

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ENTRE RODOPIOS E BALBUCIOS

Reflexões psicanalíticas sobre a função d o ritmo na constituição psíquica

MARÍLIA SOBRAL BENJAMIN

BRASÍLIA/ DF

2007

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ENTRE RODOPIOS E BALBUCIOS

Reflexões psicanalíticas sobre a função d o ritmo na constituição psíquica

MARÍLIA SOBRAL BENJAMIN

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

ORIENTADORA: PROFa. DRa. MARIA IZABEL TAFURI

BRASÍLIA/ DF

2007

Esta dissertação foi realizada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri.

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

Presidente – Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri

Membro – Profa. Dra. Daniela Scheinckman Chatelard

Membro Externo – Profa. Dra. Severina Sílvia Maria Oliveira Ferreira

Suplente – Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa – UnB

Brasília, 30 de março de 2007.

Dedico essa dissertação aos meus queridos pais, Fernanda e Aldenor (*In Memoriam*), pelo amor e pela beleza de tudo que me inspiraram. Tenho certeza que essa conquista só foi possível porque vocês são a força, a inspiração e o ritmo para eu seguir meu caminho. Com a mais profunda admiração, respeito e saudade da “filhota” de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, pela presença constante, calorosa e compreensiva. Em especial, à vizinha, pelo conforto de seu colo e de suas músicas; às minhas queridas tias Dindinha, Dindó e Titita pelo sempre apoio, confiança e espiritualidade; às minhas primas lindas, pela alegria e união; ao meu querido irmão, pelo sábio silêncio, respeito e proteção nos momentos mais difíceis; ao Lucas, meu afilhado amado, pelas importantes horas de descontração e de conversas sem fim.

À Professora Izabel Tafuri, por abrir um espaço de escuta, de trabalho e de carinho que me incentivou a conviver com as crianças para além do sofrimento e da patologia.

À Professora Inês Catão, pelo estímulo nas supervisões analíticas, pelas palavras bem afinadas e por me mostrar que “voz e poesia” andam juntas.

À Professora Daniela Chatelard, por me apresentar à teoria psicanalítica de forma brilhante e me ajudar a iniciar o trabalho de “escuta precoce” da relação mãe-bebê.

Ao Professor Ileno da Costa, por ter acompanhado minha trajetória desde o início, pela organização do CAEP e pelos efetivos questionamentos éticos e filosóficos.

Às amigas de infância e de todas as horas, Indiara, Luana e Manoela. Às amigas fiéis e companheiras, Luísa, Cristina, Daty e Carolina, pela torcida e paciência. Ao meu grande amigo e namorado, Renato, pelo carinho e felicidade de nossos momentos juntos.

Aos amigos da UnB, Maria, Maviane, Marina, Enrique, Éverson, Vanessa, Carlos, Ivan, Déia, Lu, Caroline, Lívia, Ana Carol, Janaína, pelos desabafos, sugestões e amizade.

Aos pacientes, em especial *Thomas*, *Lino* e *Mônica* que fizeram nascer de mim esse trabalho. Ao meu analista pela escuta cuidadosa e pelo humor de suas interpretações.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

RESUMO

Por inspiração na psicanálise e na prática clínica com os pacientes, o tema desta pesquisa é a função de ritmo que se manifesta no corpo por meio da sensorialidade, dos movimentos corporais e da linguagem. A proposta central é pesquisar a função do ritmo na constituição psíquica a partir do paradigma do autismo. Há o relato de três casos clínicos. Para isso, procura-se realizar o trabalho de teorização flutuante. Os fundamentos teóricos são as concepções psicanalíticas sobre percepção, corpo, constituição psíquica e linguagem. Freud e Winnicott serão privilegiados. Ao discutir a função do ritmo nos fenômenos clínicos observados, apresentam-se situações que implicam principalmente o corpo e a relação transferencial. Esse sentir corporal e estético tornou-se um ponto central de interesse e inquietação e configurou-se a partir do trabalho psicanalítico com bebês, crianças, psicoses e autismos. O encontro terapêutico e as sensações contratransferenciais representam a motivação principal para a elaboração teórica. O caso clínico é tomado na forma de recortes das “presenças vivas” do sujeito e da terapeuta que se transformaram num conhecimento compartilhado. O relato de cada situação transferencial é singular e fornece um aspecto enriquecedor sobre a temática do ritmo. Por fim, é mostrado como a prática clínica e a análise mais detalhada do tratamento com a criança autista levam à elaboração do ritmo sensorial e do ritmo relacional. O questionamento sobre o autismo como paradigma do psíquico introduziu uma compreensão metapsicológica freudiana sobre o ritmo na constituição psíquica. É visto também que o ritmo tem papel importante no desenvolvimento da linguagem por estar presente desde as primeiríssimas formas de comunicação na criança.

Palavras-chave: ritmo, corpo, linguagem, autismo, transferência.

ABSTRACT

This study draws on psychoanalytic theory and clinical practice to examine the concept of rhythm in the body, as evidenced via sensorial manifestations, body movement and language. The key objective is to study the function of rhythm in the makeup of the psyche according to autism's paradigm. Three clinical cases are described and an attempt is made to work with free-floating theorization, based on theoretical underpinnings rooted in psychoanalytical concepts regarding perception, body, psychic make-up, and language. Freud and Winnicott inform the thinking found throughout the paper. The discussion on the function of rhythm in the clinical phenomena observed during the study is punctuated by situations that primarily involve the body and relational transference. This bodily and esthetic manner of feeling became the key focus of interest and concern, and arose from psychoanalytic work with babies, children and cases of psychosis and autism. The therapeutic encounter and counter-transferential sensations were the primary motivation for the study's theoretical development. Clinical cases were approached via instances of the "living presence" of the subject and the therapist which then became shared knowledge. The description of each situation involving transfer is unique and thus enriches some aspect of our understanding of rhythm. Finally, the study shows how clinical practice and more detailed analyses of autistic children in treatment lead to the development of sensorial rhythm and relational rhythm. Questions regarding autism as a paradigm for the psyche introduce a meta-psychological Freudian understanding of rhythm in the makeup of the psyche. It was also seen that rhythm has an important role to play in the development of language because of its presence in even the very earliest forms of communication by children.

Key-words: rhythm, body, language, autism, transfer.

SUMÁRIO

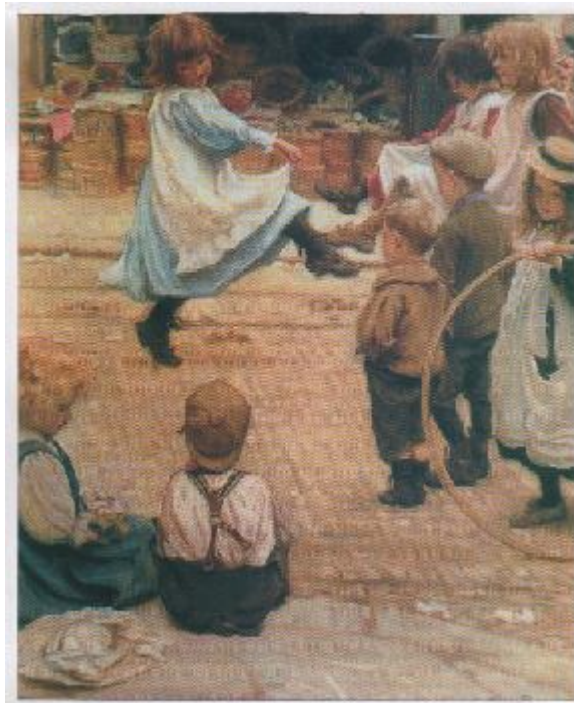
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: A CLÍNICA E SUA RESSONÂNCIA: ORIGENS DE UMA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA SOBRE O RITMO	
1.1. A clínica como nascedouro.....	10
<i>1.1.1. Caso Thomas: Gestação do ritmo.....</i>	<i>10</i>
<i>1.1.2. Caso Lino: Descoberta do ritmo.....</i>	<i>14</i>
<i>1.1.3. Caso Mônica: Elaboração do ritmo.....</i>	<i>18</i>
<i>1.1.4. Por uma sensorialidade além dos sintomas.....</i>	<i>22</i>
1.2. O tratamento psicanalítico de Mônica: análises sobre o ritmo corporal.....	23
<i>1.2.1. O ritmo sensorial: corpo, movimento, formas.....</i>	<i>24</i>
<i>1.2.2. O ritmo relacional: corpo e transferência.....</i>	<i>37</i>
CAPÍTULO 2: AUTISMO E AUTO-EROTISMO: A FUNÇÃO DO RITMO NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA	
2.1. O autismo na constituição psíquica: uma avaliação conceitual.....	49
<i>2.1.1. Auto-erotismo e Autismo: O paradoxo do Eros.....</i>	<i>51</i>
<i>2.1.2. Autismo como Paradigma do psíquico?.....</i>	<i>62</i>
2.2. O ritmo na constituição psíquica: sua importância central para o bebê.....	65
<i>2.2.1. Ritmo e Satisfação Autística: compreensão metapsicológica freudiana.....</i>	<i>66</i>
<i>2.2.2. Ritmo e posição autística-contígua: segundo Thomas Ogden.....</i>	<i>76</i>

CAPÍTULO 3: VOZ, MÚSICA E POESIA: A FUNÇÃO DO RITMO COMO EXPRESSÃO E LINGUAGEM

3.1. A entrada do bebê na linguagem.....	85
3.1.1. <i>O envelope motor e o envelope sonoro no desenvolvimento da linguagem....</i>	85
3.1.2. <i>O ritmo como precursor da intersubjetividade e da palavra.....</i>	93
3.2. O sofrimento psíquico e as formas particulares de uso da linguagem.....	100
3.2.1. <i>A experiência estética, o ritmo e a linguagem: casos clínicos.....</i>	103
3.2.2. <i>Caso Mônica: criação de um espaço de experiência na relação transferencial com a criança autista.....</i>	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124

ENTRE RODOPIOS E BALBUCIOS

Reflexões psicanalíticas sobre a função do ritmo na constituição psíquica



Brincadeira improvisada, de Eva Roos.

INTRODUÇÃO

*Gastei uma hora pensando em um verso
que a pena não quer escrever.
No entanto ele está cá dentro
inquieta, vivo.
Ele está cá dentro
e não quer sair.
Mas a poesia deste momento
inunda minha vida inteira.*

Carlos Drummond de Andrade.

A presente dissertação é fruto de uma trajetória que envolve vivências pessoais, acadêmicas e clínicas. Com o apoio dessas experiências, foi possível percorrer o tempo às avessas, não apenas num caminho de retorno, mas como uma forma de “transitar” sentidos vivenciados e refletir sobre certas concepções que têm deixado marcas e contornos na psicanálise.

Nesse caminho, deparei-me com situações específicas na clínica psicanalítica que implicam principalmente o corpo e a situação transferencial. Aos poucos, esse sentir corporal e estético foi se tornando um ponto central de interesse e inquietação e se configurou, de forma mais evidente, a partir do trabalho psicanalítico com bebês, crianças, psicoses e autismos.

De início, o termo “ritmo” era ainda incipiente para mim. A sua noção permeava o trabalho, mas ainda não era possível defini-lo, apenas deixar que o encontro com esses pacientes me levasse a uma melhor compreensão dos fenômenos clínicos. Somente a partir desta experiência de encontro terapêutico que pude perceber a parcela encantadora do trabalho – experienciar sensações e sentimentos.

No decorrer da dissertação, o leitor poderá perceber que as sensações vivenciadas no encontro com o paciente me moveram para a elaboração teórica do conceito. Certamente, isto não ocorreu com facilidade e fluidez. Muitas vezes, me senti como um “caixa de ressonância”. Em afinidade com os pacientes, eu recebia séries de vibrações, frequências e

ruídos. As intensidades eram diversas e tinham um impacto intrigante em mim. Eu vivenciei momentos sem palavras e sem qualquer ação específica. Senti-me impotente e desamparada face ao sofrimento alheio.

Paradoxalmente, também esteve presente em mim um sentimento de crescente abertura à escuta dos processos psíquicos dos pacientes. Fui tornando-me sensível para perceber as nuances desses processos. O que abriu meus olhos a novas possibilidades. Se os pacientes não falavam espontaneamente, eu “escutava” seus movimentos corporais e a sonoridade de seus vocalises. Por uma escuta de algo novo e em acontecimento, percebi momentos de corte, de descontinuidade e de limite na relação transferencial. Sem dúvida, tais momentos esbarravam na minha própria singularidade, anunciando as possibilidades de elaboração e a impossibilidade de interpretação verbal.

Aos poucos, minhas ações tomaram forma de intervenção e as verbalizações tornaram-se possíveis. Tanto no grupo de supervisão quanto no *setting* analítico, as palavras foram aparecendo para descrever e nomear o que acontecia. A tentativa em dar nome aos fenômenos psíquicos observados e experienciados contribuiu para a escrita dessa dissertação.

Durante a escrita, tive momentos de paralisação e de isolamento que me levaram a pensar no impacto dos processos psíquicos dos pacientes tinham em meu próprio funcionamento. Nesta dimensão, a análise pessoal foi essencial para percorrer o “tempo às avessas” e transitar as marcas deixadas pelo ritmo na minha vida psíquica. Senti-me invadida de sensações contrastantes de cheio-vazio, abertura-fechamento, ausência-presença e procurei compreender o tempo primordial que envolvia essas sensações. Reminiscências e recordações integraram-se às situações atuais e reavivaram, posteriormente, a dimensão clínica.

Além de pensar sobre esse tempo vivido, recorri a leituras paralelas que ajudaram a ver os processos dos pacientes por um outro ângulo e me trouxeram esclarecimentos sobre o

trabalho psicanalítico e, mais especificamente, sobre a elaboração teórica. Neste sentido, Mezan (1985) foi um dos autores que iluminou minhas inquietações.

Em “Freud, pensador da cultura”, Mezan escreveu sobre o fundador da psicanálise e os fenômenos culturais ao longo da obra freudiana. Para isso, ele analisou desde o contexto da formação cultural de Freud até as repercussões do movimento psicanalítico. Por meio de reflexões exploratórias, o autor esclareceu que a psicanálise tem suas origens num percurso intrincado de três referências constantes: o discurso dos pacientes, a auto-análise de Freud e seu recurso à cultura. Com isso, Mezan procurou traçar a construção conceitual de Freud sobre a cultura sob uma perspectiva diferente daquilo que chamam de “psicanálise aplicada”.

A meu ver, além de expor detalhadamente o estabelecimento e a evolução da psicanálise, a riqueza do texto de Mezan está na explicitação de seu desejo de se lançar sobre um problema de pesquisa. Por trás do interesse acadêmico e da curiosidade em compreender como Freud trabalhava, Mezan revelou fontes ainda mais profundas. Ao lado do imenso fascínio pela obra freudiana, havia uma necessidade de pôr em evidência os mecanismos que presidiam seu próprio trabalho. E completou dizendo:

“esta tese é um fragmento de minha análise, tanto por ser redigida durante a mesma, quanto por corresponder, sob a forma do conceito, a uma ordenação e a uma sistematização de idéias surgidas no seu decorrer e, em parte, devidas a ela. E se a afirmação deste fato vai de encontro às regras estabelecidas da atividade acadêmica, isto nos deve conduzir à questão de saber por que as regras acadêmicas pretendem fazer crer que uma tese é apenas uma tese” (p. 11).

Outro ponto que despertou meu interesse foi quando Mezan trouxe a imagem do telão para representar o trabalho silencioso de realização simultânea de uma tese e de uma análise. Parafraseando Mezan, entendi que do texto partem fios que se unem aos da análise e aos da elaboração teórica, desenhando uma “experiência multívoca e necessariamente interminável” (p. 143). Este teórico ainda acrescentou a seguinte citação de Goethe: “Um

passo faz moverem-se mil fios,/ As lançadeiras vão e vêm;/ Os fios correm invisíveis,/ Cada movimento cria mil laços” (p. 143, nota de rodapé).

Com base nesta beleza poética, consegui retomar a minha escrita da dissertação. Senti-me mais aliviada e preenchida com novas idéias. “Do movimento criam-se laços!”. A pausa foi necessária, mas voltar a escrever era colocar em movimento e entrelaçar os fios da dimensão pessoal, acadêmica e clínica.

