcategoria muda para Transtorno Autístico, e o diagnóstico de Esquizofrenia Infantil é retirado do Manual, sob justificativa de ser incomum sua expressão na infância. “Assim, o autismo, até então considerado como bastante raro, era proposto no lugar da esquizofrenia como o modelo de referência desse campo da psicopatologia de crianças” (Laznik, 2016, p.14)

Na quarta versão do DSM, o nome da categoria na qual se insere o Autismo Típico e Atípico passa a ser dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, os quais por sua vez estão dentro do grande grupo dos “Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância e Adolescência”. Outros subtipos passam a se juntar a essa categoria dos TIDs, como o Transtorno de Asperger, o Transtorno de Rett e o Transtorno Desintegrativo da Infância (APA, 1995).

Na edição revisada do DSM IV, realizada em 2002, já se pensava no conceito dimensional para os transtornos, mas ao invés disso os organizadores optaram por inserir nos critérios a necessidade de avaliar se estavam presentes sofrimento e problemas clinicamente significativos para o paciente (Black e Grant, 2015). As alterações realizadas, portanto, ficaram limitadas ao texto. A categoria de referência para o autismo volta a ser denominada Transtorno Global do Desenvolvimento, e a modificação encontra-se na atenção dada à inclusão do termo “déficits qualitativos” para a realização do diagnóstico, em que se assinala a necessidade de avaliar os

prejuízos na tríade de sintomas relacionados, mais do que indicar a presença ou ausências de determinados comportamentos (APA, 2002). A classificação abarcava as seguintes subcategorias:

- Transtorno Autista (Autismo clássico);
- Transtorno de Asperger;
- Transtorno Desintegrativo da Infância (síndrome de Heller);
- Transtorno de Rett;
- Transtorno Global do Desenvolvimento, sem outra especificação (TGD-SOE).

Por fim, em 2013, o DSM-5 apresenta outra transformação em seu sistema, com o propósito de “facilitar uma abordagem mais abrangente dos diagnósticos e seus tratamentos” (Black e Grant, 2015, p.9). Adota-se efetivamente o modelo dimensional, uma vez que não teriam encontrado sustentação empírica suficiente em termos de evidência científica acerca do diagnóstico diferencial entre as categorias diagnósticas do DSM-IV, especialmente entre o transtorno autista (com melhor funcionamento cognitivo) e o de Asperger. O Manual além disso afirma que desse modo se consegue avaliar mais precisamente os danos causados pelos sintomas na vida de um paciente e facilitar as reavaliações e evoluções do quadro, já que permite atribuir um grau qualitativo (muito grave, grave, moderado ou leve) para especificar a intensidade do prejuízo dentro da faixa espectral em que se encontra o paciente (APA, 2013).

De tal modo, nessa última versão, a categoria dos transtornos globais do desenvolvimento passa a estar contemplada pelo grupo dos “Transtornos Neurodesenvolvimentais”, em que o Transtorno do Espectro Autista oferece uma visão dimensional para o autismo. Entende-se que todas as categorias anteriores supracitadas referem-se a uma mesma patologia com diferentes níveis de gravidade, com exceção da Síndrome de Rett. Nesta versão, os prejuízos clínicos foram contemplados dentro de duas grandes áreas: déficits na comunicação e interação social; e comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos. O DSM sugere que se não houver sintomas relativos a comportamentos, interesses e atividades

restritos e repetitivos, o diagnóstico a ser feito é de Transtorno de Comunicação Social (APA, 2013).

O Transtorno do Espectro Autista/TEA é hoje então compreendido como um transtorno neurodesenvolvimental, caracterizando-se por déficits qualitativos e quantitativos que afetam especialmente as áreas da interação social, da comunicação e do comportamento, variando dentro de um espectro de maior ou menor comprometimento (Schwartzman, 2011). Abaixo temos o quadro para o preenchimento diagnóstico, segundo o DSM-5 (APA, 2013):

A fim de receber um diagnóstico de Transtorno do espectro autista, segundo o DSM 5, uma pessoa deve preencher os seguintes critérios:

A) Déficits persistentes na comunicação social e nas interações sociais em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue , atualmente ou por história prévia:

1. Déficit na reciprocidade socioemocional, variando por exemplos, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais; (preenche)

2. Déficit no comportamento comunicativos não-verbais usados para a interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não-verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não-verbal;

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

B) Padrões repetitivos e restritivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois seguintes, atualmente ou por história prévia

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados (por exemplo, estereotipais motoras simples, girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas)

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (por exemplo, sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos)

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (por exemplo, indiferença aparente a dor e temperatura, reação

contrária a sons e texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento)

Os sintomas devem estar presentes precocemente no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida.

Zanon, Backes e Bosa (2014) referem que essa é uma síndrome complexa, com etiologias múltiplas, entre as quais estão influências genéticas e ambientais. Com relativa frequência, o TEA está associado a um prejuízo da capacidade intelectual, sendo que em apenas 30% dos casos há alguma área de especial habilidade que se destaca (Camargo e Bosa, 2012). O déficit nos relacionamentos sociais, característico destas pessoas, está relacionado a distúrbios no desenvolvimento da atenção conjunta e à falta de compreensão e de reciprocidade social e/ou emocional. Algumas das crianças podem mostrar-se arredias ou distantes diante da aproximação social, enquanto outras a aceitam de forma bastante passiva (Klin, 2006).

Quanto aos problemas na comunicação, estes podem envolver atrasos no desenvolvimento da fala, dificuldades em iniciar e manter uma conversação recíproca, uso estereotipado da linguagem e reduzida modulação da voz (com relação a entonação, ritmo, velocidade e fluência, por exemplo). Os prejuízos no comportamento, por sua vez, relacionam-se com interesses restritos e estereotipados, inflexibilidade a mudanças e maneirismos. Algumas estabelecem monólogos incessantes sobre tópicos favoritos, mesmo se o interlocutor não mostrar-se interessado ou tentar propor outro tema de conversa. Igualmente, existem déficits no brincar e nas habilidades lúdicas, pela falha em desenvolver brincadeiras imaginativas, em explorar o brinquedo de forma funcional e simbólica e em desempenhar papéis de faz de conta (Klin, 2006).

Camargo & Bosa (2009, 2012) chamam a atenção para o fato de que a literatura sobre o autismo normalmente descreve as incapacidades dessas crianças, pouco explorando demonstrar suas potencialidades. Klin (2006) salienta que as pessoas com TEA em geral se interessam pela interação social, embora não saibam como iniciar ou mantê-la de forma típica. Assim, apresentam desejo de construir vínculos de amizade,

mas suas tentativas de aproximação com os iguais são frustradas, em decorrência do seu estilo social atípico ou excêntrico.

Boa parte das vezes são crianças com dificuldade em regular seu comportamento, o qual tende a ser desajeitado ou rígido, por uma inabilidade em perceber o contexto afetivo da interação – os sinais sociais, os sentimentos e intenções dos demais. Geralmente, elas descrevem corretamente quais são as convenções sociais delas esperadas, mas o fazem de modo racionalizado e formal. Sem uma compreensão genuína, tendem a ser literais na sua interpretação dos fatos e se tornam incapazes de agir de forma espontânea. É comum também que não entendam o que os outros esperam delas, e por este motivo não respondam adequadamente à interação, sendo esta uma conduta bem distinta do interesse pelo isolamento (Klin, 2006). O risco é que essas representações que se tem de que a pessoa com autismo não gosta de interagir impeçam o investimento nesses sujeitos, desumanizando-os, o que pode levar a um comprometimento ainda maior do quadro (Bosa, 2002).

Zanon, Backes e Bosa (2014) apontam que até a idade de 5 anos a grande maioria das crianças com TEA ainda não recebeu o diagnóstico clínico, e pensam que uma das maiores dificuldades reside no fato de que a classificação e os critérios dos Manuais de Psiquiatria baseiam-se em comportamentos sintomáticos presentes em crianças e adultos, mas que ainda não estão desenvolvidos nos bebês, como problemas na interação com iguais, comprometimento na linguagem e condutas ritualísticas e estereotipadas. Sublinham, contudo, que “há diferenças significativas entre o desenvolvimento social das crianças com TEA e das crianças com desenvolvimento típico, já no segundo trimestre de vida” (Zanon, Backes e Bosa, 2014, p.27).

Para Muratori (2008), uma das dificuldades precoces mais significativas observadas em bebês do espectro do autismo é sua incapacidade para compreender as intenções dos gestos do outro e se anteciparem às mesmas. Talvez daí se depreenda o pouco interesse nas ações dos cuidadores. Pesquisas baseadas em vídeos caseiros de bebês que foram posteriormente diagnosticados com autismo mostram que os déficits na interação primária apontam não para a inexistência de determinadas

padrões interativos por parte dos bebês (como o sorriso social, a excitação motriz, a busca pela voz do adulto, o contato ocular), mas para uma expressão diminuída desses comportamentos. Essa é a grande dificuldade de um diagnóstico precoce. A questão, deste modo, não é ausência ou presença, mas a quantidade de vezes e de tempo que as crianças investem nesses comportamentos sociais simples (Muratori, 2009).

Semensato e Bosa (2015) trazem que além das diferenças que existem entre as crianças com distintos graus de autismo, é infinitamente variável a maneira como cada família vive o enfrentamento do diagnóstico. As pesquisas atuais no campo da psicologia do desenvolvimento apontam assim a necessidade de se trabalhar os aspectos emocionais e subjetivos que envolvem a patologia, ressaltando que a maneira como os familiares entendem e vivem o diagnóstico interfere diretamente no desenvolvimento da criança e na evolução do quadro. Na medida em que a visão parental é atravessada por uma expectativa positiva, vendo o filho “como capaz de ter preferências, fazer escolhas e etc., eles foram mais suscetíveis de construir novas expectativas sobre o futuro da criança e investir na relação com esta” (Semensato e Bosa, 2015, p.90).

1.2 Quais seriam os limites do espectro autista?

Conforme se observa até aqui, no decorrer de quase 75 anos a noção de autismo foi pouco a pouco se alargando e incorporando outros quadros semelhantes. O diagnóstico dos clínicos hoje é fundamentalmente realizado de acordo com o que está indicado nos Manuais de Psiquiatria DSM e CID, os quais tem buscado cada vez mais consonância entre si. Minha maior ressalva, apesar da evidência de que distintas categorias psiquiátricas interconectam-se em sua manifestação sintomática, é que a chance de que clínicos compreendam inúmeras outras dificuldades de linguagem, comportamento e relacionamento na infância sob a ótica do diagnóstico de TEA é grande.

Frances Allen foi um dos diretores das revisões do DSM até sua quarta edição. Ele considera o DSM-5 um guia pouco confiável para ser usado pelos serviços de educação e pouco útil para fins clínicos e de pesquisa. Faz algumas críticas às

mudanças na última edição do Manual, como não haver indicação de quantos critérios devem ser preenchidos para que se possa fechar o diagnóstico de TEA, cabendo a decisão à sensibilidade do avaliador ou à cultura da instituição. Adverte também que os sintomas para preenchimento do critério A – Déficit de reciprocidade socioemocional; Déficit em comportamentos comunicativos não verbais utilizados para a interação social; Déficit no desenvolvimento, manutenção e compreensão dos relacionamentos – são inespecíficos e frágeis o suficiente para permitir que pessoas com funcionamentos não patológicos possam ser incluídas na categoria. Ele alerta que essas falhas podem dificultar ainda mais o levantamento sobre a incidência de autismo na população, já que houve muitas modificações ao longo do tempo, que tornaram confusas a sua identificação (Allen, 2013).

Compartilho dessa visão, pois tenho recebido e observado o encaminhamento para psicoterapia de crianças com variados aspectos; por exemplo: com dificuldades para socializar e fazer amigos, com problemas para falar e se comunicar, com comportamento ansioso e agitado, com pensamentos obsessivos e repetitivos; e com certa frequência essas crianças são identificadas por profissionais da educação e da saúde como apresentando TEA. Contudo, com uma investigação mais profunda se verifica que, apesar de alguns sintomas em comum, as dificuldades não correspondem exatamente a esse diagnóstico.

O artigo *Autism in DSM-5* (Tanguay, 2011, p.1), problematiza essa discussão ao levantar a seguinte pergunta: “Embora o DSM-5 utilize o termo espectro para caracterizar o transtorno, uma questão pode ser feita: espectro do quê?”, sugerindo que nem sempre isso está claro aos profissionais quando se referem a esse diagnóstico. O segundo problema levantado no artigo supracitado é o seguinte: quais seriam os limites que separam as linhas dos extremos da dita normalidade, desse espectro? Isto é, até onde podemos afirmar que um desvio em um padrão de comunicação e comportamento sinaliza uma patologia ou simplesmente expressa a singularidade de um indivíduo? Tanguay (2011) alerta que pessoas que se encontram nesses extremos podem facilmente receber o diagnóstico de TEA com base em instrumentos altamente conceituados. Penso que esse é um ponto a que devemos estar atentos, sendo uma questão que envolve minha pesquisa.

Burstzjn (2016) explica que na realidade da clínica, os pacientes que chegam frequentemente não correspondem de fato a categorias de patologias puras e distintas entre si, como antes se compreendia que deveria ser um diagnóstico, nos Manuais de Psiquiatria. Com relação ao TEA, a figura abaixo (Burstzjn, 2016, p.18) permite ilustrar melhor as antigas apresentações categoriais e suas sobreposições, facilitando entender porque alguns quadros não eram nitidamente diferenciáveis, levando à atual ideia de espectro:



Touati (2016) argumenta que, para a psicanálise, o autismo conserva características não assimiláveis a todos os antigos Transtornos Globais ou Invasivos do Desenvolvimento. Assim como Jerusalinsky (1993), Laznik (2016) e outros psicanalistas, ele mantém presente a diferenciação diagnóstica entre autismo e psicose, situando a psicose dentro da antiga categoria dos autismos atípicos. Para esse autor, o autismo atípico encontra-se dentro do grupo dos Transtornos Invasivos não-especificados, mas está claramente circunscrito, conforme apresentado na figura acima.

Contudo, chamo a atenção para o fato de que ao olharmos na figura para todo o conjunto dos TID's não-especificados, percebemos que há provavelmente outras manifestações clínicas neste grupo. Ou seja, para além da distinção entre psicose e autismo, penso que há mais quadros inespecíficos, os quais me parecem não receber a devida atenção. E é sobre essa clínica que procurarei me deter. Por esta razão, estou de acordo com Touati (2016, p.58) quando ele afirma que "quaisquer que sejam as concepções do autismo e das suas origens, os limites do campo de perturbações de natureza autística aguardam nova circunscrição".

Acho interessante compartilhar que ao me lançar no campo de estudo dessa dissertação, fiz algumas buscas em sites de artigos científicos, focando pesquisas que pretendessem investigar os diferenciais do autismo com outras patologias, concebendo que outros pesquisadores poderiam estar interessados na discriminação dessas fronteiras do TEA. Evidentemente, encontrei uma infinidade de estudos sobre o autismo/TEA, de diferentes países e áreas do conhecimento e com os mais variados objetivos. No entanto, para minha surpresa, os poucos artigos com que me deparei, nos quais haviam comparativos entre o TEA e outra patologia, geralmente questionavam se esses outros transtornos não eram também um contínuo do espectro. Ou seja, ao invés de demarcar as fronteiras, os estudos propunham seu alargamento. Menciono, por exemplo, Kruck et al (2017), sobre as dificuldades sociais em crianças com transtornos motores também representarem algum nível do TEA; Baron-Cohen et al (2017), investigando a sobreposição de autismo com o Transtorno de Personalidade Borderline. E cito também a discussão de Tanguay (2011) sobre o Transtorno de Comunicação Social (do DSM-5) ser uma extensão do TEA, mas com sintomatologia mais branda.

Nessa direção sobre os diferenciais do autismo, Touati (2016) apresenta os resultados de uma pesquisa com 1800 crianças que se encontravam na fila de espera para atendimento, em um centro clínico, na França, em 2010. Destas, foram selecionadas apenas aquelas que preenchiam critérios para TEA (conforme o DSM 5) ou TID (conforme o Manual Francês CIM 10), alcançando o número de 138 pacientes. Esses pacientes foram avaliados pela equipe em dois momentos, no contato inicial e ao final de 2012, quando já estavam em tratamento. Na avaliação foram utilizados critérios clínicos que permitiam diferenciar TIDs típicos, TIDs não-específicos e outros TIDs. O objetivo principal deste psicanalista era discriminar os quadros de autismo e psicose.

Com base no funcionamento predominante desses pacientes, a equipe avaliadora chegou à conclusão que desse total, 85 das crianças correspondiam aos transtornos invasivos do desenvolvimento não-autístico, em que a maioria era consonante com o quadro de psicose infantil. No entanto, o autor sublinha que alguns casos atípicos chamaram a atenção por uma apresentação particular: crianças com

alguns traços de “autismo de alto funcionamento, mas que não são nem autistas, nem Asperger” (Touati, 2016, p.73).

Segundo a observação da equipe, essas crianças se apresentam de modo fácil ao contato, não tem dificuldades escolares, embora o grafismo comumente tenha alterações importantes. Comportamentos ou preocupações esquisitas não costumam estar presentes nesses casos. Há percepção quanto aos sentimentos dos outros e capacidade de brincadeiras simbólicas. No entanto, as perturbações se dão em razão das dificuldades em suportar a existência e os desejos do outro. A avaliação dos aspectos sensório motores evidencia vários disfuncionamentos, o que levaria a pensar no imbricamento de fatores constitucionais. No entanto, a resposta ao tratamento nestas crianças costuma ser muito positiva (Touati, 2016).

Refiro ainda um artigo que me despertou especial interesse. É um estudo conduzido por Tavassoli et al (2017) tentando esclarecer diferenças e semelhanças em crianças com TEA daquelas com Desordem no Processamento Sensorial (DPS). O diagnóstico de Desordem do Processamento Sensorial aparece em alguns manuais, como na atual Classificação Diagnóstica: 0-5 (Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Transtorno do Desenvolvimento do Bebê e da Criança pequena: de 0-5 anos)³, mas não é reconhecido pelo DSM-5 (Zero to Three, 2016).

Embora sintomas de hipo ou hiper-responsividade sensorial sejam hoje bastante conhecidos e façam parte dos critérios do diagnóstico do autismo, alguns clínicos vêm propondo que problemas no processamento sensorial podem estar presentes em crianças que não tem autismo, possibilitando um diagnóstico diferente. Os pesquisadores então tiveram como objetivo investigar três grupos de crianças no que tange à *reatividade sensorial, empatia e sistematização*⁴, visando obter dados que possam minimizar a confusão diagnóstica. Os grupos, portanto, foram divididos em crianças com diagnóstico prévio de autismo, dado por um profissional reconhecido pelos pesquisadores (grupo TEA), crianças com diagnóstico de Desordem do Processamento Sensorial realizado por um centro de investigação sobre o transtorno

³ Retomarei o Manual DC: 0-5 na discussão final dessa dissertação.

⁴ Sistematização é a habilidade de criar regras mecânicas, concretas ou abstratas, para categorizar o universo a nossa volta. É um modo de funcionar psicologicamente que costuma estar muito presente entre pessoas com diagnóstico de autismo.

(grupo DPS, sem sobreposição com autismo) e crianças com desenvolvimento típico (grupo DT, sem diagnóstico). Os pais responderam a uma série de questionários validados e padronizados sobre os filhos no que tange a sintomatologia autista, perfil sensorial, capacidade empática e níveis de sistematização (Tavassoli et al, 2017).

Os autores concluíram que apenas com base na reatividade sensorial não seria possível diferenciar os diagnósticos. O grupo com TEA foi o que apresentou maior comprometimento sintomatológico, com menor capacidade empática e maior nível de sistematização. E embora as crianças com desordem no processamento sensorial tenham pontuado abaixo da nota de corte para diagnóstico de autismo, elas tiveram uma pontuação mais alta de traços autistas do que as crianças com desenvolvimento típico. Os pais dessas crianças relataram que seus filhos apresentam problemas de comportamento e de controle emocional, uma vez que parecem ter dificuldades para regular suas emoções. Isso poderia afetar sua capacidade empática e conseqüentemente suas relações com os demais, pois os estímulos sensoriais podem sobrecarregá-las, tornando-se um desafio responder adequadamente às emoções de outras pessoas. Isso pôde ser deduzido por que nesse referido estudo “os indivíduos com maiores notas para empatia tiveram menos sintomas sensoriais, logo as dificuldades de compreender os outros podem afetar a quantidade de sintomas sensoriais em crianças com TEA ou vice-versa” (Tavassoli et al, 2017, p.4).

Ao final do estudo, os pesquisadores comentam:

Em um estágio inicial de desenvolvimento, os bebês procuram contato e aprendem através dos seus sentidos para formar um vínculo com seu cuidador. [...] Uma reação efetiva e adequada à estimulação sensorial, como sons de fala, pistas faciais visuais e toque social, é especialmente importante para atender e decifrar as pistas sociais e responder de forma flexível (Ben-Sasson et al., 2009a, b). Estudos futuros devem investigar o efeito que as questões de reatividade sensorial têm nas habilidades sociais, no apego e posterior desenvolvimento (Tavassoli et al, 2017, p.4-5).

A partir das informações trazidas por esse artigo supracitado, penso que os casos que pretendo abordar em minha pesquisa são muito semelhantes ao do grupo do estudo com diagnóstico de Desordem de Processamento Sensorial. São crianças

com hipersensibilidades sensoriais, com alguns traços autistas, com dificuldades no comportamento e no gerenciamento de suas emoções, as quais podem prejudicar sua capacidade empática e seus relacionamentos, mas que, de maneira geral, têm um comprometimento sintomatológico menor. Elas não apresentam uma deficiência grave para se comunicar, perceber e compreender as emoções das pessoas, embora possa ser difícil responder adequadamente a essas demandas.

Entendo que os estudos de Victor Guerra sobre o transtorno de subjetivação arcaica⁵ vão ao encontro da proposta sugerida por Tavassoli et al (2017) de aprofundar a compreensão de como essa sensibilidade constitutiva pode afetar o encontro, o vínculo com os cuidadores e criar entraves para a constituição subjetiva da criança. E penso que permite também complexar a questão dos quadros com suspeita de autismo, ao invés de ampliar indefinidamente a categoria do TEA.

1.3 Pensando sobre o boom dos diagnósticos de Autismo

Nos últimos 10 anos, uma aparente epidemia do autismo parece ter se manifestado. No entanto, mesmo com muitas pesquisas aventando possíveis causas ambientais catalisadoras para o fenômeno, não é possível afirmar que a prevalência de fato tenha aumentado. Klin (2006) pondera que, provavelmente, a maior conscientização sobre o transtorno, somado a uma amplitude dos quadros que entram para o diagnóstico – sobretudo precocemente em razão da importância das intervenções precoces – aliado a uma maior capacitação dos profissionais para detecção dos casos, tenham apenas permitido uma identificação mais precisa nas amostras populacionais.

Jerusalinsky (2015), contudo, afirma que essa explicação não justifica a enorme elevação epidemiológica. Ele pensa que a inclusão de outros quadros, como a Psicose Infantil, dentro das categorias relacionadas ao Transtorno do espectro autista contribuiu para a multiplicação da superdiagnóstica, sobretudo porque ampliou muito a possibilidade de signos relacionados à patologia. Assim como Allen (2013), ele

⁵ Tal conceito será abordado no capítulo seguinte desta dissertação.

acredita que com as mudanças do DSM-5 os critérios se tornaram tão abertos e inespecíficos, que permitem que crianças com qualquer risco psíquico sejam incluídas na categoria de autista. Ele lembra que fenômenos similares já ocorreram com os quadros de Transtorno Bipolar e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, em decorrência das alterações feitas pelo Manual.

Ao mesmo tempo, ainda são poucos os estudos epidemiológicos de grande amplitude sobre o autismo, e na sua maioria, eles são internacionais. Nos anos 50, contabilizava-se 1 caso a cada 10.000 crianças (Golse, 2013). Estatísticas americanas, apresentadas pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2016) estimavam, em 2002, 1 caso a cada 150 crianças; em 2006, 1 a cada 110; em 2008, 1 a cada 88. E em 2012, a relação foi de 1 a cada 66. De acordo com Grandin (2015), em alguns contextos dos Estados Unidos chega-se à estimativa de 1 criança com autismo a cada 33. Isso representaria um aumento de mais de 100% em 10 anos. No Brasil, considerava-se em 2011 a prevalência de 1 para 360 crianças, mas se cogita que essa proporção esteja subestimada pela metodologia utilizada no estudo (Paula, Ribeiro, Fombonne & Mercadante, 2011).

Kupfer (2014) igualmente estranha esse aumento exponencial apontado sobre o autismo. Ela acredita que tenha havido um aumento real na expressão desse quadro e uma maior capacidade dos profissionais para diagnosticá-lo, mas também que essa estatística revela uma hiperdiagnóstico. Sobre essa falsa epidemia, assinala: “o aumento do número de autistas não é efeito de uma precisão científica de critérios diagnósticos e sim da modificação deles” (Kupfer, 2014, p.171). A autora chama atenção para a falta de consenso no diagnóstico entre diferentes profissionais, corroborando que esse é o maior limitador para um estudo epidemiológico fiel. “Os pesquisadores não estão falando do mesmo objeto de pesquisa – o autista do neurologista não é o autista da psicanálise” (Kupfer, 2000, p.85). No entanto, todos agora estão reunidos sob o guarda-chuva do TEA.

Kupfer (2014) agrupou os critérios para o TEA sobre esses três eixos: inabilidade para interagir socialmente; dificuldades no domínio da linguagem, comportamentos restritos e repetitivos. Normalmente os sintomas nesses campos

falam de déficits qualitativos na relação da criança com os outros e atrasos globais no funcionamento. Todavia, para a autora, falar em problemas de relacionamento seria muito vago (Kupfer, 2014). Ela questiona o que nessas manifestações representam autismo? Essa pergunta é uma questão-chave na minha clínica. Reitero a reflexão de outra forma: sempre déficits nessas áreas informam que a criança é autista? Em caso afirmativo, o que isso evidencia sobre nossas crianças na contemporaneidade?

O psicanalista uruguaio Víctor Guerra (2016) nos leva a interrogar qual a relação das mudanças culturais da pós-modernidade com a crescente aparição de TEA? Ele também cita a Hiperatividade como uma apresentação sintomática que parece típica da atualidade. Mas, segundo ele, o TEA, e mais especificamente os bebês com suspeita de autismo, tem tido representações numéricas chocantes.

Guerra (2004, 2015a, 2016), assim como os outros autores, contesta a explicação de uma melhora nas ferramentas diagnósticas, e concorda com um excesso de diagnósticos em razão dos critérios alargados com o DSM IV e o DSM-5. Ele marca que, pela via da psicanálise, não podemos pensar apenas nos aspectos biológicos impactando o desenvolvimento dos indivíduos, pois sabemos da extraordinária influência do inconsciente sobre as vicissitudes implicadas no processo de subjetivação. Comenta que tem se considerado a interferência dos fatores ambientais sobre essa epidemia, mas muitas vezes sem inserir neles o vértice dos vínculos e das relações do ambiente subjetivante e da cultura na qual a família da criança está inserida. Adverte que isso é bastante diferente de culpabilizar os pais, pois abrange de modo muito maior as mudanças na sociedade, modificando a expressão da parentalidade e os fenômenos de intersubjetividade.

Na visão de Allen (2013), a última versão do DSM abriu as portas para a patologização de dificuldades diárias da vida. Isso levou a uma estatística desproporcional e equivocada dos transtornos mentais, como é o caso já referido do TDAH e do TEA. No quadro abaixo, podemos observar o crescimento da curva de categorias diagnósticas ao longo da história desse Manual (Black e Grant, 2011; MPASP, 2013):

DSM I (1952)	106 categorias de desordens mentais (130 páginas)
--------------	---

DSM II (1968)	182 categorias de desordens mentais (134 páginas)
DSM III (1980)	265 categorias diagnósticas (494 páginas)
DSM III-R (1987)	292 categorias diagnósticas (567 páginas)
DSM IV (1994)	297 categorias diagnósticas (886 páginas)
DSM IV-TR (2000)	297 categorias diagnósticas (943 páginas)
DSM V (2013)	cerca de 300 categorias (948 páginas)

Para McWilliams (2014) essas mudanças no campo da saúde mental provocam implicações no discurso social dos indivíduos, pois tudo que se encontra na órbita do sofrimento ou dos sintomas é entendido como algo anômalo, de modo que a distinção entre o normal e o patológico fica cada vez mais dúbio e tênue. A relação com o corpo e com o sintoma tornar-se distanciada das experiências da pessoa, de modo que o que acontece com ela não diz respeito a um comportamento íntimo ou um efeito da sua vida, e sim a uma doença que o invadiu, e que precisa ser erradicada.

Kupfer (2014) aponta que o problema com as classificações diagnósticas é que elas nunca irão se esgotar, já que as expressões de sofrimento dos indivíduos não são finitas, o que leva a psiquiatria a estar constantemente criando novas patologias para dar conta das diversas formas humanas de revelar dores emocionais. Só que cada nova peculiaridade nessa forma de expressão, vai alargando os critérios para a classificação, ao ponto que já não se tem mais como precisar o fenômeno que se está tentando capturar. No TEA, as variações de autismo também ficam enormes: há crianças altas habilidades; crianças com deficiência intelectual; algumas que falam, mas não se comunicam; outras que se comunicam apenas pela escrita; há as que não falam e até as que falam incansavelmente. Algumas são abertas ao contato, outras muito fechadas, e assim por diante.

A autora comenta ainda sobre uma preocupação exagerada dos pais acerca da possibilidade dos filhos apresentarem comportamentos autistas. É comum que eles busquem na internet os sintomas desse quadro e, com relativa frequência, apresentem ao clínico as manifestações “preocupantes” no filho (como não olhar nos olhos, não responder ao chamado do nome, andar na ponta dos pés, girar, balancear-

se), muitas das quais geralmente são normais e esperadas. Também partilho dessa visão da autora, já que constantemente escuto referência a essas dúvidas por pais de pacientes e pessoas da minha convivência. Por vezes também parece haver certo vício ao se olhar para as manifestações das crianças, levando até mesmo profissionais experientes a identificar precipitadamente uma patologia (Kupfer, 2014).

Allen (2014) afirma que é muito fácil fazer um diagnóstico errôneo, difícil é reverter os danos que essa situação pode causar. Tanto pelos aspectos intrapsíquicos, como pelos efeitos sociais que esse erro pode provocar. A ideia de “procurar” *versus* “achar sem estar procurando” é o grande desafio ético que se impõe àqueles que lidam com a psicopatologia infantil, alcançando um equilíbrio entre a tênue probabilidade de negligenciar sofrimentos *versus* patologizar comportamentos (Dunker, Voltoline & Jerusalinsky, 2005).

Frente a tal dilema, encontro em Dunker (2015) um caminho possível, o qual considero valioso e fundamental, especialmente na condução das manifestações sintomáticas graves na infância. Ele retoma a ideia da diagnóstica psicanalítica, trazida inicialmente por Lacan, como um modelo pelo qual o analista, ou qualquer outro profissional, pode operar em sua clínica.

Dunker explica que o diagnóstico é a coisa em si, a doença e sua designação, a ordem que regula e classifica o problema. É um significante dado por um Outro, que inscreve e aliena o doente em um lugar pré-determinado, sem dar voz ao seu sofrimento. De forma mais simples, é o “ato de nomeação clínica de uma condição de adoecimento” (Dunker, 2015, p.23). Já a diagnóstica remete às consequências da situação que está incidindo sobre o paciente e sua família, as implicações e o significado que o mal-estar acarreta em sua vida de maneira global, isto é, financeiramente, socialmente, moralmente, culturalmente e intimamente. As interdições que seu problema gera, de onde o exclui e aonde o inclui, na perspectiva de sua própria história de vida.