No que se refere ao trabalho psicanalítico, pude perceber que a psicanálise configura-se a partir do relato vivo e da escuta bem qualificada e pormenorizada, de consistência e constância em organizar experiência em teoria e, de um trabalho que se constitui por regras específicas. O método psicanalítico é diferenciado também pelo fato do pesquisador não estar isento daquilo que se produz e do que é observado.

A transferência apareceu como esse fenômeno-conceito que coloca em jogo analista e paciente na prática e implica uma experiência que aponta para o funcionamento inconsciente. Na relação transferencial, o analista ocupa um lugar muito específico tanto na busca de compreender os fenômenos clínicos tanto no desejo de se lançar sobre uma atividade de elaboração teórica. O encontro entre analista e paciente permite a um como a outro a elucidação do sentido de seus processos psíquicos num movimento constante de construção de uma história.

Do lado do analista, a construção dessa história refere-se à metapsicologia. Quanto a isso, recorro às reflexões de Celes (2003) que buscam compreender o lugar da metapsicologia na psicanálise. Para ele, a metapsicologia encontra na prática psicanalítica o seu solo, o lugar de sua inspiração. A prática representa a realidade onde se constitui aquilo do que a metapsicologia é teoria. Portanto, a metapsicologia seria o discurso dessa prática. Abaixo, a citação do autor complementa sua compreensão:

“A sombra que se estende por toda construção metapsicológica, se deve ao que há de indecifrável das presenças pessoais de analista e analisando, o que leva os analistas a

tomarem os recursos de metáforas, das similaridades, das figurações e mesmo das fórmulas nas elaborações metapsicológicas; a lançarem mão de modelos de outras ciências, da literatura, das artes, e tantos outros modelos que, convertidos em metáforas alimentam a conceituação e a construção teórica em psicanálise” (p. 153).

Assim, é um discurso sobre experiências que nem sempre podem ser descritas. Como não há palavras para dizer sobre esses momentos inapreensíveis e irrepresentáveis, é preciso ir além da experiência imediata e lançar mão de possíveis imagens e metáforas. A imagem do tecelão foi um recurso utilizado por Mezan para falar dessa articulação entre prática, teoria e vida pessoal.

Aulagnier (1979) usou a metáfora de “aprendiz de historiador” para descrever o trabalho constante do *eu* como eterno aprendiz da construção de uma história e a de “mestre feiticeiro” para falar do *Isso (Id)* como uma coisa desconhecida. Apesar da oposição entre o discurso meta-historiador do *eu* e da história sem palavras do *Isso*, a autora ressaltou que somente em aliança e complementaridade na experiência analítica que a relação do *eu* com essa “coisa desconhecida” pode se tornar dizível e pensável (p. 15)

Do lado do paciente, a construção de uma história refere-se à vivência da transferência que proporciona ao sujeito uma versão sobre sua vida infantil, o conjunto de experiências e sobre o tempo vivido pela psique, mesmo “antes do advento desse historiador que é o eu” (p. 20, nota de rodapé). Com esta visão, a construção da história não depende necessariamente do nível de maturidade, nem do domínio da linguagem do sujeito.

N caso da criança autista, por exemplo, as palavras dos pais podem situar a criança no contexto em que nasceu e vive. Ao mesmo tempo em que, na relação transferencial, as experiências e sensações vividas no contato com o outro (analista) vão deixando marcas e dando um sentido às atividades da criança. Do caos e do *nonsense*, os movimentos e os

comportamentos da criança passam a adquirir uma seqüência espaço-temporal organizadora de uma história.

Quanto à relação transferencial, Aulagnier (1979) argumentou que a transferência ocupa um papel catalisador na “troca de conhecimentos”, ela permite que os dois discursos e as duas histórias desemboquem na formação de uma terceira e nova construção que se dá no registro dos afetos e de sua complementaridade. Isto caracterizaria a transformação de um texto teórico num discurso singular e vivo dotado do potencial afetivo da relação transferencial (p.21).

De forma semelhante, Celes (2003) mostrou que a metapsicologia em sua construção está enraizada nos aspectos do trabalho que se realizou. Para ele, o trabalho psicanalítico é resultado do acontecido e do que pode ser narrado pelo analista. “Nesta perspectiva é que se pode dizer que o caso em psicanálise se constitui como o primeiro momento em metapsicologia” (p. 154). Aí reside mais do que um esforço de síntese, objetivação e universalização dos fenômenos. O caso clínico é marcado pelas particularidades do trabalho psicanalítico e pelo próprio estilo do analista.

Em nota de rodapé, Celes indicou o artigo de Sousa (2000) em que o caso clínico é comparado a uma “vida entre parênteses”. Nesse artigo, o “entre parênteses” mostra os limites do discurso analítico e aponta como toda forma guarda traços do recorte que lhe deu nascimento. Conforme este autor, “o caso seria uma apreensão circunstancial e momentânea de uma construção” (p. 18). Assim, o caso revela não só o sujeito que “fala” do seu sofrimento, como o analista que escuta as sinuosidades do campo transferencial. Não é a história do paciente em si, mas uma ficção clínica como resultado de uma hipótese teórica. Ele é potencialmente rico por instigar o avanço da interrogação clínica.

Na tentativa de avançar as interrogações clínicas da presente dissertação, o caso foi tomado na forma de recortes das “presenças vivas” do sujeito e da terapeuta que, ao longo do

trabalho, transformaram-se num conhecimento compartilhado. Assim, procurei trabalhar esse recorte por meio do campo transferencial constituído com os pacientes. Esclareço que a situação transferencial com cada paciente foi relatada de forma singular. Cada relato forneceu um aspecto enriquecedor sobre a temática do ritmo abordada.

Portanto, com base no referencial psicanalítico e na prática clínica, tenho o objetivo de pesquisar a função do ritmo na constituição psíquica. Como hipótese de trabalho apresentei a noção de que o ritmo – que se manifesta inicialmente no corpo da criança por meio da sensorialidade e dos movimentos corporais – pode ser considerado como um elemento organizador das sensações, da percepção e da constituição psíquica. À medida que a criança tem a possibilidade de ter experiências de *continuidade* e *mutualidade* com o ambiente, tento mostrar que o ritmo permite a integração dessas vivências precoces no psiquismo da criança e estabelece as primeiras formas de comunicação com o mundo. Pretendo também abordar como o desenvolvimento da linguagem pode estar intimamente ligado a essas primeiras experiências do ser que abrem campo para a criação do *espaço potencial* e de uma *realidade compartilhada*.

Ao longo da apresentação dos capítulos, procuro tecer uma continuidade entre escuta, pensamento e expressão na prática clínica a partir do trabalho de *teorização flutuante* (AULAGNIER, 1979, p. 17). Os fundamentos teóricos basearam-se nas concepções psicanalíticas que enfatizam as temáticas sobre corpo, constituição psíquica e linguagem. Freud e Winnicott são autores que acompanham minhas reflexões durante toda dissertação. Antes de passar para o resumo dos capítulos, enfatizo que as considerações teóricas realizadas referem-se àquilo que me despertou interesse e o que encontrei na teoria psicanalítica sobre a noção de ritmo. Logo, não tenho a pretensão de abranger a vastidão de temas relativos e subseqüentes.

A presente dissertação está organizada em três capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

O primeiro capítulo introduz as origens de uma compreensão psicanalítica sobre o ritmo. Para isso, relato três casos clínicos. O *Caso Thomas* refere-se ao momento de “gestação do ritmo” a partir da experiência analítica com uma díade mãe-bebê na UTI neonatal de um hospital universitário. O *Caso Lino* apresenta o momento em que “descobri o ritmo” enquanto fenômeno nas manifestações de um jovem psicótico no *setting* analítico. O *Caso Mônica* diz respeito ao momento em que a “elaboração do ritmo” enquanto conceito tornou-se possível. Isto porque foi a relação transferencial com a criança autista que me permitiu pensar nas facetas fundamentais do trabalho psicanalítico como a particularidade dos sintomas, a constituição psíquica e a linguagem. Com base nesse caso, procuro refletir sobre o *ritmo sensorial* apresentado nas formas e nos movimentos de *Mônica* e sobre o *ritmo relacional* constituído entre paciente e terapeuta. Serão levantados questionamentos e reflexões sobre a função do ritmo enquanto elemento fundamental para a *experiência de mutualidade* entre mãe-bebê e a sua ressonância no trabalho analítico.

No segundo capítulo, avalio a criação do conceito de *autismo* e seu impacto na psicanálise. É trilhado um caminho desde a invenção do termo por Bleuler, a partir da subtração de Eros, até as formulações mais atuais da psicanálise. Posteriormente, com base nas formulações de Winnicott e Fédida, tento analisar a condição metapsicológica do *autismo* como paradigma do psíquico. Em seguida, apresento uma compreensão metapsicológica freudiana sobre ritmo e *satisfação autística* e a compreensão de Ogden sobre ritmo e *posição autística-contígua*. Nas duas perspectivas, o ritmo constituído nas relações precoces é considerado como elemento primordial da constituição psíquica.

No terceiro capítulo, pretendo abordar a função do ritmo como forma de expressão e linguagem na criança. Primeiramente, apresento as concepções teóricas de Anzieu sobre o

envelope de agitação motora e o *envelope sonoro* na entrada do bebê na linguagem. E destaco o texto de Golse & Desjardins sobre a importância do ritmo na emergência da intersubjetividade e da palavra. Posteriormente, retomo os três casos citados no primeiro capítulo para estabelecer uma relação entre as qualidades estéticas e os aspectos discursivos da linguagem no trabalho psicanalítico. Por fim, discuto a constituição de um espaço de experiência ritmado no tratamento da criança autista.

Nas considerações finais, faço uma revisão das principais questões desenvolvidas durante o trabalho. A articulação entre as formulações teóricas originadas da prática clínica é realizada resguardando a potencialidade criativa do encontro humano.

CAPÍTULO 1

A CLÍNICA E SUA RESSONÂNCIA: ORIGENS DE UMA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA SOBRE O RITMO

1.1. A Clínica como nascedouro

“Como sabem, a psicanálise originou-se como método de tratamento; ela o desenvolveu muito, mas não abandonou seu chão de origem e ainda está vinculada ao seu contato com os pacientes para aumentar sua profundidade e se desenvolver mais. As informações acumuladas, de que derivamos nossas teorias, não poderiam ser obtidas de outra maneira” (FREUD, 1933 [1932] p. 149).

Por inspiração em Freud e na psicanálise, gostaria de apresentar o presente trabalho como uma proposta de elaboração teórica de prática clínica. A fim de expor o desenrolar do fenômeno clínico e a idéia de ritmo, faz-se necessário relatar fragmentos de três casos clínicos. Ressalto que estes recortes são trabalhados por meio do campo transferencial-contrtransferencial constituído entre paciente e terapeuta.

Com essa justificativa, procuro ilustrar que as manifestações sensoriais e estéticas do encontro humano podem ser percebidas a partir da vivência clínica, cujas experiências permitem a entrada no mundo do ser humano. Ao se mergulhar nele, por meio de questionamentos e reflexões, abre-se a possibilidade de acompanhar um caminho de constituição do ser em sua própria criatividade e linguagem.

1.1.1. Caso Thomas¹: Gestação do ritmo

“... não existe nenhum parto que não seja algo humano. Existem mulheres que dão à luz lentamente. Outras que dão à luz mais depressa. Há mulheres que começam o trabalho, depois assinalam um tempo de repouso, e para as quais deve-se esperar pacientemente, sem angústia, a retomada do trabalho, porque esta criança é assim e

¹ Os nomes referentes aos casos citados são fictícios.

esta díade, esta simbiose mãe-filho, tem dificuldade em se separar”. (DOLTO, 1985, p.9).

Thomas é o caso de um recém nascido pré-termo, com peso de 1.100g e tempo de gestação de 28 semanas. Tive a oportunidade de acompanhá-lo com sua mãe durante seus dois primeiros meses de vida, no início do ano de 2002. Era o meu primeiro estágio da graduação, no Hospital Universitário de Brasília (HUB); sentia-me mobilizada com esse trabalho e tinha imensa curiosidade em compreender as nuances presenciadas numa UTI neonatal.

Além da observação dos bebês na UTI, havia o acompanhamento das mães destes bebês. Tânia, mãe de *Thomas*, contou-me sua história de excessos, perdas e lutos. Três anos antes da gestação, ocorreu a morte de sua mãe, conduzindo-lhe a um processo de adoecimento – depressão, fortes dores de cabeça e pressão alta. Um ano antes, em 2000, ela sofreu um aborto espontâneo, o que reavivou suas experiências dolorosas.

Portanto, ao saber que estava esperando outro filho, Tânia sentia-se bastante confusa e amedrontada. Ao mesmo tempo em que desejava muito ter um filho e ser mãe, tinha medo de que este não sobrevivesse, como o outro. Muitas vezes, sentia-se sozinha neste conflito, já que sua mãe havia falecido e seu marido era muito ocupado e não conseguia entender a forma como ela estava se sentindo. Segundo Tânia, o pai de *Thomas* era mais velho que ela, já tinha três filhos de seu primeiro casamento, era uma pessoa boa e trabalhadora.

Devido aos aspectos físicos e psíquicos, a gestação foi considerada de risco e a mãe teve um acompanhamento pré-natal constante e cuidadoso no HUB. Ao nascer, algumas semanas antes do previsto, *Thomas* foi encaminhado para UTI de alto risco. Ainda não conseguia respirar sem auxílio de aparelhos, tinha baixo peso e não tinha aparato físico desenvolvido para ser amamentado e sugar o seio da mãe. Tânia estranhava seu filho, o achava muito pequeno e frágil, sem corresponder ao que ela imaginava.

Por ser um ponto que faz o parto e o nascimento tornarem-se um momento ainda mais delicado e difícil, cabe aqui trazer à tona o tema da *prematividade*. No que se refere ao tempo, a gestação é um período extremamente importante para mãe e bebê, em que o processo de desenvolvimento do feto é marcado por uma série de experiências sensoriais que favorecem a criação do *bebê imaginário* no psiquismo materno.

Camarotti (2000) considera que o parto interrompe o estado narcísico e fusional da gestação. Para ela, o nascimento impõe uma separação corporal que é, em um certo sentido, traumática tanto para a mãe quanto para o filho. Durante a gestação, a mulher integra, aos poucos integrando o feto à sua imagem corporal e, com o nascimento, começa a integrá-lo psiquicamente como um ser separado (p.51). Apesar do traumatismo da separação corporal, é por meio da alimentação e dos outros cuidados dispensados que a relação mãe-bebê se restabelece. Gradativamente, o *bebê imaginário* é desinvestido, cedendo lugar ao bebê real que passa a ocupar seu lugar na vida psíquica da mãe e do pai.

Em casos de bebês prematuros, a separação mãe-filho é mais intensa, por ser precoce e forçada. Tânia não teve o tempo suficiente para se identificar com *Thomas* e se preparar para atender às necessidades dele. Ela sentia-se incapaz e impotente ao ver seu filho na incubadora necessitando de cuidados especiais. *Thomas*, por sua vez, foi impelido a sair do ventre materno e se submeter a um *holding* artificial e caótico, passando por situações invasivas e dolorosas.

Por meio da minha presença, escuta e de algumas interpretações, a atitude clínica foi propiciar um ambiente continente capaz de criar um **ritmo comunicativo entre mãe-bebê**. A partir disso, a mãe conseguiu se aproximar e interagir mais com seu filho e, ao mesmo tempo, o bebê respondeu às ações maternas, demonstrando força para continuar a viver e se desenvolver. Com as diversas “preocupações maternas”, cuidado constante e “idas e vindas” na UTI, mãe e filho começaram a se conhecer, sintonizando seus ciclos de sono-vigília e as

situações de alimentação. *Thomas* passou da sonda artificial para o algodão molhado com o leite materno, até chegar à sucção no seio.

A partir da observação da filmagem de um bebê nos seus primeiros meses de vida, Tustin (1981) ilustra a maneira como o recém-nascido impõe seus próprios ritmos corporais e sensações para reagir ao seu meio. Ela chama de *cooperação rítmica* o momento surpreendente em que mãe e bebê experimentam e compartilham a *continuidade* de suas sensações corporais. São essas suas palavras:

“A princípio, tanto mãe quanto bebê eram estranhos e inábeis, mas isso era parte do processo deles de adaptação um ao outro. Com **três semanas**, os ritmos do bebê de respirar e sugar estavam obviamente se ajustando ao fluxo do leite, e a habilidade no uso do seio se desenvolvia. Com **oito semanas**, tudo o que se podia ouvir era um muito calmo e **regular** ‘gluglu’, quando boca e seio trabalhavam juntos eficiente e harmoniosamente. Eram um bebê robusto e uma mãe afetuosa, embora um tanto impetuosa, tanto que se ajustaram um ao outro, e a cooperação rítmica foi alcançada” (p.19, grifos da autora).

A partir de observações clínicas, outros autores como Stern (1985), Brazelton & Cramer (1991) e Lebovici (1983) destacam o importante papel da interação entre os comportamentos do bebê e as respostas da mãe, ou seja, a *reciprocidade* nessa relação primordial. De forma geral, eles alertam para o fato de que, desde muito cedo, o bebê expressa interesse pelo outro-cuidador e isso se processa numa comunicação muito primitiva entre mãe e bebê.

Esta forma de comunicação diz respeito a uma série de experiências desde o compartilhar de sensações físicas no corpo, em que mãe e bebê parecem ser um “conjunto”, até a regulação das modificações de estados afetivos, o que se dá pelo *ritmo sincronizado* entre os dois. É, portanto, a experiência real e vivida de estar com alguém que permite ao sujeito agir com seus próprios ritmos, sensações e comunicações. De acordo com Winnicott (1987) isso não resulta somente da experiência concreta de amamentação, mas, sobretudo das

vivências de cuidado dispensadas ao bebê, do ato de segurá-lo e manipulá-lo (*handling* e *holding* maternos) e das experiências sensoriais de troca.

Para sumarizar o relato do caso, resalto que o acompanhamento durou dois meses e seguiu-se conforme o desenvolvimento do recém-nascido junto com sua mãe e a equipe do hospital. No início, o acompanhamento foi realizado na UTI de alto-risco. Quando *Thomas* começou a respirar sozinho, foi encaminhado para a UTI de médio-risco, mas ainda era alimentado por sonda. Por um período de transição, às vezes, era dado a *Thomas* um algodão molhado para ele aprender a sugar o leite. Nas últimas semanas, antes da alta, *Thomas* já estava alojado na enfermaria com sua mãe e era amamentado por ela. Tão logo o bebê atingiu o peso necessário e saiu do estado de risco, mãe e filho receberam alta e voltaram para casa.

1.1.2. Caso Lino: Descoberta do ritmo

Lino é um jovem de 21 anos, que fora diagnosticado como autista após uma crise aos sete anos. Desde esta idade, seus pais costumam ir à procura de profissionais para que realizem avaliações e encaminhem para tratamento. Em 2002, aos 19 anos, *Lino* foi encaminhado para um Centro de Ensino Especial, pois não apresentava as “habilidades e capacidades” adequadas à sua faixa etária e não poderia continuar numa escola do ensino fundamental com a idade que tinha. Nessa ocasião, ele estava sem atendimento psicológico, pois o sistema de saúde público só previa um período limitado de acompanhamento e o jovem já havia atingido essa “quota”.

Assim, após uma história de sucessivos questionamentos diagnósticos e de interrupções de acompanhamento psicológico e pedagógico, *Lino* chegou ao Centro de Atendimento e de Estudos Psicológicos (CAEP) da Universidade de Brasília. Diante do quadro, o diagnóstico foi revisto por nossa equipe *Pathos*, orientada pelos professores Ileno

Izídio da Costa e Maria Izabel Tafuri, permitindo-nos realizar o acompanhamento familiar e individual.

Os atendimentos individuais foram realizados comigo e tiveram início em março de 2004. A queixa inicial deu-se em função das dificuldades globais de desenvolvimento. É importante ressaltar que essas dificuldades apareceram a partir dos sete anos, período em que *Lino* começou a apresentar comportamentos agressivos, “desorganizados” e “estranhos” no seu ambiente familiar. Partindo deste episódio, *Lino* isolou-se cada vez mais, ficando praticamente sem falar e evoluindo muito lentamente no desenvolvimento de suas habilidades cognitivas e de comunicação.

A partir da avaliação psicodiagnóstica, e ao longo dos atendimentos, foi possível notar que a crise vivida por *Lino* estava enquadrada em um contexto familiar que influenciava a ocorrência da crise e sustentava a situação atual. A morte de um filho mais velho, quando a mãe estava com alguns meses da gestação de *Lino*, e o fato de, por vezes, ser confundido com “o irmão morto” e ser chamado pelo nome dele até dois anos e meio de idade – ocasião em que o irmão morreu – foram fatores deste contexto.

Desde as primeiras sessões com *Lino*, percebi a importância de observar a forma como ele se expressava, incluindo os gestos e os movimentos, o olhar e as vocalizações. A linguagem verbal e estruturada era bastante restrita e constituía-se mais de repetição de palavras emitidas pelos outros do que de simbolização propriamente dita. A partir da escuta e observação destas manifestações e dos relatos da família sobre *Lino*, **descobri que um elemento comum se destacava – o ritmo**. Por exemplo, quando todos da família estavam sentados assistindo televisão, e *Lino* parecia estar muito “disperso”, sem olhar pra nada, nem ninguém, o pai percebeu que seu filho acompanhava a música vinda da televisão, marcando o ritmo com o pé.

Acompanhando essa descoberta, vislumbrei ações importantes, como os movimentos de suas mãos ao pintar, a alternância de certas cores na pintura, as nuances de suas expressões faciais, as trocas de olhares, os sons que começaram de boca fechada com a garganta e passaram a aparecer com o movimento de seus lábios, o toque de sua palma da mão com a massa de modelar, a marcação sonora da língua para imitar os “tiques” do relógio na sala.

Foi possível dar continuidade a essas ações, na medida em que considerei o ritmo como fator primordial a permear e organizar as primeiras experiências sensoriais do ser humano. Winnicott (1969) ilustra esta questão ao citar o caso de uma mulher adulta que estava passando por um processo regressivo na análise bem semelhante aos estágios iniciais do cuidado com o bebê.

“Sem embargo, lá nos achávamos, com a *mutualidade* expressa em termos de um leve, mas persistente movimento de embalo. Sem palavras, estávamos nos comunicando um com o outro, e isto estava se dando em um nível de desenvolvimento que não exigia que a paciente tivesse maturidade mais avançada daquela que se descobrira possuindo na regressão à dependência da fase de sua análise” (p. 200).

Nessa passagem, o autor destaca que o principal nesta experiência partilhada de embalo refere-se à comunicação entre mãe e bebê em termos de anatomia e fisiologia dos corpos vivos. Winnicott destaca que a repetição dessa experiência em pacientes com processos esquizóides ou regressivos pode ser visto como uma preparação e um teste complexo da capacidade do analista de atender às variadas técnicas de comunicação de primeiríssima infância e indica uma necessidade de mudança de posição. Cabe ao analista abrir-se para o contato e tornar-se capaz de lidar com esses fenômenos no tratamento dos pacientes.

De acordo com o ritmo das manifestações de *Lino*, acompanhadas por mim, o trabalho tomou uma direção. Mantive-me em silêncio, observando o que acontecia e interagindo com

os moldes que me eram propostos pelo paciente. A situação transferencial permitia uma *comunicação silenciosa* entre nós, que sustentava e dava continuidade às ações e gestos criativos. Esse termo foi originalmente usado por Winnicott (1969) e significa uma comunicação de confiabilidade que protege o bebê das intrusões da realidade externa. Tal sustentação (*holding*) é possibilitada pela mãe.

Deste modo, num ambiente acolhedor e seguro, *Lino* se mostrava concentrado ao pintar nas sessões, repetia movimentos, pinceladas e emitia sons pela boca. Eu presenciava o que parecia ser uma busca em dar continuidade às sensações prazerosas, e minha presença era percebida por ele, pois também se dirigia a mim pelo olhar, sons, risos, etc. Eu não só identificava alguns sentimentos e sensações compartilhadas durante a pintura, mas também percebia, em função de interlocutora e participante do jogo, suas reações às minhas “sutis intervenções”. São exemplos disso situações em que eu acelerava o movimento de pintar e *Lino* me acompanhava, ou em que ele ria de maneira estridente, criando uma situação de suspense em mim, o que por *identificação projetiva*, provocava nele uma situação de satisfação com a minha reação.

O termo *identificação projetiva*, introduzido por Melanie Klein em 1946, é usado aqui como um “mecanismo fantasístico” em que o paciente introduz partes clivadas de si no interior do corpo da analista – sob a forma da sensação de suspense na terapeuta – para lesá-la, possuí-la ou controlá-la a partir de seu próprio corpo – com sua risada estridente (LAPLANCHE & PONTALIS, 1982, p. 232-233).

Com base na história clínica e familiar de *Lino* foi possível diagnosticar uma crise do tipo psicótica que afetou o desenvolvimento global e a dinâmica familiar. Como continuar vivendo sem ser escutado, sem ser visto como ele próprio? Frente à morte de seu irmão e a confusão da família ao diferenciar os dois, foi aparecendo uma série de dificuldades. Tenho a hipótese de que a impossibilidade de ser ouvido, ser visto, enfim, ser percebido de maneira

própria e articulada, pode ter influenciado a forma de constituição de seu corpo e de seu mundo quando criança, fazendo com que a comunicação fosse uma demanda crucial para a existência de *Lino*.

1.1.3. Caso Mônica: Elaboração do ritmo

Neste relato, falarei sobre *Mônica*, uma criança que chegou à nossa equipe com a idade de três anos, apresentando sintomas autísticos. Em março de 2005, Dra. Maria Izabel Tafuri realizou a primeira consulta de avaliação com os pais e a criança. Após a discussão sobre o caso em supervisão, resolvemos que a continuidade dos atendimentos seria realizada por mim e o acompanhamento terapêutico por outro membro da equipe.

Mônica é a primeira filha de um casal jovem. Nas primeiras entrevistas com os pais, eles informaram que, logo após o nascimento, dificuldades impossibilitaram a realização da amamentação. Este assunto é até hoje muito difícil para a mãe. Ela se sentiu bastante frustrada diante da impossibilidade de amamentar seu bebê, pois, de acordo com suas palavras, sua filha “não quis pegar o peito”. Quando o segundo filho nasceu, o “fantasma da amamentação” voltou a rondar, levando a mãe a procurar acompanhamento psicoterápico individual. Este durou por volta de oito meses e foi importante tanto para o relacionamento da mãe com seu novo bebê, quanto para o relacionamento com *Mônica*.

Apesar da dificuldade da amamentação ser um dado clínico importante da história relacional da mãe com a criança, os primeiros sinais de atraso ou problema no desenvolvimento surgiram somente mais tarde, no relato dos pais. Tais indícios foram realmente notados a partir da mudança para casa da avó paterna, fato que provocou muitas restrições ambientais. Mãe, pai e criança tinham apenas um quarto para morar e depositar seus pertences; a criança não tinha a mesma amplitude de espaço para brincar e se movimentar (caminhar, correr) e não era permitido a ela tocar em vários objetos da casa.

Então, com a idade de um ano e três meses, *Mônica* começou a regredir na linguagem oral, começou a se isolar, não brincava com outras crianças e não aceitava o contato próximo de outras pessoas a não ser dos pais. A esse início de vida conturbado, somou-se o nascimento do irmão, quando *Mônica* tinha em torno de dois anos e meio de idade.

A partir dos primeiros encontros com *Mônica*, pude resumir algumas observações clínicas importantes. Com referência à linguagem, percebi que *Mônica* emitia apenas pequena variedade de sons, e, segundo contaram seus pais, entre esses sons, só era possível identificar duas palavras, “maman” e “bebê”. Ela apresentava comunicação gestual para demonstrar incômodo ou necessidade, como, por exemplo, abrir portas, tirar sapatos, pegar a mamadeira e dá-la aos pais quando tinha fome.

Do relacionamento com os pais, *Mônica* mantinha contato visual e corporal. No entanto, não respondia quando era chamada, principalmente quando estava mais isolada. Os pais se mostravam muito preocupados com os cuidados da criança e se antecipavam a qualquer reação, na tentativa de não lhe causar desconforto. Nos primeiros dois meses de atendimento, pelo menos um dos pais acompanhava *Mônica* durante toda a sessão. Tal fato foi bastante importante para o trabalho, tanto no que diz respeito à observação da interação entre pais-criança, quanto no que se refere à experiência dos pais de entrar em contato com o tipo de tratamento psicoterápico da filha.

Após esse primeiro período, os pais continuaram a participar e a ser acompanhados no tratamento. As sessões com os pais têm ocorrido, regularmente, uma vez por mês, de maneira a abrir espaço de escuta e acolhimento, dando continuidade ao processo terapêutico na família. Normalmente, as sessões se dão na presença de *Mônica* e de seu irmão.

No *setting* analítico, *Mônica* evitava o contato visual e a proximidade comigo; apresentava grande agitação motora e diversidade de estereotípias (*flappings*, andar nas pontas dos pés, rodar em volta de si mesma); choros e gritos eram constantes e acompanhados

pela reação de puxar os pais e levá-los em direção a porta de saída do consultório. *Mônica* só se apaziguava quando escutava algum barulho externo ou quando se isolava tocando algum objeto com as mãos ou com os pés. Ela transitava de forma brusca e repentina entre momentos de *ensimesmamento prazeroso*, caracterizado por um estado de *satisfação autística* em que a criança fica mais absorvida com as sensações oriundas de seu próprio corpo; *ensimesmamento vazio*, que, no caso de *Mônica*, é caracterizado por um estado de “ausência” e quietude, há pouco movimento e vocalizações; *ensimesmamento sofrido*, marcado por choros, gritos e comportamentos agressivos. (TAFURI, 2003, p. 37-40).

Com o prosseguir das sessões, uma das particularidades desse atendimento foi a marcante necessidade em manter e respeitar o ritmo expresso pela criança em suas ações e limitações. O tratamento tem a duração de dois anos, mas já é possível notar mudanças sutis e significativas nas particularidades de *Mônica*.

Aos poucos, ela começou a explorar a sala, os brinquedos e a se aproximar mais de meu corpo. Quanto aos brinquedos, há “interesse” em manipular uma maior variedade de objetos. Essa manipulação é caracterizada principalmente por ações como pegar o objeto, colocá-lo na boca, acariciá-lo, jogá-lo no chão e pegá-lo novamente.

Com o maior reconhecimento do espaço terapêutico e a possibilidade de recorrer ao meu corpo, *Mônica* vem demonstrando capacidade de suportar comportamentos imprevisíveis de outras pessoas e ruídos externos sobre os quais ela não tem controle. Esta forma de recorrer ao corpo de alguém ocorre, principalmente, quando ela está cansada, doente ou irritada com algo. Nestes momentos, encosta totalmente seu corpo na outra pessoa, cheirando e mexendo as mãos em torno do corpo do outro, dando a impressão de reconhecimento e apaziguamento.

A partir disso, *Mônica* tem demonstrado maior tolerância frente aos estímulos externos e imprevisíveis sem a necessidade de recorrer a outro corpo. Deste modo, tem sido capaz de esperar quando seus pais se atrasam para pegá-la no consultório. Durante este tempo,

ela brinca com as pedras do jardim na parte externa ou fica abrindo e fechando o portão na frente do estacionamento da clínica. Antes, quando ocorria atraso, ou era preciso contê-la no meu colo, ou ela gritava, chorava e me agredia até que seus pais chegassem.

Ao conseguir esperar seus pais e transformar este momento de espera em uma brincadeira, *Mônica* começou a demonstrar uma importante capacidade em seu desenvolvimento, isto é, a “capacidade de estar só” na presença de outro. Winnicott (1958) assinala que essa capacidade é expressão de saúde e maturidade emocional e tem suas raízes no relacionamento entre mãe e bebê. Trata-se de uma vivência que permite à criança sair do estado de dependência quase absoluta para criar um mundo interno ilusório e onipotente, o qual, gradualmente, encaminha a criança ao reconhecimento e aceitação da realidade.