Assim, “se o reconhecimento de sintomas em unidades regulares, chamadas de doenças, síndromes, quadros ou distúrbios, é a tarefa do diagnóstico, a articulação entre mal-estar, sofrimento e sintoma é o objetivo da diagnóstica” (Dunker, 2015,

p.21). Isso significa dizer que a diagnóstica envolve avaliar uma ação clínica e seus efeitos, tanto no *setting* da relação analítica como no extramuros do tratamento. Ou seja, as modificações que isso irá operar na vida da pessoa, mas também na sociedade, pois esses discursos classificatórios se transformam em registros, viram dados epidemiológicos e envolvem o sistema de saúde. A estatística de um diagnóstico mostra muito mais do que um percentual daquela doença num certo local, sua incidência revela algo sobre a comunidade em que se apresenta.

Dunker (2015, p.23) aponta que houve uma globalização das maneiras de sofrer, de modo que “é cada vez mais fácil, para qualquer um, reconhecer-se em um conjunto de signos clínicos dotados de valor diagnóstico”. Estabeleceu-se uma representação no senso comum de que os transtornos mentais são desordens crônicas, sem cura, e o recurso é calar os sintomas com um título saturado, e controlá-los paliativamente com medicação, anestesiando o sofrimento do indivíduo, a fim de não prejudicar seu rendimento. Contudo, o sintoma tem algo a dizer sobre aquele que sofre, contém um saber sobre o sujeito, conta uma história. No espaço analítico, é recebido como símbolo, à espera de uma narrativa. O diagnóstico, por sua vez, aliena a pessoa com uma linguagem que descaracteriza e invalida seu próprio saber. “A nomeação normativa de um sintoma é terrivelmente redutiva em relação ao domínio da experiência que ela comprime e generaliza” (Dunker, 2015, p.26).

Especialmente na infância, em que o tempo é gerúndio, um sucessivo desenrolar de estruturas psíquicas inacabadas, a diagnóstica assume uma posição ética de ainda maior valor. Pressupõe um fazer continuado, uma leitura que se desdobra em diferentes momentos, “por meio do qual a hipótese diagnóstica se confirma ou se desmente, se especifica ou se generaliza, se atualiza ou se transforma a cada novo tempo do tratamento e suas intercorrências” (Dunker, 2011, p.407). Mobiliza reflexões sobre o passado e o futuro, como se viveu e como irá se viver o tempo por vir, a partir do que reconfigura a situação atual. Nesse procedimento de reconstruir uma forma de vida, através da experiência compartilhada e do reconhecimento do sofrimento, normalmente a nomeação do sintoma surge em uma etapa posterior do tratamento, e já não sobrecarrega mais o sujeito e sua família.

No entanto, é evidente que quando nos referimos à infância, a riscos precoces, o tempo se torna um elemento notadamente precioso. Mas estamos falando em uma urgência para agir, de sinais que indicam a necessidade de intervir. Isso é diferente de uma urgência para estabelecer conclusões. Nessa linha, a diagnóstica na clínica do autismo está em estreita relação com as noções de Jerusanlinky (2015), Laznik (2015) e Guerra (2017), de que o tempo da infância é um momento em gerúndio. Ou seja, de que esse é uma etapa crítica, vulnerável e permeável às experiências, portanto, passível a mudanças estruturais. Deste modo, a diagnóstica vai se amparar em uma operação de leitura continuada, tanto dos potenciais e recursos do bebê, como de seus pais. Penso ser de extrema importância que se reconheça a singularidade e a história de cada paciente, para que desse modo se possa resgatar uma postura ética cautelosa, de espera e de esperança no tratamento, apostando no desenrolar da estruturação do pequeno sujeito.

2. INTERSUBJETIVIDADE

2.1 O conceito de intersubjetividade e os seus indicadores

Parto das ideias de Victor Guerra para abordar o conceito de intersubjetividade. Victor Guerra foi um psicanalista uruguaio, que atuou fortemente no campo da infância, sobretudo com bebês de 0 a 3 anos, trazendo novos subsídios para a compreensão e a clínica de crianças pequenas, inclusive com suspeita de autismo. Em 2015, participei de um grupo de estudos oferecido por ele, em Porto Alegre, sobre a temática da relação precoce pais-bebê. Suas principais referências vão desde pensadores como Freud, Winnicott, Klein, Lacan, Melzer, Mahler, Tustin, Spitz, Bolwby, até autores mais atuais, como Anne Alvarez, Daniel Stern, Petter Fonagy, Daniel Marcelli, Colwyn Traverthen, Bernard Golse, Albert Ciccone e René Roussillon, este último especialmente com relação à “metapsicologia da presença” (Roussillon, 2010).

De acordo com este autor, a intersubjetividade pode ser resumida como a língua universal dos seres humanos.

Língua que se expressa no início da vida através dos códigos de comunicação não verbal, que incluem não somente o conteúdo verbal da mensagem, como também suas envolturas, a prosódia, o ritmo, o tom da voz, o rosto, a mirada como espelho, a imitação e a empatia. Toda a semiologia da gestualidade humana que se põe em jogo quando existe a possibilidade de descobrir pouco a pouco os desejos no interior do ser humano (Guerra, 2009, p.7).

Quem já viveu em uma situação em que não dominava a língua, em um país estrangeiro, sabe que nessas circunstâncias a expressão fina dos olhos, das sobrancelhas e da boca, as nuances da voz, os gestos, a movimentação e o tônus corporal muscular se tornam novamente o primeiro plano da comunicação. Assim é também a experiência inicial do bebê no contato com o outro. O adulto inclusive inconscientemente amplia toda essa mímica expressiva no encontro com o bebê, criando uma estrutura dialógica, em que os atos e sons que a criança produz são tomados como discurso (Stern, 2004).

Essa dança rítmica, em que preponderam as mensagens não verbais e o compartilhamento afetivo, é o que possibilita que se crie uma linguagem específica, lançando o bebê no campo humano, intersubjetivo, em que ele se sente participando de uma experiência comum, coletiva. Essas trocas interativas permanecem presentes no universo dos adultos, mediando sem perceber as nossas relações: as intenções, as reações, as percepções e os afetos. É um sistema partilhado que está na raiz da linguagem, amparando nossa comunicação, faz parte da experiência inata aos humanos. Esse seria o cerne da intersubjetividade (Stern, 2004).

Assim, a intersubjetividade implica em “estar com”, conhecer e fazer parte do universo do outro, agregar-se a ele e criar junto uma espécie de melodia comum. Para Guerra (2009), na relação mãe-bebê essa melodia pode ser denominada de “música da parentalidade”. O autor ressalta que nossa tarefa como psicólogos psicanalistas é ajudar os pais a afinarem seus instrumentos para encontrar sua própria harmonia e autoria dentro da composição melódica com seu bebê.

Guerra (2009) comenta que mesmo nós terapeutas, muito facilmente, quando presenciamos as dificuldades de uma mãe com seu bebê, por angústia, ficamos tentados a nos identificar com a criança e julgar a mãe. Contudo, afirma que numa relação, ambos os envolvidos (mesmo um bebê) são coparticipantes na criação de uma experiência emocional.

A noção de intersubjetividade pressupõe que mãe e bebê vão co-compartilhando, pela via da linguagem não verbal, vivências emocionais, as quais permitem que se construa o *self* e a maneira singular da criança sentir as experiências, isto é, sua subjetividade. É um encontro melódico, pois se conduz dentro de um ritmo da dupla, que conduz a uma espécie de dança. Parte de uma indiferenciação e total dependência do bebê à mãe e vai rumando para uma discriminação cada vez maior dos estados mentais e emocionais próprios e dos outros (Guerra, 2009, 2014c).

Cabe contextualizar que esse entendimento do bebê como um ser ativo nas relações vem se fortalecendo desde a década de 60. Antes disso, a ideia de “desamparo original” o colocava numa condição bastante passiva e indiscriminada com o meio (Freud, 1895). Foi com a observação das crianças pequenas privadas e

órfãs, no pós-guerra, que se evidenciou as reações que apresentavam frente à perda dos vínculos. Elas se deprimiam gravemente, podendo inclusive morrer em razão da privação do contato com os cuidadores de referência. Destas constatações, decorreu o maior investimento nas teorizações e nas pesquisas sobre desenvolvimento infantil, modificando significativamente as representações culturais acerca das crianças, que passaram a ser entendidas como indivíduos em construção (Guerra, 2009). Surgem nesse contexto, por exemplo, as produções de Winnicott, a Teoria do Apego (Bowlby) e o conceito de Depressão Anaclítica⁶, de Spitz (2004).

Entretanto, foi a partir dos estudos de Daniel Stern, no final da década de 70, e de Fraiberg, no início da década de 80, que o campo das relações mãe-bebê começa a evidenciar as potencialidades interativas do bebê, dando início às ideias que fundamentam a Intersubjetividade. Daniel Stern foi um psiquiatra psicanalista americano, estudioso do desenvolvimento infantil e atento observador das relações precoces. É sem dúvida o nome de maior referência quando se fala no conceito de intersubjetividade dentro do campo da psicanálise. Ele lançou luz sobre a linguagem não verbal no processo terapêutico, quando somente o conteúdo verbal era foco do tratamento. Para ele, é sensibilizando nossa escuta para o indizível que podemos chegar mais próximos da dimensão subjetiva do outro, no que tange às suas “ações, afetos, sensações, percepções, pensamentos, motivações e elementos contextuais, integrantes de qualquer experiência relacional” (Stern, 1997, p. 81-82).

Bebendo nestas e em outras fontes para construir a densidade e textura de seu pensamento, Guerra mostra sua abertura diante do conhecimento e a liberdade para criar um estilo particular de apropriar-se das referências no seu fazer. Sua forma de se posicionar diante da clínica era muito artesanal, como ele mesmo gostava de nomear o trabalho analítico: “Gosto da palavra artesanaria, uma vez que ela traz consigo a alquimia da passagem do tempo. Não existe uma artesanaria realizada rapidamente.

⁶ A depressão anaclítica é o primeiro quadro que descreve as consequências arrasadoras que pode ter a interrupção das ligações afetivas com os primeiros objetos amorosos no desenvolvimento da criança. Após uma reação inicial de choro e revolta, o bebê passa a retrair-se em um marasmo absoluto. Com o tempo, o quadro intensifica-se, levando a alteração no sono, desinteresse na alimentação e no ambiente, adoecimentos e atrasos no desenvolvimento. O bebê se fecha para o contato, apresentado frieza, inexpressividade, fixidez e evitação do olhar. Diante da insistência do outro na interação, ele pode reagir com gritos e desespero (Guerra, 2009; Spitz, 2004).

Nela, algo de uma espessura temporal deve estacionar, decantar e fazer seu trabalho” (Guerra, 2017, p. 8). Sendo uma artesanaria, se configura, portanto, como um trabalho aberto, criativo, longe de corresponder a uma espécie de protocolo de intervenções.

Guerra entendia que a psicanálise deveria ser apenas um dentre outros campos a servir de base para o nosso trabalho clínico, citando também a arte, a literatura, a experiência com o cotidiano, num equilíbrio entre ciência e intuição, entre técnica e sensibilidade (Guerra, 2015b). Extremamente sensível às artes, as obras de muitos poetas foram especialmente utilizadas por ele como recurso para sustentar suas ideias, e a poesia está presente em praticamente todos os seus textos. Ele não cansava de admirar a habilidade dos artistas em fazer com “que as palavras transportem emoções e até processos que logo os psicanalistas desenvolvem com suas complexas teorias” (Guerra, 2013, p.585).

Esse autor teve mais de 25 anos de experiências com consultas terapêuticas vinculares e observação pais-bebê, interrogando-se todos esses anos a respeito de como participa o outro na construção subjetiva da criança, contribuindo para seu processo de simbolização. Muitos psicanalistas ocuparam-se em compreender a importância da ausência para mobilizar um trabalho psíquico de representação, que é a capacidade de acessar dentro da mente o objeto pulsional que está fora do campo perceptivo. Essa seria a base da simbolização. Lacan, por exemplo, foi um dos principais pensadores que se ocupou em refletir sobre o papel da falta, do corte, da separação para o desenvolvimento psíquico do sujeito. Contudo, para Guerra (2013) – tendo fortemente Winnicott como base – não há como se pensar a ausência sem o contraponto da presença, e o símbolo tem relação fundamental com essa dialética.

Na forma como foi convencionalmente representado a relação entre esses dois conceitos, “presença-ausência”, o hífen indicaria justamente a consistente e indispensável ligação desse paradoxo. É na *entreidade* desta oscilação presença-ausência, no lugar sinalizado pelo hífen, que se origina o símbolo (Guerra, 2013). Assim, Guerra escolheu destacar o eixo da presença e essa zona do entre como condição do processo de simbolização. O ritmo seria essa oscilação entre estar e não estar, continuar e descontinuar. E o hífen, por sua vez, simularia o papel do terceiro,

aquele que faz a separação, a triangulação, criando o espaço transicional onde surge a linguagem. As palavras, portanto, nasceriam ali onde se encontra o hífen: elas que ligam, que expressam o sentido da experiência rítmica da vida ao unirmos e separarmos-nos de alguém. Neste balanço vital, amor e ódio se tornam também fundamentais. O amor mobiliza o desejo de proximidade e vinculação; enquanto o ódio e o desencontro encorajam o desligamento, a separação (Guerra, 2013, 2017).

Guerra desenvolveu um guia de indicadores de intersubjetividade que permitem analisar a qualidade da interação entre a criança e os cuidadores de referência, desde o nascimento até os dois anos (Guerra, 2009, 2014a, 2014b, 2014c). Os indicadores dizem respeito a fenômenos cuja importância vem sendo destacada por diversos autores/pesquisadores vinculados à psicanálise e à psicologia do desenvolvimento ao longo dos últimos anos, e que foram por ele reunidos e alinhavados de uma forma bastante rica. Eles formam “parte de uma estrutura primária do vínculo, base do que poderia ser a autonomia psíquica do bebê, a capacidade de brincar e simbolizar” (Guerra, 2017, p.11).

É uma maneira original e sensível que o autor propõe para guiar nosso olhar sobre a estruturação emocional na infância, dando o devido lugar e importância a cada um dos fenômenos já desvendados, os quais indicam que o processo de subjetivação da criança está acontecendo, desde seu nascimento até o segundo ano de vida. Abaixo um resumo desses indicadores, os quais Guerra desenvolve em seus escritos com minúcia e profundidade, fundamentando sua importância:

1) *Intercâmbio de Olhares (0-2 m):*

O olhar é como uma porta de entrada, “um dos primeiros sinais de encontro afetivo entre as pessoas” (Guerra, 2014a, p.219). O grau de fascinação visual pelo cuidador indica a qualidade do apego, o desejo e a emoção estética por descobrir os mistérios que habitam o outro. O não olhar do bebê pode ser um indício de evitamento relacional, comumente presente na identificação precoce do autismo (Guerra, 2014c).

2) *Protoconversação e Jogos Cara-a-Cara (2m):*

Os jogos cara a cara, indicador que podemos observar muito precocemente no desenvolvimento, se estabelece durante as trocas de olhar, nos momentos em que o rosto de ambos (adulto e criança) está próximo e de frente um para o outro, prontos para uma interação. Nessas circunstâncias o bebê age e observa o efeito que produz sobre o outro (Guerra, 2009, 2014a).

A protoconversação ocorre durante os jogos cara-a-cara, e diz respeito ao intercâmbio de sons entre a criança e o cuidador, com intencionalidade comunicativa. O bebê faz uma leitura da quantidade de palavras que o adulto lhe dirige, do colorido e do volume de voz, mesmo que não entenda os significados da língua. Os pais estimulam e recompensam essa conversação utilizando com o bebê uma fala adaptada, o famoso *manhês*⁷, que facilita o enlace: sintaxe simplificada, repetitiva, rítmica, lentificada, com a exaltação das vogais e com picos mais agudos quando o bebê responde (Guerra, 2014c).

3) *Papel da Imitação:*

A capacidade de imitação está presente já no recém-nascido, e é uma forma precoce e provavelmente inata de estabelecer contato com o semelhante. Estaríamos desse modo, orientados a preferir o rosto e a companhia humana, como forma de nos orientar e nos proteger do desamparo. O ato de imitar é uma forma de tocar e alojar o outro dentro de si, introjetá-lo, permitindo posteriormente a separação. No princípio, a imitação estaria restrita à face, como abrir e fechar os olhos, a boca ou movimentar a língua, e aos poucos vai se ampliando e dando lugar aos jogos “como se”, e a formação de uma teoria da mente (Guerra, 2009, 2014a, 2014c).

4) *Jogos de Cosquinhas e suspense (Micro ritmos) (3-5m):*

São brincadeiras que os adultos geralmente propõem com as mãos, movimentando-as em consonância com uma música ou as utilizando ludicamente para

⁷ O *manhês* ou *parentês*, como ultimamente tem se preferido, seria um estilo universal que os pais têm de se comunicarem com seus bebês, despertando uma resposta especial neles de excitação e ligação. É um tom de voz bastante agudo, com uma prosódia característica, carregada de curvas melódicas, com repetições de vogais e elementos rítmicos de surpresa, alegria e interrogação (Laznik, 2011).

ameaçar pegar ou fazer cosquinhas em uma parte do corpo do bebê. Esses são jogos que envolvem uma gama de elementos rítmicos, que ajudam a marcar uma temporalidade. Inauguram o papel da surpresa na vida psíquica, ao mesmo tempo em que estão inseridos em uma estrutura contínua e previsível, que oferece segurança, tornando prazerosa a descontinuidade e o encontro com o novo (Guerra, 2009,2014a).

5) *Vocativos Atencionais (5-12m):*

Desde os 4 meses o bebê é capaz de compreender que um próximo evento irá acontecer em uma direção indicada. A energia mental é dirigida até um objeto alheio ao seu corpo, sem ser interrompido por outros estímulos sensoriais. Através de sons vocativos, carregados de emoção e ludicidade, a mãe busca captar a atenção do bebê e instigar seu desejo para objetos que estão além dela mesma. É o prólogo da atenção conjunta e do deslocamento motriz pelo espaço (Guerra, 2009, 2014a).

6) *Olhar Referencial (Deslocamento no espaço) (5-8m):*

Desde o momento em que o bebê pode sentar-se, isso modifica sua maneira de interagir e de ver o ambiente a sua volta. Geralmente se correlaciona com uma mudança na alimentação e com o início do engatinhar. O olhar referencial diz respeito à atitude do bebê de verificar no rosto do cuidador sua expressão frente a uma situação desconhecida, negociando seus movimentos e amparando-se na expressão de seu rosto para guiar suas reações. Indica se a mãe ou o pai são usados como referência de adequação social e de um vínculo de segurança (Guerra, 2009,2014b, 2014c).

7) *Atenção Conjunta - Objeto Tutor (6-9m):*

Atenção conjunta é a competência que nós e os primatas temos de manifestar ao outro algo que está no centro do nosso interesse, capturando por meio de alguns sinais o seu olhar. Aqui está em jogo a capacidade do bebê em orientar sua atenção até algum objeto com o qual seu cuidador interage, ingressando com ele em uma relação triádica. Ou seja, é o rompimento da relação exclusivamente dual mãe/bebê, abrindo caminho para a percepção da tridimensionalidade do espaço (Guerra, 2009, 2014b, 2014c).

8) *Jogos de Esconde e Acha (8m):*

É uma etapa na qual os adultos começam a convocar o bebê para os jogos de esconde-esconde, tapando seu rostinho com um pano, enquanto faz de conta que o procura. Geralmente essa brincadeira é acompanhada da narrativa rítmica “Cadê?” e “Achou!”. O momento do encontro é permeado de olhares jubilosos e risadas com grande intensidade afetiva. Essa organização temporal da brincadeira dá segurança para o bebê suportar a angústia da separação e assim elaborar de forma lúdica o temor que sente ao perder de vista a mãe ou cuidador (Guerra, 2009, 2014b, 2014c).

9) *Sintonia Afetiva (9-12m):*

É a experiência mútua de compartilhar um estado emocional. O bebê demonstra a intensidade afetiva com que vive um evento através de seus gestos e vocalizações, e nessas ocasiões a mãe compreende e responde na mesma magnitude, mas sem imitar suas vias de expressão. O principal, portanto, é que as emissões maternas marcam e espelham no mesmo grau de intensidade o que a criança sente, mas de outra forma, como pela palavra, por exemplo, numa experiência de transmodalidade. Essa dança de expressividades ajuda no processo de regulação afetiva da criança (Guerra, 2009, 2013, 2014b, 2014c).

10) *Interludicidade (8-12m):*

A Interludicidade implica o prazer de estar com e jogar juntos. Em um nível primário nos fala de uma ludicidade compartilhada em que o corpo está no primeiro plano, como nos jogos musicais e de cosquinhas (Guerra, 2014b, 2015c). Já a interludicidade secundária diz respeito a um gozo mais elaborado, no plano mental da experiência, relativa a um encontro gratificante inserido no espaço transicional da cultura. Por diferentes perspectivas a literatura aponta que há um avanço psíquico de extrema relevância nessa capacidade de fruição: a condição para estabelecer a atenção conjunta, para vivenciar a posição depressiva, para experimentar a angústia da separação e para alcançar o terceiro tempo do circuito pulsional são alguns fenômenos que estão englobados neste indicador (Guerra, 2013). A criança, por sua vez, teria sede por encontrar no outro essa disposição gratificadora e essa maleabilidade lúdica, que lhe possibilita achar meios de “expressar seus desejos,

integrar as vivências da mente e do corpo, explorar e tolerar sua ‘adaptação à realidade’, e elaborar situações potencialmente angustiantes” (Guerra, 2014a, p.217).

11) Assinalamento Protodeclarativo (12m):

Antes o bebê podia seguir a direção do dedo de alguém e compartilhar o que atraia a atenção do outro. Aqui há um avanço: o bebê se torna o protagonista e é ele que direciona seu dedo até um evento de interesse para comprovar que o outro compartilha de suas descobertas e de sua atenção. “É como uma alternância de pontos de vista” (Guerra, 2009, p.40). Esse é um signo evidente da capacidade comunicativa do infante, a qual precede a emergência da linguagem verbal, do pensamento e da representação. Cabe frisar que esse gesto é diferente do assinalamento protoimperativo, que reside em apontar como meio de obter algo que a criança não consegue alcançar sozinha. O gesto protodeclarativo implica o compartilhar intersubjetivo, a aceitação do espaço entre eu e os outros, a capacidade de espera e de tolerância à frustração: a mãe precisa olhar, compreender a intenção, fazer um comentário sobre o objeto e a criança confirma e responde vocalizando (Guerra, 2009, 2014b, 2014c).

12) Início da Marcha: dialética perto-longe (12-18m):

Este indicador está basicamente fundamentado nas observações de Mahler (1982) a respeito dos processos de separação e individuação, responsáveis pelo nascimento psicológico da criança. E o início da marcha contribui sobremaneira para a aquisição do sentimento de um “eu”. A partir do momento em que o bebê consegue assumir a posição ereta e movimentar-se verticalmente, isso inaugura uma nova percepção do mundo diante de seus olhos. A dialética perto-longe adquire um status especial entre ele e a mãe, pois ambos irão procurar ativamente encontrar uma distância ótima, que permita a continuidade do crescimento emocional (Guerra, 2009, 2014b).

13) Consciência Reflexiva (18m):

“Aos 18 meses aparece essa consciência que pode ser considerada como o corolário das experiências repetidas de intersubjetividade” (Guerra, 2009, p.49). É um

momento especialmente interessante, em que o bebê consegue compreender o sentimento das outras pessoas e inclusive envolver-se nesses afetos, consolando, cuidando, ajudando. Essa capacidade empática sinaliza e implica modificações importantes no self da criança, como as crises de raiva e o maior domínio do recurso verbal (Guerra, 2014b).

14) Jogos de Imitação Diferida (18-24m):

Após a habilidade de imitar um modelo imediatamente após sua ação, agora a criança já é capaz de usar a memória e reproduzir situações mais complexas, que não estão presentes, e que foram observadas tanto nas pessoas, como nos animais ou nos objetos. A imitação diferida configura-se, portanto, como a representação no nível da comunicação corporal, abrindo passagem para a representação simbólica ao nível da linguagem verbal, através da narrativa (Guerra, 2009).

15) Jogos “Como Se” (24m):

A aquisição da brincadeira simbólica indica o desenvolvimento dos processos de simbolização e metaforização. O símbolo é o que vincula, o que representa, faz lembrar algo na sua ausência. Está, portanto, em íntima relação com a percepção da falta, da separação, a exploração do mundo e uso da imaginação (Guerra, 2009, 2013).

Guerra retoma a etimologia do termo “símbolo”, provinda do grego: quando uma pessoa recebia um hóspede, na hora de sua partida, eles quebravam uma tabuleta e cada um devia conservar uma metade, como forma de reconhecimento do laço, mesmo que se passassem gerações. O amuleto se tornaria então um vestígio que comprova uma história passada, o reconhecimento de um velho conhecido (Guerra, 2013). Assim, ao mesmo tempo em que o símbolo prescinde de uma forma concreta (a palavra, por exemplo), não é a coisa em si. Está permeado da metáfora, pois o processo de separação de sua ligação originária é acompanhado de um deslocamento: uma coisa que fica representada por outra. Há um significante para carregar as experiências entre ambos, que não estarão mais contidas apenas no espaço mental de cada um.

16) Linguagem verbal (24 m):

As palavras são como tijolos que erguem o pensamento e permitem a simbolização. A linguagem verbal é, portanto, metáfora do elo, do encontro com nosso semelhante. Esse indicador culmina assim na consolidação da capacidade simbólica e na aquisição de uma noção de “eu” (Guerra, 2009, 2013).

A intersubjetividade pressupõe que é a partir da potência dessas vivências partilhadas que a criança pequena estabelece seu self. Isto significa dizer que as trocas afetivas e essa comunicação co-construída permitem que o bebê vá se subjetivando, ou seja, sustentando-se no outro para gradativamente descobrir e expressar sua forma singular de sentir, perceber e estar no mundo. Essa crescente apropriação da sua perspectiva vai sendo comunicada através da sua gestualidade corporal, da sua ritmicidade e dos seus recursos simbólicos. Assim, aos poucos, seu mundo de sensações passa a ser um mundo de representações. Quanto mais amplos e flexíveis seus canais expressivos, mais rica sua vida psíquica (Guerra, 2009).

Guerra dá especial atenção à função do ritmo, balizando todo esse processo de estruturação do psiquismo. Por ritmo, ele se refere a uma estrutura temporal cíclica, que conserva certa regularidade repetitiva e, portanto, acomoda tanto pequenas variações como alguma previsibilidade. O ritmo tem a potência de ser um recurso calmante para o bebê, pois oferece a garantia de retorno a um estado anterior. Seja através de um embalo, de uma canção ou da sucção, serve como conforto diante das vivências angustiantes de descontinuidade e ausência. Esse caráter de reiteração inscreverá uma primeira percepção de continuidade, produzindo uma identidade rítmica que se tornará parte da essência do sujeito (Guerra, 2013, 2015a, 2016, 2017).

O ritmo tem o efeito de organizar temporalmente a experiência de estar com alguém, de modo a configurar um estilo, o qual comunica de modo não verbal a forma e a intensidade como são sentidos os afetos vitais⁸ no contato com o outro. A dança

⁸ Os afetos de vitalidade não são as nossas emoções básicas como medo, raiva, alegria, tristeza. Fazem referência a expressões essencialmente particulares da experiência humana, permitindo que um bebê possa diferenciar entre um ser animado de um inanimado. São afetos que se pautam a energia vital das nossas ações enquanto nos relacionamos com o outro, isto é: aumentando, decrescendo, explodindo,

seria a melhor maneira de expressar essa ideia, já que nela ambos os corpos vão desenhando com movimentos sucessivos, em resposta um ao outro, uma coreografia cadenciada, marcada por um compasso (Guerra, 2013).

O psicanalista salienta então dois estilos rítmicos característicos que acompanham os cuidados com um bebê: o ritmo básico e o ritmo interativo. O ritmo básico pressupõe a regularidade e a repetição, com quebras pouco perceptíveis, típico dos embalos nos momentos de relaxamento e fusão do bebê com a mãe. Já o ritmo interativo é permeado por compassos que mesclam a surpresa, as discontinuidades, ao já conhecido, e acontece nos momentos de disposição e atenção do bebê, tornando-o um participante ativo na co-criação desse ritmo (Guerra, 2015; Diaz-Rossello, 1991).

Nas relações precoces, quando Guerra (2009, 2013, 2017) fala em ritmo, remete ainda à capacidade do cuidador em perceber o tempo que seu bebê necessita para experimentar cada atividade, ajustando-se a ele. Precisa para isso ler os sinais do bebê da passagem de um estado em que está mais conectado para estabelecer a interação, para outro de maior relaxamento. Assim, mãe/pai co-criam junto ao filho uma ritmicidade conjunta, que organiza a duração das experiências compartilhadas e os fluxos sensoriais da criança. O fluxo sensorial diz respeito às variadas sensações táteis, visuais, acústicas, olfativas, cinestésicas a que se encontra submetido o bebê (Golse, 2002). Conhecer, processar e integrar essas diferentes modalidades de informações é uma tarefa chave para o crescimento psíquico, e o ritmo é um recurso facilitador desse processo, dando uma ideia de unidade às experiências.

O cuidador vai auxiliando nesse trabalho na medida em que, de maneira sensível, pauta essas vivências com toques, carícias, palavras, sons que permitem organizar e discriminar o contraste das sensações. “Dizemos, então, que a mãe, através da colocação em cena de seus recursos rítmicos, transforma a angustia do bebê, diríamos, co-criando (simbolizando) um novo ritmo com seu filho” (Guerra, 2013, p.593). Em segurança, vai acendendo no seu bebê a necessária repetição do igual, para a aceitação do inédito, do surpreendente.

enfraquecendo, falhando. Produzem uma marcante conotação de dinamismo ao longo do tempo (Stern, 1992, 2004, 2010).

Entretanto, Guerra ressalta que para acomodar-se ao seu bebê e aliançar-se nesse andamento, os pais precisarão deixar emergir seu inconsciente arcaico, infantil, entregando-se a uma série de mudanças na sua maneira de ser e agir. Eles modificam os seus tempos vitais, sua voz, sua linguagem verbal e corporal. O efeito maior deve ser o de tornarem-se mais lúdicos, facilitando a interação com o filho. Essa adaptação permite uma aproximação maior às vivências afetivas do bebê, e ampara as primeiras formas de inscrição simbólica. Tal experiência pode ser igualmente fantástica e arrebatadora para os pais, pois eles sentem-se facilmente expostos a reviver conflitos do passado infantil, e percebem-se então ao mesmo tempo mais vulneráveis e mais capazes (Guerra, 2009, 2014b).

2.2 Os Transtornos de Subjetivação Arcaica

“Aquele que se ocupa de uma criança pequena sente se agitando em todo seu interior a própria criança que foi ou que queria ser” (Guerra, 2009, p.1).