Alguns comportamentos estereotipados ainda persistem, principalmente quando ela aparenta estar mais agitada e excitada. Nesses momentos, ela corre de um lado para o outro na sala, roda em volta de si mesma na ponta dos pés, balança as mãos com movimentos ligeiros e emite sons de forma incessante. Nestes momentos, procuro observar o motivo por que ela se apresenta desta forma. Percebo que se trata, em geral, de alguma brincadeira que ela estava fazendo e que, por algum motivo, não tem a continuidade que ela esperava ou previa. Por exemplo: quando está empilhando canetinhas lado a lado e de repente todas caem no chão, ou quando ela tenta se expressar através de gestos e os outros não conseguem perceber o que ela quer ou não fazem o que ela espera. A sua reação acaba sendo a agitação motora, característica comum a todas as estereotípias citadas acima.

No início de 2006, *Mônica* começou a ser incluída numa escola de ensino regular escolhida pelos pais e com o apoio da equipe terapêutica (supervisora, terapeuta e acompanhante terapêutico). Durante a adaptação na escola, ela está sendo acompanhada por outra profissional de nossa equipe que realiza o acompanhamento escolar. A inclusão escolar tem sido essencial para *Mônica* e seu desenvolvimento, no sentido de estar num ambiente com

outras crianças, realizar atividades comuns de pintura, ouvir estórias, fazer capoeira, brincar no parquinho durante o recreio e adquirir controle esfinteriano. Além das aprendizagens necessárias, a escola e a acompanhante têm possibilitado à criança um espaço onde ela pode existir, relacionar-se e ser criativa.

Para terminar este tópico, revelo que trabalhar com *Mônica* tem sido uma experiência incrível. Arrisco chamá-la de “**verdadeira elaboração**”. Este termo em alemão é *Durcharbeiten* e foi traduzido por Hanns (1996) como *perlaboração*. Assume sentido de “movimento de atravessar, embrenhar-se num trabalho, do início até o fim” (p.199). É usado aqui porque a experiência analítica com a criança autista me requisitou um trabalho psíquico contínuo que empreendeu tempo e esforço, superou resistências e possibilitou a abertura para o novo e diferente.

1.1.4. Por uma sensorialidade além dos sintomas

Ao relatar os casos, procurei descrever a situação de vulnerabilidade e de crucial necessidade de suporte para sobrevivência psíquica, tão presente nos sofrimentos psíquicos graves e, em especial, nos autismos. Pelo sofrimento ser tão subjetivo, indefinido e multifacetado, foi fundamental uma mudança de lugar na clínica. Observar o ritmo próprio dos fenômenos observados me trouxe de volta ao questionamento da constituição psíquica.

No caso de *Thomas*, por exemplo, a minha intervenção se deu no sentido de propiciar um ambiente para que mãe e filho pudessem experimentar a *mutualidade*. Isso ocorreu por meio da técnica clássica de escuta e interpretação, pois a mãe e eu tínhamos a fala como recurso útil. No entanto, na ausência de linguagem verbal, como nos dois casos seguintes, foi necessário repensar a clínica e criar outras estratégias que propiciassem esta experiência no *setting* analítico. Tal como se segue na citação de Winnicott (1969) sobre a *mutualidade*:

“é o começo de uma comunicação entre duas pessoas; isto (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende de seus processos herdados

que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar” (p.198).

Em paralelo com a relação mãe-bebê, a situação transferencial me levou a uma posição primeira de observação, receptividade e cuidado. Estar a certa distância, em silêncio, acompanhando e imitando as ações dos pacientes foram atitudes clínicas fundamentais para que eles se sentissem num espaço acolhedor e de ressonância. E, dessa maneira, o encontro terapêutico se deu e se desenvolveu num ambiente criativo. Com *Lino* e *Mônica*, pude perceber, no lugar dos sons soltos e dos gestos caóticos, atitudes e capacidades reais a serem alcançadas, descobertas e criadas, assim como ocorre no encontro da mãe com seu bebê.

Por um lado, a experiência de *mutualidade* propiciou aos pacientes estabelecerem um vínculo terapêutico, permitindo o desenvolvimento deles ao longo das sessões. Por outro, eu passei a compreender melhor o que acontece com eles. Portanto, foram estas experiências clínicas que me levaram a escrever uma “metapsicologia do ritmo”. Esse é apenas o estágio inicial dessa metapsicologia, intrinsecamente ligada ao contato com os pacientes. Pretendo desenvolvê-la mais profundamente nos próximos capítulos e a partir de futuras pesquisas.

1.2. O tratamento psicanalítico de Mônica: análises sobre o ritmo corporal

*A metafísica do corpo se entremostra
nas imagens. A alma do corpo
modula em cada fragmento sua música
de esferas e de essências
além de simples carne e simples unhas*

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

Carlos Drummond de Andrade

De início, esclareço que o tratamento psicanalítico de Mônica me permitiu tanto a organização do ritmo enquanto conceito, quanto um pensar sobre as facetas fundamentais do

trabalho psicanalítico como os sintomas, a transferência, a constituição psíquica e a linguagem. Nessa primeira travessia, duas vias de análise são tomadas. A primeira refere-se ao modo sensorial como o ritmo é apresentado nos sintomas e particularidades da criança. A segunda, como o ritmo permeia a situação transferencial.

No decorrer da dissertação, abordarei com mais detalhes o trabalho clínico com a pequena paciente por ter se mostrado importante também para problematizar a teoria psicanalítica em relação ao lugar que o analista ocupa na relação com a criança autista. Acompanhar *Mônica* me possibilitou percebê-la com mais complexidade que um corpo inundado de sensações não-integradas. Ao entrar em contato com ela, e ao lidar com os fenômenos de comunicação de primeiríssima infância, a relação transferencial foi se estabelecendo. Experiências e sensações foram compartilhadas, formas de expressão foram sendo criadas e, de tal modo, um caminho de devir humano começou a ser trilhado.

Assim sendo, este trabalho constitui a tentativa de reintegrar os fenômenos clínicos e os momentos de criatividade à experiência humana, conferindo-lhes sentido e proporcionando aos pacientes o lugar de sujeito, tal como faz o artista ao tecer versos, ao unir fragmentos e transformá-los em composição (poética, musical ou teatral). Isto é, dar forma de poesia ao caos e sofrimento genuínos da vida e existência humana.

1.2.1. O ritmo sensorial: corpo, movimentos, formas

“Minha alegria, minha dor, minha esperança, meu amor, Tudo se move neste círculo. Um círculo estreito.” (Edmund Waller, apud BETTELHEIM, 1967, p. 253).

Para iniciar a reflexão sobre o ritmo e a circularidade expressa pelas crianças autistas recorro a algumas considerações em torno deste fenômeno. Na introdução do caso *Joey*, Bettelheim (1967) refere-se às descrições que Kanner em 1943 faz de uma criança autista e como o girar blocos, panelas e outros objetos redondos exercem um fascínio sobre esta

criança. E ainda acrescenta “esse círculo no qual as crianças giram eternamente é o mais restrito e o pior de todos os mundos possíveis. Mas, pelo menos gira à sua volta, pertence-lhes. Sair dele, mesmo num triciclo, é se exporem à destruição” (p. 353).

Considero que não seja possível negar a existência de sofrimento neste círculo. No entanto, não existe somente o sofrimento e a dor; outros sentimentos como alegria, esperança, amor também fazem parte do mundo dos autistas. Penso que vê-lo como “o pior de todos os mundos”, seja uma impressão neurótica dos que estão de fora. Tentar fazer parte do “círculo” junto com a criança e compartilhar o curso de sentimentos e sensações não são tarefas fáceis. Tem sido um desafio estimulante perceber que essa experiência compartilhada é fundamental e imprescindível no trabalho com a criança autista.

No caso clínico em questão, comecei a contemplar o ritmo e a circularidade pelos movimentos corporais de *Mônica*. Eles variavam desde a excessiva agitação motora até a aparente “graciosidade” do rodar em volta de si mesma nas pontas dos pés. Dependendo do estado de *Mônica*, tais movimentos pareciam ter funções ou representações diversas e eram freqüentemente acompanhados por sons.

Por vezes, eles pareciam ser uma tentativa de se apaziguar na “prazerosa” repetição de movimentos com seu corpo, sua expressão facial transmitia sensação de tranquilidade e bem-estar a quem observava. Nestes momentos de *ensimesmamento prazeroso*, seus comportamentos eram suaves, ligeiros e ritmados. Contudo, no *ensimesmamento sofrido*, *Mônica* demonstrava raiva, irritação ou cansaço. Seus comportamentos eram mais bruscos e violentos, seus movimentos eram caóticos, destruidores e imprevisíveis – derrubava os objetos da mesa, “urrava”, agredia-me com mordidas, beliscões e puxões de cabelo.

Nos momentos prazerosos, percebi que *Mônica* emitia sons mais melódicos e organizados. Já nos momentos de desprazer, ela gritava, chorava e emitia sons mais fortes, dos mais agudos (os gritos e urros estridentes) aos mais graves (os grunhidos e os resmungos).

Nos momentos de *ensimesmamento vazio*, ela parava de emitir sons e, em silêncio, se isolava no canto do divã atrás de duas almofadas.

A dificuldade de lidar com as variações no ambiente era percebida através da necessidade da criança em manter uma “mesmice controlada”. Para *Mônica*, era fundamental manter a sala do mesmo jeito, com os objetos no mesmo lugar, o que parecia lhe dar uma sensação de estabilidade e continuidade, sobretudo das minhas ações. De forma imperativa, *Mônica* tinha uma espécie de “vivência de terror” quando algo mudava ao seu redor. Desde a composição do consultório até a minha aparência física e meu movimento de aproximação-afastamento eram controlados por ela. Este controle era exercido por meio dos comportamentos agressivos e destruidores do *ensimesmamento sofrido*.

No que concerne às particularidades de *Mônica*, a agitação motora é um dos destaques. Em geral, essa agitação motora assumia um sentido mais instável, oscilante e descontínuo. No *ensimesmamento sofrido*, suas ações eram estereotipadas, caóticas e incansáveis. A agitação motora servia como uma espécie de descarga e escoamento de energia. No *ensimesmamento prazeroso*, ao contrário, a movimentação do corpo de *Mônica* já não era apenas uma descarga; revela prazer pelo ritmo de seus movimentos e de seus sons e sua expressão tinha cor, tom e textura.

Inicialmente, *Mônica* oscilava entre esses estados sem antecipar um sentido ou uma função manifesta entre cada um deles. Parafraseando Tustin (1981), referindo-se à análise de *John*, “ou ela tinha tudo e vivia o auge da realização e do êxtase ou não tinha coisa alguma e vivia um completo sofrimento” (p.183). A compreensão desses momentos só se tornou possível com a continuidade das sessões e com a análise da contratransferência, como irei tratar no tópico seguinte.

Cabe aqui lembrar que, ao observar constantemente as manifestações da criança, comecei a organizar certas diferenciações e contornos entre seus “estados de sensação”. Para

balizar tais constatações do *Caso Mônica*, recorro inicialmente a Winnicott, Tustin, e Aulagnier, que enfatizam o corpo, a sensorialidade e a continuidade com o meio físico-psíquico como condições fundamentais para o funcionamento do psiquismo.

Ao longo de sua obra, Winnicott, com o seu jeito próprio de ser e sua experiência como médico e psicanalista, reflete uma inovadora concepção da mútua interação entre *psique* e *soma*. Essa interação é constituída em uma fase precoce do desenvolvimento da criança e tem como base fundamental a relação da criança com a mãe. Winnicott (1956) denomina o estado sensível da mãe em relação a seu bebê como *preocupação materna primária*. O autor diz que a mãe:

“fornece um contexto para que a constituição psíquica da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida.” (p.403).

A hipótese winnicottiana é a de que o modo de *continuar a ser*, não interrompido por reações de intrusão, seria a base do estabelecimento do ego (*self*). Somente encontrando-se nesse estado, a mãe poderá sentir-se no lugar do bebê e, assim, atender às necessidades dele. A princípio, as necessidades são corporais e, gradualmente, transformam-se em necessidades do ego.

A “constituição inicial do ego é, portanto, silenciosa” (WINNICOTT, 1956, p. 403). Ocorre à medida que surge uma atividade psíquica capaz de suportar as frustrações e as falhas da mãe que são sentidas como ameaças de aniquilação. Confirmando a idéia de que “o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida” (p.404).

Entretanto, se ocorre uma falha nesse primeiro estágio de dependência absoluta, o bebê tende a ser apanhado por mecanismos de defesas primitivos, que pertencem à ameaça de

aniquilação, e os elementos constitucionais ou poderão ser desviados, se manifestando apenas fisicamente, ou poderão ficar anulados. Essas possibilidades, em termos de fracasso adaptativo entre os fatores individuais e ambientais do bebê, dariam margem à ocorrência do *autismo*.

As teorias de Winnicott sobre o meio ambiente facilitador e sobre a *maternagem* influenciaram o entendimento de Frances Tustin sobre o fracasso ambiental no caso do *autismo*. Isso pode ser observado na apresentação do tratamento analítico de *John*. Este caso teve um papel essencial nas teorias de Tustin sobre o *autismo* e a *psicose infantil*. É a esta análise que Tustin, constantemente, se remete até o final de sua obra. Por uma descrição detalhada e sensível, Tustin se deparou com um “mundo autista” inundado de sensações corporais e com a possibilidade da criança estabelecer relação com o exterior.

Tustin (1972) denomina como *auto-sensualidade* a fase autística normal em que o bebê reage ao mundo exterior a partir de seu próprio corpo e suas disposições internas. A autora enxerga a fase de *autismo normal* como um estado em que o lactente tem pouquíssima consciência do mundo exterior, ao mesmo tempo, o que é sentido ocorre segundo o modo dos órgãos, dos mecanismos e das zonas de seu corpo. O bebê normal sai deste estado graças a uma disposição inata em discernir modelos, semelhanças, repetições e continuidades. As sensações corporais constituem a matéria bruta em que as funções mentais se arquetam, tais como a percepção e a classificação, a criação do objeto e a empatia. Em virtude dessas funções, a criança constrói uma representação interior da realidade e toma consciência de si mesmo.

Este estágio primário é possibilitado pela proteção psicológica oferecida pela mãe. A capacidade da mãe em dar apoio é vivenciada como uma *continuidade* corporal entre ela e seu bebê. Para Tustin, e conforme as primeiras palavras de *John*, o “botão” representa a ilusão onipotente desta fusão, é a experiência das partes e substâncias corporais como semelhantes

ao conjunto boca-língua-mamilo. “É algo cuja perda dá origem a sentimentos do mais profundo desgosto” (TUSTIN, 1972, p.30).

A descoberta da própria corporalidade como diferenciada da mãe (o acesso ao *não-eu*) é uma tempestade emocional para o bebê, podendo ser vivenciado como quebra de continuidade do corpo e como perda de uma parte dele. Tustin ilustra isto afirmando que: “qualquer mudança de estado (como por exemplo, estado de ‘botão na boca’ para o de ‘de botão embora’) provoca, inevitavelmente uma tensão que a criança vivencia como entumescimento corporal, e só consegue aliviar-se através de descargas corporais” (p. 37).

A passagem do estado psicológico de não-separação para a diferenciação “eu-não-eu” é vista por Tustin (1972) como algo particularmente árduo para o bebê. Seria, portanto, a relação mãe-filho uma espécie de “berço protetor” que o vai conter durante este período tão importante. Se esta situação for “desmantelada”, deixará o bebê sozinho, face a ansiedades tanto mais intoleráveis quanto desproporcionais, e às custas de enorme esforço e tensão que vão se acumulando. Então, ocorrerá de se ver a criança “fazendo uso de seu próprio corpo como se fosse o da mãe e usar o dela como se fosse o seu, o que, por um lado, lhe vai dar uma ilusão de continuidade, proteção psicológica de que tanto necessita e, por outro, vai mantê-lo em estado de indiferenciação com a mãe” (p.38). Se não houver uma situação contensora para ajudar a enfrentar tão tremendas vivências, a criança passará a usar cada vez mais as sensações oriundas de seu próprio corpo, como ocorre no *autismo patológico*.