Partindo da noção de intersubjetividade, Guerra (2015a, 2016, 2017) propôs o conceito de Transtorno de Subjetivação Arcaica. Tal conceito se refere a uma falha na instauração da Lei Materna, levando a um desencontro rítmico que compromete o processo de subjetivação do bebê. A partir de ideias trazidas por Roussillon (2006) acerca do trauma decorrente de uma vivência de disritmia, no sentido da violência ao ritmo próprio biológico do sujeito, Guerra retoma e desenvolve a ideia desse primeiro autor de uma “Lei Materna do Encontro” (2015a, 2016, 2017). Para ele, essa seria uma lei que, assim como a lei paterna lacianiana, cumpre uma função primordial na vida psíquica. Diz respeito à forma como empaticamente a mãe regula as primeiras experiências sensoriais e afetivas do bebê no encontro intersubjetivo com os outros, respeitando os ritmos próprios da criança. “Mãe e bebê, pai e bebê vão conformando um ritmo em comum, como uma música necessária e fundante da dança da subjetivação. Dança que tem como instrumento central a comunicação e a linguagem corporal” (Guerra, 2014a, p.137).

Através de um compartilhar emocional guiado por mímicas, gestos e sons vão se operando as marcas da simbolização em presença⁹, que por sua vez acederão à “elaboração da ausência e o acesso à representação do objeto”, dando lugar nesse interjogo ao domínio da palavra (Guerra, 2014a, p.138). Nessa ritmicidade conjunta, há a co-criação de uma língua única, representativa do território arcaico da infância, da qual somos expatriados, mas que retorna mais adiante em forma de arte e nas situações de regressão e apaixonamento, bem como nos processos de análise.

Em uma interação comum de uma mãe com seu filho, por exemplo, este jogo cíclico passa por momentos de coordenação, descoordenação, e ajustes que visam reparar a interação (Marcelli, 2000). A maior parte do tempo, no entanto, é gasto com a tentativa de reparação, desmistificando a ideia de que uma mãe precisa ser sempre muito sintonizada com seu bebê. “Isso mostraria a necessidade de aceitar a falha, e que todo encontro com um bebê implica necessariamente uma possibilidade de desencontro parcial” (Guerra, 2014a, p.22). No entanto, em alguns casos e por razões diferentes pode não haver espaço para esses ajustes, marcando desde muito cedo uma desarmonia interativa permeada por confusão, tensão e desprazer que pode ter sérias consequências, como o retraimento do bebê e também da mãe. Essas interações desencontradas acontecem muitas vezes na história de crianças diagnosticados com autismo e psicose.

Guerra (2015a, 2016) sintetiza então os três princípios que fundamentam a Lei Materna do encontro:

- 1) Respeito ao ritmo próprio do sujeito e co-criação de um ritmo comum
- 2) Espelhamento, tradução e transformação de suas vivências afetivas
- 3) Passagem à palavra, ao jogo e ao terceiro

O espelhamento diz respeito ao conceito de Winnicott (1975) sobre o rosto da mãe representar a imagem refletida do bebê, espelhando as emoções e sensações que ela percebe emergirem nele. E a tradução fala da necessidade que a mãe sente de atribuir um sentido às comunicações primárias do seu bebê, narrando os

⁹ Conceito derivado de trabalhos de autores como Roussillon (2010) e Ciccone (2001).

acontecimentos e tramando ligações vitais com ele, numa ilusão de detentora do saber. Essa função tem um papel importantíssimo de retirar o bebê de um lugar de corpo biológico, sem vida psíquica, lançando-o no espaço transicional, dos símbolos compartilhados. É necessário, contudo, que a mãe aos poucos reconheça que não detém esse saber absoluto sobre seu bebê, abdicando dessa linguagem co-criada e abrindo espaço para a entrada do terceiro, da cultura (Guerra, 2015a, 2016).

Nessa trajetória rumo à subjetivação, Guerra (2013, 2014a, 2017) salienta três elementos fundamentais que devem acompanhar o encontro do bebê com seu ambiente: a atenção conjunta, a ritmicidade conjunta e a narratividade conjunta. A maleabilidade lúdica, por sua vez, fala da condição do cuidador em reger esses elementos de maneira harmônica na dança com seu bebê. Para Guerra, a criação de um espaço potencial depende dessa flexibilidade psíquica e gestual. “A disritmia, o funcionamento operatório, a ausência de terceiridade e de maleabilidade lúdica contribuem para gestar diferentes sintomas no bebê” (Guerra, 2014a, p.217).

O conceito de Transtorno de Subjetivação Arcaica parte da observação do autor, possibilitada pela experiência em escolas de educação infantil e consultas pais-bebê, de um grande número de infantes com suspeita de autismo ou considerados autistas (Guerra, 2015, 2016). São crianças que têm sido diagnosticadas de modo fácil, a uma primeira vista, por pediatras, neurologistas ou profissionais da escola. Em sua experiência, alguns desses inúmeros casos revelam crianças com “janelas abertas”, ou seja, no limite do diagnóstico, pois não fecham exatamente a lista de critérios sintomatológicos do quadro típico de autismo. Esses bebês mostram-se inicialmente capazes de manter alguma interação com o outro e abrir-se para certas trocas intersubjetivas, mas em geral, “depois dos 3 ou 4 anos entrariam em um processo autistizante” (Guerra, 2016, p. 151).

Essas crianças se mostram com sintomas ambíguos, em que a capacidade simbólica está inoperante, mas apresentam, em contrapartida, algumas condições de interação que diferem dos casos típicos do autismo, como “trocas de olhares fugazes, capacidade de imitação, aceitação das surpresas na interação, graus de atenção conjunta, de sintonia afetiva, de jogo em comum, esboço de assinalamentos”,

evidenciando condições de ingresso na intersubjetividade (Guerra, 2015a, p.143). Guerra pensa que esses quadros são mais condizentes com aspectos depressivos dos bebês, que levam a um evitamento relacional, talvez em decorrência de um aparato constitucional hipersensível, e por dificuldades do ambiente em lidar com essa sensibilidade.

Segundo sua constatação, as mães dessas crianças comumente apresentam sinais de depressão, que podem se intensificar no encontro com esses bebês sensíveis, os quais por sua vez não se engajam, nem convocam com naturalidade os circuitos pulsionais necessários ao processo de libidinização. Refere que se trata de algo anterior à aquisição da linguagem verbal, por isso mesmo, arcaico. O bebê, nesses casos, encontra uma subjetivação falida, com uma disritmia primária que leva a dificuldades nos processos primários de simbolização (Guerra, 2015a, 2016).

Infelizmente, Guerra não teve tempo suficiente para desenvolver e produzir mais a respeito do Transtorno de Subjetivação Arcaica, mas em minha leitura, esse conceito é interessante para pensar casos que estão nas bordas do diagnóstico de autismo, permitindo uma saída ética de maior esperança diante da dificuldade de encontrar limites para o TEA. Delimita um fenômeno clínico que tem caráter sintomatológico ambíguo, abarcando uma visão contextual da vida da criança e de sua família. A proposição desse quadro não objetiva descrever uma técnica específica ou um perfil único de funcionamento dos pacientes. Sua potência está em iluminar leituras e caminhos clínicos possíveis. Portanto, não penso que deva ser trabalhado como um diagnóstico com os familiares, e sim, mobilizar nos profissionais, por mais tempo, uma abertura quanto às expectativas e o prognóstico da criança.

2.3 Diálogos com os Transtornos de Subjetivação Arcaica

Abarcarei aqui alguns autores que trazem pesquisas ou compreensões muito próximas da perspectiva de Victor Guerra, permitindo um diálogo e o enriquecimento sobre o tema dos transtornos de subjetivação arcaica.

Em um capítulo prévio sobre o TEA, nesta dissertação, referi Fillippo Muratori¹⁰ (2008, 2009), o qual traz uma série de pesquisas que levantam a hipótese de que os déficits descritos na síndrome do autismo seriam secundários a falhas mais primitivas, anteriores aos seis meses de idade, decorrentes do mal funcionamento neurobiológico das estruturas que regulam a interação primária do bebê, tais como sinais emotivos, motores e comunicativos. Isto significa dizer que as crianças com risco de autismo desde o princípio são pouco reativas aos estímulos sociais, fazendo com reduzida frequência contato ocular, vocalizações e respostas de excitação motriz. Essas são manifestações universais de interesse pelo contato social com o cuidador, que acabam também por convocar nos pais respostas de estimulação e maternagem características, as quais geram capacidades interativas mais complexas.

Por outro lado, essas crianças demonstram um interesse e uma preferência crescente por objetos do mundo físico, pouco típico no desenvolvimento normal. Essa preferência parece se relacionar justamente à previsibilidade dos objetos. Pesquisas mostram que os autistas inclusive usam as áreas do cérebro relacionadas aos objetos para reconhecer rostos. Tal constatação aponta para um efeito devastador no desenvolvimento mental da criança, uma vez que o rosto humano, especialmente o da mãe, está biologicamente programado para servir “como o mais potente estímulo visual capaz de por em marcha os processos neuroevolutivos que sustentam a intersubjetividade” (Muratori, 2008, p.46).

Os olhos são as janelas que facilitam a mãe enxergar o mundo interno do filho e a criança a se enxergar na mãe, discriminando o eu do não-eu. Essa relação olho-a-olho, cara-a-cara, teria, portanto, um poder de encantamento sobre a díade, fazendo com que o calor afetivo da relação potencialize o amadurecimento cerebral. Podemos pensar que esse seja o viés neurocientífico da teoria de Winnicott sobre o rosto da mãe ser o precursor do espelho no desenvolvimento da criança (Winnicott, 1975). Quando isso não ocorre de maneira adequada, a habilidade para estabelecer uma atenção compartilhada, tão importante nas relações sociais, fica seriamente comprometida.

¹⁰ Fillipo Muratori é médico, pesquisador e professor de Neuropsiquiatria Infantil da Universidade de Pisa, na Itália. É com relativa frequência citado nos trabalhos de Marie-Christine Laznik e Victor Guerra.

Na definição de Muratori (2008) a atenção compartilhada supõe um intercâmbio complexo estabelecido entre pessoa-pessoa-objeto, em que ambas compartilham um interesse conjunto por algo externo. Essa relação triangular permite um considerável incremento na consciência de si e do outro, e na construção do sentido de estar com alguém, uma vez que pressupõe verdadeiramente reconhecer a diferenciação entre alguém que dá algo, a um outro que recebe.

As falhas iniciais presentes nos bebês com risco de autismo comprometeriam assim a vivência em número e em intensidade de situações sociais que promovem o desenvolvimento neurológico típico. São crianças com reduzido desejo e iniciativa de busca por contato, e que requerem a reclamação de um adulto mais ativo para que reajam adequadamente a conteúdos emocionais decorrentes da experiência intersubjetiva. Desse modo, essas crianças ficam limitadas na capacidade de interagir de formas mais complexas, comprometendo, por exemplo, o desenvolvimento da atenção compartilhada e da imitação. Essa intencionalidade em provocar o outro (o terceiro tempo da pulsão, conforme já veremos em Laznik) é um componente precoce da subjetividade e um comportamento chave para o nascimento da intersubjetividade (Muratori, 2008, 2009). Esses dados parecem assim descrever os aspectos constitutivos que poderiam estar em jogo na origem dos transtornos de subjetivação arcaica.

Para Kaufmann (2014), esses sinais precoces indicativos de autismo impactam o exercício da parentalidade, produzindo geralmente as seguintes formas de desregulação afetiva: falta de ressonância emocional recíproca, desvitalização no vínculo, formas miméticas de identificação e sentimentos de culpa, os quais cooperam para as raízes da complexa trama de fatores que predispõe o aparecimento do transtorno do espectro autista. A autora salienta que não está com isso descrevendo um tipo exclusivo de vínculo que se estabelece entre a criança e os pais, pois isso reduziria a singularidade de cada um dos envolvidos e as peculiaridades de cada história. Mas acredita que os sintomas autistas interatuam com os modos de se relacionar de cada família.

Esses bebês não produzem geralmente situações interativas de grande prazer junto aos cuidadores e, por este motivo, de maneira natural os pais sentem esse déficit e diminuem, muitas vezes sem perceber, a intensidade da estimulação e de seus padrões de maternagem e complexidade social. Para esses autores, esse é o quadro que originaria, portanto, os sintomas secundários de autismo que observamos nas crianças maiores, com prejuízos na compreensão da linguagem, na colaboração conjunta e nas interações sociais (Kaufmann, 2014; Muratori, 2008, 2009).

Kaufmann (2014) afirma que na medida em que a criança não busca e demanda os pais como eles esperavam, esses encontram dificuldades de representar os estados afetivos do filho. Este encadeamento de situações resulta em uma falta de sintonia afetiva, que gera um desencontro na relação, ou, provavelmente como diria Guerra (2009, 2015a, 2016), uma disritmia, incidindo conseqüentemente sobre a constituição psíquica da criança, uma vez que é a partir da intersubjetividade que surge a subjetividade.

A culpa, seja consciente ou não, torna-se uma sombra sobre os pais, afetando sua imagem narcísica, e culminando em uma série de discursos, defesas e comportamentos para compensar as exigências do que consideram o ideal parental. Dependendo do nível de exigência e angústia, o modo como os pais agem para equilibrar esses conflitos pode, por consonância, aumentar o isolamento e o retraimento na criança. Isto não significa colocar sobre o ambiente todo peso dessa patologia. “Evidentemente isso seria uma posição por demais simplista que não combina com os novos paradigmas sobre o autismo” (Kaufmann, 2014, p.149). O propósito é compreender como se dão os processos dinâmicos e recíprocos que poderiam cristalizar os sintomas de TEA, tomando em conta o encontro entre o mundo psíquico da criança e de seus pais.

Kaufmann (2014) também alerta que os estigmas que carrega o autismo, como o caso de tratar-se de um problema orgânico incurável, ou então de que pessoa com o transtorno é incapaz de empatizar e decifrar o que os outros sentem ou pensam, pode acentuar a ferida narcísica dos pais, levando-os a sofrer em solidão, se distanciando emocionalmente e impactando de maneira especular a relação com o filho. Por

consequência, é possível que a criança nessas circunstâncias desista de estabelecer contato ou ser compreendida, enfraquecendo as relações empáticas, e deixando os pais ainda mais feridos e desmotivados.

É importante explicar que a solidão autista não se refere a querer estar sozinho fisicamente no espaço, mas ao fato de não ter a ideia de existir na mente de alguém e ser reconhecido como semelhante. Se a criança não puder ser pensada e nem compreendida em seus afetos e desejos, também não será capaz de representar emoções e intenções alheias, reduzindo suas vivências a sensorialidade material (Kaufmann, 2014). Nessas circunstâncias, falaríamos, com Guerra (2013, p.600) “de uma falha a partir do polo da presença frente à ausência de palavra, de jogo e de atenção psíquica do outro (aspecto intersubjetivo, entre) que habilitem um espaço de simbolização no plano intrapsíquico”.

Kaufmann (2014) refere que é comum então que os pais tentem suprir essa dor por vezes pesquisando o maior número de informações acerca da patologia, ou peregrinando atrás da opinião de diversos profissionais. Quando eles “ficam aderidos ao que se espera de seu filho segundo as particularidades do quadro, não podem atribuir afetos, desejos, ideias e fantasias. Este é o lugar onde se instala o risco central do autismo” (Kaufmann, 2014, p.146). Isso restringe a sensibilidade no olhar, o prazer da descoberta, as significações, e os leva a ver e se relacionar com o filho somente através do que conhecem a respeito dos sintomas e das necessidades sobre as quais foram informados. Muitas vezes, ficam colados às manifestações orgânicas da criança, com preocupações a respeito da alimentação e de suas preferências sensoriais. Para essa autora, estes mecanismos defensivos, que visam reparar a culpa e negar o sofrimento, dificultam a subjetivação da criança.

Em sua tese de doutorado, Kauffman (2014) acompanhou em psicoterapia crianças com sinais clínicos de autismo e seus pais durante 3 anos, com modalidade de tratamento vincular, fundamentado na intersubjetividade. A pesquisadora procurou focar na emergência de discursos de culpa, detendo-se sobre eles e buscando constantemente desconstruir as representações dos pais sobre o autismo, de modo que evidenciasse o saber parental deles sobre o filho e não sobre a patologia. Segundo

sua observação, essa postura clínica provocou mudanças rápidas e importantes na representação dos pais da sua própria parentalidade e conseqüentemente modificou fortemente a relação deles com a criança, de modo a produzir interações mais prazerosas e melhoras significativas nos sintomas. Essa forma de intervir está bastante em consonância com a clínica dos transtornos de subjetivação arcaica.

Trago aqui, agora, Marie-Cristine Laznik, psicanalista francesa que tem se tornado muito conhecida na atualidade por suas pesquisas a respeito das intervenções precoces nas crianças com sinais de autismo. Embora ela parta de um referencial teórico-metodológico distinto da perspectiva da intersubjetividade, suas experiências parecem se aproximar muito às de Victor Guerra. Eles inclusive teriam começado a trocar seus conhecimentos, mas não tiveram tempo hábil para seguir debatendo mais amplamente suas ideias.

Para essa autora, quando não se observa dois acontecimentos bastante corriqueiros na interação entre a mãe e seu filhinho, esses seriam indicadores importantes de alerta: a ausência de olhar entre a mãe e o bebê; e a não instalação do circuito pulsional completo (Laznik, 1997). Com relação à interação de olhares mãe-bebê, não se trata de confirmar a existência de qualquer olhar, como se estivéssemos falando de constatar que a visão da mãe se direciona para o bebê. A autora fala de um olhar materno cheio de libido, constitutivo da imagem corporal, e de uma criança que busca nos olhos da mãe a confirmação de que ela exista, e de que pertence ao mesmo universo de seus semelhantes. Seria o que Guerra refere com relação ao primeiro indicador de intersubjetividade, a troca de olhares (Guerra, 2009, 2014a, 2014c).

No entanto, Laznik (1997, p.40) sustenta que é “a não-instauração do circuito pulsional completo” que terá maior peso para se pensar na hipótese de uma possível estruturação autista. O terceiro tempo da pulsão é quando a criança se oferece ela mesma como objeto de desejo do outro, se assujeitando e buscando provocar nesse outro deleite, e alcançando nesse jogo a satisfação pulsional. São cenas típicas em que o bebê oferece o pé ou a barriguinha para a mãe morder e fazer cócegas, compartilhando com ela um gozo inigualável (Laznik, 1997). Esse fenômeno está

inserido em vários indicadores apresentados por Victor Guerra, especialmente no da interludicidade.

Laznik (2015) também propõe que esses bebês com sinais de autismo são hipersensíveis do ponto de vista sensorial e emocional, e por isso se fecham diante do que sentem como um excesso de estímulos indecifráveis vindos dos outros, prejudicando seu desenvolvimento. “Só lhe resta então, como modo defensivo contra a avalanche de excitações, indigerível por seu aparelho psíquico, a solução de fechar as portas da percepção visual e auditiva e fugir de toda situação que possa engendrar este tipo de invasão afetiva” (Laznik, 2013, p.217). Reforça que qualquer cuidador fracassa e sente-se incompetente diante da recusa de interação desses bebês.

Laznik se indaga se essa reação não estaria refletindo uma aguçada capacidade empática, em contrapartida à deficiência empática que se supõe haver nos autistas. Entende que parece haver neles uma “hiperdiscriminação perceptiva”, que os torna suscetíveis a qualquer mínima variação expressiva na face e na tonalidade da voz de suas mães e de outros adultos que possam conter algum nível de tristeza, angústia ou frustração (Laznik, 2009, p.11). Nessas circunstâncias, viram o rosto e se recolhem. Talvez em razão da impossibilidade de suportar esses afetos, não sejam capazes de desenvolver as bases cognitivas concernentes à imitação empática, mantendo um semblante inexpressivo. É como se essa super capacidade empática levasse a uma incapacitação. A forma que encontram então de se proteger do estresse ocasionado pela brutalidade emocional que captam nas pessoas seria fechando-se em rotinas fixas e tópicos estereotipados, evitando as relações sociais (Laznik, 2013). Essas ideias são bastante revolucionárias diante das pesquisas cognitivistas atuais.

Podemos observar no trabalho de Laznik que, embora ela não fale em termos de intersubjetividade, sua prática igual incide fortemente em promover e estabelecer momentos de trocas prazerosas da mãe junto ao bebê. Ela demarca esse objetivo como a busca pela instalação do terceiro tempo da pulsão (Laznik, 1997). Os fenômenos acima mencionados são chaves para o processo de estruturação psíquica do sujeito, que levam, por sua vez, ao desabrochar cognitivo e emocional da criança.

Laznik critica, portanto, a discussão sobre o autismo se tratar de doença mental ou deficiência cognitiva, uma vez que para ela é justamente a ausência desses mecanismos pulsionais que comprometem o surgimento de aquisições importantes do desenvolvimento, levando conseqüentemente a um déficit no funcionamento mental. Ou seja: “a não-instauração das estruturas psíquicas lesa rapidamente o órgão que as suporta” (Laznik, 1997, p.35).

Yves Burnod, neurbiologista e pesquisador na França, fez uma análise de vídeos dos atendimentos de Laznik e buscou explicar pelo viés neurocientífico o que acredita que se passou na evolução do tratamento de um dos pacientes da psicanalista. Ele parte do esclarecimento sobre as disfunções na ativação neural das crianças ditas autistas com relação aos fluxos perceptivos, dizendo o seguinte:

Uma das primeiras necessidades para os neurônios é se adaptar à grande variedade de fluxos perceptivos, com intensidades muito irregulares. É necessário que os neurônios tenham processos adaptativos, que adaptem sua sensibilidade no nível da intensidade de fluxos. [...] Mesmo se os processos adaptativos forem deficitários, se os movimentos da pessoa olhada são lentos e previsíveis para a criança, não há problema: é isso que faz Laznik ao se esforçar para ter movimentos que sejam constantemente predizíveis com o máximo de informação facilmente decodificável para o cérebro da criança” (Laznik & Burnod, 2015, p.21-22).

Saliento que isso está muito próximo do que refere Guerra (2013) sobre o trabalho de organização do fluxo sensorial que a mãe precisa ajudar o seu bebê a realizar. Conforme já foi comentado, o ritmo permite à criança captar e discriminar o que é animado, humano, porque há movimento, afetos vitais. Todavia, conforme Burnod, em razão dessa dificuldade de adaptação neuronal aos estímulos externos, as crianças com autismo podem privilegiar a relação com os objetos, pois estes são estáticos e controláveis, oferecendo menos informação e confusão. Isso significa que se o ambiente ao redor for muito rápido, barulhento e imprevisível, a criança não consegue processar e integrar essas informações no tempo, criando uma desarmonia dolorosa na rede cortical do cérebro, e como consequência, fecha-se para o contato (Laznik & Burnod, 2015).

O humano se torna desse modo assustador, pois o movimento contínuo não permite intervalos de adaptação. Mas, se há uma aproximação lenta, clara, com um tom de voz suave, dentro de um ritmo que seja harmonioso para o processamento neural da criança, sobressaem-se os elementos essencialmente humanos, como a expressão facial e a emoção. Isso porque permite à criança decifrar os movimentos finos do rosto, dos olhos, da boca, da sobrancelha, tornando a interação mais fácil e prazerosa. Ela então se abre para o contato. “Assim, se o adulto se torna previsível como faz Laznik, os neurônios se sentem bem; mas se o adulto não se adapta, seu rosto pode transformar-se em algo doloroso para a criança e, portanto, se torna algo a ser evitado” (Laznik & Burnod, 2015, p.24).

Burnod descreve ainda três dinâmicas diferentes na rede cortical. A primeira é mais imediata, de abertura/fechamento, e fala de uma ativação harmoniosa ou desarmoniosa diante do fluxo perceptivo da voz e do olhar do outro, por exemplo, gerando respostas de aproximação ou evitamento da interação, como forma de se proteger do caos. Isso confirma a percepção de que essas crianças se abrem e se fecham constantemente para as relações (Laznik & Burnod, 2015).

A segunda dinâmica é de prazer/dor. O prazer é sentido sempre que há uma ativação neural harmoniosa, e o contato com o outro se torna agradável, permitindo que se mantenham os canais abertos por mais tempo, o que enriquece as zonas corticais responsáveis pela satisfação na interação. É como um dia de sol ao nível neuronal. Guerra provavelmente diria que os instrumentos de ambos os envolvidos se afinam, criando uma musicalidade comunicativa¹¹, promovendo o prazer do encontro, o contato olho a olho, face a face, a sintonia afetiva. A dor, por outro lado, “é uma atividade estridente que se espalha nas redes, que invade, sem permitir aos neurônios encontrar suas harmonias”, como quando há um temporal, e fechamos as janelas da casa para se proteger (Laznik & Burnod, 2015, p.25).

Por fim, a dinâmica plasticidade/degeneração é uma resposta dos neurônios a médio e longo prazo, e se constitui a partir dessas experiências anteriores. “Neurônios

¹¹ Esse conceito foi desenvolvido por Malloch e Trevarthen (2009). Diz respeito ao modo como os elementos básicos (pulso, qualidade e narrativa) regulam os padrões da comunicação, tornando possível compartilhar o tempo de forma rica, ao permitir apreciar uma infinidade de narrativas.

são como jardins com flores. Os neurônios são seres vivos que crescem, que florescem, se tiver sol e forem regados. Quando há seca e o solo não favorece, eles murcham” (Laznik & Burnod, 2015, p.26). Por outro lado, quando temos esse efeito de fechamento, de dor contínua no decorrer do tempo, a criança perde a capacidade de superar as dificuldades, as frustrações, as dificuldades das relações humanas (Laznik & Burnod, 2015). Essas evidências para mim conversam muito bem com a noção regulamentar da Lei Materna do Encontro apresentada por Guerra (2015a, 2016, 2017), no tocante ao respeito aos ritmos biológicos do bebê, como condição que possibilita a partir disso a co-criação de um ritmo comum e sua subjetivação.

O desafio com essas crianças, portanto, seria estar especialmente atento a qualquer sinal de abertura, aproveitando cada oportunidade, e dispendendo energia para adaptar-se constantemente ao seu ritmo, esforçando-se para manter esses canais abertos o maior tempo possível. A estratégia para isso são interações vivas, calorosas, porém delicadas, com movimentos corporais suaves, recobertos pelo manhês e por uma mímica gestual cheia de emoção, sempre que houver passagem. A imitação é outro recurso que funciona muito bem, pois ao imitar os gestos da criança, o adulto de torna previsível, menos ameaçador, abrindo passagem para entrar no universo conhecido por ela. Todas essas formas de aproximação ajudam a integrar o fluxo perceptivo da criança, favorecendo a interação (Laznik & Burnod, 2015).

Vemos que a ideia central desses autores, portanto, é de que os déficits que levam ao autismo se relacionam com uma incapacidade da criança para integrar suas experiências motoras, sensoriais e vivenciais com suas emoções e atribuir-lhes sentido, o que pode perturbar o padrão rítmico que se estabelece com os cuidadores, bem como o equilíbrio narcísico da família. Esse contexto incrementa entraves no vínculo, como o co-compartilhamento afetivo e o surgimento de fenômenos intersubjetivos que são chave para o nascimento da subjetividade. Obviamente, esse jogo interativo é complexo e recíproco, não sendo possível discriminar o que surge primeiro, em que exato momento e de que modo cada ação de um modifica e marca a resposta do outro (Kaufmann, 2014). A baixa ativação de resposta em uma ponta pode prejudicar o retorno de investimento na outra, desorganizando a relação. Por este motivo entendo

que Guerra prefere comparar esses processos comunicativos a uma dança (Guerra, 2014a, 2014b).

O papel do psicanalista seria intervir com a criança e os pais o mais precocemente possível, evitando assim perder janelas e oportunidades importantes de aquisições próprias do desenvolvimento, visando provocar e instalar esses circuitos pulsionais entre a criança e seu ambiente subjetivante. Para isso, se faz necessário uma delicada, precisa e adequada estimulação interativa que permita fazer emergir as condições para que essas capacidades subjetivas e interativas se desenvolvam. Acredita-se que isso pode reduzir os efeitos das disfunções ao nível da intersubjetividade primária favorecendo a estruturação emocional da criança. O que deve ser priorizado, portanto, é uma aposta dos psicanalistas em um reencontro entre a mãe, pai e filho, trabalhando de maneira sensível aspectos afetivos e rítmicos da relação (Laznik, 1997, 2015; Guerra, 2015a, 2015b, 2016).

3. OBJETIVO

O objetivo desta dissertação é apresentar o conceito de transtorno de subjetivação arcaica, do psicanalista Victor Guerra, discutindo sobre as possibilidades terapêuticas por essa via de compreensão, a partir de dois casos de crianças que se encontravam no que poderíamos chamar de “limites do diagnóstico do autismo/TEA”.

4. MÉTODO

Nesta pesquisa, trabalharei com os casos de dois pacientes. O primeiro esteve em tratamento psicoterápico de orientação psicanalítica comigo durante 5 anos consecutivos, desde seus 8 até os 12 anos de idade. O segundo eu atendi durante aproximadamente 1 ano e meio, desde os 4 até os 5 anos. Ambos pacientes não se encontravam mais em tratamento no momento da escrita deste trabalho. A partir de cenas clínicas, anotações e registros sobre a evolução deles e relatos de sessões dialogadas buscarei reconstruir esses casos sob uma perspectiva que ilustre o trabalho com esses pacientes, no que tange às intervenções orientadas pela teoria da intersubjetividade e da clínica dos transtornos de subjetivação arcaica.

A respeito da ética na pesquisa em psicanálise, Dallazen et al. (2012) expõem diversas especificidades que compõem a pesquisa envolvendo um tratamento psicanalítico. Os autores defendem que a pesquisa clínica psicanalítica é construída, via de regra, após o atendimento do caso. Isso porque a relevância do inconsciente e dos fenômenos da transferência em um processo de análise, bem como a regra da abstinência, do sigilo e de neutralidade por parte do analista, não são compatíveis com o desejo do pesquisador de capturar seu fenômeno de estudo, podendo contaminar as associações livres do par analítico, e sobrepor-se à demanda do paciente. Isto é, os objetivos do pesquisador podem facilmente comprometer os princípios éticos que norteiam um tratamento orientado pela psicanálise, sobretudo se forem comunicados ao paciente no início ou durante a busca de atendimento, já que ele saberá que a escuta do terapeuta está atravessada para um interesse específico.

Os autores sustentam quatro elementos éticos para proteger um sujeito participante de uma pesquisa psicanalítica, os quais advêm da experiência clínica. Em primeiro lugar, evidentemente, o compromisso de não revelar nenhum dado do sujeito que possa identificá-lo, zelando deste modo com o acordo de sigilo. Em segundo lugar, a escolha de um caso que já tenha sido encerrado, garantindo que a direção do tratamento não será influenciada pelo desejo do analista/pesquisador, o que configuraria um uso inadequado da análise para benefício próprio. O terceiro

argumento que assegura o cuidado ético com o sujeito é o fato de que a psicanálise não é um tratamento novo e experimental, sendo amplamente reconhecido como um método que resguarda “a integridade física e emocional do sujeito”, prezando pela sua liberdade de escolha (Dallazen et al, 2012, p. 51). E por fim, a questão de que a produção do conhecimento está sendo feito num momento *à posteriori*.

Deste modo, as cenas clínicas utilizadas, produtos da memória e dos registros, são restos transferenciais que foram produzidos pela dupla, as quais provocam as reflexões do analista em outro tempo, o que não interfere no que já foi vivido. Na mesma linha, a história do paciente é, na verdade, a história revivida com o analista. Isto é, trabalhar com um caso em uma produção acadêmica não significa realizar um estudo aprofundado sobre o sujeito, expondo informações irrelevantes e demasiadas de sua vida. Interessam sim, alguns fatos clínicos que tenham utilidade para o tema da pesquisa (Dallazen et al, 2012).

Assim, nunca é demais lembrar que “o caso não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva” (Figueiredo, 2004, p.5). Nessa compreensão, o sujeito e o sintoma não são elementos dissociados, em que um infortunadamente se esbarra com o outro. Essa seria uma visão estritamente psiquiátrica, na qual o caso se equivaleria a elencar os sintomas apresentados pela pessoa, como se eles nada comunicassem. Para a psicanálise, o sujeito só existe em relação com seus sintomas, revelados através de sua fala e suas produções, os quais fazem parte da expressão de seu inconsciente.

Nesse sentido, o estudo de caso não diz respeito a uma sucessão de eventos e ações cronológicas relatadas sobre a história do paciente e seu tratamento, visando demonstrar o preenchimento de critérios para determinada patologia. Tampouco é uma formalização teórica que aponta para um saber absoluto e seu resultado sobre a vida do paciente, visando estabelecer um conhecimento fechado. Para Figueiredo (2004, p.6), o tratamento psicanalítico poderia ser resumido como “o feliz encontro entre as ferramentas conceituais do analista e as contingências de uma história”, culminado nos efeitos positivos que isso pode ter sobre o sofrimento do sujeito.

Essa autora nos ajuda a entender as especificidades da construção do caso em psicanálise e a potência dessa metodologia (Figueiredo, 2004, p.5-6):

o relato clínico que se apresenta rico em detalhes, cenas e conteúdos é a história. O caso é produto do que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato. Portanto, a história pode ser fatigante, se muito detalhada, e o caso será morto se for reduzido apenas a uma fórmula. [...] trata-se sim de colocar em jogo os significantes do sujeito, suas produções com base na elaboração em análise, e a resposta do analista em seu ato com os efeitos que daí advenham para cernir certos significantes numa composição mais esquemática, visando decantar a história e traçar o caso a partir do discurso. Só assim será possível recolher dos infindáveis detalhes de uma história a direção de um caso. Enfim, uma história deve se fazer caso para que se possa trabalhar em psicanálise

Partindo da concepção de Ferrari (2011), é importante frisar que quando se utiliza o relato clínico como método de pesquisa em psicanálise, deve se considerar que a escrita do caso não corresponde à verdade dos acontecimentos, carregando consigo um caráter de ficção. Primeiro pelo entendimento de que aquilo que o paciente produz nas sessões também não nos fala de uma verdade soberana, podendo ser entendido como uma narrativa ficcional dele mesmo. Depois, porque entre o vivido na sessão e o tempo transcorrido até a hora em que se conta ou se escreve sobre essa experiência, se modificam as impressões desses acontecimentos, editados pela memória e pelo processo secundário do terapeuta.

Além disso, a tradução de um fato vivido na ordem do simultâneo, em que a cena foi vista, ouvida, sentida, para um código oral ou escrito, da ordem do sucessivo, jamais permite capturar o todo da experiência. Há elementos que não podem ser descritos, pois dizem respeito às sensações que acompanharam os fatos relatados: sons, os cheiros, a temperatura, a luz, o tom e o ritmo da fala, os quais compõem o clima emocional da sessão. Deste modo, o relato de um caso é como uma história literária, na medida em que precisa ser transformada e rearticulada, para que se adapte ao formato da linguagem escrita. Ainda assim, a leitura do relato não é estanque, pois não passa ilesa pelas impressões e pelo julgamento do leitor. Diante dessas constatações, Ferrari (2011) lança as seguintes questões: O que faz com que um relato se diferencie

de um conto literário? E como pode então ter caráter de científico um relato psicanalítico?

Para que a narrativa ganhe status psicanalítico, ela deve ser mais do que uma apresentação dos sintomas no transcorrer da biografia do paciente. Em realidade, será o oposto: a história dos sintomas é que irá narrar o sujeito, revelando sua história relacional. No entanto, para que a vida do paciente transcenda o real dos sintomas, a narrativa “deve estar atravessada por fundamentos metapsicológicos” (Ferrari, 2011, p.123). A trama do sujeito deste modo se universaliza como um saber, permeada por esse recurso da metapsicologia psicanalítica, que explica como ler o material, e ao mesmo tempo permite que se capture aquilo “que não é diretamente representado em palavras” (p.126).

Para Aisenstein (2016), a narrativa sobre um paciente sempre é um romance, uma história original e fictícia co-criada pelo par analítico. A psicanalista destaca, ainda, que temos acesso apenas a algumas frações da vida de nossos pacientes, e alguns fragmentos podem não se encaixar no romance que criamos a seu respeito. No entanto, Aisenstein esclarece que aceitar que uma análise e seus relatos sejam ficção não significa julgá-los como falsos. O fundamental é descobrir como transformar nossas ficções cotidianas da clínica em verdades que podem orientar o trabalho de outras pessoas.

A construção do caso na pesquisa psicanalítica é assim “a reapropriação do saber pelo analista na condição de pesquisador. Finalmente, este saber que é depositado é um produto. Este produto é o ponto de basta feito pelo pesquisador na condição de analista/praticante” (Figueiredo 2004, p.6). Através das pesquisas psicanalíticas, de acordo com Figueiredo, visa-se compartilhar as implicações que este saber singular e maleável pode ter sobre o advento de um novo.

É a partir de tais premissas que nesta pesquisa abordarei os casos de Ângelo e de Lion. Nas descrições dos casos, não serão expostas informações que possam identificar suas reais identidades. As falas dos meninos, ou de seus pais, não serão transcritas integralmente ou de modo literal, sendo mantidas apenas as informações fundamentais para a compreensão do processo do tratamento. As descrições dos

casos serão intercaladas pela discussão com a teoria psicanalítica, especialmente sobre o Transtorno de Subjetivação Arcaica.

Por último, ressalto que o projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética sediado no Instituto de Psicologia da UFRGS. O protocolo de registro no sistema CONEP tem o número 77339317.6.0000.5334.

5. A CLÍNICA DOS TRANSTORNOS DE SUBJETIVAÇÃO ARCAICA

Cada situação tem sua alquimia criativa, cada situação cria a melodia necessária para que a dança recomece. E a dança nem sempre significa harmonia. Significa movimento, detenção, busca, desencontro, recomeço... Todos esses elementos e muitos mais são parte do que surge no cenário analítico, vez a vez, sessão a sessão. Ao longo de dita representação, irá se formando um tecido tênue, contraditório, policromático, mutante e maleável, que justamente concederá o nome à obra: processo de simbolização (Guerra, 2013, p.600-601).

Neste capítulo, serão feitas duas apresentações¹² de casos atendidos pela própria autora deste trabalho. Saliento que os tratamentos ocorreram em momentos diferentes da minha trajetória profissional. O caso Ângelo está situado em uma etapa mais inicial da minha prática clínica. Na ocasião deste atendimento, eu já conhecia o psicanalista Victor Guerra, bem como algumas de suas ideias, mas na época ele próprio estava desenvolvendo seu pensamento e suas produções. Guerra inclusive conheceu o caso desse primeiro paciente, através da terapeuta que atendia a mãe de Ângelo, a qual supervisionou esse atendimento em um grupo de estudos que o autor coordenava sobre parentalidade. Eu cheguei a participar de uma dessas supervisões, por sugestão de Guerra, visando integrar aspectos da história relacional mãe-criança e do próprio tratamento.

Na apresentação do caso Ângelo irei abordar mais substancialmente as minhas intervenções e postura junto ao paciente, inclusive porque, conforme já mencionado, a mãe do menino tinha sua própria terapeuta, que fazia um trabalho focado na parentalidade. Em razão do longo período de atendimento (5 anos), a metodologia do relato permite explorar inúmeras cenas clínicas fundamentadas à luz dos indicadores de intersubjetividade e do transtorno de subjetivação arcaica.

Já a apresentação do caso Lion terá uma abordagem um pouco diferente, evidenciando mais os aspectos rítmicos do trabalho construído junto à família do

¹² O termo “apresentações” será usado, mantendo coerência com a linguagem adotada por Victor Guerra em seus escritos. Ele utiliza essa expressão, pois entende que ao receber um caso, o termo diz respeito à forma com a família transmite, apresenta seu sofrimento (Guerra, 2017).

paciente. Quando recebi Lion para atendimento, eu já tinha uma caminhada maior nos estudos e na prática com a psicopatologia da infância, e também já participava do grupo de estudos com Victor Guerra. Portanto, esse tratamento está inserido em um período mais maduro da minha experiência como psicóloga especialista em psicoterapia da infância e adolescência. Por este motivo, eu me sentia mais segura para permitir e compreender a necessidade de uma participação maior dos pais dentro do tratamento. Não obstante, o tempo de duração deste atendimento foi bem menor em relação ao caso de Ângelo, oferecendo menos oportunidades de exploração do material das sessões (1 ano e 3 meses, aproximadamente).

Obviamente, muitas intervenções que foram feitas nas sessões com Lion foram semelhantes às realizadas com Ângelo. Mas para não me tornar redundante e repetitiva, optei por abordar outros aspectos que considerei que poderiam enriquecer mais o entendimento da clínica dos transtornos de subjetivação arcaica.

De todo modo, em ambas as apresentações clínicas busquei organizar o material da seguinte forma: inicialmente fazendo uma apresentação geral dos pacientes, de modo a compor uma breve história de seus sintomas; depois, explicando porque considerei os pacientes como se situando nos limiares do Transtorno do Espectro do Autista; e em seguida apontando elementos da história relacional de cada um deles que me levaram a pensar que os casos poderiam ser melhor explicados pelo Transtorno de Subjetivação Arcaica. Por fim, as evoluções dos pacientes foram inseridas dentro de uma dinâmica de três tempos, relativas aos três princípios da Lei Materna do Encontro (Guerra, 2016).

5.1 Caso Ângelo

Ângelo é um menino que chegou para atendimento no início da idade escolar. Pelos relatos da mãe, fico sabendo que ele foi fruto de uma gravidez inesperada. A mãe, Laisa, mesmo adulta, era ainda muito dependente emocionalmente de seus pais e sentia-se despreparada para a maternidade. A família também não a julgava capaz de ter um filho. No entanto, Laisa, que crescera sempre deprimida e desvalorizada, viu sua energia mudar completamente durante a gestação, disse que ficou ativa e muito

feliz. Logo após o parto, porém, sua depressão retornou. Em todo o desenvolvimento de Ângelo, o relato de Laisa é de medo e insegurança nos cuidados. A família, ao mesmo tempo em que a ajudava, passava a criticando como mãe.

Laisa conta que sua energia foi sugada completamente pela operacionalidade das tarefas domésticas e maternas, estava sempre cansada, de modo que pouco se lembra das características do filho quando bebê. Recorda ter pensado para si “Eu não posso ter filhos”. Após o nascimento de Ângelo, conflitos na relação do casal parental foram se intensificando. Nos últimos anos, antes do início do tratamento, os pais não eram mais capazes nem de estabelecer diálogos cotidianos: ou estavam discutindo, ou viviam em um completo silêncio dentro de casa. Ângelo mostrava-se alheio à situação. Os acontecimentos a sua volta não eram explicados a ele, tampouco ele era informado sobre a rotina de cada dia. Como ele não questionava ou se queixava, os familiares achavam sempre que ele estava bem, e não se preocupavam em inseri-lo em narrativas sobre sua vida.

Depois de muitos encaminhamentos escolares, Ângelo chega para tratamento psicoterápico aos oito anos. Era na época um menino passivo e submisso, costumava brincar isolado dos colegas, por vezes na aula ficava virado de costas para a professora. Tratava todos a sua volta pelo nome próprio, jamais usando a referência de parentesco ou de relação. Logo percebo que a linguagem para ele não tinha o sentido que tem comumente para as pessoas. Os vocábulos eram como adesivos, e não símbolos. Por isso não era capaz de informar quase nada a seu respeito, respondia “Sei lá” ou “Não sei” à maioria das minhas perguntas, estranhando-as, como se as palavras não pudessem compor um texto que comunicasse algo a respeito dele. Outras vezes, respondia de modo operacional, por exemplo: “Legal. Bom. É.”. Mas ao tentar aprofundar essas opiniões, notava que ele não sabia por que ou como sustentá-las. Ou então dava respostas agarrando-se em elementos concretos que encontrava a sua disposição, por exemplo:

T: E do que tu mais gostas de brincar?

G: Com isso. (Pega os soldadinhos na caixa terapêutica)

T: Tu brincas com soldadinhos em casa?

G: Sim.

T: É?

G: O quê?

T: Do que tu costumava brincar em casa?

G: Com essas coisas.

Eram respostas que Ângelo aprendeu estrategicamente a dar para satisfazer demandas sociais, e que poderiam dar a falsa impressão de que ele estava estabelecendo efetivamente uma conversa.

Através das avaliações escolares antigas e de relato dos profissionais da escola, fico sabendo que Ângelo foi um bebê que apresentou atrasos e dificuldades importantes na relação com o outro. A fala demorou a surgir, e o menino era bastante impulsivo, tinha crises de irritabilidade, por vezes se batia ou batia nos outros. Ao longo dos anos foi recolhendo-se do contato e tornando-se mais passivo. A imagem de concha ou carapaça, sugerida por Tustin, reflete o fato de que essas crianças parecem encontrar um modo de viver em que ficam recolhidas dentro de uma casca rígida, que encapsula e protege o ego sensível e vulnerável. “Por seu retraimento, sente que volta as costas duras para proteger sua frente suave” (Tustin, 1984, p.47).

Aos 8 anos, Ângelo costumava imprimir em seu rosto um leve sorriso fixo, como se estivesse sempre tranquilo, feliz. Aceitou sem qualquer resistência desde o princípio entrar sozinho nas nossas sessões. Era indiferente diante da condição de ter que estar ali. Fora o usual abraço de cumprimento na chegada, recusava-se a ter algum contato físico, como dar a mão no caminho até a sala de atendimento. Algumas vezes durante a consulta me perguntava, intrigado: “O que tu está olhando?”. “Estou te olhando, te conhecendo”, eu respondia. Isso não parecia lhe fazer sentido, percebia que ele achava esquisito que eu o olhasse pelo simples fato de desejar olhar para ele. Havia um estranhamento do porque eu fazia perguntas a seu respeito. Eu poderia supor que ele gostasse, mas seria pretensão dizer isso, pois naquela época apreciar algum afeto não era uma atividade psíquica desenvolvida. Lembrei-me do que Alvarez (2012, p.178) fala a respeito de pacientes que apresentam “uma indiferença crônica acerca das relações, que vai muito além do desespero. Nada se espera”.

As vias de obtenção do prazer de Ângelo estavam absorvidas pelas sensações corporais. Ele cheirava tudo que tocava, deslizava seus dedos por superfícies quase que todo o tempo, se mexia bastante e alguns movimentos pareciam estereotípias ou

tiques motores, tais como fazer caretas, estalar os dedos e torcer as mãos. Durante as brincadeiras, quando angustiado, fazia movimentos repetitivos ou giratórios com os brinquedos. Guerra (2016) refere a respeito dessas crianças que apresentam um excessivo apego sensorial aos objetos, que o que elas buscam não é reviver uma continuidade identitária com o que os liga aos objetos de amor, mas experimentar uma sensação contínua, já que seu processo de subjetivação está malogrado. Assim, no lugar dos fenômenos da intersubjetividade e da dependência ao cuidadores, institui-se uma aderência adesiva e superficial aos estímulos sensoriais (repetição de sons, vídeos, músicas, movimentos).

Tustin (1984) também contribui para pensar esse funcionamento. Ela explica que a forma de relação que se estabelece nessas condições é plana, bidimensional, concreta. Ou seja, está atrelada essencialmente às superfícies e sensações que os objetos oferecem, não reconhecendo que eles tenham uma dimensão de profundidade. Os sons, os gostos e as imagens são igualmente experiências táteis e sensuais. O sentir não está ligado ao significado dessas experiências, mas ao efeito de deslizar os olhos e a língua pelos objetos, e experimentar o som que toca em seus ouvidos. Ao ignorar o olhar e desligar-se do que escuta, a pessoa cria a sensação onipotente de que aniquila o que está a sua volta. Em razão dessa forma plana de viver no mundo, não é capaz de representar que possui um espaço interno, logo sentimentos, pensamentos e fantasias não parecem habitar sua mente e nem a dos outros. É como se essas crianças estivessem em um estado latente, aguardando oportunidades no ambiente favoráveis ao seu nascimento psicológico.

Em pouco tempo descobri que Ângelo recusava-se, por exemplo, a ser consolado ou reconfortado pelas pessoas. Recordo que antes das nossas primeiras férias, quando comentei que sentiria sua falta, ele disse sem qualquer pudor nunca sentir saudade das pessoas. No futuro, muitas vezes me veria descrevendo as sensações físicas de um afeto para ele, na tarefa de ajudá-lo a integrar suas vivências somatopsíquicas, que ficavam dispersas pelo corpo.

Nos primeiros encontros com Ângelo, recordo como inaugurou algumas de suas produções gráficas: inicialmente desenhou um vulcão, depois, em outra folha, uma

praia solitária – a praia que o paciente apreciava muito frequentar, reduto de sensações junto ao mar. Representações gráficas contrastantes entre a fúria contida da natureza (vulcão), e a aparente paz que nos transmite os oceanos. Em seguida, um novo desenho: surge uma figura humana nessa paisagem praiana deserta, talvez sinalizando o reconhecimento de que alguém pedia passagem para habitar esse lugar vazio tão familiar e apreciado por ele.

Outro ponto que chamava atenção em Ângelo era que ele fazia desenhos em uma sequência estereotipada: montanhas russas muito confusas, cheias de loopings, que mais pareciam caminhos de nós, em que não se sabia onde iria terminar. Ele desenhava essas montanhas russas rapidamente, usando somente lápis, e passava a seguir seus contornos com os dedos aderidos ao papel, percorrendo todas as curvas do looping, como se estivesse andando nelas, capturado pela sensação que parecia advir dessa “viagem”. Nessas instantes, se desligava de mim.

Passei a pensar que ele estaria ali em parte reproduzindo nesses desenhos a maneira como vivia subjetivamente sua rotina semanal: para cima e para baixo, dando voltas e voltas sem saber onde iria chegar, desconectado de seu entorno. Ângelo disse certa vez que nunca havia andado em uma montanha-russa, mas achava que devia dar muito medo. Seu dia-a-dia era muito inconstante: atrasos para ir para a escola, o desconhecimento de quem o buscaria após cada atividade, com quem passaria a tarde e os trajetos que seriam percorridos pela cidade. Nada disso lhe era informado, e ele também não parecia entender que poderia perguntar, ao menos.

Em contrapartida, muitas de suas ações eram feitas sempre dentro de um rígido ritual: Ângelo jamais ia a um banheiro fora de casa, e o uso do banheiro era feito sempre exatamente dentro do mesmo procedimento e no mesmo horário; ao irem a um restaurante conhecido, ele precisava sentar sempre no mesmo lugar. Nas situações em que esses protocolos não podiam se cumprir, o menino ficava muito nervoso e chorava bastante. Também na sessão aparecia essa fixidez de comportamentos. Por exemplo, a casinha terapêutica tinha que ser arrumada sempre do mesmo modo, e ele fica muito ansioso se, ao ajudá-lo, eu trocava algum móvel de lugar.

Além disso, nessa época, sua principal brincadeira em casa era fazer navios e mais navios de papel, seus Titanic's. Ele tinha assistido ao filme e, a cena trágica do navio rachando ao meio e afundando havia se tornado um tema recorrente, colado em sua mente. Nas sessões, por um bom período ele reproduziu sistematicamente nos desenhos esse drama: o navio de Titanic quebrando e *"as 2.000 pessoas apavoradas, pulando no mar"* (sic). Seria o vestígio de um trauma, a imagem onírica de alguma experiência da sua vida emocional não simbolizada, pedindo passagem para ser representada?

O quadro de Ângelo me encheu de dúvidas, era como se ele desconhecesse sua humanidade, e houvesse um frágil reconhecimento de sua imagem e existência. Alguns sintomas me fizeram por vezes cogitar um diagnóstico na linha do transtorno do espectro autista. Para o preenchimento dos critérios clínicos, até aqui já foram citados sintomas dentro de duas grandes áreas:

- 1) Déficits na comunicação e interação social: Ângelo apresentou atrasos na aquisição da linguagem; tinha dificuldades de leve a moderadas para se relacionar com pares, estabelecer diálogos, compreender e ingressar em uma interação triádica mais complexa. Sua capacidade simbólica era inoperante, e suas brincadeiras tinham comumente um caráter de descarga e de equação simbólica¹³.
- 2) Comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos: Ele migrava de tempos em tempos por interesses restritos (filme Titanic, montanhas russas e baleias) e possuía alguns rituais rígidos que geravam sofrimento quando não eram cumpridos.

Todavia, ao lado de seus prejuízos, também havia recursos que poderiam inclusive mascarar bem seus déficits, e foi justamente por este motivo que ele chegou tão tardiamente para tratamento. Poderíamos hoje enquadrá-lo nessa categoria limítrofe dos transtornos do espectro do autismo, ao qual me refiro nesse estudo.

¹³ Esse conceito foi desenvolvido por Hanna Segal (1983) para designar um modo de representação concreta, em que o símbolo é igualado ao objeto primordial que despertou a carga afetiva. "A diferenciação entre o eu (self) e o objeto fica obscurecida. Então, já que uma parte do ego é confundida com o objeto, o símbolo - que é uma criação e função do ego - torna-se, por sua vez, confundido com o objeto que é simbolizado." (Segal, 1983, p. 83).

Aos poucos, comecei a pensar em Ângelo como um menino com falhas importantes em seu processo de subjetivação. Ele oscilava entre momentos de maior conexão e acesso a uma intersubjetividade, e outros de importante alheamento de si mesmo e dos outros, com limitada capacidade simbólica, tal como descreve Guerra sobre os transtornos de subjetivação arcaica. Lembrando que Guerra (2016) pensa que esse seria talvez um quadro de evitamento relacional, possivelmente em decorrência de aspectos constitucionais que indicam uma hipersensibilidade sensorial da criança, dificultando o contato com o ambiente familiar. A seguir, esclareço melhor o que me fez considerar que tal conceito poderia auxiliar na compreensão das condições clínicas de Ângelo.

Com relação a uma constituição sensível, reitero sua sensorialidade aguçada, com hipersensibilidade olfativa, gustativa, tátil, e arrisco a dizer inclusive fotossensível. Mais de uma vez em suas brincadeiras com a família de bonecos ele representou um bebê que tinha medo da luz, e por isso escondia-se no guarda-roupa. Ângelo tinha o costume de cheirar tudo a sua volta, e eventualmente até lambe, para sentir o gosto dos objetos. Conhecia as coisas do mundo pelo seu odor. Sabia distinguir a qual colega pertencia um casaco da escola somente cheirando-o. Recordo, no entanto, das vezes que disse que ele próprio não tinha um cheiro.

Ângelo apresentava também uma sensibilidade emocional extrema, mas que não passava pelo processo secundário do pensamento. O conceito mencionado de “hiperdiscriminação perceptiva”, da Laznik (2009, 2013), parece muito apropriada a essa super sensibilidade afetiva. Nas sessões comigo, muitos foram os momentos em que fiquei atônita com a suscetibilidade dele ao meu estado mental e emocional. Como exemplo, cito a seguinte situação: certa vez, antes de buscar Ângelo na recepção, desabafo com minha colega que o paciente que eu atenderia vinha brincando a muitas sessões de tsunami, e que eu sentia-me exausta dessa brincadeira. De maneira humorada, digo “Bem que a gente podia variar, de repente hoje podia ser terremoto”. Despeço-me da colega, vou até a recepção chamar o menino e quando chegamos à sala de atendimento, Ângelo diz: “Hoje nós não vamos brincar de tsunami, vamos brincar de terremoto!”. Sinto um frio a percorrer a espinha e arrepiar a pele.

Outras passagens, relatadas pela mãe, também ilustram bem essa sua condição: Em um evento em família todos os parentes dão as mãos para rezar. O clima familiar era sempre pesado, conflituoso, cheio de acusações e ressentimentos. No momento em que todos se tocam, Ângelo se põe a chorar, inundado de lágrimas, deixando perplexa sua família, que não entendia o que estava acontecendo, já que ele se mostrava sempre “bem”. Ângelo nunca soube colocar em palavras a carga emocional experimentada neste dia. Em outro momento, em um evento organizado pela escola, ele e a mãe deviam trocar massagens. Primeiro Ângelo massageou as costas da mãe, e no momento em que a cena se inverte, e Laisa toca as costas do filho, mais uma vez ele é invadido por uma emoção sem palavras, pondo-se a chorar, deixando a mãe comovida e confusa.

No tocante à construção de um ritmo favorecendo o crescimento psíquico, muitas eram as evidências de sua disritmia. As histórias que ele dramatizava com a família de bonecos na casinha terapêutica seguiam um estilo que Ângelo por vezes denominou de “*filmes de terror*” (sic): invasões de dinossauros devoradores, desastres naturais e tragédias, nas quais nunca havia saída ou resolução. Para mim, essas sessões eram angustiantes e cansativas. Não havia uma temporalidade cíclica nas brincadeiras regulando estados emocionais transitórios nos personagens, assegurando a confiança de que após o caos se experimentaria momentos de paz. Inúmeras vezes peguei-me querendo forçar um desenrolar apaziguador para a brincadeira, para aliviar minha aflição; mas Ângelo não aceitava, essa não era sua experiência subjetiva sobre como se desenvolviam os acontecimentos da vida.

Passei a considerar que esses eram relatos da história emocional de Ângelo, comunicando falhas na instauração de uma lei que mediasse seus ritmos biológicos no contato com o mundo, e traduzisse essas experiências. Ao que sugere, suas experiências arcaicas junto ao ambiente tiveram o registro de susto, instabilidade, ameaça à integridade do self, como se a qualquer momento seu universo pudesse ruir. E não havia a confiança de que uma presença viva que poderia resgatá-lo desses perigos eminentes, permitindo a tranquilidade dos recomeços.

Cito outro momento significativo dos atendimentos que nos dão indícios de seu funcionamento psíquico. Trata-se de um dia em que Ângelo verbaliza que não consegue ter ideias para brincar na casinha, angustiado, pede minha ajuda:

T: ...Quem tu vai ser daí?

A: Não sei.

T: Posso ser essa, a mamãe?

A: Não, tu vai ser esse, o filhinho.

T: Está bem, e tu?

A: Não sei, eu vou ser todos.

T: Todos?

A: É.

T: E dá para ser todos?

A: Eu não sou nenhum deles, mas vou ser todos através de cada um.

T: Como é que é isso?

A: É que eu não sou ninguém.

T: Tu não és ninguém..? Não é possível!! (Falo em tom humorado e ele sorri)

A: Eu não sou ninguém, mas vou ser todos eles.

T: Está bem, tu me ensinas como é que se brinca assim, sendo ninguém sendo todos, então.

A: É fácil...

Para mim, esse exemplo elucidava como para ele tudo que o cercava era tratado como uma extensão relativamente indiferenciada, contínua de seu corpo, não tendo adquirindo ainda clareza de um senso de self, com capacidade para se individuar e se apropriar de seus pensamentos.

Até aqui, busquei realizar uma apresentação do quadro geral de Ângelo. A seguir, iriei apresentar cenas que ilustram a minha técnica e entendimento de uma psicoterapia que tem como base um diagnóstico sustentado pelo conceito do transtorno de subjetivação arcaica e pela via da intersubjetividade. Tal relato foi organizado através dos três princípios da *Lei Materna*, assinalados por Guerra (2016). Alguns indicadores de intersubjetividade serão também um guia clínico das evoluções do caso.

Primeira Lei: Respeito ao ritmo próprio do sujeito e co-criação de um ritmo comum

Intercâmbio de Olhares e Vocativos Atencionais: espelhando e narrando seu universo de percepções:

Lembro Guerra (2009,2014a), sobre o primeiro dos indicadores de intersubjetividade: a troca de olhares. Em nossa cultura, o olhar representa a primeira porta para uma interação e para um contato emocional com alguém. Portanto, a qualidade do olhar indica muito sobre o que se passa no mundo interno do outro. É através do olhar que se inaugura o encontro do bebê com seu ambiente. Deste modo, observar na criança o grau de vitalidade, de interesse e de intensidade na interpenetração do olhar, ou então a sua recusa ou fragilidade, nos indica o tipo de apego e de vínculo que estabelece com seus cuidadores.

No caso de Ângelo, seu olhar era raso, pouco revelador. Seus olhos muito escuros aumentavam essa sensação, pois a íris confundia-se com a pupila, não permitindo inferir suas reações. Recordo uma ocasião em que ele estava mais desorganizado na sessão e fez um desenho bastante confuso, com uma mistura de elementos bizarros. Em uma parte do desenho estava um olho desenhado e logo abaixo escrito “olho duro”. Penso que essa era a representação arcaica que ele tinha sobre o encontro de olhares: os olhos como superfícies impenetráveis, pétreas, através do qual não era possível mergulhar para dentro do universo e da mente do outro.

Intuitivamente, fui me dando conta de que precisava funcionar para Ângelo como um espelho, algo que comprovasse que tinha um corpo no espaço. Os passos do garoto eram sempre muito rápidos, sendo difícil acompanhá-lo, e tento então buscar seu ritmo, espelhando os movimentos das pernas dele nas minhas, sem entender ainda muito bem àquela época o objetivo disso, mas percebendo que Ângelo apreciava.

Pensando na importância da imitação para o nascimento da subjetividade, o espelhamento feito pelo ambiente cuidador é uma experiência fundadora da imagem do eu, central para o processo de “construção do verdadeiro self e da regulação dos afetos” (Guerra, 2014b, p. 19). É como se ao mimetizar os passos de Ângelo, eu validasse seu corpo, seu tempo, inscrevendo sua identidade rítmica. A comunicação inconsciente seria: “Há outro fora de mim e o gesto e emoção que saem de mim são recebidos por ti e não se perdem. Quando me são devolvidos, sinto que existo” (Guerra, 2014b, p. 19).

Ainda nos primeiros tempos do tratamento, havia momentos em que a sessão se constituía apenas de uma narrativa que eu fazia sobre seus gestos. Como se fosse um bebê, narrava por onde passeavam seus olhos, seus dedos, esclarecia os sons que o assustavam durante os atendimentos, traduzindo seu universo perceptivo.

O olhar é uma das formas iniciais de organização do eu corporal da criança, na medida em que se pode reconhecê-la e espelhar o que se percebe que se passa no seu mundo interno, estabelecendo com ela um “diálogo tônico”. Ou seja, o adulto cuidador concebe a gestualidade do bebê como uma forma precoce de comunicação, atribuindo a ele ludicamente intenções, que são traduzidas com palavras (Guerra, 2014b, p.11). Compreendo que revivi esses episódios com o paciente, mesmo que ele já não fosse a tempos um bebê:

Ângelo estava sentado à minha frente, olhava fixo para o plug da luz.

T: Hum, tu estás olhando o plug da tomada...

A: (Surpreso) Eu já disse que eu gosto de fazer isso!

T: Eu sei, por isso que reparei. Tu gostas também de olhar a luz...

Ele mexe os dedos pela cadeira.

T: Agora teus dedos são patinadores...

A: O quê..? Eu brinco disso! (Surpreso)

T: Sim, eu sei, tu que gostas de imaginar que teus dedos são patinadores patinando na neve... Tu gostas também de imaginar trombas de elefante passando pela grade, assim (reproduzo).

A. Ou três trombas... (Ele me mostra com os dedos)

T: Isso mesmo, lembro das coisas que tu contou que gostas de fazer.

Ele tem o sorriso contido no rosto, parece gostar que demonstro conhecê-lo, e busca dar continuidade a essa interação.

T: Agora tu estás olhando o outro plug da luz... Agora teus olhos estão seguindo um mosquito...

Ritmicamente, estamos numa dança que simula um diálogo que transcende o verbal. “Palavra, gesto do rosto, tom de voz e ação motriz se conjuntam para auspiciar um clima lúdico no encontro” (Guerra, 2014b, p. 15). Nisso, dois aspectos se sobrepõem: ritmo e estilo lúdico de comunicação. Deste modo, vou tomando suas ações, seus movimentos como comunicação de sua vida mental, permitindo que as palavras criem bordas, circunscrevendo as vivências de seu self e marcando uma identidade.