Semelhante à metáfora de Tustin sobre o “berço protetor”, Cavalcanti & Rocha (2001) destacam que o “cobertor” pode ser uma boa metáfora para falar das primeiras relações mãe-bebê. As autoras o caracterizam como “um território de comunicação, de trocas, de continuidade e de experiência de existir; afinal, território precursor da comunicação à distância, que se efetiva com a experiência da descontinuidade, da ausência que afirma e evidencia a presença, e o encontro com os outros” (p.116). Para elas, a imagem do bebê com

seu cobertor simboliza algo que envolve o bebê, que assinala os limites e contornos sensíveis e agradáveis de seu corpo. O corpo da mãe pode funcionar como um cobertor e permitir a constituição dessas sensações.

Com o tempo e o desenvolvimento, a mãe deve permitir que o bebê, em algum momento, rejeite esse “cobertor”, entrando num estado saudável de isolamento, em que ela, a mãe, não existe e é excluída pelo seu bebê. Mas, as autoras também complementam que “resgatá-lo de modo compassado e periódico é uma parte essencial da qualidade rítmica precoce do desenvolvimento humano” (p.116). Mas se isso não ocorrer, se a superfície corporal do bebê não for inicialmente marcada por sensações agradáveis, o bebê criará uma “ojeriza ao toque”, ao contato com o mundo e poderá não voltar de seu estado de isolamento. Isso foi bem exemplificado por Cavalcanti & Rocha (2001) a partir da autobiografia de *Donna Williams* “Se me tocarem, não existo mais”.

Em correspondência, a história da análise de *John* mostra como ele foi se distanciando das pessoas ao seu redor e ficando cada vez mais envolvido nos terrores, associados ao “buraco preto”, que fugiam de seu controle. Emprestando-se do termo *depressão psicótica* de Winnicott, Tustin (1972) expõe a dificuldade de descrever este estado:

“É tremendamente difícil encontrar palavras que exprimam este tipo de vivência, feita de agonia e terror, além das possibilidades de controle de John; tudo que me ocorre dizer é que o medo da morte real não lhe passa de pálida réplica. Submergido como estava, em ansiedades tão tremendas, ele acabou por entrar num estado em que tudo era moldado nas formas inatas e equacionado com coisas do próprio corpo, e por desejar, veemente e desesperadamente, possuir o *botão* extraordinário e tão precioso...” (p.39).

Complementando e revisitando as concepções anteriores, Tustin (1986) relacionou o fenômeno do “buraco preto” observado em John aos conceitos de *objetos autistas* e *formas autistas* como integrantes tanto dos estados “encapsulados” de crianças autistas, quanto das

“barreiras autísticas” em pacientes neuróticos. O resultado disso foi também uma melhor compreensão do funcionamento psicológico normal.

Neste texto, é marcante a descrição da relação da criança autista com os objetos por meio dos sentidos e das sensações. São sensações auto-geradas e experienciadas de maneira uniforme, a partir de superfícies e contornos. O mundo da criança autista é preenchido pelas sensações táteis consistentes dos *objetos autistas* sobre as superfícies do corpo e pelo toque suave de *formas autistas*. “Os objetos são usados de forma repetitiva e estática, sem propiciar qualquer desenvolvimento de redes associativas. São geralmente desvitalizados e inanimados, características que garantem ao autista um completo controle sobre eles” (CAVALCANTI & ROCHA, 2001, p.83).

Quanto às *formas autistas*, Tustin (1986) diz:

“Mas eu comecei a perceber que as *formas* de que as crianças autistas me falavam (à medida que começavam a falar) não eram aquelas formas geométricas objetivas que nós todos compartilhamos. Eram formas inteiramente pessoais, idiossincráticas para elas, e apenas para elas. Não eram as formas de qualquer objeto particular. Eram simplesmente *formas*, o círculo sendo especialmente confortador, para todas elas. Eu não sei que outras figuras eram cobertas pelo que elas denominavam de *formas*, mas sei que era a *sensação* física dessas formas que importava para a criança. Essas *formas* produziam os rudimentos da noção de limites contendo um espaço, embora elas próprias não estivessem localizadas no espaço externo como estão as figuras geométricas às quais comumente damos o nome de *figuras*” (p. 98-99, grifos da autora).

A autora também diferencia *formas inatas* de *formas autistas*. As *formas inatas* são primárias e criadas pelo bebê normal para formação de sensações. Primeiramente, elas ocorrem sem a intervenção da criança, mas logo a criança aprende a fazer algumas formas reaparecerem por seus próprios movimentos. Elas são originadas a partir da sensação de substâncias corporais macias como fezes, urina, saliva, o alimento na boca, algumas dessas

podem ser elementos de repetidas experiências. “As formas de sensação normais são os rudimentos básicos para funcionamento emocional, estético e cognitivo” (p. 100). Isto ocorre porque a tendência em criar formas logo se tornará associada com as formas de objetos reais, o que resultará na formação de perceptos e conceitos que facilitam uma relação ativa com objetos do mundo exterior que pode ser compartilhada com outras pessoas.

Nas crianças autistas, Tustin ressalta que a tendência à criação de formas seguiu um curso diferente: as formas não são compartilhadas com outras pessoas e o seu funcionamento se dá, mecanicamente, pela impressão de uma forma obtida sobre as superfícies da pele. Para essas crianças, os movimentos físicos são sentidos como onipotentes para produzir formas conhecidas e familiares. As formas também são sentidas como onipotentes na medida em que fazem a criança sentir-se calma e confortável. Assim, a criança acaba dependendo da existência dessas “formas mágicas” e de sua repetição ininterrupta por dar-lhe um *senso de ser*.

“As crianças pequenas autistas diziam-me que contorciam ou balançavam o corpo para criar *formas* das substâncias corporais. Girar e oscilar também as produzia. As crianças também formavam bolhas com a saliva na boca ou com o muco do nariz. Essas bolhas experimentadas como a sensação *sentida* de um círculo e, não, como um objeto tridimensional localizado no espaço externo. Eu presumo que todas as *formas* tinham esta qualidade bi-dimensional, embora a maioria delas não tivesse a forma precisa como a de um círculo” (p. 100, grifos da autora).

Tustin (1981) cita o caso de *Paul* para contar como a criação de formas pode ser compartilhada numa situação terapêutica, assumindo o lugar de uma comunicação intencional da criança, em vez de ser meramente uma reação física para produzir sensações corporais. É preciso esclarecer que *Paul* é uma criança psicótica de sete anos, atendida pela terapeuta Lynn Barnett. O trecho da sessão a seguir foi escrito pela terapeuta e diz respeito a um momento em

que a criança estava começando a notar as interrupções dos feriados e estava preocupado com os buracos tanto nele quanto no mundo exterior.

“Depois de algumas exclamações excitadas sobre a pia que estava se enchendo de água. Paul fez um círculo com o dedo indicador e o polegar e deixou que a água da torneira corresse através dele. (...) Então colocou a ponta dos dedos na boca, olhando para mim enquanto o fazia. Depois, delicadamente, colocou os dedos na superfície da água e também os tocou com a língua. Sorriu quando relacionei a rolha, sua boca, o círculo formado pelos dedos e as bolhas com a sugestão de que ele queria preencher os buracos quando tentava sugar a água para dentro de sua boca” (p. 169).

Na discussão do material clínico, Tustin analisa que, ao fazer o círculo com os dedos, vemos o começo da *representação pictórica*. Com o movimento e com o gesto de sorrir para a terapeuta, *Paul* indicou a sua intenção. Entretanto, essa intenção requisitou da terapeuta observação cuidadosa das seqüências de comportamento em evolução, que só poderiam ser entendidas quando relacionadas entre si. Mesmo sem ser algo claramente percebido pelo outro, há mensagem e comunicação nas ações das crianças autistas. Para percebê-los, basta, que a outra pessoa entre em contato com essa natureza de representação e a nomeie em linhas significativas para a criança.

Quanto ao modo originário de representação, Aulagnier aponta certas limitações nas construções de Meltzer e Tustin sobre o *autismo* e busca conceber um tempo inaugural da história da representação no sujeito. Aulagnier (1986) diz que pode conceber um “antes” da representação fantasística da relação do bebê com o seio e um “antes” de uma relação criança-mãe, mas denuncia a impossibilidade de se conceber um “antes” da representação. Sendo este último, o “limite-ausente” nas teorias de Meltzer e Tustin.

Em “A violência da interpretação”, Aulagnier (1975) abordou as noções de *pictograma*, *objeto-zona complementar* e a relação de *auto-engendramento* presente entre

representante e representado. A prática clínica com as psicoses levou a Aulagnier defender a hipótese de que o *processo originário* é uma atividade de representação que usa *pictogramas* e tem como material exclusivo a *imagem da coisa corporal*. Aulagnier (1986) argumenta que o início da vida somática, assim como da vida psíquica, coincide com o encontro entre um órgão sensorial e um objeto exterior de excitação. O corpo e a organização sensorial emprestam ao processo originário os elementos e a organização de seus pictogramas, enfatizando que.

“Será esse o modelo sensorial que o processo originário retomará em suas formações: é isso que chamo objeto-zona complementar, a representação de um estado de junção, de ‘mesmicidade’, de indiferenciação entre a zona erógena (cavidade oral, zona auditiva, zona visual, superfície tátil...) e o objeto de uma excitação que, num encontro inaugural, foi fonte de prazer. Quanto ao afeto desprazer (ou sofrimento, termo que diz mais aos nossos ouvidos), será experimentado sempre que o objeto falhe em sua função de dispensador de prazer: a função percebora se auto-apresenta então, como engendrando seu estado de sofrimento. A consequência é que a psique não pode evitar uma tal experiência a não ser auto-mutilando-se, auto-desinvestindo-se, como zona função percebora” (p. 174-175).

A autora esclarece que o estado de sofrimento só existe porque é compatível com a sobrevivência psíquica, já que o ambiente psíquico (geralmente a mãe) periodicamente oferecerá um objeto dispensador de prazer às zonas erógenas. Caso contrário, a atividade de desinvestimento poria fim a toda vida. Ela dá ênfase ao poder auto-engendrante de cada zona erógena e diz ser esta a condição prévia para a integração do corpo como unidade futura e para a causa da extensão da mutilação que está na origem da “angústia de espedaçamento”, que implica numa desintegração do corpo bem característica (p.175).

No *processo originário*, toda experiência afetiva é representada por um pictograma que é, indissociavelmente, representação do afeto e afeto de representação. O afeto, enquanto

experiência do originário, é figurado por uma ação do corpo, e mais precisamente pela ação de atração ou rejeição recíproca da zona e do objeto. É essa ação que reflete a relação de atração ou rejeição entre representante e representado. Tanto a relação recíproca entre zona e objeto quanto a relação entre representante e representado são a ilustração pictográfica de dois sentimentos fundamentais denominados amor e ódio.

Para esta autora, a relação de “mesmicidade” e de continuidade de si com o meio tem como pressuposto a *auto-representação* da atividade psíquica que, por meio do *engendramento* com os objetos fonte de excitação, produz estados de prazer ou de sofrimento presentes num “espaço psique-corpo indiferenciado”. Assim, a entrada em cena do *processo primário* e da *representação fantasística* é conseqüência do reconhecimento, imposto à *psique*, da presença de outro corpo. Quando esse reconhecimento não ocorre, face à erupção de um afeto, não representável nem pelo pensamento nem pela fantasia, a *psique* só pode evitar sua aniquilação ou seu espedaçamento a partir da “alucinação” de uma *percepção sensorial*.

Exemplo disso são algumas experiências de vivência psicótica, chamadas de “recuo na alucinação”. Aulagnier (1986) a descreve como um barulho, um odor não definível ou uma propriocepção do interior do corpo, que invade bruscamente o espaço psíquico do sujeito e faz com que ele retome uma atividade psíquica primeira e inaugural. Esse estado se configura como retorno momentâneo a um tempo anterior a qualquer possibilidade de representar a existência de um “fora-de-si”, de realidade exterior. A *psique* se auto-representa. Tal como exposto a seguir:

“O sujeito não é mais, não pode mais ser, não foi mais, que essa *função percebora* indissociavelmente ligada ao percebido: o sujeito é esse barulho, esse odor, essa sensação, sendo *concomitantemente* esse só e único fragmento do corpo sensorial mobilizado, estimulado pelo percebido” (p. 164, grifos da autora).

Neste sentido, Aulagnier se pergunta se a compreensão dessas experiências limites e fugidias nos psicóticos pode enriquecer a abordagem teórica e terapêutica do *autismo*. Arrisco dizer que sim, já que no *autismo* encontramos um modo de organização e de atividade psíquica diferentes do modelo representacional clássico e dos processos primários e secundários. Ao entrar em contato com o mundo do autista, nos preenchemos de sensações, como bem mostrado por Tustin, e somos levados a pensar em *imagens sensoriais* aquilo que o sujeito vivencia e experimenta, como enfatizou Aulagnier.

Em contraste com o mundo de palavras, as crianças autistas nos chamam atenção principalmente por produzirem fenômenos complexos e não classificáveis, provocando um “misto” de estranheza e fascínio. Enfim, é preciso retomar Winnicott, para transitar pelas diferentes formas, matizes e nuances do sofrimento psíquico em crianças muito pequenas. Winnicott (1971) reconhece a complexidade e significância dos estágios primitivos da relação de objeto e da formação de símbolos. O *non-sense* e a área de *amorfa* têm lugares especiais nas experiências primitivas do sujeito e são fundamentais para o desenvolvimento da criatividade e para o futuro uso de *objetos transicionais*.

A *amorfa* refere-se àquilo que não tem forma objetiva, não se constitui como os processos do fantasiar, do sonhar ou do brincar propriamente ditos. Como afirma Winnicott (1971), *a experiência amorfa*, em alguns pacientes, se esboça a partir de “um estado não-intencional, uma espécie de tiquetaquear da personalidade não integrada” (p.81); é aí que se dá a emergência da criatividade. No ambiente terapêutico, a indicação winnicottiana é a de “propiciar oportunidade para a experiência amorfa e para os impulsos criativos, motores e sensoriais que constituem a matéria prima do brincar. É com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experimental do homem” (p.93).

O *amorfo* diz respeito também àquelas “fases de jogos indefinidos” presentes no relato do tratamento psicanalítico de *Piggle*. Neste caso, Winnicott (1978) sustentou a idéia de que,

a partir do caos e da aparente desorientação das falas e dos comportamentos da criança, um sentido de direção se desenvolvia e a criança se tornava capaz de comunicar o que lhe ocorria. Winnicott passou a perceber que, a cada sessão, *Piggle* revelava-lhe um problema específico a seu conhecimento. Tais problemas ocorreram em decorrência de uma necessidade real da criança, necessidade esta que a levava a pedir uma nova consulta.

Diferentemente de muitos casos de *autismo* na infância, *Piggle* é o caso de uma menina com 2 anos e meio de idade que já falava e apresentava uma forma de expressão repleta de fantasias. Mesmo assim, o relato do caso faz-se importante aqui, por mostrar o desenrolar e a desconstrução da patologia da criança ao longo do tratamento, cedendo lugar aos processos saudáveis de desenvolvimento emocional. A confiança dos pais no analista e a sucessiva capacidade deles em tolerar e enfrentar os estados clínicos da filha foram significativas para a evolução da criança e para a passagem de um padrão de defesas rígidas à recuperação de sua espontaneidade.

A seguir, estas questões técnicas serão abordadas em relação ao caso de *Mônica* e, nele, o campo transferencial-contratransferencial constitui eixo principal.

1.2.3. O ritmo relacional: corpo e transferência

A partir da observação das diferenças do estado de *Mônica* em cada tipo de *ensimesmamento*, tive melhor compreensão de suas manifestações e da função delas. Pude perceber que, nos momentos de prazer, *Mônica* estava mais aberta à minha aproximação e se deixava embalar pelo ritmo das sessões e pelos esboços de brincadeira realizados entre nós. O ambiente terapêutico (*holding*) de confiança e continuidade dava a *Mônica* possibilidade de viver seus momentos de *não-integração*, de experiências sem espaço e tempo definidos, que, aos poucos, foram se transformando em verdadeiros impulsos criativos, presentificando sua personalidade singular.

Tais observações juntamente com a análise da contratransferência me levaram ao reconhecimento da importância em manter e respeitar a forma como *Mônica* se expressava. Foi preciso manter a sala e os brinquedos sempre na mesma configuração. Procurei também manter uma postura não-interpretativa e me mostrando “sinceramente” interessada no que ela fazia. Suportava seus choros, gritos e comportamentos agressivos de maneira contígua. No início, eu me sentia num lugar de presença corporal “coisificada” pela criança, principalmente em termos de minha aparência física, meus comportamentos, meu tom de voz e a maneira de olhar para ela. O estado de “agonia” apresentado por *Mônica* frente a algumas mudanças, como corte de cabelo ou voz alterada pela gripe, era bastante significativo.