Este relato evidencia também a maneira delicada como tento me fazer presente psiquicamente para Ângelo, estando atenta a tudo que o interessa e buscando captar sua atenção para enlaçá-lo em um processo intersíquico de simbolização. Pode-se observar que a priori não predominava na sua forma de se relacionar uma intenção de capturar o olhar do outro e compartilhar com ele ativamente algo de seu interesse, o que nos indicaria um fenômeno intersubjetivo mais avançado, relativo ao assinalamento protodeclarativo. Mas à medida que Ângelo vai sentindo que sou uma companhia viva (Alvarez, 1994), acompanhando cada gesto seu, co-partilhando afetos e percepções, ele começa a se envolver nesse jogo intersubjetivo, e passa a testar se consigo acompanhá-lo, mantendo-o ritmicamente em continuidade dentro da minha mente. Ao atrair intencionalmente minha atenção através do olhar, ingressamos no que Guerra (2009) chama de vocativos atencionais do bebê.

Eu me esforço para co-criar o sentido de nossas vivências, observando toda oportunidade para tecer comentários sobre aquilo que o atrai no universo que nos cerca. Penso que essa atitude retrata uma forma de se fazer uma presença simbolizante, sugerida por Guerra (2013, 2017). Os adultos que se ocupam de um bebê, fazem isso intuitivamente, tentando captar seu interesse e introduzir elementos novos, externos a eles mesmos. Isso fala do fenômeno da atenção conjunta, fundamental para inaugurar as relações triádicas. Para isso, os cuidadores se utilizam de sons e vocativos carregados de emoção e ludicidade, que são como pontes que os ligam ao desejo da criança; e a seguir tecem narrativas sobre os eventos e objetos, com a intenção de cativar emocionalmente a criança. Esse gesto tem a potência de comunicar ao bebê o prazer de descobrir o mundo e servir como um modelo de como orientar-se frente às novas experiências na companhia de seus semelhantes.

Jogos cara a cara e imitação: introjetando uma presença simbolizante

A caixa terapêutica de Ângelo possuía em ambos os lados um furo com diâmetro de aproximadamente dois centímetros. Decorrido certo tempo que nos conhecíamos, em muitos momentos, eu e a Ângelo nos olhávamos no início da sessão

através desses furos, olho no olho, por vezes numa comunicação sem palavras. Sentia-me a validar que o enxergava verdadeiramente, que havia materialidade/substância no seu eu.

Mais adiante, eu trouxe para sessão um papel pardo no qual Ângelo se desenhou por inteiro, por dentro e por fora, oferecendo recursos para mobilizar um trabalho de inscrição e representação de seu corpo erógeno, de imaginação de seus espaços internos, e construir uma imagem integrada de si. Eu sempre deixava esse material junto da sua caixa. O papel pardo enrolado passou a ser outro meio de exploração visual e sonora entre nós. Ora ele me olhava por ali como em um binóculo, ora falava através desse canal ou o colocava no ouvido para escutar eu dizer-lhe alguma coisa. Estas situações ocorreram muitas vezes ao longo de quase todo tratamento, e entendo que podem ser entendidas como uma versão dos *jogos cara a cara*, que são um dos fenômenos de intersubjetividade (Guerra, 2009).

Daniel Stern (1980) ocupou-se bastante de compreender a estrutura desses jogos. Eles se constituem em uma variedade de gestos e expressões faciais que o adulto faz, geralmente acompanhado de sons, os quais vão sendo repetidos com pequenas variações, com a finalidade de atrair a atenção da criança. Inicia-se com a troca de olhares, parte para uma mudança no semblante da mãe/pai, seguido por uma resposta do bebê (seja de forma motora, verbal ou por um sorriso). O jogo se mantém com algumas pausas regulares que visam permitir uma regulação emocional por parte do infante, se reinicia, e o cuidador introduz pequenas mudanças na conduta e no semblante que mantenham o interesse da criança; assim o ciclo se repete de maneira ritmada e carregada de prazer para ambos. “No encontro de olhares, a voz, o corpo, o movimento põe em jogo movimentos rítmicos que pautam sensivelmente o encontro e o desencontro” (Guerra, 2013, p.588).

Lembro que muito rapidamente, Ângelo começou a captar algumas idiosincrasias minhas. Por exemplo, quando não escuto ou não entendo algo, costumo dizer “Oi?”, no intuito de que a pessoa repita o que falou. No início ele não entendia essa comunicação e respondia “oi” de volta. Após eu explicar porque eu falava assim, ele achou engraçado e por vezes chegava à sala de atendimento, sentava,

me olhava, e dizia “Oi?”, buscando imitar meu comportamento e iniciando um interludicidade, já que havia humor nessa imitação.

Na criança, a imitação é o alicerce das experiências de introjeção, que permitem capturar o outro dentro de si (presença) e aos poucos suportar sua ausência e separação (Guerra, 2014a). Nessa linha, quando Ângelo passou a me imitar, isto pôde ser entendido como um sinal de que passei a habitar seu psiquismo, seu mundo interno antes tão vazio, oferecendo a ele referências identificatórias significativas para a construção da sua subjetividade.

Esconde/Acha: o bebê perdido e o reencontro com um “eu”

Uma brincadeira em especial que Ângelo desenvolveu na casinha no início dos atendimentos foi marcante para mim. Em princípio, estava mais em consonância com uma equação simbólica: um bebê que nascia sem a mãe perceber, que estava perdido, e se movia como mosca tonta pela casa, mas ninguém o enxergava. Segue nosso diálogo:

T: Ângelo, tu viste que esqueceu o bebê da família? Semana passada ele nasceu e ninguém viu. Hoje nem tu viu ele...

A: É mesmo.

Eu insiro o bebê na brincadeira falando:

T: Gente, olha, um bebê, nasceu o bebê, vocês viram?

A: Não, o bebê não é da mamãe, ele está perdido...

T: Um bebê perdido, vamos cuidar desse bebê. Vamos dar um nome para ele.

A: Daí tu dizia o nome dele bem alto... (Fala sussurrando)

T: Tá, qual pode ser o nome dele? (Sussurro de volta)

A: Humm... Humm.... (pensando) ...Ângelo.

T: Olhem bem, o nome dele é ÂNGELOOOO!!!!!!

Ele encena as pessoas se assustando.

A: Aí tu pedia para todo mundo repetir o nome dele. (Sussurrando)

T: Você sabe o nome dele? – Pergunto a cada um dos personagens da brincadeira e ele encena as respostas: “Ângelo!”

A brincadeira prossegue com a boneca mamãe inserindo esse bebê na família e os parentes estranhando sua chegada com sustos e perguntas. Como sempre há uma invasão de dinossauros que desejam atacar todos. Encerramos a brincadeira e quando vou guardar a caixa no armário Ângelo vai para trás da cortina. Brinco:

T: Cadê o Ângelo? Ué? Ângeeloo?

Seus pés e pernas aparecem sob a cortina. Após dramatizar certo mistério, puxo a cortina e digo: “Achei!!!!”.

Ângelo parece satisfeito como um bebê.

O bebê perdido nessa brincadeira, no meu entendimento, se refere à falta de coesão que Ângelo sente entre seu corpo físico e seu “eu”, na relação com os outros. Assim, a brincadeira de esconder, por sua vez, um dos indicadores de intersubjetividade assinalados por Guerra (2014b, 2014c), ensaia aqui nesse exemplo a tentativa de compreensão psíquica de presença e ausência não somente no que tange à separação com relação ao outro, mas em um sentido bastante primário, de estar e não estar no mundo, de realmente existir ou não, já que Ângelo até este momento não se sentia visto e permanecendo a cada encontro. A possibilidade do ser achado, descoberto, revestindo o suspense da espera de prazer, abre caminho para a imaginação perante o vazio e em direção à representação mental de si e dos outros.

Segunda Lei: Espelhamento, tradução e transformação de suas vivências afetivas

Após cerca de um ano de atendimento, chega um momento em que pela primeira vez Ângelo desenha o navio inteiro do Titanic em uma versão colorida, navegando pelo mar ao lado de dois golfinhos. No dia em que fez essa produção gráfica, estávamos em uma sessão conjunta: eu, ele, sua mãe e a terapeuta de sua mãe. Seríamos nós duas (as terapeutas) os dois golfinhos que acompanhavam a história do Titanic em uma viagem diferente? Mais para o final do caso, veremos que o golfinho assumiu a imagem de um personagem que representa a interludicidade: o encontro lúdico e prazeroso com o outro, que conduz ao jogo e à simbolização.

Como vimos anteriormente, a Interludicidade implica uma série de ocorrências que indicam de diferentes maneiras um avanço psíquico, tais como o alcance da posição depressiva, a angústia da separação e o fechamento do terceiro tempo do circuito pulsional (Guerra, 2013). A seguir, passagens desse desenvolvimento, que foi central no tratamento.

Jogos de suspense: vivências de susto e prazer (Interludicidade)

Relembro algumas situações em que Ângelo, antes tão sensível a qualquer ruído ou evento inesperado, mesmo na brincadeira, pareceu começar a regozijar-se com circunstâncias em que o inusitado poderia ser vivido como uma experiência agradável. Um ano após o início do processo terapêutico, ao nos dirigirmos para nossa

sala, Ângelo riu lembrando-se do susto da personagem da boneca mamãe na casinha terapêutica, dramatizada na nossa última sessão. Pediu para repetirmos aquela situação.

A cena constituía-se em a personagem da mamãe sendo surpreendida repentinamente por algum gesto ou som, que eu deveria fazer. Toda vez que eu reproduzia isso, Ângelo sobressaltava-se e ria junto com a personagem na brincadeira. Havia um deleite autêntico dele em viver essa emoção, mescla de susto e prazer. Poderíamos supor que a surpresa fora sentida como terror nos primeiros tempos de vida entre ele e seu ambiente cuidador, e essa tenha sido a marca inicial sobre a imprevisibilidade rítmica dos eventos. Até aquele momento, acredito que desligar-se, desconectar-se de seu entorno e de seus afetos fora a saída possível para suportar uma história cheia de descompassos. A partir daqui, pela via da transferência, foi possível ele descobrir e inscrever outras formas de representar o inesperado.

Os chamados jogos de suspense, que estão no rol dos indicadores de intersubjetividade, envolvem uma gama de elementos rítmicos. São jogos que comportam trabalhar o papel da surpresa na vida psíquica, pois ao mesmo tempo em que ficam inseridos em uma estrutura contínua e previsível, oferecem segurança, tornando prazerosa a descontinuidade e o inesperado. Esse jogo exige que a criança processe uma estrutura temporal, já que ele necessita tolerar ativamente a espera, as variações, os intervalos e o mistério inseridos nesse micro ritmos (Guerra, 2014b).

Musicalidade comunicativa: criação de símbolos e de uma linguagem compartilhada

Uma evolução muito significativa no tratamento foi quando Ângelo começou a criar seus próprios códigos linguísticos na sessão. Antes disso, muitas palavras eram barulhos ou elementos acústicos concretos. Por exemplo, algumas vezes o menino se assustava com ruídos de portas ou do ar condicionado, ou então não era capaz de uma discriminação auditiva coerente, em que pudesse julgar se o som se referia ou não a um vocábulo da nossa língua. Sentia-se perdido em meio às percepções sonoras, não conseguindo eventualmente se orientar pelo que era verbalizado.

Para Françoise Dolto, o que há de mais humano é o desejo de se comunicar, e a ausência de palavras traz os maiores riscos de perturbações psíquicas pela desumanização e conseqüente não-estruturação do indivíduo. “Mesmo quando existem palavras, sons... se estes não significam para o sujeito-criança comunicação de uma pessoa com sua pessoa, pode existir uma espécie de brecha na simbolização, capaz de resultar na esquizofrenia” (Dolto, 2004, p.31). As palavras passam a existir assim como barulhos sem sentido, pois não narram as emoções verdadeiras e as sensações, não comunicam a vida, o amor e o ódio pertinente às relações.

Nessa mesma linha, Guerra adverte que não é qualquer palavra que representa um símbolo. Ela tem que vir como ponte de uma lembrança compartilhada. De outro modo, se trata de uma “palavra desafetizada, operatória, ou puro recrudescimento de uma vida intelectual, blindada, desprovida de afetos, tão própria de tantas patologias psíquicas” (Guerra, 2013, p.585). Assim, se ela não está em relação à marca do encontro com o outro, não é símbolo. No caso de Ângelo, como as palavras de seu ambiente não teceram elos, ficaram desvinculadas de si e das sensações do mundo. “Assim, um ruído do exterior lhe parece ser uma resposta a um ‘sentir’ atual de seu corpo, o mundo inteiro das coisas conversa com ele, mas o dos humanos não” (Dolto, 2004, p.31).

Por este motivo, a seguinte aquisição marcou um avanço importante de Ângelo. Não recordo exatamente como, mas chegou um ponto em que estabelecemos que alguns gestos iriam significar situações específicas. Creio que isso se deu em razão de que, em alguns momentos, ele apenas mirava para o que queria fazer esperando que eu adivinhasse o que era. Juntos acabamos co-criando uma linguagem comum. Resolvi registrar nossos códigos em um papel, e cada um significava algo diferente, como: brincar na casinha, brincar com massinha de modelar, ir embora ou fazer qualquer coisa (“nicktchu”).

Já vimos que a protoconversa é o modo como os bebês inauguram suas comunicações verbais, produzindo e imitando alguns sons e observando o efeito que produzem no seu interlocutor. Isso permite sustentar um diálogo imaginário com o bebê e aumentar a qualidade das trocas afetivas. Assim, se estabelece uma

conversação em que o prazer sonoro e das trocas desse jogo têm precedência sobre os significados da língua, assemelhando-se a uma composição musical a dois (Guerra, 2014a, 2014c).

Penso que esses códigos cunhados por mim e por Ângelo na sessão se referem a uma possibilidade de viver ali na transferência a co-criação e o compartilhamento dessa linguagem única da infância, tal como são as protoconversações na relação mãe-bebê. A partir da possibilidade de juntos atribuirmos significado, fazermos ligações com esses gestos e inventar palavras, como “*nicktchu*”, expandiram-se espaços tridimensionais na sua mente, que permitiram o desenvolvimento de capacidades mais simbólicas. Ao mesmo tempo, o prazer dessa gestualidade criativa e comunicativa teve precedência sobre o sentido da linguagem falada.

Objeto Tutor: a construção de uma identidade (o “cachorro”)

Ângelo gostava de realizar trabalhos artesanais. E certo dia mostrou interesse de produzir junto comigo na sessão uma dessas artes. Pediu que eu trouxesse uma garrafa pet pequena com areia, jornal, cola e tinta. Começamos a criar juntos um cachorro, ao estilo papel machê. Foram muitas e muitas sessões trabalhando em cima dessa proposta, dando corpo, forma, cor, vida e identidade ao personagem co-criado, que teve fundamental importância. Escolhemos juntos as cores, o nome, inventamos uma personalidade para o cachorro. O primeiro foi batizado com o mesmo nome do seu cão de estimação de verdade. Escolher um nome abriu uma dimensão especial nessa criação, de entender que os nomes não são arbitrários e nem vem colados às coisas, mas são símbolos atribuídos dentro de um sentido compartilhado.

Ângelo se orgulhou muito de nossa obra, mostrava para sua mãe, que sentia o desejo de produzir algo semelhante junto com ele. Ele pediu para levar esse primeiro cachorro para casa, e tempos depois criamos outro, que seria uma cadela para fazer par com seu cachorro. Essa segunda criação também foi para sua casa. Aqui, começava a ser pensado também o que representava ser um casal, ser mãe, ser pai, ser filho, mas em nível anterior ao complexo de Édipo. Era a capacidade de pensar sobre os

laços familiares que ligavam as pessoas e as relações entre esses papéis. Por exemplo, que em razão disso a única pessoa a quem ele podia chamar de mãe, era Laisa, e ninguém além dele poderia chamá-la assim.

A mãe ficava radiante com essas produções artísticas, maravilhada como uma criança. Combinamos em uma sessão que eles poderiam fazer juntos em casa o bebê cachorro dessa família. Eu sempre tinha a preocupação de não alimentar na mãe sentimentos transferências negativos como ciúmes e inveja, ou acentuar sua sensação de que ela não era capaz de oferecer algo positivo para o filho. Então a encorajava a encontrar junto a Ângelo vivências lúdicas e prazerosas. O bebê cachorro, no entanto, nunca nascia.

No último ano de atendimento, perguntei se Ângelo gostaria que fizéssemos juntos o cachorro filho, o que ele topou. Escolhi dessa vez, conforme sua orientação, uma garrafa pet menor, para representar as diferenças de geração. A produção foi lenta e inconclusiva. Ao final dos atendimentos, tínhamos a forma do cachorro, mas não tivemos tempo suficiente de pintar e nomear nossa obra. Antes de Ângelo ir embora, perguntei se ele desejava levar esse cachorro com ele, finalizar em casa, talvez. Respondeu que não, preferia deixar na nossa caixa, à espera de algum outro momento em que pudéssemos concluí-lo. O tratamento se encerrou assim, em aberto. Entendi que ele comunicava desse modo que sentia que ainda haviam coisas a construirmos juntos naquele espaço, e o cachorro ficava como o representante dele ali, inacabado, aguardando a continuidade de seu processo de subjetivação.

Sobre esses personagens que se co-criaram durante os anos de atendimento, penso que os conceitos de objeto tutor e objeto narrativo, propostos por Guerra nos ajudam a entendê-los. Guerra (2014a) vai às raízes do termo tutor para nos conduzir por suas ideias. Assim, de acordo com o dicionário, tutor é um amparo para sustentar o crescimento de um ser vivo (uma planta, por exemplo); ou então, o substituto legal que irá tomar conta de um bem ou de um indivíduo na ausência do seu responsável. Os objetos tutores são, portanto, mediadores da separação do adulto cuidador e do bebê, em consonância com a função da atenção conjunta, que têm a potência de impulsionar o infante para além e para adiante no crescimento emocional.

Desse modo, o bebê entretém-se com esses objetos, testemunhos do encontro afetivo com o outro cuidador, ficando sob sua tutela enquanto a mãe se ocupa de outra coisa. Ao mesmo tempo, esse jogo lúdico da mãe, que contorna de palavras e empresta vida a esses objetos do cotidiano, oferece para a criança capacidade de entrar no mundo imaginário e narrativo da brincadeira. Aos poucos, esses objetos constituem-se como elementos familiares que carregam marcas, histórias e memórias co-compartilhadas, possuindo um valor subjetivo inestimável, entrando para a categoria do que Guerra denomina de “objetos tutores narrativos”, os quais podem nos acompanhar por toda a vida (Guerra, 2014, p.35).

Deste modo, penso que conforme eu e Ângelo fomos estreitando nosso laço, a percepção de si, do outro e da separação entre ele e as pessoas também foi se consolidando. A ausência e a saudade começaram a ser sentidas e pensadas, e da minha parte, sempre era uma estratégia terapêutica frisar que efetivamente havia sentido sua falta, quando ele não podia ir à sessão ou entrávamos em férias.

Também isso aos poucos foi caminhando junto a uma maior representação da imagem da mãe e do pai. Por exemplo, Ângelo costumava dizer a essa altura que sua mãe era como a personagem “Dori”, do filme “Procurando Nemo”, pois nunca conseguia lembrar-se de nada. Ainda a dor não acompanhava essa percepção, mas sua mente já conseguia achar meios de expressar essas experiências, abrindo passagem para uma elaboração.

O cachorro co-criado foi estruturante dentro desse processo, permitiu representar nascimentos, construir histórias, compartilhar emoções e testemunhar muitos encontros significativos e prazerosos. Nessa forma de trabalhar, baseada na intersubjetividade, estar junto, de forma viva, genuína e gratificante é base fundamental no processo terapêutico, visando a subjetivação.

Como diz Alvarez (2012), com esses pacientes construir significados tem precedência sobre descobrir significados, interpretar. A família de cachorros foi um legado do tratamento, carrega marcas afetivas e narra a nossa história, nossa trajetória. São objetos que têm vida e permanência, por isso podem cuidar, lembrar-nos da nossa ligação ao outro. Os cachorros pai e mãe ficaram com ele, em casa, são

seus tutores. Comigo ficou o cachorro bebê, ainda em vias de construção, para que eu cuidasse dele e não esquecesse sua nascente identidade.

Terceira Lei: Abertura à palavra, ao jogo e à terceiridade:

Abaixo, algumas passagens vão indicando um avanço de Ângelo em compreender o caráter dinâmico e simbólico das palavras, e ampliando sua capacidade de tecer metáforas e elaborar sua história.

O nascimento da linguagem simbólica: uma palavra, dois mundos...

O recorte abaixo se refere a uma cena ocorrida em torno da metade do tempo de tratamento, quando Ângelo tinha aproximadamente 10 anos:

T: E como é o personagem do Bart no desenho? O que ele tem que tu gostas?

A: Sei lá.

T: Por exemplo, o Bart é um menino obediente, bagunceiro...?

A: Bagunceiro.

T: E o que tu achas disso? ...Tu, bagunças ou faz arte às vezes?

A: Não... (Silêncio) Tem dois tipos de arte. Tipo: tem arte de bagunça, e tem arte de fazer assim (aponta para o que está fazendo).

T: Sim, tu estás dizendo que uma mesma palavra pode ter dois significados. Alguém pode fazer arte de bagunça, e fazer arte de desenhar, pintar. E desse segundo tipo, tu és arteiro?

A: Sim.

Acompanhamos acima parte do processo de sua transição até um self verbal, isto é, a possibilidade de abstrair e de permitir que a vivência transmodal, ao nível das sensorialidades, utilizada para apreender o mundo (percepção de textura, cheiro, cor, temperatura, sonoridade) passasse pouco a pouco a ser integrada e incorporada pela palavra. Entretanto, para que a palavra realmente tenha significado, ela precisa acompanhar e envelopar essas sensações físicas, de modo que não matem a experiência, anulando os sentidos (Guerra, 2009).

Consciência Reflexiva: o nascimento da agressividade e das perguntas

Conforme apresentado nos indicadores de intersubjetividade, a consciência reflexiva demonstra uma mudança significativa na organização do self da criança, em que ela já consegue compreender o sentimento das outras pessoas e envolver-se empaticamente nesses afetos, confortando, cuidando, amparando (Guerra, 2009).

Nesta etapa, as crises de raiva podem surgir com maior força. Encontram-se acompanhadas de experimentações que abarcam a pulsão de domínio, isto é: o prazer de possuir e de se opor ao outro. Ou então aparecerem diante de situações de intolerância à frustração e à separação, ou por sensibilidades diante de mudanças no ambiente, que deixam a criança instável. É um dos momentos mais difíceis para os cuidadores, pois a imagem da infância doce e delicada muda bruscamente, deixando o ambiente assustado ao se verem diretamente em contato também com seus próprios aspectos agressivos, que são desafiados.

Entendo que à medida que Ângelo foi estruturando um self, passou a gradativamente conseguir verbalizar alguns medos, inseguranças e desagradados. No entanto, algumas vezes isso era expresso de modo mais desorganizado e arrebatador, deixando sua família um pouco perdida. Cabe pontuar que no início dos atendimentos, fazer cartazes da rotina de Ângelo foi uma sugestão, a qual em certa medida a família procurou aderir. Essa proposta está em consonância com o que Roussillon (2006, p.47) traz, de que “os processos psíquicos têm a necessidade de serem materializados ao menos transitoriamente, em uma forma perceptível para receber uma forma de representação psíquica, uma forma de auto-representação”.

Já no penúltimo ano de tratamento, certa vez, em companhia de parentes numa viagem, Ângelo encontrou um cartaz com uma rotina que tinha sido feita tempos atrás. Algo havia se passado que tinha o aborrecido, e de súbito ele rasgou esse cartaz com fúria e pôs-se a chorar. Qualquer tentativa de descrever o que ocorreu efetivamente naquele dia seria absolutamente precária, pois tive acesso a um relato muito limitado dessa passagem. O foco da cena tinha sido colocado sobre a atitude inusitada de Ângelo, a qual deixou os familiares desconcertados.

Esse, no entanto, pareceu-me um episódio que sugeria o início das esperadas crises de raiva, típicas do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, em um menino que durante tanto tempo permaneceu extremamente passivo e vulnerável ao que estava submetido. A antiga estrutura – ou seja, sua concha protetora – começou a se quebrar. E, mesmo que de formas ainda imaturas para o que seria esperado para sua faixa etária, mas não por isso menos significativa de avanço, ele começou a romper com esse funcionamento e demonstrar a cascata de emoções agressivas e dolorosas que havia dentro dele.

Conforme vimos, originalmente, o termo “símbolo” no grego surgiu da vivência concreta em que dois indivíduos, ao se separarem, partiam ao meio um mesmo objeto, e cada um carregava sua metade para lembrar o outro. Assim, para surgir o símbolo é indispensável a quebra, a ruptura, pois o símbolo representa aquilo que está ausente. Isto é, construído o reconhecimento do outro, sua presença, sua permanência e estabilidade, a agressividade deve advir como cota necessária para o corte, a separação, que dará acesso a uma forma nova de estar no mundo, em descontinuidade com os outros. Sinaliza a conquista de um espaço próprio para o si mesmo, demarcando as fronteiras com o outro. Para isso, a mente passa a ser também como um lugar com delimitação de espaço, um recinto que contém as experiências (Guerra, 2009,2014b).

Poderíamos supor assim que rasgar o cartaz da rotina aqui seja um marco, em que metaforicamente Ângelo já é capaz de representar mentalmente aspectos de sua vida, e assume a possibilidade de viver sua rotina de modo abstrato, flexível, abrindo mão de uma permanência rígida, previsível e concreta. Mesmo que acompanhado de sentimentos como raiva e frustração, já que implica reconhecer sua impotência para controlar aspectos do cotidiano, Ângelo se entrega ao desconhecido, à descontinuidade das coisas... O humano e a vida se caracterizam por essa incerteza e mutabilidade.

Assim, inicia seu funcionamento predominantemente mais simbólico. Foi muito interessante quando, aproximadamente aos 10 ou 11 anos, Ângelo começou a fazer perguntas sobre sua vida, buscando dar significado a algumas experiências sobre as

quais nunca havia pensado a respeito. Essas perguntas muitas vezes eram feitas justamente em alguns atendimentos que eram realizados em conjunto com a mãe. Por exemplo, certa vez surgiu, não recorro exatamente de que modo, a questão de eu ser casada ou não.

Friso que no tratamento dele, por vezes eu sentia que era necessário apresentar alguns aspectos da minha vida justamente para instigar em sua mente a ideia de que eu era uma pessoa com um interior, com uma vida para além do consultório. No caso de Ângelo, não havia curiosidade ou fantasias a respeito da minha intimidade. Então, diante desse assunto, ele reparou ou eu mostrei a aliança no meu dedo. Ângelo não sabia o significado de uma aliança, um símbolo cultural tão presente. Falei a respeito do que representava ter uma aliança no dedo, e que fazia diferença se ela estava na mão esquerda ou direita. Ele pensou sobre a situação, parecendo muito interessado. Em seguida pegou a mão de sua mãe e olhou. Constatou que ela não tinha uma aliança e questionou-a do porquê. A mãe estranhou a pergunta, mas disse que era porque não estava casada. Ângelo logo disparou “É sim, com meu pai”. Laisa ficou muito surpresa. Explicou que não, que ele tinha um pai, mas o pai já não era seu marido, eles haviam se separado, não eram um casal.

Naquela altura inclusive a mãe já estava em um novo relacionamento, e assinalamos que ela agora namorava outra pessoa, com o qual o menino convivia. Ângelo quis saber então porque não usava uma aliança com esse namorado, e novamente conversamos sobre essas diferentes nuances em um relacionamento. Ângelo ficou em silêncio, parecendo ressignificar sua história. Esse era o ritmo da sessão: perguntas, surpresas, narratividade, silêncio, movimentos de Ângelo na cadeira enquanto colocava sua mente para pensar, olhares, novas perguntas... Ele finalmente questiona se foi por isso então que o pai saiu de casa, anos atrás. Laisa reforça que sim, e retoma essas vivências, dizendo: “*Lembra que te expliquei isso?*”. Ângelo com a sua franqueza, responde de maneira espontânea, entregando o contato raso que tinha com suas experiências: “*Não lembro, achei que era só por sair, mas não sabia que vocês não eram mais casados*”. A mãe ficou atônita, ela achava que esse assunto já havia sido entendido e superado pelo filho.

Nesse dia, senti que era oportuno e necessário narrar a Ângelo e sua mãe o que se passou entre eles, sobre o silêncio de seus pais, seus medos e desafetos, sobre como aquilo não representava ser efetivamente um casal, e o quanto foi difícil para todos eles viverem daquela maneira. Outras perguntas vieram depois dessa, em outros dias, sobre diferentes pessoas da família. Temas sobre a vida, a morte, os sentimentos, o comportamento das pessoas.

Essas perguntas podem ser entendidas como uma extensão do que representa um *assinalamento protodeclarativo*, outro indicador do nascimento da intersubjetividade. O ato de apontar, focar um evento, buscando respostas e palavras para recobri-lo, aparece em muitas teorias como um fenômeno de suma importância, o qual sinaliza saúde no desenvolvimento do sujeito. É em si a eclosão da pulsão epistemofílica, a curiosidade e o desejo de saber, de conhecer, de revelar (Guerra, 2014b). Há uma interrogação sobre os mistérios que rondam o universo daqueles que comigo o compartilham. O aparelho psíquico se põe assim a trabalhar para desvendar o desconhecido. No entanto, o gesto em si de apontar, de querer saber não é suficiente. Precisa haver um clima de descoberta e confiança envolvendo o encontro com o outro, o estado interno do cuidador à disposição, sintonizado no prazer de sondar o mistério. A triangulação então se instaura de cheio, na medida em que o adulto se põe atento à criança, zelando sua experiência, enquanto ela deposita a atenção para algo além deles no horizonte, seja em espaço ou tempo.

Aqui no caso de Ângelo, a distância corresponde ao tempo, um fato do seu passado, no qual ele mergulha pelas memórias. As perguntas tem um tom lúdico, pela sua puerilidade e pela intriga que gera em todos, mobilizando uma narratividade conjunta. O assinalamento protodeclarativo está, portanto, na “base do que pode chegar a ser *o prazer de pensar junto*” (Guerra, 2014b, p.431). Esse pensar juntos, fazendo ligações e co-criando o sentido de sua história representa bem o que Guerra (2013) chama de simbolização em presença. É verdadeiramente a dança da subjetivação: palavra, ritmo, apropriação dos objetos do mundo se entrelaçam como num jogo conjunto, o jogo de desvendar os enigmas da vida.

Metáfora e elaboração: o golfinho Ângelo

No período final dos atendimentos, com aproximadamente 12 anos, Ângelo inicia uma sessão contando que havia passado um final de semana nos avós. Neste final de semana, teve dor de barriga, mas fica intrigado, pois diz que não entende o que lhe causou a dor, já que não comeu nada diferente e nem estava doente. Investigo com ele então como foi seu final de semana, o que fez e como se sentiu em cada uma das situações que relata. Quando Ângelo se dá conta dessa investigação, me pergunta “*Por que tu está perguntando como foi meu final de semana?*”. Repondo que estou interessada, pois às vezes a gente pode se sentir mal e não ser porque comeu algo estragado, mas porque aconteceu alguma situação que a gente não gostou ou não se sentiu bem. Ângelo escuta, como que refletindo a respeito dessa informação, mas não parece convencido dessa ideia. De repente diz:

A: Sabia que se uma pessoa for colocada em um quarto todo branco, sem nada, sem barulho, ela enlouquece?

T: É mesmo? Onde tu ouviste isso?

A: No youtube.

T: E o que tu achaste disso?

A: Acho que é verdade...

T: Pois é, como será que alguém se sente em ficar assim, numa quarto branco, sem ver nada e nem ninguém?

A: Não sei, deve ser ruim, né?

T: Eu me imaginando como seria se eu estivesse em um quarto branco sem gente, sem barulho... Acho que eu ia me sentir muito sozinha!

(Silêncio)

Em seguida ele começa a me contar uma história sobre “a carpa, o golfinho e o tubarão”. Diz que existem 3 tipos de pessoas: as do tipo carpa, do tipo golfinho, e do tipo tubarão. As pessoas do tipo carpa teriam medo do contato com as outras pessoas, e por isso se escondem, se isolam. As do tipo tubarão são mais agressivas, estão sempre atacando os outros, geralmente por medo. E as pessoas do tipo golfinho gostam de estar com as outras, são brincalhonas.

T: Legal essa história. E o que tu acha que tu és? Tu acha que é uma pessoa do tipo carpa, tubarão ou golfinho?

A: Na verdade todo mundo tem um pouco de cada um...

T: É, faz sentido..! Mas tu achas que é mais carpa, mais tubarão ou mais golfinho?

A: (Pensa) Acho que eu sou mais golfinho.

T: É, acho que sim. (pausa) ...Sabe, eu soube que quando tu eras bem pequeno, tu às vezes ficava muito irritado, brabo com as pessoas, acho que tu eras mais tubarão... Depois, quando tu chegaste aqui, tu eras mais carpa, vivia isolado, brincava sozinho, sem querer muito contato com as pessoas. Como se tu estivesse num quarto branco, porque tu às vezes parecias não ver,

nem ouvir o que as pessoas falavam. Mas agora é como se tu tivesse saído desse quarto branco, e agora pode ser mais golfinho, e brincar com os outros, ter amigos.

Ângelo escuta atento e concorda.

A: Sabia que a minha mãe tem medo de golfinho?

T: Ah, é mesmo?

A: Sim, teve uma vez que a gente estava na praia, e um golfinho queria brincar com a minha mãe e ela ficou com muito medo.

T: Que coisa! Como será que o golfinho se sentiu, querendo brincar e a mãe se assustou?

A: Não sei...

T: Eu lembrei agora que a mãe me contou que tu tens buscado mais ela para brincar, conversar, quer tocar nela, chamar a atenção da mãe e às vezes ela até se incomoda. Eu pensei que agora que tu estás assim mais golfinho, a mãe estranha um pouco...

Ângelo escuta, parecendo assimilar.

Como se pode constatar, a esta altura, perto do final do período de tratamento psicoterápico, Ângelo já está muito mais capaz de narrar e representar a si mesmo, inserido de cheio na intersubjetividade. Como se observa, neste momento, algumas interpretações já são possíveis.

Aqui, a metáfora se apresentou como um recurso verbal e psíquico fundamental para a apropriação da ideia do “como se”, indicador que aponta para vivências intersubjetivas complexas. Ela é a tentativa de expressar aquilo que nos escapa, traduzindo uma experiência por uma via diferente. Por analogia, transpomos algo para uma realidade que guarda similaridades na maneira de ser sentida, no entanto, sabemos que não é a mesma coisa. Assim, as histórias que Ângelo conta são metáforas com potencial elaborativo, pois através delas pode se experimentar revivendo de forma distanciada e protegida as situações por que passou, mas dessa vez do ponto de vista ativo do narrador, dominando aquilo que viveu de modo passivo (Freud, 1920).

Desse modo, podemos supor pela sua história que o quarto branco é uma tentativa de representar seu sintoma, sua carapaça autista, seu ambiente sem palavras. O golfinho, por sua vez, culturalmente é visto como um animal interativo e brincalhão, e poderíamos pensá-lo como o símbolo da interludicidade. De fato, como aparece no discurso de Ângelo, sua postura mais ativa, mais lúdica, era em diversos momentos sentida como algo incômodo pela mãe, que não entendia seus sinais de

busca por atenção. Ela não sabia como manejar esses momentos de convocação do filho, pois para ela atrapalhavam sua concentração em tarefas da rotina.

A conquista da interludicidade nos dá indício de uma expressiva transformação que se produziu no mundo interno da criança, e que por sua vez revoluciona a forma como ela se relaciona com os outros. As pessoas passam a ser percebidas como objetos mais inteiros, que interatuam no seu universo subjetivo. Elas começam a ser vistas como sujeitos que tem atitudes e reações de acordo com suas particularidades, e cujo comportamento é guiado por objetivos. Desse modo, as experiências passam a ser vistas com outros olhos, assumindo novos sentidos. O mundo ao redor é entendido como algo a ser compartilhado com os outros, abrindo caminho para interações triangulares mais complexas. A iniciativa pelo desejo do encontro, e pelo prazer extraído desse encontro gera uma verdadeira eclosão na intersubjetividade. A possibilidade de simbolizar se efetiva.

Conforme Guerra (2009) para dominarmos a linguagem simbólica e usarmos as palavras como legenda da nossa vida psíquica, teremos antes que ter sido falados, nomeados, cantados, narrados, construídos pela boca de outrem. A voz, o verbo é ponte que nos conduz até o outro. É porque essas pontes foram construídas, que Ângelo pode se lançar nessa nova dimensão do espaço e ser sustentado pelas palavras que foram tecendo sua história.

5.2 Caso Lion

Os pais de Lion me procuraram quando o filho ainda tinha 3 anos, encaminhado pela escola. A queixa inicial trazida por eles era de que haviam constantes reclamações dos colegas e professores a respeito do comportamento agressivo do filho. Nesse primeiro encontro, os pais estavam em dúvida entre iniciar o tratamento ou colocar o menino em algum esporte, como forma de dar vazão aos seus impulsos. Fico com a sensação, nesse dia, de que há um sentimento de culpa no casal que não podia circular, pois eles relatam muitas dúvidas a respeito da forma como vinham lidando com as questões do desenvolvimento de Lion. Optam nesse momento pelo esporte.

Meses depois, os pais me procuram novamente, a situação parece não ter se modificado. Em contato com a psicóloga da escola, ela me relata algumas informações não trazidas pelos pais: o comportamento de Lion é bastante desorganizado, parece não haver contenção de seus impulsos, mínima tolerância à frustração, comportamento disruptivo diante de algumas interrupções e limites. Ao mesmo tempo, percebem que Lion é afetivo e muito inteligente, tem bom vocabulário – embora sua fala por vezes seja confusa – já é capaz de realizar tarefas cognitivas que seus colegas ainda não compreendem, como reconhecer letras e números de 1 a 100, e também conhece muitas palavras em inglês. Identifico nas sessões que Lion aos 4 anos recém feitos está pré-alfabético. A psicóloga da escola, colega que confio, compartilha comigo suas inquietações: *“Não sei o que é, Vanessa, se é algo do espectro do autismo, uma psicose, mas alguma coisa ele tem...”*.

Percebo que essas habilidades cognitivas de Lion não foram estimuladas pelos pais, que são bastante simples e nem se surpreendem com as capacidades do filho, considerando-as comum a todas as crianças. Com relação ao desenvolvimento de Lion, a mãe relata que percebeu nele alguns atrasos: para sentar, caminhar, falar e brincar. Quando Maria, a mãe, levava suas dúvidas para o pediatra, ele dizia que estava tudo bem com o menino, o qual só precisava ser mais estimulado. Lion ficou principalmente sob os cuidados de uma das avós no primeiro ano de vida, a qual invalidava a competência da mãe, sempre tomando a frente nos cuidados. Maria relata não ter conseguido reagir, ficando passiva e sentindo-se desvalorizada em seu papel, recolhendo-se diante dessa situação. Seu discurso sugere que viveu uma depressão nesse período.

No pouco tempo de vida de Lion, ele já estava na sua terceira escola de educação infantil. Nas duas primeiras ficou poucos meses, primeiro porque a mãe considerou que o filho não estava sendo bem cuidado, pois tinha sido mordido por colegas, e depois porque a escola fechou. Conforme Maria, aos três anos de Lion o pediatra orientou a retirada do bico, mamadeira e fralda. Os pais decidem então fazer isso de uma só vez, e nessas circunstâncias os sintomas parece que se acentuaram. A relação do menino com outras crianças se tornou progressivamente mais desorganizada, e a mãe muitas vezes evitava levá-lo em situações sociais, temendo

algum vexame. Na atual escola, os pais de outros alunos ameaçaram retirar as crianças, pois diante da menor frustração ou até sem nenhum motivo aparente, Lion tinha rompantes de agressividade, machucando os colegas.

Além disso, Lion apresentava um sono bastante agitado, e chorava como um bebê inconsolável sempre que havia interrupções ou troca de atividades, como chegar à escola, sair do pátio, ir embora. Alguns outros dados me chamaram a atenção: Lion gostava de ouvir sempre a mesma música, e no carro a faixa do CD precisava ser repetida inúmeras e incansáveis vezes, se não ele iniciava suas crises de choro. Os pais referem reatividade e medo de barulhos desde bebê. Outro dado que despertou minha atenção é que o menino costumava usar a mão de outra pessoa para deslizar nos buracos da face, como nariz e orelha, em momentos em que estava num estado de relaxamento ou transição vigília-sono.

Essas informações me remetem às ideias de Tustin (1984, p.21), de que um estado autístico pode vir a se instalar caso no período de auto-sensualidade a criança sofra interferências maiores do que suas condições psíquicas suportariam, experimentando uma sensação de descontinuidade muito precocemente, sendo por isso uma vivência traumática. De acordo com a autora, fica na mente da criança a confusa sensação de ter sido quebrada, e de estar lhe faltando um pedaço, em virtude do bebê estar numa etapa hipersensível sensorialmente. A sua resposta a essa “quebra” seria um fechamento às experiências emocionais, para se resguardar do estranho e do externo a si, estabelecendo rígidas atividades auto-sensuais que mantêm a ilusão de estar fundido com o universo.

Mais uma vez, estamos diante de um caso que entendo se situar nas fronteiras do transtorno do espectro autista. Embora Lion apresente déficits nas duas áreas consideradas critérios chave para pensar o transtorno, esses sintomas em sua maioria são leves e oscilatórios e estão ao lado de recursos que não parecem corresponder efetivamente a um autismo, pois ele apresenta condições de atenção conjunta, de contato olho a olho, de assinalamento protodeclarativo, de expressividade gestual e leitura facial do outro, bem como momentos de acesso a interludicidade. Abaixo, faço

uma relação de como seria o preenchimento dos critérios diagnósticos do TEA no caso dele:

A) Déficits persistentes na comunicação social e nas interações sociais em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia. Estão presentes:

1. Lion apresenta déficit na reciprocidade socioemocional, com abordagem social anormal. Isto é, eventuais dificuldades para estabelecer uma conversa e regular o comportamento, respondendo de modo pouco adequado às interações, especialmente em grupo.

2. Déficit leves no comportamento comunicativo não-verbal, usado para a interação social, com falhas na integração da comunicação verbal e não-verbal.

3. Déficits moderados para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, com dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos, como compartilhar brincadeiras em grupo, imaginativas ou fazer amigos.

B) Padrões repetitivos e restritivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois seguintes, atualmente ou por história prévia

1. Lion tinha uma fala com discurso levemente formal, com predominância do uso do pronome pessoal *you* (não presente na linguagem coloquial dos pais).

2. Sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, especialmente no que se refere a transições da rotina. Comumente mudanças maiores na rotina desorganizavam seu pensamento. Interpretações concretas dos acontecimentos, por exemplo: *café só se toma de manhã, então se tomar café de tarde, já é de manhã*.

3. Alguns poucos interesses fixos e restritos acima do comum em intensidade ou foco (por exemplo, interesses circunscritos e perseverativos com músicas e desenhos animados, repetição de falas de personagens).

4. Hiperreatividade a sons (como liquidificador) e hiporreatividade tátil (muitas vezes abraçava as pessoas com uma intensidade que chegava a machucar, ou colocava o dedo das pessoas a deslizar nas suas cavidades nasais e auriculares).

Os sintomas estavam presentes precocemente no início da infância, mas tem se manifestado conforme aumentam as demandas sociais.

Saliento novamente que o funcionamento de Lion era bastante ambíguo, de modo que recorro ter mudado muitas vezes minha opinião sobre o diagnóstico: ora pensava “ele é do espectro”, em outro momento “ele não é do espectro”. Havia dias nos quais o paciente conversava e brincava com certa naturalidade, não parecendo ser uma criança com tantas dificuldades na relação; noutros dias a interação era muito

falha e a fala pouco funcional. Anos atrás, talvez o consideraríamos um caso circunscrito dentro do grupo dos Transtornos Globais Não-Especificados.

Retomo Bernard Touati a respeito do que trouxe sobre alguns casos atípicos que chamaram a atenção de sua equipe por apresentarem certas particularidades que não se encaixam nem no autismo, nem na psicose: crianças com traços de “autismo de alto funcionamento, mas que não são nem autistas, nem Asperger” (Touati, 2016, p.73). Elas podem se mostrar abertas ao contato e não ter problemas com a aprendizagem. Comportamentos ou preocupações esquisitas não costumam estar presentes nesses casos. Há percepção quanto aos sentimentos dos outros e capacidade de brincadeiras simbólicas.

No entanto, as perturbações se dão em razão das dificuldades em suportar a existência e os desejos do outro, levando a crises caracterizadas por episódios de cólera e desmantelamento, com grande sofrimento, desencadeados por pequenas variações no curso dos acontecimentos previstos pela criança. Nesse sentido, a antecipação dos eventos se faz vital, bem como a tentativa de proteger a criança de sinais de cansaço, que a predispõe às crises. As dificuldades na relação com os outros podem acentuar o quadro, implicando no afastamento do grupo e no isolamento e abatimento da criança. “A avaliação sensório motora evidencia vários disfuncionamentos”, o que levaria a pensar no imbricamento de fatores constitucionais (Touati, 2016, p.73). No entanto, a resposta ao tratamento nestas crianças costuma ser muito positiva.

Conforme já referi anteriormente neste trabalho, essa constatação me parece bastante consonante com alguns casos que Guerra (2016) denomina *Transtorno de Subjetivação Arcaica*. Passei a entender Lion como tendo uma subjetivação falida, em razão de uma disritmia que não permitia que sentisse sua continuidade existencial a cada transição, desmantelando-se. O confronto com a vontade do outro era vivida como uma intolerável percepção da separação, caindo em um abismo. Como vimos, essa falha na instauração da ritmicidade marca uma forma de disritmia potencialmente patológica (Guerra, 2017). Contudo, apostei nos recursos do paciente,

que contratranferencialmente e em razão de sua resposta rápida ao tratamento, me fizeram acreditar que não era mesmo um menino com TEA.

Com relação ao entrelaçamento dos aspectos constitucionais, meses depois, uma avaliação neurológica confirmou alterações. O laudo da ressonância magnética do crânio apresentou informações que, segundo o neurologista, poderiam explicar em parte as dificuldades de Lion regular seu comportamento¹⁴. Seria necessário acompanhamento anual para acompanhar a evolução do desenvolvimento do paciente, pois tais alterações poderiam ser bastante comprometedoras.

Logo que tomei contato com Lion, ficou evidente a disparidade entre suas habilidades cognitivas e suas dificuldades na interação. O bom vocabulário contrastava com alguns episódios de diálogos bastante desconexos, difíceis de reproduzir. Na primeira sessão, Lion entrou sozinho, sem resistência, escreveu em uma folha os nomes dos pais com algum auxílio e pediu para que eu soletrasse como escrever o meu. Após visualizar a grafia do meu nome uma única vez, já foi capaz de reconhecê-lo na agenda telefônica do celular da mãe.

Seu olhar tinha intensidade e vitalidade. Quando estava calmo e feliz, era capaz de um contato visual de maior qualidade, comunicando com os olhos satisfação com os encontros. Mas quando brabo e contrariado, fechava o rosto e evitava o olhar, sua expressão facial era de fúria, com as sobrancelhas cerzidas, como se os outros a sua volta fossem os responsáveis por produzir dentro dele dor e ódio, mobilizados pelas descontinuidades. Os limites eram como ruínas em seu mundo.

Ele, no entanto, em outras circunstâncias era capaz de brincar, desenhar e interagir comigo relativamente bem. Os desenhos que produzia geralmente finalizavam com elementos colados à folha, me parecendo comunicar um anseio de evitar separações, descontinuidades. A brincadeira preferida de Lion era desenvolver histórias com a família terapêutica na casinha. Nessa brincadeira, contudo, não conseguia discriminar a relação entre os personagens, nem atribuir a eles um nome ou um objetivo continuado. O personagem do filho se chamava “filho”, por exemplo. E ele

¹⁴ Tais alterações não serão explicitadas visando omitir informações que possam facilitar a identificação do paciente.

também não entendia que se ambos os bonecos tinham os mesmos pais, eram irmãos; ou que há diferença entre o universo das crianças e dos adultos. Desse modo, de uma hora para outra na brincadeira o filho poderia dirigir o carro da família e ser colega de trabalho do pai, ou ser pai de seu primo, por exemplo. Essas alternâncias não falavam de uma flexibilidade criativa e da experimentação de papéis, mas de uma nítida confusão, pois quando questionado, nem parecia compreender o sentido de minhas perguntas sobre esses acontecimentos na vida dos personagens.

A partir daqui a apresentação clínica priorizará exibir fatos que evidenciam como eram vividos os ritmos na vida de Lion, narrando um trabalho artesanal que se consolidou na busca de encontrar um compasso e co-criar uma harmonia nessa dança junto à família. O vínculo entre o pai, a mãe e seu bebê, “é como uma sinfonia inacabada”, e contempla assim pontos desconhecidos, desarranjados, a espera de contextos interativos em que os instrumentos de cada um possam se encontrar e compor novas experiências rítmicas (Guerra, 2017, p.14).

O ritmo e a musicalidade comunicativa foram os dois alicerces chaves da estruturação emocional de Lion (Guerra, 2017). A musicalidade comunicativa se constitui de três pontos fundamentais: a regularidade dos eventos no tempo (pulsção), o invólucro gestual e vocal modelando essa vivência (qualidade), e a maneira como é vivida e expressa afetivamente essa experiência de intimidade co-criada com o outro (narratividade).

Relembro que não há como se pensar um trabalho de tolerância da ausência e da descontinuidade sem considerar o eixo da presença. Na oscilação “presença-ausência”, vimos que o hífen indica a união fundamental dessa dialética (Guerra, 2013). É na entreidade da alternância desses dois pólos, no lugar do hífen, que busquei me situar. O ritmo é essa oscilação entre estar e não estar, continuar e descontinuar. E o hífen, por sua vez, simula o papel do terceiro, aquele que faz a separação, a triangulação, criando o espaço transicional. Uma imagem que penso representar bem esse trabalho e a ideia de Guerra de que esses são processos artesanais é a de uma agulha de crochê, a tecer pontos, tramas, ligações, criando uma rede sustentável sobre a qual a criança possa se amparar, para não se sentir caindo no vazio a cada ausência.

A formatação do relato que segue abaixo respeita novamente uma divisão em três tempos do tratamento, que correspondam mais substancialmente a cada um dos três princípios da Lei Materna do Encontro:

Primeira Lei: Respeito ao ritmo próprio do sujeito e co-criação de um ritmo comum

Após as primeiras conversas que tive com os pais, antes ainda de conhecer Lion, eles me questionaram se deveriam permitir o retorno do bico, da mamadeira e da fralda. Lion negava-se a usar a privada e tinha criado um ritual em que a mãe colocava nele uma fralda cada vez que quisesse fazer cocô, e ela deveria contar até 10 enquanto ele se escondia para defecar. Reforcei a percepção de que tudo parecia ter sido realmente muito rápido, sem tempo para transições, mas encorajei-os a decidirem por eles mesmos o que achavam melhor a essa altura. Os pais optaram por devolver o bico a Lion, o que acalmou bastante suas angústias. A fralda precisou de uma negociação maior junto à escola, mas resolveram ir adiante no processo de retirada.

Entendo que essa reflexão e atitude dos pais mostra que estavam dispostos a um trabalho terapêutico, e mais sensíveis e conectados, podendo perceber e respeitar os ritmos do filho. Ao mesmo tempo, não saturar a mente deles com uma orientação que tivesse um caráter puramente técnico foi fundamental, já que até esse momento sempre sentiam que precisavam recorrer a um outro, detentor do saber, para poderem lidar com Lion. A Lei Materna começava a se instaurar como um regulador das experiências sensoriais e emocionais de Lion.

Olhar referencial: um farol apagado nos caminhos de Lion

Rapidamente Lion se vinculou a mim, demonstrando gostar de estar ali, embora testasse bastante os limites na sessão, por exemplo: de súbito poderia querer abrir a porta do consultório que ficava chaveada, e ao invés de pedir ou aguardar que eu a abrisse, começava a forçar a dobradiça insistentemente. Caso as pessoas não atendessem prontamente seu desejo, não tinha capacidade para lidar com a mínima

frustração, ficando a mercê de seus impulsos agressivos. Não me parecia que ele não entendesse o que era falado, mas que se recusava ativamente a ouvir, sem condições emocionais de seguir o que fosse orientado. Por exemplo, tinha ocasiões que a mãe estava junto conosco na sala de atendimento, de modo que não faria sentido eu permitir que ele saísse porta a fora, pois não teria para onde ir. Eu lhe dizia isso, mas por ser contrariado, começava a chorar e se desorganizar, a ponto de bater nas coisas e se machucar. Algumas vezes nesse início precisei contê-lo, geralmente envolvendo seu corpo de costas para mim, como em um abraço firme, explicando que eu iria cuidar para que ele não se machucasse, pois isso nos deixaria chateados depois.

Trago aqui a compreensão sobre o olhar referencial, já presente entre 5 a 12 meses, o qual diz respeito ao gesto do bebê de buscar verificar no rosto do cuidador sua expressão diante de alguma situação desconhecida e/ou ameaçadora, como forma de guiar sua própria reação. Indica assim se o bebê usa a mãe como referência de adequação social e se tem o olhar dela como suporte de um vínculo de segurança. Nas crianças maiores, o olhar referencial se mantém e estará também acompanhado das perguntas da criança ao adulto, solicitando autorizações e amparo para suas experiências (Guerra, 2009, 2014b).

Já vimos que o olhar e expressão do adulto são parte da função de espelho, o qual será como um farol, sustentando os movimentos da criança pelo espaço. Guerra entende que quando o rosto do outro não faz essa função de suporte e de confiança, observamos crianças com um nível maior de impulsividade, as quais não parecem capaz de mensurar o modo como podem se lançar em uma experiência nova. “Parece que se auto sustentam na intensidade sensorial e muscular da experiência. Transformariam incerteza em intensidade, sem possibilidade de metabolização psíquica” (Guerra, 2014b, p.413). Esse parecia ser o caso de Lion. Não era possível observar nele esse olhar referencial, buscando aprovação ou orientação no rosto do adulto cuidador. Não parecia ter se instaurado uma relação de confiança entre ele e seu ambiente. O olhar que ele lançava era mais de desafio, talvez desejando obter alguma certeza, mas o que ele encontrava na mãe, geralmente, era um rosto de dúvida, de susto, de insegurança e de culpa.

A sintonia afetiva: o desafio de reger uma orquestra desencontrada

Nos primeiros encontros, cada despedida de meu pequeno paciente era sinal de desmoronamentos, em que em mais de uma ocasião, Lion precisou ir embora do consultório levado no colo, aos berros, nitidamente furioso e sofrendo. Sempre eu mantinha a mesma postura de tranquilidade, falando com ele em um tom sereno, conservando um ritmo suave e previsível de meus movimentos, assegurando que nos veríamos na próxima sessão, e eu não estaria brava com ele, como em geral as pessoas provavelmente ficavam nessas circunstâncias, acentuando nele fantasias de ruptura e destruição. Por vezes ele também chegava nesse estado desorganizado, fosse porque não queria ter ido embora da escola ou porque algo havia se passado no caminho que o deixou descontente. Nessas ocasiões, evitava ativamente o contato comigo, recusando de início meu olhar, minha fala.

Quando chegava assim, costumava opor-se a entrar na nossa sala. Eu aguardava um tempo, ou então convidava a mãe ou o pai para entrarem junto com ele. Poderia acontecer de ele agredir a mãe, que o segurava no colo, visando contê-lo. Lion chorava, mas aos poucos permitia o acolhimento da mãe, aconchegando-se nela como um bebê. Eu e a mãe íamos então conversando lentamente sobre o que teria acontecido, em um tom de voz baixo, sem nos dirigirmos diretamente a ele, narrando os acontecimentos, enquanto ele ouvia, parecendo processar o ocorrido. Em algumas circunstâncias, ele fazia sons que indicavam que não queria que falássemos de determinado assunto. Eu então traduzia: *“Ah, tu não quer que falemos disso. Está bem”*. Nessas ocasiões podíamos ficar os três em silêncio por algum período. Aos poucos, Lion se acalmava, e então podia iniciar alguma atividade lúdica.

Conforme já foi comentado, em razão da dificuldade de adaptação neuronal aos estímulos externos, as crianças com sinais de autismo podem sentir o excesso de informações que vem do ambiente como dor, gerando em seu córtex uma atividade estridente e caótica. Isso significa que se os movimentos do outro ao redor forem muito rápidos, barulhentos e imprevisíveis, a criança não consegue processar e integrar as informações no tempo, criando uma desarmonia. Como consequência, ela evita o olhar e fecha-se para o contato. O humano se torna desse modo assustador.

Mas, se há uma aproximação lenta, clara, com um tom de voz suave, dentro de um ritmo que seja harmonioso para o processamento neural da criança, sobressaem-se os elementos essencialmente humanos, como a expressão facial e a emoção. Isso porque a criança consegue decifrar e integrar o fluxo de elementos, tornando a interação mais fácil e prazerosa. Ela então se abre para o contato (Laznik & Burnod, 2015).

Muitas sessões se constituíram de uma postura ativa de contenção dessas crises de desmantelamento. Dentro de mim, sentia que precisaria ser muito clara sobre o que eu permitiria ali, ao mesmo tempo em que deveria ser muito continente, de modo a não transmitir a ideia de que eu me desestabilizaria por seus rompantes. Desse modo, ao mesmo tempo em que minhas mensagens verbais eram firmes e diretas, do tipo “Tu não pode te machucar, nem machucar a mamãe”, minha postura gestual era de tolerância e serenidade frente a seus colapsos e resistências.

Por vezes me sentia ansiosa, já que de início não sabia até onde sua incapacidade de tolerar a frustração poderia o levar, mas preocupava-me em sintonizar afetivamente com ele, espelhando de maneira transmodal sua vivência. Ou seja, através da palavra, do meu toque e da minha mímica facial, traduzia o que percebia se passar em seu íntimo, que transbordava em seu corpo. Algo como “*É mesmo muito, muito ruim ter que parar de brincar agora, tu ficas muito brabo, sentindo tudo acabar. Mesmo assim teremos que parar, e eu seguirei aqui e tu irás para casa, e virá novamente me encontrar outro dia*”. Espelhar e marcar a emoção da criança de modo teatral, marca a sintonia e o compartilhamento afetivo. Assim ela vai descobrindo progressivamente que as coisas que sente são possíveis de serem expressas de distintas maneiras. A dança que se compõe nesses acontecimentos permite que o paciente possa expressar e regular-se emocionalmente (Guerra, 2014a).

Eu tentava compartilhar e encorajar a mãe em seu potencial para acalmar Lion, suportando junto com ela as desorganizações e o pranto incansável do menino. De modo não verbal, sintonizada afetivamente, buscava transmitir confiança, comunicando que estaríamos juntas e nada de mal aconteceria com Lion, até que ele se reorganizasse. O foco deste tratamento teve uma participação bem maior dos pais. Preocupava-me em restaurar uma musicalidade comunicativa entre eles e o filho.

Nossa tarefa como psicólogos psicanalistas, lembrando, é ajudar os pais a afinarem seus instrumentos para encontrar seu próprio estilo e harmonia dentro da composição com seu filho, e não impor como terapeutas nosso ritmo a essa música durante a interação (Guerra, 2009). “Estar com” é nessas circunstâncias fundamental. Conhecer e fazer parte do universo intersubjetivo da família, sentindo junto e agregando-se nessa melodia comum.

Objeto tutor: pedacinhos da terapeuta-hífen a construir um espaço transicional

Ao término das sessões algo que fui percebendo que evitava também esses episódios de desmantelamento era oferecer um pedaço de massinha de modelar a Lion. Essa estratégia foi co-criada por nós dois. De início, Lion sempre queria levar consigo algum brinquedo. Ele pegava aleatoriamente um, depois outro, e eu não estava convencida em deixá-lo levar materiais de uso comum do consultório, sem ter vivido com ele algum significado. Especialmente porque não parecia ser o brinquedo em si seu objetivo, mas carregar um objeto de nosso espaço compartilhado. Até que ele pegou a massinha de modelar na mão e achei que aquele elemento amorfo poderia ser interessante, bastante propício a ser um símbolo do que pretendia construir com ele ali.

A massinha de modelar se presta bem para congrega uma experiência de transmodalidade, pela possibilidade de integração das sensorialidades (experiência que congrega o aspecto visual, tátil, olfativo). Ao permitir diferentes configurações e suportar todo tipo de pressão, indica a possibilidade de permanência e de transformação de algo: pode mudar sem deixar de ser que se é, metáfora da maleabilidade psíquica. Expressa os signos de continuidade e descontinuidade ao mesmo tempo, ou seja, é sempre uma massa de modelar, mas pode variar sua forma inúmeras vezes.

Guerra (2009, p. 11) já dizia que “a descontinuidade é maturativa somente sobre um fundo de permanência”. Assim, por muitas semanas, na hora de ir embora, ao sinal de que Lion precisava de algo para servir como continuidade do que vivíamos

ali, eu recorria à massinha, ou ele mesmo já se dirigia para buscar um pedaço dela. Isso inclusive foi verbalizado para o paciente: *“Tu queres levar um pedacinho do nosso espaço contigo?”*, e ele confirmava com a cabeça que sim. O menino foi juntando vários desses pedaços e a mãe intuitivamente os guardou dentro de um pote de plástico transparente, o qual Lion carregava por onde ia, tal como um amuleto, principalmente na escola.

O adulto que se ocupa da criança pode responder de duas formas àquilo que capta sua atenção: com uma atenção conjunta mais operatória, a qual diz respeito a situações em que somente confirma que percebeu o que está no seu centro de interesse, mas não introduz nenhuma fantasmática na cena. Ou, de modo mais narrativo, acrescentando elementos a essa experiência, de maneira rítmica e lúdica, dando consistência a esse campo intersubjetivo, criando um espaço transicional (Guerra, 2014b).

Esses objetos vão assim sendo envelopados por comentários e histórias que se conta a seu respeito, impregnando-os de significados afetivos. Desse modo, é possível que a mãe ou cuidador se retire da cena, deixando o bebê envolvido em continuidade lúdica com esse artefato. Na ausência da mãe (nesse caso da terapeuta), a criança segue o jogo, mantendo viva a interação oferecida quando esteve na presença do brinquedo. Guerra (2009) ressalta, contudo, que esses objetos tão significativos, representantes das experiências intersubjetivas do bebê com seus cuidadores, não são a mesma coisa que os objetos transicionais. Ele os denomina objetos tutores, já referidos anteriormente nessa dissertação. Isso porque os objetos transicionais são fixos e eleitos pela criança, enquanto os objetos tutores são frutos de um encontro prazeroso, e se prestam a cuidar da criança por um período temporário.