No decorrer das sessões, na relação com *Mônica*, tenho demarcado os momentos em que ela está mais presente, de forma própria e criativa, possibilitando abertura a alguns “encontros” entre nós. Por exemplo, na segunda sessão, *Mônica* tentava com suas mãos equilibrar um pino fino de madeira em pé, deitando-se e encostando totalmente seu corpo no chão. Logo após algumas tentativas, eu imitei o seu gesto, tentando equilibrar o pino e falei com entusiasmo “eba, consegui!”. Nesse momento, ela me olha, sorri e começa a balançar as pernas, o que parecia uma primeira comunicação entre nós.

Outro momento clínico importante aconteceu três meses adiante, em junho de 2005. Após trocar a fralda de *Mônica* no início da sessão, a vi olhando para o pote de lenços umedecidos. Percebi que o pote tinha a imagem de uma mãe com seu bebê. Naquele dia, quando entrou no consultório, *Mônica* repetia “ma ma ma ma” e em seguida “be be be be”. Neste momento, eu apenas repeti as sonorizações sem perceber um sentido. Mas, com esta encenação, pude lhe falar “é a mamãe com o bebê”, o que a fez ela me olhar rapidamente e cair do divã onde estava deitada.

Em uma sessão em janeiro de 2006 (com 10 meses de atendimento), estávamos empilhando “potinhos” coloridos, de diferentes tamanhos em cima da mesa, quando um caiu

no chão. Com isso, perguntei “Cadê o pote vermelho, caiu? Cadê, Mônica?”. A criança parecia me escutar, até que indiquei a direção: “achei! tá logo ali atrás da mesa...”. Neste momento, *Mônica* tirou a cadeira do caminho, pegou o pote, me olhou e deu continuidade à brincadeira.

Desde a iniciação na escola, e, mais especificamente, a partir de maio de 2006, tenho observado novas nuances na maneira de *Mônica* se expressar e se comunicar. Como já dito anteriormente, essa comunicação é corporal e se dá por meio de movimentos, gestos e vocalises. No primeiro ano de atendimento, *Mônica* se isolava nos momentos de *satisfação autística*. Recentemente, porém, ela tem se relacionado comigo de forma espontânea, enquanto busca contato e prazer nesta interação. Ela olha, toca meu rosto, repara as minhas expressões faciais, senta no meu colo, abraça, “arrisca” me dar beijos, cheiros, carinhos, etc. Muitas vezes, esse contato é fugidio, mas em alguns momentos eles perduram uma sessão inteira.

Nestes momentos, dificilmente ela parece estar isolada. Assim, não cabe mais chamá-los de *ensimesmamento*, como na descrição dos primeiros encontros. Outra diferença aparece quando *Mônica* está vivenciando momentos de desprazer e sofrimento. Atualmente, tais momentos têm sido marcados mais pela agressividade do que pelos movimentos caóticos e imprevisíveis. Por vezes, ela antecipa aos outros que vai chorar, faz um som “característico” e reconhecido como “ah ah ah”, denunciando o seu incômodo. Em outras vezes, quando não há uma antecipação anunciada, sua ação é mais rápida e direta e *Mônica* agride. No entanto, esta agressão não se realiza fora de um contexto; está relacionada com a percepção de alguma descontinuidade ou ruptura no seu meio ambiente e familiar.

As reações agressivas são provocadas por acontecimentos como os que ocorreram no mês de agosto de 2006; o primeiro ocorreu na escola, quando uma colega pegou da mão de *Mônica* a foto de seu primeiro aniversário. No instante seguinte, ela mordeu a colega com

voracidade. O outro acontecimento foi no final do mês, numa sessão da véspera de uma viagem minha a congresso. Neste dia, eu explicava à *Mônica* que iríamos ficar uma semana sem nos ver, mas que eu voltaria e continuaríamos nosso trabalho. Após esta fala, ela vem ao meu colo e rapidamente me dá uma mordida.

Tais reações, embora sejam fora dos padrões, pela voracidade e força de *Mônica* ao morder, funcionam como uma forma de protestar as insatisfações com o ambiente à sua volta. Tustin (1986) diz que, em momentos oscilantes de consciência de separação, a mordida serve para compensar alguma intrusão no “senso primitivo de ser” das crianças autistas, assim “elas sentem obter alguma segurança, mordendo, incorporando bocados e saliências” (p.50). O que importa é ter algum senso de definição física e adesão às superfícies, dando-lhe a sensação de estar protegida.

Outra diferença perceptível é no momento de *ensimesmamento vazio*. *Mônica* costumava passar vários minutos em estados de “ausência”, ficando em isolamento profundo de “absorção” consigo mesma. Nestes últimos meses, tenho percebido que tais momentos são vivenciados em situações bem marcadas e duram menos tempo que antes. Esse é o exemplo da sessão a seguir.

Mônica veio sendo trazida ao consultório no colo do pai e, ao me ver, abaixou a cabeça, parecendo esconder-se de mim e ao levantá-la novamente soltou um sorriso de “regozijo”. Ao entrarmos na sala, ela correu para o divã ficando atrás das duas almofadas, onde ela costuma se “abrigar” em momentos de isolamento. A minha reação foi dar início a uma brincadeira de “esconde-esconde” e, numa entonação alegre, perguntei por “Cadê você? Cadê você, *Mônica*?” e ela levantava a cabeça, se mostrava e, logo em seguida, repetia o movimento de se esconder. A partir dessa expressão espontânea de *Mônica*, tenho procurado transformar esses momentos em brincadeira.

No entanto, recordo-me de um outro exemplo que não se transformou em brincadeira, mas marcou a circulação de um sentimento entre *Mônica* e sua família. Em maio de 2006, *Mônica* e eu estávamos saindo do consultório e escutei seu irmão falando com a mãe. Nessa época, ele tinha por volta de 1 ano e meio e fiquei impressionada com sua enunciação. Comentei a minha surpresa dizendo: “menino como você está falando, heim!”. Enquanto, mãe e filho ficaram felizes e orgulhosos com meu comentário, *Mônica* ficou estática, parou de andar em direção a eles e ficou com um olhar distante. Não sei se já é possível chamar esta reação de ciúmes, mas diz respeito a um sentimento frente ao meu encantamento com uma ação do irmão e não dela, diferente do que anteriormente acontecia.

Ao mesmo tempo em que *Mônica* tem se mostrado mais afetiva no relacionamento com as pessoas, ela tem mostrado momentos de agressividade e de ciúmes, além das emoções primitivas de “agonia” e “terror” com as mudanças no ambiente. Quanto a esta conquista, Tustin (1986) comenta: “À medida que o tratamento prossegue e elas (as crianças autistas) começam a tolerar a separação física, as emoções sociais de amor, ódio, inveja e ciúmes começam a manifestar-se, mas não são evidentes no início do tratamento, quando a criança evita relações com as pessoas” (p.51).

A transição entre os momentos prazerosos, sofridos e vazios está bem mais compreensível; há maior definição das intenções e comunicações de *Mônica*. Gradualmente na situação transferencial, *Mônica* tem me reconhecido não somente como presença corporal (contínua e estável), mas também como presença psíquica. Os fragmentos de duas sessões a seguir ilustram essa constatação.

Essa primeira sessão ocorreu em meados de setembro de 2006. Devido a algumas interrupções na seqüência de duas vezes por semana no tratamento, tivemos apenas uma sessão por semana neste mês. Na primeira semana, eu saí para uma viagem a congresso. Na

segunda, os pais tiveram um compromisso no horário da consulta; na terceira, *Mônica* foi fazer um exame médico com os pais e não pôde comparecer.

Neste dia, *Mônica* foi levada pela mãe ao consultório. Ela chegou chorando e se jogando no chão para não entrar na sala. A cada tentativa da mãe de fazê-la entrar, *Mônica* a agredia com mordidas e arranhões. Decidi, então, pegá-la em meus braços. Para isso, comuniquei mãe e filha sobre minha intenção e o fiz. Eu a peguei com suas costas encostadas em meu tronco e apoiando suas pernas, como se ela estivesse sentada numa cadeira. Neste momento, ela não tentou me agredir. Mas, ao entrar na sala e colocá-la sentada no divã, como normalmente seus pais fazem, ela agarrou minhas mãos, segurando-as com força e tentando me arranhar e beliscar.

Foi uma situação bem difícil, não consegui suportar suas agressões e gritos estridentes, me afastei dizendo “sei como está difícil entrar na sala hoje, depois de tanta interrupção, mas eu estou aqui com você”. Ao ver que eu me afastava dela, *Mônica* passou a “urrar” ainda mais, como se eu a estivesse agredindo. Ela só conseguiu se acalmar quando colocou um bonequinho de plástico laranja na boca e ficou com o olhar distante.

Diante de seu isolamento, e depois deste estado terrível de agonia, precisei de um tempo para me acalmar e conseguir ficar com ela de forma continente. Neste período de afastamento corporal entre nós, eu “arriscava” olhar para ela e percebi que ela também me olhava fugidamente. Ao mesmo tempo, ela fazia expressões faciais que sugeriam que ela estava “pensando” e emitia sons com a boca, como se estivesse “cochichando”. A partir daí, senti que poderia me aproximar dela. Sentei ao lado do divã, com outro boneco na mão (era um “piu-piu” que fica na sua caixa de brinquedos) e comecei a imitar suas ações. Ela passou a me olhar e variar seus movimentos com o brinquedo: colocava o boneco na boca, acariciava-o com saliva, olhava para o brinquedo que eu segurava e para o que eu estava fazendo.

Depois disso, largou o boneco e colocou seu pé na minha mão, fazendo pressão. Eu também larguei o meu objeto e sustentei seu pé, sem deixá-lo cair do divã, fazendo uma pressão oposta com minha mão. Foi um momento de “reencontro” e de apaziguamento. Depois, ela tirou o pé e eu, acompanhando sua ação, retirei minha mão também. Rapidamente, ela começou a me chutar com força, gritar ainda mais alto, me puxar e arranhar com as mãos. O “embate” recomeçou, foi bastante contraditório para minha percepção, não conseguia enxergar uma saída para aquele estado. Sentia que se eu me afastasse era pior, porque seus gritos aumentavam e sua expressão ficava mais sofrida. Ao mesmo tempo, foi também para mim muito sofrido ficar perto dela, pois ela me agredia.

Então, tomada por um desejo de mudança, me levantei do chão, contive levemente suas pernas com minhas mãos, olhei-a nos olhos e falei com firmeza “Mônica, realmente está difícil ficar perto de você assim me batendo. Sei que você está estranhando quando me afasto e está reclamando. Mesmo assim, eu continuo aqui com você”. Em seguida, ela se aquietou, pára de se debater e eu aproveitei para acrescentar minha interpretação: “normalmente, você vem aqui duas vezes por semana, isso mudou esses dias, mas vou conversar com seus pais para continuarmos como antes”.

Foi aí que percebi que os pés de *Mônica* estavam agora “colados” na superfície da minha perna. Nos mantivemos encostadas novamente uma na outra, fazendo pressão para não deixar os pés dela escorregarem. Eu sentia, imperativamente, que não poderia quebrar aquele “pacto” e me mantive na mesma posição, olhando para *Mônica* e sustentando com ela nossos corpos durante 10 ou 15 minutos. *Mônica* “selou” o encerramento, quando tirou os seus pés e pegou o boneco de plástico novamente, colocando-o na boca. Esperei um tempo para terminar a sessão. Quando anunciei que já era hora de irmos e comecei a arrumar a sala, ela me deu o boneco de plástico para guardar na caixa e me puxou pela mão para irmos à porta. Saímos,

assim, de mãos dadas; as duas estavam mais tranquilas e era presente o sentimento de reconciliação, pelo menos para mim.

Ao subirmos a escada de saída da clínica, percebi que *Mônica*, ainda de pés descalços, parava a cada degrau, para tocar os pés no azulejo ou nas plantas ao lado da escada. É interessante, porque foi justamente o pé que representou na sessão a necessidade de *Mônica* estar encostada ao meu corpo para suportar qualquer possibilidade de separação física. E o pé, neste caso, é um dos pontos mais sensíveis de *Mônica*, tanto para a estereotipia de girar em volta de si mesma nas pontas dos pés, quanto para tocar os objetos ao seu redor. Neste sentido, na maior parte do tempo, ela fica com os pés descalços, não aceitando ficar com sapatos, a não ser na escola. E, mesmo lá, a qualquer distração da acompanhante ou da professora, *Mônica* retira as meias e o par de tênis.

Em consonância com esta sessão, relatarei uma sessão adiante para retomar algumas noções de Winnicott e Tustin sobre a *continuidade* corporal (ilusória) entre mãe e bebê e, especialmente, a ilustração de Tustin sobre o “botão” no caso de *John*. Esta sessão ocorreu no início de outubro de 2006, 15 dias depois da anterior. *Mônica* chegou ao consultório trazendo uma foto de seu primeiro aniversário. É a imagem dela no colo de sua madrinha, as duas na frente da mesa enfeitada com balas, doces, um lindo bolo e, no fundo, balões coloridos. Logo que entrou, fiz um comentário sobre ela gostar de olhar e lambe esta foto.

Em seguida, ela deixou a foto em cima do divã e pegou um objeto na sala e o colocou na boca. Era um carimbo redondo, com uma base de borracha macia e uma haste de plástico proeminente e também circular, no centro do carimbo. A ação de colocar objetos na boca, lambê-los e acariciá-los é algo que ela costuma fazer atualmente. Em continuidade com sua ação, peguei outro carimbo e a acompanhei. Ela se aproximou de mim e veio para o meu colo e “se espalhou”. Aos poucos, se acomodou e ficou numa posição confortável, tal qual a de um bebê no colo de sua mãe e no mesmo ângulo da amamentação. Entre sucessivos olhares e

“chuchadas” no objeto, *Mônica* e eu estabelecemos uma “harmoniosa comunicação”, como aquela descrita por Winnicott (1969). Estávamos juntas, nos olhando, respirando e compartilhando um sentimento singular de aconchego.

Este momento durou grande parte da sessão, se encerrando quando *Mônica* começou a se movimentar no meu colo e foi se levantando. Eu esperei que ela se levantasse para anunciar-lhe “já está quase na hora de ir, vamos arrumar a sala...”. Com isso, ela apanhou a foto e foi para a porta me esperar, enquanto eu guardava alguns brinquedos e objetos na sua caixa. Depois, *Mônica* veio ao meu lado e não a vi, o que fez com que ela emitisse alguns resmungos e atirasse a foto dentro da caixa. Foi aí que percebi meu “momento desligado”, pois estava realmente com os pensamentos distantes. Então, interpretei a situação para ela “nossa, eu estava longe... você bem que percebeu, né”. Sim, ela percebeu e me chamou atenção para este fato e, após o que eu disse, ela me puxou em direção à porta. Tentei devolver-lhe a foto, mas ela a jogou novamente. Deixei a foto em sua caixa, a fechei e saímos do consultório de mãos-dadas, como na sessão anterior.

Estas duas sessões são contadas com mais detalhes por representarem um marco importante no tratamento de *Mônica*, nós vivenciamos momentos de encontro muito íntimos e significativos. Ambos marcam presença-ausência na relação transferencial e imprimem o modo compassado e rítmico do desenvolvimento de *Mônica*, o que remete, de forma análoga, aos estágios precoces do desenvolvimento do bebê e às considerações de Winnicott.

Winnicott (1949) parte do princípio de que o desenvolvimento inicial do bebê implica um *continuar a ser*. Neste texto, o autor destaca o papel da *mãe devotada comum* em adaptar-se ativamente às necessidades do recém-nascido. No decorrer do tempo, o ambiente virá a se desenvolver e a necessidade absoluta de um ambiente bom, torna-se rapidamente relativa. A mãe torna-se-á *suficientemente boa* e o bebê virá a dar conta das falhas por meio de sua atividade mental. Esta atividade mental do bebê transformará a falha relativa da adaptação

materna num êxito adaptativo, o que liberará a mãe da necessidade de ser quase perfeita.(p. 335).