Pulsção e Narratividade: marcando um compasso musical

Outro recurso importante foi marcar uma temporalidade cíclica nos nossos encontros, antecipando não somente nosso término de sessão dentro de alguns períodos, mas narrando a duração daquela experiência. Deste modo, a invés de dizer

“falta 20 minutos”, ia traduzindo a maneira como ele poderia perceber subjetivamente a passagem do nosso tempo juntos, como a pulsação de um relógio, ou seja: *“Já passou metade do tempo que temos para estar aqui e brincar”*. Depois *“Temos ainda algum tempo para brincar, porém depois começará a ficar pouco”*; e por fim *“Falta bem pouquinho para pararmos de brincar e tu ir embora”*. Junto a isso, fazia traduções e ligações com experiências passadas e futuras, como meio de ajudá-lo a integrar suas emoções e vivências, e representar a continuidade do seu eu no tempo, isto é: *“No outro dia tu saíste daqui muito triste, chorando, será que hoje será de novo assim quando tivermos que nos despedir?”*. Ou: *“Tu ficas muitas vezes brabo e nervoso quando precisamos parar de brincar e ir embora, mas estás vendo que estamos juntos novamente. Também será assim nas próximas vezes”*. Guerra (2017, p.14) reforça que “o encontro rítmico narrativo e funcional com o outro é fundamental”. Esse caráter de reiteração do ritmo inscreve assim uma primeira percepção de continuidade.

Aos poucos, essas crises diante das transições foram diminuindo de intensidade e frequência, até que se encerraram. Lembro-me do dia em que na hora de se despedir, Lion saiu satisfeito da consulta e correu para encontrar seus pais, dando-lhes um forte abraço. Foi uma cena realmente emocionante, na qual todos estávamos sintonizados, compreendendo o significado daquele momento. Também as massinhas de modelar foram sendo deixadas de lado e, eventualmente, ele pedia para levar um cartão profissional meu junto com ele. Em paralelo, os ritmos na rotina, as antecipações, as previsões de horários e o fortalecimento dos pais em seu exercício parental foram se harmonizando e consolidando. O casal quase sempre comparecia junto, fosse para trazer o filho na sessão, ou nos encontros que eu marcava com eles.

Outro fato que elucida como o tratamento foi efetivamente sendo representado como um espaço transicional (Winnicott, 2000) foi que, no consultório, em quase todas as sessões, Lion pedia para usar o banheiro. Em casa, sua mãe tinha ainda que colocar-lhe a fralda para fazer cocô, pois se recusava a sentar no vaso sanitário. Três meses após o início do tratamento, Lion começou a pedir para usar a privada de casa. O setting funcionou para ele, portanto, como um ambiente protegido: não se tratava nem da realidade de fora, nem somente de seu mundo interno.

Segunda Lei: Espelhamento, tradução e transformação de suas vivências afetivas

Afinando os instrumentos e ensaiando a canção

Ao longo do atendimento, a sensibilidade emocional e o modo como isso afetava o comportamento de Lion foi sendo percebido pelos pais. Logo com o início do tratamento, a mãe começou a notar e dar sentido as suas reações, por exemplo, que ele ficava mais agitado quando presenciava um conflito entre parentes, ou reagia diante da saída de uma professora. Após um mês de acompanhamento, Maria comenta: *“Tenho notado que quando vou buscar ele, e ele vem sério, é porque fez alguma coisa errada na escolinha e quando vejo tem bilhete na agenda”*.

Entendo que essa maior capacidade do pai e da mãe para ler os sinais de Lion, compreender seu mundo interno, suas reações, permitiu que se estabelecesse com ele uma interação mais rica e profunda. Mãe e pai começaram a verdadeiramente co-criar junto ao filho uma ritmicidade conjunta, organizando suas experiências, ajudando-o a traduzir suas sensações e vivências.

O fato mais marcante, no entanto, se deu após 4 meses de tratamento, em que Lion progredia muito bem, e de repente sua fala se tornou novamente confusa. A mãe relatou que o marido estava participando de uma seleção, cuja vaga implicava ter de se mudar para o exterior. Maria estava angustiada sobre como trabalhariam isso com o filho, pois, caso o pai fosse selecionado, ele iria primeiro, e ela e Lion iriam tempos depois. Entre seleção, resultado e efetivação, contudo, ainda levaria meses. Aqui ficou evidente a angústia parental acelerando mais uma vez o ritmo das coisas, antecipando vivências incertas, impregnando o ambiente de tensão. Para somar, o país para onde talvez se mudariam falava uma língua completamente distinta, com costumes também bem diferentes dos nossos.

Procurei demonstrar que essa era uma escolha sobre a qual deveriam refletir bastante, pois caso o pai fosse mesmo selecionado para esse cargo no exterior, a mudança tão brusca de ambiente poderia ser demais para o psiquismo de Lion, em um habitat tão distinto do dele, longe dos familiares e sem tratamento. A mãe compreendeu a mensagem e recuou, dizendo que pela saúde do filho, estava disposta

até mesmo a tolerar a distância do marido, caso ele se mudasse. A situação familiar foi esclarecida de modo muito simples para Lion, dizendo que o pai e a mãe estavam ansiosos e preocupados com coisas do trabalho do papai, e que ele talvez estivesse confuso com isso. No fim, o pai não passou no processo seletivo, e viveu um momento de luto. Lion começou a ter maior consciência sobre esses sentimentos, percebendo e sintonizando com a tristeza do pai.

A sintonia afetiva é um indicador muito parecido com o da atenção conjunta, se constitui na “experiência de compartilhar um estado afetivo” (Guerra, 2014a, p.37). Sinaliza que a criança já está mergulhada na intersubjetividade, e anseia por contato humano. Ele e o adulto que o acompanha extraem grande prazer das suas capacidades interativas, como imitar características do outro, e ambos sintonizam na mesma intensidade essas vivências.

Pouco depois, diante de uma situação da escola em que Lion empurrou impulsivamente um coleguinha enquanto desciam a escada, os pais se desesperam, cancelam uma viagem programada, pensam em tirar o filho da escola e a mãe quer sair do emprego para cuidar dele em casa. O menino volta a ficar desorganizado, com a fala confusa e muito choroso diante deste fato. Parece bastante assustado com o clima de angústia dos pais.

Conforme já foi apontado por Kauffman (2014), a dificuldade que os pais das crianças com sinais de autismo sentem de representar os estados afetivos do filho, em razão de eles não os demandarem da forma que esperavam, comumente incrementa sentimentos de culpa. A culpa, seja consciente ou não, torna-se uma sombra sobre os pais, afetando sua imagem narcísica, e culminando em uma série de discursos, defesas e comportamentos para compensar as exigências do que consideram o ideal parental. Facilmente assumem a crença de que somente com sacrifícios poderão curar a criança. Dependendo do nível de exigência e angústia, o modo como os pais agem pode, por consonância, aumentar os sintomas do filho, pois eles perdem a capacidade empática, dificultando a subjetivação da criança. Uma postura clínica de desconstruir essas ideais de culpa e de sacrifícios é fundamental e provoca mudanças significativas na representação dos pais da sua própria parentalidade, e conseqüentemente modifica a

relação deles com a criança, de modo a produzir interações mais sintônicas e prazerosas.

Esse foi um caminho muito importante junto aos pais de Lion. Os acontecimentos aqui relatados mostram como essa sensação de culpa e ideias de sacrifícios era constante neles. Isso dificultava ainda mais a maneira como lidavam com os imprevistos. Havia sempre um susto e uma ameaça de ruptura, e nesse contexto de atropelamento rítmico o menino se desestruturava. É como se com qualquer vento mais forte que soprasse, a família quisesse partir para longe com medo do temporal, e a obra que estava em andamento dentro de Lion, também se perdia, não sendo possível consolidar um trabalho de subjetivação. Após nova conversa com os pais, eles se acalmam e conseguem tolerar que os acontecimentos sigam seu curso natural, suportando lidar com as consequências das coisas, que nesse caso, foram bastante razoáveis. A escola e os familiares do outro menino entenderam que o ato de Lion havia sido sem intenção ou premeditação de causar dano ao colega, era mais um de seus movimentos de descarga, em momentos de excitação.

Os pais foram sendo capazes de pensar seus próprios fantasmas, e à medida que íamos discriminando essas angústias, Lion ia tornando-se mais simbólico e integrado. Maria me enviou nesse período a seguinte mensagem: *“Oi Vanessa, bom dia. Quando tu deres alta para o Lion, vou fazer uma terapia. Porque tenho muitos medos, não é só com a maternidade. Mas medos que se referem desde o meu trabalho, até meu relacionamento com meu marido, dúvidas, angústias, arrependimentos...”*.

Acertando a dança, desabrochando as flores

Pouco depois, os pais se mudaram para uma casa com pátio e compraram um animal de estimação para o filho, que desse modo passava muito mais tempo brincando ao ar livre do que diante dos aparelhos eletrônicos. Os pais notam com isso o filho mais comunicativo e interagindo melhor. Maria manda uma mensagem com uma foto do jardim e o seguinte dizer: *“Na nova casa tem brincadeiras na rua e flores”*, comunicando o clima leve e lúdico que começou a se instaurar no ambiente familiar.

Relendo essa frase agora, não há como não associá-la com o que Burnod comentou a respeito da plasticidade cerebral: “Neurônios são como jardins com flores, [...] que crescem, que florescem, se tiver sol e forem regados” (Laznik & Burnod, 2015, p.26). A alusão da mãe às brincadeiras e às flores não é mero acaso. Certamente essa maior maleabilidade lúdica dos pais foi crucial para propiciar melhores condições para o desenvolvimento global de Lion.

Com a mudança, entretanto, Lion volta a se recusar a fazer cocô na privada. Novamente o trabalho é de metabolizar a angústia dos pais, dando suporte para que contenham seus temores e aguardem o tempo de adaptação do filho. O vínculo de confiança estabelecido com eles é fundamental, pois com essas conversas a mãe se tranquiliza, e logo Lion retoma seu ritmo de crescimento, fazendo o uso adequado do banheiro. As conquistas são comemoradas e valorizadas pelos pais, que parecem se sentir mais confiantes em seu papel com esses avanços.

Aos 7 meses após o início do tratamento, os pais levam o resultado do laudo neurológico de Lion ao médico. Há mais um grande período de abalo na família. Uma mistura de culpa, medo e tristeza diante do resultado, que apresentou alterações sérias, conforme já mencionei acima. Lion sente o clima de susto e pesar, mas já não se desorganiza como antes. Semanas depois a mãe manda uma mensagem, com imagem extraída da internet, falando dos sinais de autismo. Diz que ficou preocupada e pede para conversar.

Lembro aqui a estratégia da diagnóstica, que remete a uma leitura da situação que está incidindo sobre o paciente e sua família, sobretudo considerando as implicações e o significado que um diagnóstico pode ter na vida da criança intersubjetivamente (socialmente, moralmente, culturalmente) e intrasubjetivamente (Dunker, 2011). Requer compreender de onde os sintomas da pessoa a excluem e aonde a incluem, na perspectiva de sua própria história.

Assim, a diagnóstica envolve avaliar uma ação clínica e seus efeitos, tanto no *setting* da relação analítica como no extramuros do tratamento, e estar atento às modificações que isso irá operar na vida do sujeito. Na clínica do autismo a diagnóstica está em estreita relação com a noção que Jerusalinsky (2015) apresenta de estruturas

não-decidas da infância. Ou seja, de que esse é um momento crítico, vulnerável e permeável às experiências, portanto, passível a mudanças estruturais. Deste modo, a diagnóstica vai se amparar em uma operação de leitura continuada, tanto dos potenciais e recursos do pequeno paciente, como de seus familiares.

Diante do funcionamento ansioso e apressado dos pais, carregado de culpas e ideais de sacrifícios, como não tinha certeza sobre Lion estar dentro do espectro autista, não achei que fosse produtivo comunicar minhas dúvidas à família anteriormente, pois isso poderia ser mais um temporal a dificultar que os pais se conectassem com o mundo interno do menino. Como alertou Kaufmann (2014), para alguns pais um diagnóstico de TEA pode aumentar ainda mais sua ferida narcísica, reduzir sua sensibilidade no olhar e sua capacidade de significar as condutas do filho, levando-os a ver a criança somente através do que conhecem a respeito dos sintomas e das necessidades sobre as quais foram informados. Por este motivo, esperei antes o tempo de Lion mostrar seu potencial. E neste caso, essa decisão se mostrou muito positiva.

Seus progressos cada vez me levaram mais a desconsiderar que estivesse no espectro autista, ele foi gradativamente se afastando desse diagnóstico. A ideia de uma disritmia inicial, impedindo seu processo de subjetivação se legitimava para mim. Deste modo, quando os pais trouxeram por eles mesmos seus questionamentos sobre o diagnóstico, eu já tinha dados suficientes para dizer-lhes que, embora houvessem características de Lion que poderiam nos fazer pensar nesse transtorno, o modo como ele vinha se desenvolvendo com o tratamento não apontava mais para isso, e que o que precisávamos era continuar a fazer nosso trabalho, investindo nele. Para os pais isso foi suficiente, e o assunto não tomou mais foco em nossos atendimentos, e nem ficou pairando como uma sombra sobre a família.

Terceira Lei: Passagem à palavra, ao jogo e ao terceiro

Nasce um sujeito, surge uma melodia

“O processo de simbolização é um dos processos fundamentais por meio dos quais o ser humano se transforma em sujeito” (Guerra, 2013, p.584). Um ano depois do início do tratamento, Lion é um menino como qualquer outro: com suas fraquezas, seus recursos e suas peculiaridades. Na sessão, brinca de maneira simbólica, na maior parte do tempo de fazer comidinha e de casinha (cuida do seu irmãozinho e eu sou a mamãe de ambos). A brincadeira com a família terapêutica também é uma escolha eventual, mas a essa altura os personagens tem papéis claros e definidos, como nomes próprios e relações de parentesco coerentes. Essas histórias estão à serviço de elaborar situações diárias, medos e fantasias. Lion evidencia significativos processos psíquicos se consolidando, como o pensamento, a representação interna dos objetos, a comunicação, a interludicidade e a tridimensionalidade. Este último, lembrando, implica a aceitação de um espaço demarcando uma fronteira entre eu e os outros.

O símbolo é o que vincula, o que representa, faz lembrar algo na sua ausência. Está, portanto, em íntima relação com a percepção da falta, da separação, a exploração do mundo e o uso da imaginação. Para que seja possível, contudo, antes terá que ter havido uma simbolização em presença, alguém que tenha podido conter e transformar as angústias da criança, nomeando seu universo de sensações. Só assim a ausência será sentida como potencial para a criação, a partir do que foi internalizado. A distância ótima permitirá a consolidação da internalização dos objetos e dos processos de identificação que levarão à conquista da linguagem. Essa capacidade simbólica dá à criança maior segurança para expressar seus desejos e dominar seu ambiente, possibilitando gradativamente um reconhecimento da dependência dos objetos sem a necessidade de regredir.

Permito-me afirmar que, nesse tratamento, a interação operou efetivamente como suporte da estruturação psíquica, propiciando a contenção afetiva, a regulação emocional, a construção da possibilidade de separação do objeto. Podemos dizer que mesmo aos 4, 5 anos de idade, e apesar de suas questões neurológicas, Lion teve uma boa plasticidade neuronal, oferecida a partir de suas experiências propiciadas pelo tratamento. Seus neurônios aprenderam a observar, prever e antecipar as ações do outro, criando redes mais resistentes e permeáveis para a abertura ao contato (Laznik

& Burnod, 2015). Assim, os limites e as discontinuidades não têm mais um caráter de ruptura e podem ser tolerados. Ele já vive as transições com maior segurança.

Os pais estão também mais seguros em seu papel. A mãe eventualmente manda mensagens para compartilhar ideias, como a compra de um livro que ela viu que ajuda a explicar para as crianças os sentimentos, tais como a raiva e o ciúme. Penso que essa atitude confirma uma transferência positiva com a terapeuta, de modo que fiquei dentro dos pais como um objeto bom introjetado.

Na escola, a melhora de Lion foi muito significativa. A impulsividade, a agressividade, as crises de choro diminuíram notoriamente, a ponto dos pais estranharem que não eram mais chamados. Hoje, prestes a fazer 6 anos, Lion não usa mais bico, nem fraldas, e dorme em sua cama, no quarto dele. Ele até pouco tempo atrás não havia ainda aprendido a ler, já que esse não foi um foco de trabalho e seu interesse atualmente está mais voltado para a brincadeira e para a interação.

Após 1 ano e 3 meses de tratamento, os pais precisaram interromper os atendimentos. E durante certo período mantivemos um acompanhamento ao estilo de consultas terapêuticas (Winnicott, 1984), justamente considerando em comum acordo a necessidade de o término ser vivido como um período de transição. Lion segue o curso do seu desenvolvimento. Soube que houveram momentos em que não quis ir na escolinha, pois os colegas teriam o chamado de “fracote”. Diante dessa circunstância, contudo, não se desorganizou, nem bateu nos colegas, foi capaz de sentir e relatar estar com vergonha, sinalizador importante da estruturação emocional. Pediu segredo e disse na ocasião que só iria à escola se a mãe ficasse junto dele. Mas isso não foi realmente necessário, bastou que os dois pudessem compartilhar e conter juntos uma experiência afetiva, que os conflitos foram espontaneamente superados.

Na escola, a nova psicóloga tinha chamado Maria para conversar e lhe disse que Lion estava “edípico”, pois se mostrava apaixonado pela mãe. Ele pedia muito que a mãe lhe desse um irmãozinho. Maria acabou por ceder a este desejo, que evidentemente também era dela, e engravidou. Eu soube que antes mesmo de ela fazer o exame de gravidez, Lion olhou para a mãe certo dia e disse em tom de surpresa: *“Mãe, tem um maninho meu na tua barriga!”*, revelando não ter perdido sua

hiperdiscriminação perceptiva, agora já amadurecida e transformada efetivamente em empatia, pensamento e linguagem. Todavia, diante desse fato, Lion ficou fragilizado, sentiu medo de perder seu lugar na turma, ser abandonado, dormir sozinho. Conseguiu, no entanto, verbalizar para a mãe esses receios. A mãe, sensibilizada, achou conveniente diminuir o turno integral na escolinha e passou a ficar mais tempo com ele em casa. Narrou e antecipou com frequência as mudanças que teriam com a chegada do irmão. Isso amenizou bastante a angústia do filho. A família segue sua viagem, embalados ao ritmo de sua própria música...

6. DISCUSSÃO FINAL

Nesta etapa do trabalho, gostaria de discutir algumas questões que se impuseram para mim, sem pretender fechar nenhuma delas. Primeiramente, de volta ao atual modelo de autismo, proposto pelo DSM-5, entendo que o TEA atualmente pode contemplar inúmeras pluralidades de aspectos clínicos: síndromes, retardos, superdotações, transtornos sensoriais, hipersensibilidade emocional, intoxicações eletrônicas, psicoses... Parece-me, no entanto, que todas as inúmeras tentativas de descrever, de capturar e agrupar esses fenômenos diferentes como se fossem iguais, no fim, é uma tarefa impraticável.

Para o clínico comprometido com o tratamento, penso ser fundamental uma avaliação mais global da situação, isto é, saber se seu paciente tem uma alteração neurológica, uma hipersensibilidade sensorial ou emocional, uma síndrome, uma vivência de prematuridade e/ou hospitalização, se a família viveu uma depressão nos primeiros tempos de vida da criança, se há um uso excessivo de eletrônicos tomando espaço da interação, a forma como seu ambiente se organiza e se relaciona... Isso aponta de onde viemos e para onde vamos. Ou seja, incide luz sobre os rumos da intervenção.

Conforme vimos, há muito tempo vem sendo descritas crianças que apresentam um quadro que lembra algumas condições do autismo, mas que conseguem ter uma boa evolução, por vezes sem apresentar resquícios desse espectro de sintomas. Ao menos não de uma forma que comprometa significativamente sua vida a ponto de merecer circunscrever sua singularidade com um diagnóstico psiquiátrico. Por qual motivo chamaríamos essas crianças de autistas?

Em contrapartida vemos outras crianças que podem melhorar com um tratamento, de modo a ter uma vida mais funcional e enriquecida socialmente, mas mesmo assim, passam sua vida lutando contra certas dificuldades inerentes ao seu modo de processar os estímulos, viver os acontecimentos e sentir a relação com o outro. Diríamos que ambos têm realmente o mesmo quadro?

Seria então correto considerar parte de um mesmo espectro, crianças que não satisfazem todos os critérios para o transtorno autista, como é o caso, por exemplo, daquelas que estavam antes inseridas no grande grupo dos transtornos invasivos do desenvolvimento, especialmente para a categoria TID-sem outra especificação? Não incorremos no risco de saturar o olhar por parte dos pais e dos profissionais com relação ao curso do desenvolvimento dessas crianças, ao se fixar em expectativas baseadas no que se conhece a respeito de pacientes mais severamente comprometidos, limitando as expectativas com relação ao prognóstico da criança pela apresentação de um conjunto de sintomas?

Dessa última, surge outra pergunta: será que podemos afirmar que sem um tratamento precoce esses bebês com risco ou sinais de autismo, ou mesmo com transtorno de subjetivação arcaica, se tornarão efetivamente autistas, com poucas chances de saída desse quadro? Não estou até o momento convencida de que a resposta é sim. O fato de eu ter escolhido dois pacientes que vieram para tratamento com mais de 3 anos de idade, com essas apresentações sintomáticas difusas, pretende questionar isso. Para mim, mesmo após os três anos de idade, esses meninos seguiram tangenciando as bordas de um transtorno do espectro autista.

Evidentemente, não há dúvidas de que uma intervenção o quanto antes favorece, e muito, a evolução desses casos. Experimentei essas diferenças na minha prática clínica. Nesta dissertação inclusive, é notório como o paciente Lion, aos 4 anos, reagiu muito mais maleavelmente ao tratamento do que Ângelo, que chegou com 8 anos. Da mesma forma que atendi crianças com menos de 3 anos, que apresentaram melhoras ainda mais impressionantes em um tempo até menor de tratamento.

Mas apesar disso, Ângelo mostrou uma evolução muito significativa, de modo que não diria que poderíamos ao final do tratamento considerá-lo como estando no espectro autista. Sem dúvida, ele tem ainda questões em aberto para serem trabalhadas quanto seu funcionamento psíquico e quanto a sua tarefa de tornar-se um sujeito, mas já não é mais o menino desconectado de si e do mundo como antes, tendo superado inúmeras dificuldades neste sentido. Lion, por sua vez, não parece mais nem de perto o menino que chegou em meu consultório tempos atrás.

Essas discussões me remetem a imaginar: que prognóstico eles teriam sem psicoterapia por mais alguns anos? Não sei. Certamente não seria o mesmo, mas não me parece suficiente essa constatação para assegurar que não poderiam mais sair de um processo autistizante. O que pretendo enfatizar com isso é uma resistência a essa ideia bastante difundida de que as crianças só terão chance de melhoras significativas com tratamentos antes dos 3 anos de idade. Este período é claramente uma etapa mais sensível e flexível às intervenções sim, e devemos certamente investir no sentido de que os bebês cheguem para atendimento o quanto antes. Mas não me parece que possamos afirmar que depois dessa etapa evoluirão pouco ou se fixarão em uma estrutura autística mais grave. Por este motivo escolhi mostrar o trabalho clínico dos transtornos de subjetivação arcaica com crianças mais velhas. Penso que mesmo numa faixa etária mais avançada da infância, essas compreensões possam seguir tendo efeito e utilidade.

Isso me leva a outra reflexão: as pesquisas que vêm apontando entraves constitucionais, relacionadas, sobretudo, ao processamento neurosensorial dessas crianças com sinais de autismo, parecem ser muito valiosas e pertinentes. Cada vez mais permitem ajudar a compreender os efeitos que isso pode ter sobre o desenvolvimento das relações interpessoais e da estruturação emocional do indivíduo, clareando meios sobre como intervir. Mas como saberemos realmente qual o nível do impacto desses fatores constitutivos em cada criança particularmente? Ademais, mesmo se tratando de uma questão orgânica, essa condição se manifesta em uma determinada forma de ser ou, como coloca Dunker (2015), em uma forma de vida. No final, é com essas formas de vida que trabalharemos na clínica, e o respeito a essa singularidade perpassa a discussão entre normalidade e patologia.

Creio, portanto, que nunca teremos condições de afirmar exatamente a causa e nem o nível do impacto das implicações constitucionais de uma criança, sua predisposição a uma plasticidade cerebral, seus recursos pessoais para além da patologia, nem ter uma clareza do quanto seu ambiente contribuiu, contribui ou contribuirá para gestar ou amenizar sintomas. Tampouco seremos capazes de prever a que experiências estarão submetidas, e que sem dúvida também impactarão seu desenvolvimento futuro.

Por exemplo, no caso de Ângelo, ele estudou desde bebê em uma mesma escola, a qual tinha um olhar bastante cuidadoso com suas necessidades, e penso que esse fato pode ter sido decisivo em sua vida. Essa foi uma experiência de continuidade que ele teve a oportunidade de vivenciar, junto a pessoas afetivas, preocupadas e continentas. Não foi um tratamento, mas acredito que atuou como uma intervenção. No caso de Lion, a integração do casal parental, que se uniu pelo desejo de ajudar e investir no filho favoreceu muito o progresso do tratamento.

Acrescento que, enquanto refletia sobre todo esse arsenal de questionamentos, deparei-me com a nova Classificação Diagnóstica: 0-5 (Zero to Three, 2016), que traz considerações muito pertinentes e próximas das que tenho levantado nesse estudo. Esse Manual surgiu nos Estados Unidos, em 1994, focalizando a saúde mental e os transtornos do desenvolvimento do bebê e da criança pequena. Resultava da integração da experiência de vários profissionais envolvidos nos cuidados com a saúde mental nos primeiros anos de vida. Nasceu como algo inovador na época ao valorizar o enorme potencial preventivo de uma intervenção do nascimento até os 3 anos de idade (Zero a Três, 1997).

Desde 2005, o Zero a Três não teve mais traduções para o português, tendo caído em desuso no Brasil. Descobri que, recentemente, em 2016, esse Manual reformulou alguns conceitos, e entre eles, a expansão da faixa etária permeável a uma intervenção em saúde mental. O manual segue ainda o mesmo modelo do antigo DSM-IV, com cinco eixos compondo o diagnóstico clínico. O Eixo II, relativo aos Transtornos de Personalidade do DSM-IV, corresponde no Zero a Três ao “Contexto Relacional” da criança, possibilitando a análise da qualidade da interação, do tom afetivo e do envolvimento psicológico do bebê com os cuidadores (Zero to Three, 2016).

Entre os diferenciais do DC: 0-5 está a compreensão de que o desenvolvimento e a saúde mental das crianças pequenas são muito dependentes da adequação de fatores psicossociais e relacionais, abarcando um contexto maior do ambiente no processo de diagnóstico. Há, portanto, uma aposta maior na prevenção e reversão de problemas precoces envolvendo o relacionamento, a comunicação e as condutas das

crianças, através da formulação de intervenções terapêuticas que contemplem tanto os pais como os bebês, em diferentes configurações, possibilitando assim transformações nas suas experiências (Zero to Three, 2016).

Além disso, o DC: 0-5 descreve quadros específicos desta etapa da infância não abordados em outros sistemas de classificação, discriminando, por exemplo, problemas de regulação do sono e da alimentação; transtornos neurodesenvolvimentais; dificuldades no processamento sensorial; transtornos do humor e de ansiedade; desordens decorrentes de estresses, traumas e privações; bem como dificuldades específicas de relacionamento com os cuidadores. Considero desta forma, que esse é um manual mais prudente e apropriado para embasar a leitura diagnóstica dos profissionais envolvidos com a infância, uma vez que preserva as especificidades desta etapa e mantém em aberto o curso do desenvolvimento que ela poderá ter. Por este motivo, penso que a Classificação Diagnóstica Zero a Cinco vai ao encontro das minhas percepções na clínica psicanalítica da infância, especialmente porque converge na ideia de que as crianças são bastante permeáveis a um tratamento, para além dos três anos de idade (Zero to Three, 2016).

Antes de ir adiante, é importante frisar mais uma vez que, nesse estudo, estou me detendo sobre aqueles casos que não preenchem exatamente os critérios para diagnóstico de TEA, mas possuem alguns sinais e sintomas que deixam dúvidas nos profissionais sobre encontrarem-se ou não dentro do espectro do autismo. Podem ser entendidos como estando na fronteira desse diagnóstico, ou como quadros leves da patologia.

Reforço ainda que embora alguns desses casos pudessem anteriormente ser compreendidos como autismos atípicos, não os penso a partir da visão de psicose infantil, segundo propõe alguns autores da psicanálise. Mesmo que tenham alguns sintomas que poderiam os aproximar da psicose, esta compreensão não corresponde à totalidade do quadro e nem me parece igualmente interessante para pensar a dinâmica da criança e sua família. Assim, prefiro chamar a clínica a que me refiro de inespecífica. Mas, nomear assim esses casos não nos traz respostas e compreensões

sobre como intervir. É por este motivo que proponho nesta dissertação o conceito do Transtorno de Subjetivação Arcaica.

Esta denominação não significa que quero sugerir uma nova desordem psiquiátrica, como alguns poderiam supor. O transtorno de subjetivação arcaica é uma forma de pensar, circunscrever e nomear um fenômeno clínico, e que não deve ser trabalhado como um diagnóstico com os familiares. Desse modo, ele não descreve um só padrão de funcionamento, pois o que está em jogo são as particularidades de cada criança, a história de seus pais e seu estilo interativo, os quais ajudam ou dificultam a subjetivação da criança.

Para reiterar e sintetizar, na minha experiência identifico mais comumente nessas apresentações a presença dos seguintes aspectos: do lado do bebê, uma hipersensibilidade emocional e sensorial, predispondo a um fechamento relacional, que já torna mais desafiadora a tarefa de instaurar a Lei Materna do Encontro (Guerra, 2015a, 2016). Do lado do ambiente, redes de apoio insuficientes, situações de luto e depressão que se acentuam no encontro com um filho pouco responsivo ou difícil de gratificar e dar prazer. Tudo isso, somado ao impacto da cultura, interferindo nos ritmos e nos ideais das relações paterno-filiais.

Esse conjunto se combina para produzir mães e pais com senso de competência parental afetados, gerando um desencontro rítmico na relação com o bebê. Essa disritmia por sua vez dificulta o processo de subjetivação da criança, levando a atrasos de linguagem e problemas de comportamento. O uso frequente de aparelhos eletrônicos me parece que entra no lugar da interação comumente como forma de tamponar a ferida narcísica, satisfazer a criança e aliviar a culpa dos pais, já que mantém ambos saturados por essa experiência. Essas condutas acentuam ainda mais as dificuldades na estruturação emocional da criança, aumentando as fantasias de culpa e de sacrifício dos pais, que por sua vez sentem cada vez mais dificuldade para empatizar e sintonizar afetivamente com a criança, trazendo maior desencontro na relação.

Em ambos os pacientes que apresentei havia dificuldades preponderantes com a oscilação rítmica, entre estar e não estar, continuar e descontinuar, sumir e

reencontrar. Mas Ângelo era para mim mais distante e difícil de capturar do que Lion, uma vez que ele não parecia perceber a descontinuidade entre os eventos e as pessoas. Tinha a impressão de que seu aparelho psíquico tinha se desenvolvido de modo a não registrar essas oscilações, as ausências. Ele geralmente ficava vagando pelos espaços, se relacionando na maior parte do tempo com seu universo de sensações. Não era uma desconexão em que ele estava fechado em um mundo de fantasias, com suas próprias leis, como vemos em uma organização psicótica. Em realidade, não havia pensamentos. No máximo ele criava imagens mentais para suas experiências sensoriais.

O único momento em que ele demonstrava alguma preocupação com o tempo e a realidade era na hora de ir para a escola. Comumente ele chegava atrasado no colégio e, diante dessa circunstância, ficava angustiado e choroso. Conforme eu disse, penso que o espaço escolar foi para este menino um “bote salva-vidas”, com a presença simbolizante de alguns professores e profissionais.

Nas sessões com Ângelo, eu precisava de maior energia mental para me manter viva na cena, conectada, fazendo um trabalho de reanimação psíquica, como diria Alvarez (1994, 2012). Com esse investimento libidinal, ele conseguia alcançar bons níveis de interação. Já Lion, como vimos, era extremamente suscetível à oscilação dos ritmos, cada pequeno sinal indicativo de descontinuidade, que não fosse controlado por ele, mobilizava desorganização e angústia. Minha tarefa, portanto, era mais fortemente marcada por encontrar uma maneira delicada e sintônica de estar presente, buscando traduzir e diminuir o ritmo frenético com que parecia sentir as excitações psíquicas que o desmantelavam.

Não estou referindo em Lion uma angústia de separação com o corpo da mãe, que poderia também nos conduzir por uma estrutura mais psicótica. Pelo contrário, ele não tinha problemas em separar-se dos pais, e inclusive muitas vezes a mãe ficava mobilizada, porque ele se recusava a ir com ela na saída da escola. Até mesmo na sessão comigo, Lion não suportava se despedir para ir embora, conforme relatei no período inicial do tratamento. A questão do paciente, portanto, era realmente a passagem de um momento ou de um estado a outro.

Ambas as mães, por sua vez, não se sentiam competentes para suprir as necessidades emocionais dos filhos, ou detentoras de um saber sobre eles, barrando a entrada de um terceiro. A tendência era acharem que os outros saberiam melhor do que elas o que fazer. É possível constatar assim que, apesar das formas de apresentação diferentes em Ângelo e Lion, identificamos tanto em Laisa como em Maria um sentimento de fracasso, um senso de incapacidade para exercer a maternidade. Sentimentos típicos encontrados nos pais de crianças com sinais de autismo, os quais foram apontados por diferentes autores, como Guerra (2016), Laznik (2015) e Kaufmann (2014). Ademais, embora eu não tenha abordado em profundidade essa questão, esse senso de competência parental afetado demonstrou estar subjacente a outros contextos e dificuldades, relacionados com a história fantasmática e transgeracional das famílias, predispondo as mães a uma vivência depressiva.

Winnicott (1952) frisa que o estado emocional da mãe interfere diretamente na forma como ela irá cuidar do seu bebê, e conseqüentemente os processos constitutivos que implicam esses cuidados. É imprescindível que ela esteja bem para ser capaz de entrar num estado regressivo satisfatório e identificar-se com o filho. E justamente por este motivo a organização familiar e social é de extrema relevância para a saúde da mãe e da pequena criança. Assim, é indispensável que o ambiente total em que a mãe está inserida seja propício, oferecendo amparo e segurança, a fim de promover a expressão desse estado especial que ela precisa entrar - preocupação materna primária (Winnicott, 1956) – o qual favorece o desenvolvimento emocional do bebê. A mãe precisa sentir-se acolhida, protegida e valorizada pelo seu entorno e confiar que os desafios e as mudanças adaptativas serão passageiros. Contudo, esse não foi o ambiente encontrado por Laisa ou Maria, e a ferida narcísica como mãe incrementaram desde o princípio entraves no encontro com o filho.

Porém, como vimos não é esse fato isoladamente que leva ao desencontro rítmico. Esses são bebês que já não reagem aos estímulos sociais e não buscam o contato de modo natural, retroalimentando dificuldades na co-criação de um ritmo comum. Os atrasos do desenvolvimento de ambos os meninos nos dão sinais de um empuxe fraco em direção às ligações vitais.

Temos indicações nesse contexto de que possivelmente a mãe de Ângelo ou de Lion não se sentiram capazes de ser co-criadoras de um jogo rítmico de vai e vem, de sumir e reencontrar, como são as brincadeiras de esconde-esconde ou de reconhecimento no espelho, permitindo se construírem como uma presença simbolizante para o filho. Guerra (2013, 2015b) dá fundamental importância ao papel do investimento libidinal do outro no encontro com a criança, através de seu olhar atento e da sua disposição para significar um acontecimento. Cito a seguinte passagem do autor que parece precisar bem questões fundamentais a respeito do desenvolvimento emocional desses pacientes:

Pode um bebê desenvolver um processo de deslocamento de representações, de metaforização, sem vivê-lo em presença com outro, que em algum momento co-construiu com ele um espaço de jogo? Definitivamente, pode o bebê realizar um trabalho de elaboração intrapsíquica na ausência do objeto, sem antes ter transitado alguma forma de encontro intersubjetivo em presença simbolizante? (Guerra, 2013, p. 596-597)

Por último, no tocante ao trabalho clínico com crianças com transtorno de subjetivação arcaica, destaco os seguintes pontos essenciais:

1) Assumindo a noção de que a subjetividade do analista também está em jogo no tratamento, esta é uma forma de trabalhar em que precisa haver uma entrega total do terapeuta, com sua carne e suas emoções. Para um compartilhamento afetivo e vivencial junto aos pais e à criança, é necessário se deixar tocar e sentir, envolver-se pela situação, se emocionar e brincar, genuinamente (Guerra, 2015b).

Ressaltaria, por esta razão, a necessidade do terapeuta ter seu próprio espaço de análise. Seu corpo e sua mente serão instrumentos sensíveis que permitirão escutar a música que é regida a cada encontro. Esse sentir faz parte de uma comunicação transmodal, que exigirá do terapeuta condições expressivas para traduzir o que seus canais afetivos e sensoriais experimentaram, ajudando a co-criar uma narrativa metaforizante, que abra espaço para que as palavras deem significado e acomodem essas experiências compartilhadas.

2) Como já foi dito, esse se trata de um trabalho artesanal. E como todo artesanato, o processo tem um caráter criativo e singular, entremeado pela subjetividade do próprio terapeuta. Por este motivo, não corresponde a nenhum protocolo sobre como proceder. Exige perspicácia, flexibilidade e uma dose de arte para ser realmente um tratamento co-criado entre o analista, o paciente e sua família. “Se entendermos a subjetivação como um processo aberto, de tornar-se sujeito, sabemos que é interminável e que é também uma encruzilhada repleta de incertezas, mistérios, um pouco de casualidade, muita paciência e criação” (Guerra, 2017, p.8).

3) Sublinharia a necessidade do analista conhecer e ter em mente os princípios da intersubjetividade, bem como os seus indicadores, como recursos que irão iluminar as situações potencialmente propícias para fazer emergir a subjetividade da criança. Por exemplo, reconhecer quando é interessante uma abordagem técnica de imitação intensificada e exagerada dos gestos da criança, ou a inserção de jogos rítmicos envolvendo suspense e prazer. Essas estratégias permitem engajá-la em comportamentos intersubjetivos, os quais ajudam a criança apropriar de si, de seus estados mentais e diferenciar-se dos outros. Essas interações serão proveitosas para acionar novas conexões cerebrais relacionadas às experiências sociais, colocando em marcha os processos constitutivos (Muratori, 2008).

4) Na clínica dos transtornos de subjetivação arcaica, a inclusão dos pais no tratamento é fundamental. Todavia, precisa-se ter presente que o quadro resulta de um (des)encontro intersubjetivo, em que se cruzam aspectos da cultura, da fantasmática dos pais e as particularidades de cada criança. É muito fácil comprar discursos confessionais de culpa, ou cair em julgamentos morais, numa postura íntima acusatória aos cuidadores. Essa seria uma forma de proceder e compreender a psicopatologia infantil bastante injusta e simplista. “A ferramenta de um psicanalista com os pais é uma transferência de amor” (Laznik & Burnod, 2015, p.17). Portanto, é importante que o analista monitore o que se passa em seus pensamentos e sensações, de modo a prevenir que uma transferência negativa se instale.

Para fazer uma aliança terapêutica positiva com os pais, Laznik sugere, por exemplo, evitar inicialmente realizar uma anamnese detalhada (Laznik & Burnod,

2015). Prefere que eles tragam ao seu tempo, conforme se sintam à vontade, as informações que julgarem relevantes da sua história. Isso me lembra o que Guerra dizia em nossos encontros no grupo de estudos: que nosso trabalho como psicanalistas não é fazer anamnese, e sim uma “reconstrução histórico-afetiva da vivência dos pais junto ao seu filho” (V. Guerra, comunicação pessoal, 2015).

5) É preciso deixar claro que lançar-se em um trabalho que tem como primeiro plano fazer-se presença simbolizante não significa estar no papel de satisfazer as necessidades do paciente, tampouco de se colocar como mero apoio egóico para a criança e seus pais. Este “é um trabalho que anda ao lado do trabalho de ausência, mas por sorte, para o paciente (e para o analista), existe o hífen, a *entredade*, o sinal de alheio de outra ordem que, separando, une e que, unindo, separa” (Guerra, 2013, p.600). Ocorre assim em um espaço transicional, intersubjetivo, em que a leitura do material não verbal, que não pode ser capturado pela palavra, está constantemente balizando os passos dessa dança. Portanto, não é só estar fisicamente junto. A co-criação rítmica, a dialética presença-ausência estará cadenciando sucessivamente a musicalidade da relação.

6) Por fim, o imperativo respeito ao ritmo do sujeito, bem como de sua família. A Lei Materna do Encontro deverá operar como pano de fundo em todas as intervenções e na gestualidade comunicativa do terapeuta. É imprescindível um genuíno interesse, maleabilidade e disponibilidade lúdica como recursos internos do analista na busca de oportunidades para espelhar, traduzir, brincar e transformar as situações clínicas que se apresentam. As palavras, situadas na zona do entre, serão as linhas com que o terapeuta irá costurar os dois pólos, presença-ausência, como numa máquina a cerzir um tecido ao longo do tempo. Logo, é “a ritmicidade do encontro com o outro (intersubjetividade) um dos fatores que possibilita, junto aos recursos próprios, a vivência de integração do self (subjetivação) e o acesso a intersubjetividade” (Guerra, 2017, p.14).

No pulsar temporal desses encontros, a qualidade do clima que envolve as sessões, fala do investimento emocional e mental constante do terapeuta a convocar em seu pequeno paciente e em seus pais o desejo de conhecer, de adentrar os

mistérios profundos e se dirigir ao desconhecido. O nascimento da pulsão epistemofílica, que nos lança em direção ao conhecimento e à vida, se sustenta na identificação com esse outro atento e curioso por desvendar o que há dentro de nós. Dessa forma, na cena analítica, seja acompanhado do silêncio ou da palavra, diante dessa postura observadora, focada e reflexiva do terapeuta, independente da forma como a criança se expressa, ela sente que o trabalho está se realizando. Esse espaço de respeito e de enigma deverá ser o alicerce do trabalho de transferência (Guerra, 2013, 2015b, 2017).

Assim, se completam os quatro conceitos indispensáveis para que a elaboração se efetive, como fios tecendo representações: ritmo, palavra, jogo e o investimento do outro. O ritmo, permeado pela repetição prazerosa do encontro, acompanhado de palavras que fazem elos, entrelaçados pelo olhar, atenção e pela atitude lúdica do terapeuta, são linhas a compor nessa dança a textura da vida psíquica (Guerra, 2013).

7. ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Chegando à etapa final desta dissertação, gostaria de expor minhas últimas considerações e reflexões. Retomo o sentimento de confusão que esse assunto dos limites do TEA me despertou a ponto de mobilizar meu desejo por aprofundar o tema nesta dissertação. Araújo (2003, p.40) também compartilha uma sensação de desencontro “entre o que experiencia no contato com as crianças com sinais de autismo” e algumas teorias. Aconselha que o clínico busque ajuda sempre nos escritos de teóricos que parecem vivenciar os mesmos dilemas encontrados em sua prática, defendendo a ideia de que não há uma única teoria que possa dar conta de entender fenômenos complexos, como os que envolvem o autismo.

Destaco a importância de termos em mente que o conhecimento não é um produto acabado, sobre o qual os pesquisadores apontam para a verdade última a respeito dos fenômenos estudados. Compreender que o transtorno do espectro autista resulta da circunscrição de um fenômeno em certa época foi fundamental. Ter em mente os aspectos históricos e culturais que influenciam o modo como se organiza a apresentação desses conhecimentos também faz toda diferença. Acredito, entretanto, que ainda temos um longo trajeto na direção de compreender muitas dúvidas que as psicopatologias da infância nos convocam. Como afirmei desde o princípio, não escrevo buscando consolidar certezas, mas instigar novas questões, compartilhar ideias, iluminar possibilidades, na expectativa de que meu trabalho possa inspirar futuras pesquisas no assunto.

Ter essa capacidade crítica permite que possamos olhar para o que se apresenta de maneira sempre aberta, fecunda. Assim, pude ter maior clareza dos motivos atuais que fizeram com que, nos últimos anos, o transtorno do espectro autista se tornasse esse amplo guarda-chuva, abarcando grande parte das psicopatologias graves da infância. Ou seja, o autismo típico, de Kanner, é apenas um dentre os vários autismos contemplados pelo TEA no atual momento. Aspectos legais, culturais, econômicos, acadêmicos e clínicos convergiram para a decisão desse grande agrupamento que contempla diversas manifestações de problemas do

desenvolvimento infantil. Entendo, porém, que além dos benefícios, há riscos nesse modelo.

A partir da revisão da literatura, bem como da minha experiência clínica, destaco a premência de se apontar para o excesso de diagnósticos de TEA, evidenciando aqueles quadros que podem a uma primeira vista parecer, mas nem sempre são autismo. O diagnóstico não é somente um dado estatístico, tem facilmente o caráter de uma digital marcando a identidade da criança, produzindo efeitos na maneira como ela será vista e narrada, sobre os discursos que serão invólucros do seu crescimento. Mesmo quando essas crianças não chegam a nossa clínica com o diagnóstico dado por um profissional (fonoaudiólogo, pediatra, psicólogo, neuropediatra), o fantasma do TEA ronda a mente dos pais e das pessoas que estão no seu universo, como parentes, professores e outros profissionais. Como vimos, do ponto de vista da intersubjetividade, esse entorno por si só já pode ter um impacto significativo sobre a constituição psíquica da criança (Kaufmann, 2014).

Saliento que não estou negando o autismo e nem o seu valor diagnóstico para determinados casos. Estou aqui refletindo o quanto é útil pensarmos no TEA para crianças que estão nessas fronteiras do espectro, e levantando a reflexão do quanto conferir a elas esse diagnóstico é produtivo no tratamento e em seu desenvolvimento. E mais, o quanto essa conduta pode estar contribuindo para a epidemia de autismo que temos acompanhado nos últimos anos? Considero desse modo que o essencial é o profissional responsável por diagnosticar e tratar ter clareza desses processos e saber discriminar quando e porque se faz necessária a nomeação desse conjunto de sofrimento para um paciente e sua família.

Nessa linha, o Transtorno de Subjetivação Arcaica corresponde para mim a uma parcela de casos de suspeita de autismo/TEA, que comumente tem uma sintomatologia imprecisa e confusa. Assim, busquei oferecer uma forma de ler e trabalhar com essas apresentações clínicas, evidenciando a potência que essa postura pode ter para a evolução dos pacientes. Não penso ser essa uma verdade a sobrepor-se a outras, mas uma tentativa de transmitir e compartilhar um modo de operar que, no atual contexto histórico, tem se mostrado para mim bastante útil e interessante.

Encaminhando-me para o fechamento deste trabalho, compartilho uma conversa recente com os pais de um paciente que estou avaliando. Perguntei o que pensavam a respeito dos comentários que algumas pessoas tinham feito sobre o filho deles provavelmente ser autista, e me surpreendi com a seguinte resposta: *“A gente não sabe se ele é ou não, no dia-a-dia prefere não ficar pensando nisso, porque se pensar, sei que vamos começar a buscar informações e isso vai nos confundir mais. A gente sabe é que ele precisa de ajuda, e se ele for autista ou não for, não fará diferença, porque ele seguirá sendo sempre acima de tudo o nosso filho”*. Esses pais são pessoas muito simples, e fiquei comovida com a verdade que havia no discurso deles. Nessa hora, surpresa e emocionada, pensei: *“Precisei anos trabalhando e estudando para chegar às mesmas conclusões que eles, que me banharam de conhecimento baseado em seus afetos mais genuínos”*.

Com todo trabalho que venho desenvolvendo na minha clínica e no mestrado, são certamente nesses pequenos comentários em nossa prática cotidiana de onde extraímos a maior sabedoria: são conhecimentos vivenciais. Nessa família, eles estão prontos para enxergar intimamente o filho deles. Faça-se ou não necessário o diagnóstico, sei que eles não verão um autista, verão uma criança e seu sofrimento, sua luta para se desenvolver e ter reconhecimento.

A emoção que marca essa forma de saber é única, inigualável. E era esse jeito humano de ver e sentir o trabalho com seus pacientes que Guerra procurou transmitir. O compartilhar estético e emocional de uma cena clínica, as transformações e o clima afetivo envolvendo esses encontros, nunca podem deixar de nos instigar e surpreender. Essa é, para mim, a marca viva do legado de Victor Guerra.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aisenstein, Marília (2016). Criação, ficção e narração clínica. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.23, n.1, p.43-52.

Allen, Frances. (2013). *Two Fatal Technical Flaws in the DSM-5 Definition of Autism*. Disponível em: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/two-fatal-technical-flaws_b_3337009.html, Acessado em 06 de novembro de 2016.

Allen, Frances (2014). *Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais - entrevista*. In: El País. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html, Acessado em 06 de novembro de 2016.

Alvarez, A. (1994). Autismo: as controvérsias. In: *Companhia Viva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (2012). Níveis de trabalho analítico e níveis de patologia: o trabalho de calibragem. In: *Livro Anual de Psicanálise*, XXVI, p.173-190.

American Psychiatry Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. (DSM-I). Disponível em <http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-i-pdf>. Acesso em 14 de novembro de 2016.

American Psychiatry Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-II). Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/14532307/dsmii>. Acesso em 14.10.16.

American Psychiatry Association (1980). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 2ª edição (DSM-III). Porto Alegre: Artes Médicas

American Psychiatry Association (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 4ª edição (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas

American Psychiatry Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 4ª edição. Texto Revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatry Association (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed.

Araújo, Conceição A. S. (2003). O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. In: *Natureza Humana*, 5(1), 39-58.

Asperger, Hans (1944). Autistischen Psychopathy in childhood In: *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, v. 117, p. 76-136.

Assunção Jr, Franciso; Kuczynki, Evelyn. (2011). Diagnóstico Diferencial Psiquiátrico no Autismo Infantil. In: Schwartzman, J. S; Araújo, C. A. (Orgs). (2011). *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnom edições científicas.

Baron-Cohen, S.; Dudas, R.B.; Lovejoy, C.; Cassidy S, Allison; C., Smith, P. (2017). The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. Acessado em: PLoS ONE 12(9):e0184447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184447>

Batistelli, Fátima Maria V.; Amorin, Maria Lúcia, G. (2014). *Atendimento Psicanalítico do Autismo*. 1ed, São Paulo: Zagodoni.

Black, D. W.; Grant, Jon E. (2015). *Guia para o DSM-5: Complemento Essencial para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Bosa, C. A. (2002). Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In C. R. Baptista & C. A. Bosa (Orgs.) In: *Autismo e Educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.

Bursztejn, Claude (2016). A evolução dos conceitos de psicose e autismo na criança. In: Laznik, Marie-Cristine; Touati, Bernard; Bursztejn, Claude. *Distinção Clínica e Teórica entre Autismo e Psicose na Infância*. São Paulo: Instituto Language.

Camargo, Sígla P. H.; Bosa, Cleonice A. (2009) Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. In: *Psicologia e Sociedade*, vol.21, no.1, p.65-74.

Camargo, Sígla P. H.; Bosa, Cleonice Alves. (2012) Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.28, no.3, p.315-324.

Catão, Inês (2015). A linguagem como mistério não revelado: voz e identificação nos autismos. In: Jerusalinky, A. (Org.). *Dossiê Autismo*. São Paulo: Instituto Langage, v.1, p.64-75.

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Autism Spectrum Disorders (ASDs): Data & Statistics*. Acessado em 15 de fevereiro, 2017. Disponível em <http://www.cdc.gov/NCBDDD/autism/data.html>.

Ciccone, A. (2001). L'écllosion de la vie psychique. In: Ciccone, A.; Gauthier, Y.; Golse, B.; Stern, D. *Naissance et développement de la vie psychique*. Ramanville Saint-Agne: Erès, p. 11-37.

Dallazen, L., Giacobone, R. V., Macedo, M. M. K., & Kupermann, D. (2012). Sobre a ética em pesquisa na psicanálise. In: *Psico*, 43(1).

Diaz Rossello, Guerra, V., Rodriguez, C., Strauch, M. y Bernardi, R. (1991). *La madre y su bebe: primeras interacciones*. Ed. Roca Viva.

Dolto, Françoise. (2004). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.

Dunker, C. I. F.; Voltolini, R.; Jerusalinky, A. (2005). Metodologia de pesquisa e psicanálise. In: Lerner, Rogério.; Kupfer, Maria Cristina M. (Orgs.) *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta-FAPESP, 2008, p.63-91.

Dunker, C. I. F. (2011) *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.

_____. (2015). *Mal estar, sofrimento e sintoma*. São Paulo: Boitempo.

Ferrari, Hector. (2011). Qué nos enseña Freud acerca del relato clínico psicanalítico. In: *Relatos de Lá Clínica -XXXIII Simposio Anual da Associação Psicanalítica de Buenos Aires*, p.121-127.

Figueiredo, Ana C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, VII, 1, p. 75-86.

Freud, S. (1895). Projeto para uma Psicologia Científica. In: S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920). “Além do princípio do prazer”. In: S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Golse, B. (2002). *Do corpo ao pensamento*. CLIMEPSI Editores: Lisboa.

Golse, Bernard. (2013). *Mon combat pour les enfant autistes*. Paris: Editora Odile Jacob

Grandin, Temple; Richard, Panek (2015). *O cérebro autista: pensando através do espectro*. Rio de Janeiro: Editora Record.

Guerra, Victor. (2009). Indicadores de intersubjetividade (0-2 años) em el desarrollo de la autonomia del bebe. In: Mara, S. (Org.). *Aportes para la elaboración de propuestas educativas – Primera Infancia: la etapa educativa de mayor relevancia*. Montevideo, Uruguay: Ministério de Educación y Cultura.

_____. (2013). Palavra, ritmo e jogo: fios que dançam no processo de simbolização. In: *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, v. XX, n 3, p.583- 604.

_____. (2014a). Indicadores de intersubjetividade 0-12 Meses: del encuentro de miradas al placer de jugar juntos (Parte I). In: *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, v.16, n.1, p.209-235.

_____. (2014b). Indicadores de intersubjetividade 0-12 Meses: del encuentro de miradas al placer de jugar juntos (Parte II). In: *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, v.16, n.2, p.411-435.

_____. (2014c). *Indicadores de intersubjetividad 0-12 Meses*. Del encuentro de miradas al placer de jugar juntos . Vídeo documental. Associação Psicanalítica do Uruguai: Comitê Outreach de la I.P.A.

_____. (2015a). El ritmo y la ley materna em la subjetivación y em la clínica infantil. In: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (120), p. 133-154. Disponível em: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512009.pdf>, Acesso em 23 de outubro de 2016.

_____. (2015b). La escucha sensorial e estética del analista: desde J. Keats à clínica infantil. In: *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo*, v.17, n 2, p.154-177.

_____. (2016). Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: os transtornos de subjetivação arcaica. In: *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 23 (1), p. 137-158.

_____. (2017). O ritmo, a musicalidade comunicativa e a lei materna na artefania da subjetivação humana. In: *Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência* (Publicação Ceapia), n.26, p.8-21.

Jerusalinky, A. (1993). Psicose e Autismo na Infância: uma questão de linguagem. In: *Psicose*. Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, ano 4, n 9.

Jerusalinky, Alfredo. (2015). *Dossiê Autismo*. São Paulo: Instituto Langage.

Kanner, L. (1943). *Os distúrbios autísticos do contato afetivo*. In Rocha, P. (Org.). *Autismos*. São Paulo, São Paulo: Escuta, 1997.

Kaufmann, Liliana. (2014). La familia atravesada por el autismo de un hijo: las raíces intersubjetivas del autismo y formas sacrificiales de la culpa. In: *Subjetividad y procesos cognitivos*. 18(1), 141-156. Acessado em 13 de outubro de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102014000100006&lng=es&tlng=es.

Klein, Melanie. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: Klein, M. *Amor, culpa e reparação*. Rio De Janeiro: Imago, 1996, p.249-264.

Klin, Ami. (2006). Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.28, suppl.1, p 3-11.

Kruck, J.; Albaret, J.M.; Kostrubiec, V.; Chaix, I.; Biotteau, M. (2017). Social communication difficulties in Developmental Coordination Disorder: same or different than those found in Autism Spectrum Disorder (ASD)?. Comunicação Oral.

Kupfer, M. Cristina M. (2000). Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. In: *Psicologia USP*, 11(1), 85-105. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000100006>

Kupfer, M. C. M. (2014). O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: Kemer, M; Mariotto, Rosa M. & Voltoline, R. (Orgs). *Por uma nova psicopatologia da infância e adolescência*. São Paulo: Escuta, 2015.

Laznik, M.C., Burnod, Y. (2015). O ponto de vista dinâmico neuronal sobre as intervenções precoces. In: (2015) M.C. Kupfer & M. Szejer (Orgs). *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções*. São Paulo, Brasil: Instituto Lagage, p.14-30.

Laznik, Marie-Cristine. (2016). Podemos pensar uma clínica do nó borromeo que distingue a psicose e o autismo nos bebês? In: Laznik, M.C.; Touati, B.; Bursztejn, C. *Distinção Clínica e Teórica entre Autismo e Psicose na Infância*. São Paulo: Instituto Language.

_____. (2015). Diversos olhares sobre o autismo. In: Jerusalinsky, A. (Org.). *Dossiê autismo*, 19. ed. São Paulo: Instituto Language, p.54-61.

_____. (2013). Devaneios neurocientíficos de uma psicanalista. In: Laznik, M. C. *A Hora e a Vez do Bebê*. São Paulo: Instituto Language, p.225-239.

_____. (2009). Bebê com risco de autismo em tratamento conjunto: visa-se a reversibilidade total? In: Laznik, M. C. *A Hora e a Vez do Bebê*. São Paulo: Instituto Language, p.87-106.

_____. (2011). Linguagem e comunicação do bebê de zero a três meses In: Laznik, M. C. *A Hora e a Vez do Bebê*. São Paulo: Instituto Language, p.127-136.

_____. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In D. de B. Wanderley (Org.). *Palavras em torno do berço*. Salvador: Ágalma, p. 35-51.

Mahler, Margareth. (1982). *O processo de separação-individuação*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Malloch, S.; Trevarthen, C. (2009). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Marcelli, D. (2000) "La surprise chatouille de l'ame: Ed. O. Jacob.

McWilliams, Nancy. (2014). *Diagnóstico psicanalítico: entendendo a estrutura de personalidade no processo clínico*. Porto Alegre: Artmed.

Mercadante, M. T.; Gaag, Rutger J. Van der. & Schwartzman, J. S. (2006). Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 12-20.

Movimento Psicanálise Autismo e Saúde Pública (2013). *Do DSM-I ao DSM-5: efeito do diagnóstico psiquiátrico "espectro autista" sobre pais e crianças*. Disponível em: http://www3.fe.usp.br/secoes/inst/novo/laboratorios/lepsi/biblioteca/estante/hist_autismo.pdf, Acessado em 06 de outubro de 2016.

Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un transtorno de la intersubjetividade primaria (I Parte). In: *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 39- 49

Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un transtorno de la intersubjetividade primaria (II Parte). In: *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 13, 21-30

New York State Department of Health: early intervention program. (1999). *Clinical practice guide line for autismo/pervasive developmental disorders: Assessment and Intervention for Young children (age 0-3)*. Albany: New York Departamento of Health.

Paula, C. S., Ribeiro, S. H., Fombonne, E., & Mercadante, M. T. (2011). Briefreport: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(12): 1738-1742.

Rosenberg, Raymond. (2011). História do Autismo no Mundo. In: Schwartzman, J. S; Araújo, C. A. (Orgs). *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnom edições científicas, p.19-26.

Roussillon, R. (2006). *Paradoxos e situações limite da psicanálise*. Trad. Paulo Neves. Editora Unisinos: Porto Alegre.

Roussillon, R. (2010). La dialectique presence-absence: Pour une metapsychologie de la présence. In: *Tribune Psycanalytique*. n.9, Presses Cantrales: Lausanne.

Schmidt, Carlo (2015). Autismo, Educação e Transdisciplinaridade. In: Schmidt, Carlo (Org.). *Autismo, Educação e Transdisciplinaridade*. São Paulo: Papyrus, p.7-27.

Schwartzman, J. S; Araújo, C. A. (2011) Transtornos do Espetro do Autismo: conceitos e generalidades. In: Schwartzman, J. S; Araújo, C. A. (Orgs). *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnom edições científicas, p.37-42.

Segal, H. (1983). Notas a respeito da formação dos símbolos. In: H. Segal, (Org.). *A Obra de Hanna Segal: uma abordagem Kleiniana à prática clínica*. Rio de Janeiro: Imago, p.77-98.

Semensato, Márcia Rejane; Bosa, Cleonice Alves. (2015). A família das crianças com autismo: contribuições empíricas e clínicas. In: Schmidt, Carlo (Org.). *Autismo, Educação e Transdisciplinaridade*. São Paulo: Papyrus, p.81-104.

Stern, Daniel. (1980). *Bebê-Mãe: Primeira relação humana*. Lisboa: Editora Moraes.

_____ (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre, Artes Médicas.

_____. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (2004) *O momento presente na psicoterapia e na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Editora Record.

_____. (2010) *Forms of vitality*. Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development. USA: Oxford University Press.

Spitz, Rene. (2004). *O primeiro ano de vida*. 3ed. São Paulo: Martins Fontes.

Tanguay, Peter E. (2011). Autism in DSM-5. In: *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 168, No. 11, pp. 1142 – 1144. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2011.11071024>, Acessado em 17 de outubro de 2016.

Tavassoli, T. et al, (2017). Sensory reactivity, empathizing and systemizing in autism spectrum conditions and sensory processing disorder In: *Developmental Cognitive Neuroscience* (2017). Acessado em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2017.05.005>

Touati, Bernard. (2016). Autismo, uma pesquisa. Sobre a necessidade de se reprecisar o campo do autismo e dos TID não autísticos. In: Laznik, Marie-Cristine; Touati, Bernard; Bursztejn, Claude. *Distinção Clínica e Teórica entre Autismo e Psicose na Infância*. São Paulo: Instituto Language.

Tustin, Frances. (1984). *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Tustin, Frances. (1990). *Barreiras Autistas em Pacientes Neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zanon, Regina Basso; Backes, Bárbara; Bosa, Cleonice Alves. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 25-33. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>

Zero a Três. (1997). *Classificação diagnóstica de saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebê e da criança pequena*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zero to Three. (2016). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0-5™)*. Washington, DC: Zero to Three Press.

Wing, L.; Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children. Epidemiology and classification. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11–29.

Winnicott, D. W. (1952). Psicose e cuidados maternos. In: Winnicott, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1975). O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1984). Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (2000). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.