Winnicott (1987) também alerta para o fato de que “o bebê criou o seio, mas não poderia tê-lo feito se a mãe não tivesse chegado com o seio exatamente naquele momento” (p.90). Isto possibilita a criação de uma *área de ilusão* e conduz a experiência de onipotência inicial. Assim, “o bebê é capaz de experimentar frustração e até mesmo de chegar, um dia, ao outro extremo da onipotência, isto é, perceber que não de passa de uma partícula no universo” (Idem).

Tustin confirma tais considerações, ao falar do “botão” e do estado de *não-diferenciação* de *John*. As separações para *John* pareciam ser experimentadas como coisas quebradas que penetravam seu corpo. Para Tustin (1986), o aspecto singular disso “é que os sentimentos parecem ser experimentados como entidades físicas. Ausência era *morte – morte* era uma coisa quebrada – um *buraco negro* cheio de uma *picada ruim*” (p.73). Assim como *Mônica*, à medida que *John* começa a perceber a separação física de Tustin e a quebra de seu “botão todo poderoso” capaz de controlar tudo, despertam-se acessos de raiva incontroláveis. Foi a “situação de *holding* terapêutico” que forneceu um “berço” ou “cobertor” para proteger e conter *John* de seus acessos de raiva, modificando tanto suas exigências irrealísticas e rigorosas de si mesmo quanto as de outras pessoas, e, assim, originando respostas criativas.

Por esse motivo, a segunda sessão com *Mônica* se torna ainda mais significativa. Representa a possibilidade de evolução terapêutica, à medida que *Mônica* demonstra que sente e percebe exatamente o momento em que há uma descontinuidade – em que me “desligo” dela e passo a pensar em outras coisas. Em vez de ser uma falha na capacidade de comunicação entre nós e de sustentação (*holding*) do ambiente terapêutico, esse acontecimento deu chance à criança de expressar seu desapontamento e marcar a sua presença na relação. Frente a uma mudança, *Mônica* poderia ter reagido pela entrada num terrível

estado de sofrimento com gritos, estereotípias e agressões contra mim, como o ocorrido na primeira sessão. Contudo, na segunda sessão, isso não aconteceu. Após um primeiro período de acolhimento e continuidade, *Mônica* foi capaz de tolerar minha ausência, se presentificar enquanto sujeito e seguir adiante de mãos-dadas comigo, fechando um circuito e uma reparação.

Neste sentido, uma citação de Cavalcanti & Rocha (2001) retoma algumas considerações de Hochmann sobre o *autismo* e delinea a existência de subjetividade, de atividade psíquica e do estabelecimento de relação com o outro:

“O texto de Hochmann é bastante incisivo. Segundo ele, mais do que manter os outros à distância, o autista protege-se de qualquer intrusão interna ou externa, representada pela atividade psíquica. Assim sempre que solicitado pela presença do outro a colocar em atividade a subjetividade, ele trata de negar radicalmente não só a sua, mas também qualquer atividade psíquica do outro, daqueles que estão ao seu redor. Todavia, Hochmann não se aventura a concluir, como foi explicitado por Bernardo Mora Trespalacios, que aí estaria a maior evidência da subjetividade no autismo” (p.34).

Em recortes como esses do trabalho com a criança autista, a evidência de subjetividade aparece nos movimentos, alternâncias e compartilhamento de sensações. Embora as experiências de *Mônica* (sensações, percepções e até mesmo pensamentos) tenham aparecido inicialmente no corpo de forma anárquica ou repetitiva, posso observar indícios de ritmo contextualizado, de relação com o outro e, até mesmo, de diálogo e de jogo. Contudo, é apenas no contexto transferencial que as ações e vivências do *setting* analítico foram articuladas e assumiram características de comunicação. A relação transferencial promoveu a *sustentação* necessária para o desenvolvimento de uma comunicação primeira em termos de anatomia e fisiologia dos corpos vivos.

Isso levou *Mônica*, cada vez mais, a tomar iniciativa nas brincadeiras e pronunciar-se na relação. Portanto, o objetivo do trabalho é ir além da produção da linguagem e de sentido e

ênfatizar o ritmo como sendo um dos elementos que circunscrevem a particularidade da transferência e os seus limites.

Tais limites apareceram, principalmente, nos momentos paradoxais de diferenciação e separação, quando me sentia impotente, sem saber o que fazer, “sem saída”. À medida que eles foram aceitos como parte integrante do processo analítico e do desenvolvimento da criança, ampliou-se a situação de continência, o que deu origem a novos modos de expressão de *Mônica*. Tal fato foi fundamental para que o “caos” aparente das sessões produzisse formas criativas e assumisse movimento mais fluido, com menos rigidez e controle.

Portanto, assim como a constituição psíquica é silenciosa e deriva da relação precoce da mãe com seu bebê (como ressaltado por WINNICOTT, 1956, p. 403), as primeiras comunicações da criança também são silenciosas e seguem os padrões das sensações relativas aos órgãos sensoriais (cheiro, paladar, olfato, audição, visão). Enfim, aponto o caminho da sensorialidade como base da constituição psíquica e acrescento a hipótese de que o ritmo característico das sensações corpóreas, além de se manifestar no corpo por gestos e movimentos, é sobretudo relacional.

CAPÍTULO 2

AUTISMO E AUTO-EROTISMO: A FUNÇÃO DO RITMO NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA

2.1. O Autismo na constituição psíquica: uma avaliação conceitual

“Do meu ponto de vista, a **invenção** do termo *autismo* foi uma **benção duvidosa**. As vantagens estão bastante óbvias. As desvantagens são menos óbvias” (WINNICOTT, 1966, p. 179, grifos meus).

Com o objetivo de avaliar o conceito de *autismo*, esta citação de Winnicott faz-se importante. Em uma conferência proferida em 1966 na Inglaterra², o autor situou sua opinião sobre a origem do termo e os perigos das teorias sobre o *autismo* se transformarem em sistemas de pensamento que ignoram os estudos sobre os primeiros estágios do desenvolvimento emocional do bebê. Winnicott concluiu “quando nós examinamos o assunto em discussão deste ponto de vista, percebemos que é muito artificial falar sobre uma doença chamada autismo” (p.180).

Segundo o autor, o termo *autismo* é vantajoso para os pediatras e os médicos fisicamente orientados que gostam de pensar em termos de doenças e dar-lhes uma aparência didaticamente organizada. No artigo do ano seguinte, Winnicott (1967a), esclareceu que a desvantagem do uso do rótulo *autismo*, dado por Kanner, foi a criação de uma “falsa trilha”, em geral seguida pelos pediatras com muita disposição. Como não existe etiologia definida, é complicado pensar no *autismo* como uma doença (p. 194). Em suas palavras:

“Devemos lembrar que independentemente de chamarmos o autismo de esquizofrenia da infância inicial ou não, devemos esperar resistência à idéia de uma etiologia que aponta para os processos inatos do desenvolvimento emocional do

² Esta conferência somente foi publicada em 1996, no livro “Pensando sobre crianças”, homenagem ao centenário do nascimento de Winnicott em 1896.

indivíduo no meio ambiente dado. Em outras palavras, haverá aqueles que preferem encontrar uma causa física, genética, bioquímica ou endócrina, tanto para o autismo como para a esquizofrenia. Esperamos que nesta conferência a gama completa de possibilidades seja permitida, e que aqueles que afirmam que o autismo tem uma causa física que ainda não foi descoberta permitam àqueles que afirmam ter pistas seguir estas pistas, mesmo que elas pareçam levar para longe do físico e para a idéia de uma perturbação na delicada interação dos fatores individuais e ambientais, conforme eles operam nos primeiríssimos estágios do crescimento e desenvolvimento humano” (Idem).

É esta última trilha de possibilidades e complexidades que o presente trabalho pretende seguir. Neste sentido, Fédida (1991), em seu reconhecido artigo “Auto-erotismo e autismo: condições de eficácia de um paradigma em psicopatologia”, também se referiu à impossibilidade de conjecturar o *autismo* como uma entidade patológica. O autor advertiu que é preciso levar em consideração a complexidade dos fatores envolvidos:

“Neste sentido, o psicopatologista deve manter-se atento aos progressos da biologia molecular, da neurobiologia e das pesquisas em imunologia. A colaboração mútua entre as pesquisas fundamentais depende de sua disponibilidade cultural em relação a outras pesquisas igualmente fundamentais, que até o presente podem ter-lhes parecido distantes. A psicanálise faz parte destas últimas” (p. 150).

Mais do que uma advertência metodológica, o que Fédida fez foi indicar que o *autismo* não ocupa apenas a função de modelo psicopatológico, mas, sim a de “um verdadeiro *paradigma* teórico-clínico, assim como ocorreu com a neurose no caso da psicanálise e como pode ocorrer também com a psicose”(p.153). De acordo com este teórico, a observação analítica do *autismo infantil* tem produzido, aos psicanalistas, uma inteligibilidade teórica importante para se pensar outras patologias segundo uma capacidade conceitual de percepção e de interpretação de processos. O autor alertou que é preciso evitar o risco de deixar a interpretação sobrepujar a observação dos fenômenos psicopatológicos. Sob esse ângulo, a

introdução do problema da eficácia de um paradigma em psicopatologia deve ser realizada com prudência.

Com base em Winnicott e Fédida, procuro embarcar no campo das controvérsias em torno do autismo e questiono: “Seria o autismo doença de etiologia e fronteiras definidas? É possível conceber o *autismo* como paradigma do psíquico?”. Para uma avaliação conceitual do termo, começarei por uma reflexão sobre o “paradoxo do *Eros*” presente na origem dos termos *auto-erotismo* e *autismo* e sobre os reflexos desse paradoxo na psicanálise e na clínica do *autismo*.

Será trilhado um caminho a partir da invenção do termo por Bleuler, a retomada deste por Kanner no campo das psicopatologias infantis, a consideração de Mahler sobre o *autismo normal*, até as formulações de Tustin e sua tentativa de corrigir um equívoco. Em seguida, tomarei como base o artigo de Fédida (1991) para compreender a condição metapsicológica da constituição de um paradigma. E, finalizarei o capítulo com a apresentação de perspectivas psicanalíticas que consideram o ritmo, constituído na relação precoce mãe-bebê como um elemento primordial da constituição psíquica.

2.1.1. *Auto-erotismo e Autismo: O paradoxo do Eros*

Desde o início, tem havido grande diversidade de movimentos e preocupações teóricas e técnicas no estudo dos conceitos de *autismo*, *esquizofrenia* e *psicose* da criança, o que tem resultado em emprego de variedade de termos (LEBOVICI & DUCHÉ, 1991, p. 18). Teorias etiológicas, psicológicas, biológicas, interacionistas têm se dedicado a aprofundar o estudo da psicopatologia e da clínica precoce. Longos caminhos foram percorridos até os dias atuais, e, com isso, muitas controvérsias foram trazidas à tona.

Historicamente, o termo *autismo* foi empregado pela primeira vez por Bleuler, em 1911, para caracterizar um sintoma secundário da esquizofrenia. Este termo foi derivado da

noção de *auto-erotismo* criada por Havellock Ellis em 1889 e retomado por Freud em 1905. O objetivo de Bleuler foi demonstrar que os delírios e os pensamentos fantasiosos dos esquizofrênicos tinham importância clínica e se diferenciavam da visão de Kraepelin sobre a demência precoce.

“Ao definir o conceito de *autismo*, Bleuler postulou um equivalente do *auto-erotismo*: um investimento em si-mesmo sem que seja da ordem da sexualidade nem da libido. Subtrair *Eros* do *auto-erotismo* foi, portanto, a solução que Bleuler encontrou para resolver suas divergências com Freud” (CAVALCANTI & ROCHA, 2001, p.42).

Mais que isso, é possível dizer que Bleuler, ao compreender a esquizofrenia como um novo quadro nosográfico e psicopatológico, por uma lado, rompeu com o modelo clássico da psiquiatria e possibilitou uma nova perspectiva para se tratar os sintomas da doença mental, e, por outro, não concordando, assim como Jung, sobre o papel da sexualidade na etiologia das doenças mentais, acabou por subtrair *Eros* do *auto-erotismo* de Freud (TAFURI, 2003, p.103). Dessa forma, *Eros* desapareceu da descrição psiquiátrica das esquizofrenias. As consequências desta retirada ganharam ainda mais impacto quando Kanner (1943) se utilizou do termo no campo das psicopatologias infantis.

Sobre a passagem do conceito de Bleuler a Kanner, Cavalcanti & Rocha (2001), avaliam:

“Como vimos, a descrição feita por Bleuler do sintoma autístico na esquizofrenia era bastante matizada e permitia supor vários níveis de abertura e fechamento em relação ao mundo externo, à realidade e ao investimento libidinal. Kanner, no entanto, valorizou a vertente da impossibilidade da comunicação, da linguagem e do contato afetivo. Ao enfatizar os aspectos da deficiência e da falta, presentes na noção de Bleuler, aproximou-se mais das posições de Kraepelin e retirou a alma dos autistas, embora seu intuito fosse distinguí-los dos esquizofrênicos e dos deficientes mentais. A alquimia, feita por Kanner, terminou por deixar o mundo interno dos

autistas despojado e vazio de interioridade, ao mesmo tempo que os isolou do mundo externo” (p. 43).

No primeiro texto, Kanner (1943) usou o termo “autístico” em sua forma adjetiva para descrever crianças com *distúrbios autísticos do contato afetivo*, assim como o fez Bleuler fez para caracterizar o “pensamento autístico” como sintoma dos esquizofrênicos. Foi somente no ano seguinte que o *autismo* foi usado como substantivo, dando nome à síndrome conhecida como *Autismo Infantil Precoce* (BERQUEZ, 1991, p. 20). Conseqüentemente, ao usar o *autismo* como substantivo, caracterizá-lo como uma síndrome e trazê-lo ao campo das psicopatologias infantis, Kanner acabou impulsionando uma “completa descaracterização do conceito de *autismo* de Bleuler e, mais ainda, do conceito original de *auto-erotismo* de Freud” (TAFURI, 2003, p.105). Esta citação demonstra aspecto interessante sobre a compreensão kanneriana:

“Devemos, portanto, supor que estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com as pessoas, biologicamente previsto, exatamente como as outras crianças que vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais. Se esta hipótese está correta, um estudo posterior de nossas crianças talvez permita fornecer critérios concretos relativos às noções ainda difusas dos componentes constitucionais da reatividade emocional. Pois aqui parece que temos exemplos ‘puros’ de distúrbios autísticos do contato afetivo” (KANNER, 1943, p. 170).

Pelas generalizações e classificações dos sintomas como algo inato e biologicamente determinado, Kanner foi essencialmente influenciado pelo traço da **impossibilidade** nas crianças autistas e pela tradição psiquiátrica em suas descrições clínicas. Conforme Tafuri (2003), “Kanner acabou por marcar o futuro das crianças autistas por um prognóstico previsível e pessimista, a partir de uma hipótese diagnóstica orgânica e de resultados pouco animadores de um tratamento” (p. 116). O resultado disso foi “certa tendência da psiquiatria contemporânea de fazer o salto, no plano da pesquisa e nas teorias desenvolvidas, do

biológico ao clínico, negligenciando o domínio da subjetividade e intersubjetividade” (BERQUEZ, 1991, p. 29).

Na psicanálise, essa herança se disseminou por meio das descrições do quadro autístico como deficitário, adotando a via da negatividade. As crianças autistas foram descritas como “seres sem linguagem, sem comunicação, sem possibilidade de contato com as pessoas e com o mundo” (CAVALCANTI & ROCHA, 2001, p. 62). Essas noções circulam, ainda hoje, o universo do *autismo* e são usadas por diversos autores sob a forma de “metáforas mortas”, o que dificulta a compreensão do *autismo* como uma forma particular de existência e de organização psíquica.

Um exemplo desses autores é Margareth Mahler, psicanalista de grande destaque nos estudos das psicoses infantis entre as décadas de 60 e 70. Sua proposta foi estudar o processo de individuação, enfatizando a fase de *simbiose normal* entre mãe e bebê e a fase de separação como momentos significativos do desenvolvimento infantil precoce. Também foram estudados os desvios mais graves da fase simbiótica e o fracasso completo do processo de separação-individuação. Para Mahler (1979), esse fracasso foi denominado estágio autista patológico, marcado pela regressão a um estágio ainda mais primitivo e pela falta arcaica de objeto. Com isso “a criança poderia, súbita ou gradualmente, perder sua identidade e seu contato com a realidade” (p. 20).

Esta psicanalista afirmava que, no início da vida do bebê, era imprescindível que a fase simbiótica fosse forte e adequada, para prepará-lo ao ingresso da fase gradual de separação e individuação. Nesta fase simbiótica, o recém-nascido estava essencialmente centrado em torno de suas tentativas de reduzir a tensão no interior do corpo. A autora completou dizendo: “Para minorar o desprazer, o bebê tem dois caminhos: seu próprio corpo e os cuidados de sua mãe” (p. 9).

O caminho do próprio corpo é caracterizado de forma semelhante ao que acontece na fase de *autismo normal*, como será mostrado mais à frente. No caminho dos cuidados maternos, Mahler ressaltou a importância da mãe ser a fonte de satisfação do bebê, respondendo positivamente às suas necessidades. Nesta concepção, o “sentimento oceânico” de completa fusão e unidade com a mãe é próprio do estado semiconsciente do bebê e de seu estado de não-diferenciação entre o seio, os cuidados maternos e suas próprias sensações corporais.

Posteriormente, Mahler associou esta concepção de *simbiose normal* ao conceito de *narcisismo primário* de Freud. Para isso, ela designou a existência de dois estágios durante as primeiras semanas de vida do bebê: “o *narcisismo primário absoluto*, marcado pela falta de consciência do agente materno, onde predomina o *autismo normal*; e o *narcisismo primário*, caracterizado pela consciência turva de que a satisfação de necessidade não provém da própria pessoa, mas de algum lugar externo ao eu”(Apud TAFURI, 2003, p.146).

Ao tentar confirmar sua hipótese sobre o *autismo normal*, Mahler retomou a “metáfora do ovo do pássaro” utilizada por Freud (1911) para referir-se ao momento em que o sistema psíquico fica isolado dos estímulos do mundo externo e o bebê é capaz de se satisfazer autisticamente (p. 238-239). No entanto, Mahler reduziu esta metáfora freudiana a um estado de total “fechamento, indiferenciação e auto-suficiência” (CAVALCANTI & ROCHA, 2001, p. 62) e ainda o denominou como *autismo normal*.

Segundo Tafuri (2003), a fase autística normal foi descrita por Mahler nos seguintes termos: “ausência relativa de catexia nos estímulos externos”, “barreira contra estímulos”, “falta de receptividade inata”, “domínio dos processos fisiológicos sobre os psicológicos” e “fase anobjetal” (p. 146).

Tal entendimento faz reaparecer, na obra de Mahler, a consequência da “retirada de *Eros*” na psicanálise. É realmente possível, a um bebê, viver num isolamento total? O que

dizer sobre a assertiva de Freud (1911) “a utilização de uma ficção como essa só se justifica quando se considera que o bebê – desde que se inclua o cuidado que recebe da mãe – **quase** realiza um sistema psíquico deste tipo” (nota de rodapé, p. 238)? A noção freudiana de *satisfação autística* estaria ainda presente na proposta de Mahler?

Esses questionamentos serão retomados mais adiante. Antes de me aprofundar neles, tentarei mostrar alguns desdobramentos da “retirada de *Eros*” nas considerações de outra psicanalista de crianças, Frances Tustin. Apesar da influência de Mahler nos seus estudos sobre o autismo, esta autora não considerou o conceito freudiano de *narcisismo primitivo* para descrever a fase de *autismo normal*, fornecendo uma “brecha” para abordar a constituição psíquica a partir do *autismo*. Nos artigos publicados nas décadas de 70 e 80, Tustin mostrava que o bebê é capaz de manter contato com o mundo exterior a partir das sensações de seu próprio corpo, sendo essas sensações dominadas e centradas no corpo que constituíam a essência do eu (*self*). Não seria, portanto, um fechamento total sem relações com o exterior (TUSTIN, 1972; 1981; 1986).

Tustin (1972) defendia que, no *autismo primário normal*, encontravam-se, em estado embrionário, os elementos a partir dos quais uma elaboração interior podia se desenvolver. Afirmava ainda, que “os fenômenos autísticos normais eram da ordem das sensações, oriundos de disposições inatas, não constituindo ainda a percepção; mas, quando as condições são favoráveis, podem levar à percepção” (p. 11-12)

No que se refere ao *autismo patológico*, Tustin considerava que a fixação, ou regressão, podia ser tamanha, a ponto de impedir ou prejudicar a elaboração da realidade e seu contato com o mundo exterior, o que leva a criança reagir ao mundo exterior somente em função dos órgãos e das zonas corporais.

De acordo com Tustin (1981), havia três tipos de o *autismo patológico*: o *autismo primário anormal*, resultante de uma fixação no estágio de *autismo primário normal* e

caracterizado por um modo de continuar a viver em termos de auto-sensualidade e de indiferenciação entre o corpo da mãe e o da criança; o *autismo secundário*, da criança “encapsulada” ou do tipo “concha”, que correspondia ao próprio *Autismo Infantil Precoce* descrito por Kanner; e o *autismo secundário regressivo*, da criança “confusional” ou “desconcertada”, que seria uma forma de *psicose simbiótica* ou *esquizofrenia* da infância.

Apesar de importantíssimas renovações para a compreensão do *autismo* nas formulações de Tustin, ainda persistem marcas da influência de autores anteriores como Mahler. No ano de 1991, a autora publicou um artigo falando sobre “a perpetuação de um erro”. Tal erro fora verificado por ela na consideração, originalmente de Mahler, da existência do estágio anterior de *autismo normal* para o qual o *autismo patológico infantil* seria uma regressão. Esta psicanalista refutou fortemente esta concepção declarando que é uma “hipótese defeituosa, baseada em premissas incompletas e inacabadas, que eram como um vírus que penetrou e distorcionou formulações clínicas e teóricas” (TUSTIN, 1991, p. 63).

Essa refutação se deu em dois sentidos. O primeiro referia-se à relação entre o conceito de *autismo normal* e conceito de *narcisismo primário*. Tustin distinguiu os dois conceitos e declarou que o estágio de *autismo normal* precedeu o narcisismo e foi dominado pelas sensações corporais, enquanto o *narcisismo primário* estava predominantemente associado às emoções. Em outras palavras, ela considerou o conceito freudiano de *narcisismo primário* como inadequado para ilustrar esse estágio primitivo. O segundo referia-se aos estudos da observação das interações precoces que confirmavam a não-existência de um estágio autístico anterior para qual o *autismo patológico* seria uma regressão, contrastando novamente com a visão “reduzida” de que o recém-nascido funcionaria de acordo com um sistema psíquico totalmente fechado na “casca do ovo”.

Na tentativa de corrigir o erro, esta autora abandonou a idéia de *autismo normal*, associando o termo *autismo* apenas ao campo do patológico. Portanto, há, nesse ponto, mais

um retorno ao terreno dos paradoxos. Se, primeiramente, Kanner impregnou as psicopatologias infantis com a “retirada de *Eros*”, originalmente feita por Bleuler na esquizofrenia do adulto, posteriormente, Mahler reduziu a metáfora da “casca do ovo”, distanciando-se do pensamento integral de Freud sobre a *satisfação autística* e sua intrínseca relação com o conceito de *Lust*. Conseqüentemente, Tustin (1991) reaviva o erro de Mahler, por renegar a metáfora freudiana e suas contribuições para a compreensão do aparelho psíquico e por instalar o *autismo* apenas no “buraco negro” do patológico.

A restrição do uso do termo *autismo* proposta por Tustin gerou controvérsias em sua concepção anterior sobre o *autismo*, desenvolvida entre os anos de 1972 a 1985. Com isso, pergunto “o que aconteceu com toda aquela riqueza de teorias sobre as formas, os objetos e sintomas autísticos em pacientes neuróticos?” Restou um impasse na teoria psicanalítica sobre o *autismo* quanto ao que se considera parte da constituição psíquica normal ou parte de uma estrutura patológica. No entanto, tanto mais rica será a discussão sobre o tema, quanto mais conseguirmos superar a tentação de compreender o *autismo* em perspectiva dicotômica.

Por enquanto, sabe-se que tal problemática repercute até os dias atuais. A expressão de Bleuler do “*auto-erotismo sem Eros*” foi bastante discutida por Fédida (1991) e, posteriormente, retomada por Berlinck (2000). O trecho abaixo fornece uma primeira compreensão destes autores:

“A fórmula bleuleriana (*O autismo é o auto-erotismo sem o Eros*) pode então ser tomada como uma definição, caso seja compreendida como a expressão de uma *redução deduzida* ou até mesmo como uma espécie de ato de *epoché* no qual o auto-erotismo apóia-se na constituição natural do sujeito, produzindo, por meio dessa operação, a designação de um estado psicopatológico de *desinvestimento*, de *perda*, de *privação*” (FÉDIDA, 1991, p. 158-159, grifos do autor).

Segundo Coelho Junior (2000), a noção de *Epoché* significa em grego “manter em suspenso”, “realizar uma pausa”. O autor explica que, na fenomenologia de Husserl, esse

termo assume os sentidos de “colocar entre parênteses” e “suspender nossa apreensão ingênua do mundo e dos outros para que o fenômeno possa se mostrar” (p. 72). Fedida (1991), por seu turno, retomou a idéia de *Epoché* para apreender a expressão de Bleuler, a partir de uma compreensão cuidadosa e profunda, sem críticas antecipadas, tal como ilustra a seguinte citação:

“Na realidade, não é tão fácil assim apreender os dados da psicopatologia bleuleriana. De um certo ponto de vista, o autismo é sem dúvida uma *entidade simples*, o *Defekt* que o caracteriza sendo deduzido de uma desregulação do afeto, incapaz de irrigar o conjunto da vida psíquica. A caracterização patognômica do signo maior do autismo já é a de uma espécie de bolsa, esvaziada de qualquer alimentação e que se forma pelo bloqueio das trocas com o mundo exterior. Mas – à maneira de Freud, em 1911, ao comparar o autista a um ovo protegido em sua conservação auto-alimentar e nutrindo-se sozinho – Bleuler aproxima-se da concepção da subtração de Eros como geradora de uma auto-suficiência e não como uma não-vida ou simplesmente uma diminuição de vida” (p. 159, grifos do autor).

Fédida destacou que a “subtração de *Eros*”, realizada por Bleuler, referia-se antes a um modo de gerar auto-suficiência, autoconservação e caracterização de regressão tópica do corpo e da vida psíquica, que a uma desvitalização. O autor propôs a hipótese:

“Em suma, o autismo realizaria a ficção de um consumo auto-mantido de si (e do outro de si) ali onde o abandono do objeto externo que nutre deveria ter permitido a produção auto-erótica de *formas* sexuais (pensamento, fantasias, sensações, ação, fala) a partir de um prazer de órgão. Se esta hipótese possuir qualquer chance de validade, deve-se então afirmar que o autismo é uma *mimética negativa auto-erótica da autoconservação*”. (p. 160, grifos do autor).

Na busca de melhor compreensão da psicopatologia de Bleuler, Fédida apresentou uma contribuição fundamental. Mesmo adotando termos como “desregulação do afeto”, “déficit” e “bolsa que se forma pelo bloqueio com o mundo exterior”, o autor reconheceu que

há vida psíquica no autista. Segundo ele, no entanto, essa vida é caracterizada por “uma espécie de reviravolta autonutridora do auto-erotismo em direção ao próprio corpo” (p.160), funcionando como abrigo contra um exterior considerado traumático.

A partir disso, Fédida questionou a possibilidade de uma vida psíquica se alimentar exclusivamente, de forma endógena, sem recorrer a nada de exterior. Assim sendo, apontou o limite da formulação do *autismo* pela “subtração de *Eros*”. Como saída a esse campo de divergências hipotéticas, o autor revelou uma distinção importante entre *Eros* referindo-se a um outro e *Eros* referindo-se ao si-mesmo. Ao ser privado do movimento do *Eros* que estabelece ligações e se remete a um *outro-interlocutor*, o *autismo* seria não apenas a “subtração de *Eros*”, mas também, correlativamente, excesso de *autos* funcionando. Como o *Eros* estaria ausente (ou derivado), *autos* seria incapaz de engendrar a circulação de *Eros* por si-mesmo, o que só ocorreria graças a um outro. Assim, Fédida fundamentou sua idéia de que “o déficit fundamental do auto-erotismo refere-se ao *fracasso* do outro no *autos* do auto-erotismo” (p. 157).

Esta diferenciação em Fédida é fundamental, já que é possível concluir que, há *Eros* no *autismo*, ainda que voltado para o próprio corpo da criança autista. Assim como apontou Tustin (1981), ao teorizar sobre as *formas* e os *objetos autísticos* como meio de se produzir sensações de superfícies e contornos na pele da criança. Buscando demonstrar essa concepção, a autora remeteu-se aos primeiros momentos da vida de um bebê, fase em que o mundo é dominado por sensações e estas configuram a *auto-sensualidade*, mas, não, o *auto-erotismo*.

Com base nas revisões de Fédida, Manoel Berlinck (2000) comentou:

“O que, então, caracteriza o autismo não é a ausência de uma organização narcisista do vazio, a falta de psiquismo, nem a capacidade de ecoar, de se submeter aos desígnios de Eco, nem mesmo a de produzir transferência libidinal aos outros objetos, mas a **impossibilidade** que a libido enfrenta para se estabelecer como

poder, como pulsão realizando ligações com os objetos para os quais se transferiu. Ainda que haja transferência – e essa é a **possibilidade psicoterapêutica do autismo** – a libido, por não ser pulsional, ou seja, erótica, não estabelece ligações. É essa particularidade libidinal do autista que solicita alguns requisitos específicos no seu tratamento psicoterapêutico” (p. 106, grifos meus).

Este autor aprofundou-se nos argumentos de Fédida sobre a função do outro no *auto-erotismo* e sobre as novas formas de intervenção terapêutica. O autor levou em consideração a *função materna*, em que a mãe, em sua presença-ausência, assegura um ambiente propício ao humano para constituir objetos reais, imaginários e simbólicos. Para Berlinck, a *função materna* possui “essa capacidade de erotismo, de estabelecer *Eros* como trabalho, no corpo do hominídeo, transformando-o no humano, neste poder” (p. 102). Frente ao “fracasso do outro no *autos* do *auto-erotismo*”, ele reforçou a idéia de que, no *autismo*, a *função materna* dá lugar à autoctonia, ao filho natural, revelando a ausência do *objeto a*, causa do desejo. Assim, o autista teria genitora, mas, não, *função materna*.

Esse autor visualizou também uma abertura a novas intervenções psicoterapêuticas na clínica precoce do *autismo*. Relatou ser necessário que as psicoterapias, a partir da palavra e da transferência, visassem a “introdução de *Eros* na pulsão, ou seja, no corpo do recém-nascido. Forma-se -ia, desta forma, um *corpo erógeno*, que livraria o bebê de seu *autismo*. Mas esta é, certamente, uma clínica para o próximo milênio” (p. 108).

A visão de Berlinck pode ser renovadora, na medida em desconstruiu significados e procurou compreender a natureza do psiquismo humano, sua constituição e seu funcionamento. No primeiro ponto citado acima, Berlinck destacou a importância da *função materna* em assegurar um ambiente propício ao humano para constituição dos objetos. Em contrapartida, ao dizer que “o autista tem genitora, mas não função materna”, o autor pareceu retomar as influências das contradições de Kanner na psicanálise, o que se expressa, sobretudo, no pensamento recorrente de que as crianças autistas não foram objeto de

investimento dos pais, tendendo à certa naturalização das crenças sobre o *autismo* e voltando ao campo da **impossibilidade** de contato e de linguagem nessas crianças.

No entanto, no segundo ponto sobre as novas formas de intervenção, Berlinck enxergou a **possibilidade** psicoterapêutica do *autismo*. Pela via transferencial, é necessário que “o psicoterapeuta introduza *Eros* no corpo do paciente emprestando a ele seu próprio erotismo, ou seja, é necessário que o psicoterapeuta realize, em ato, no tratamento, a função materna que permite a passagem da libido para as pulsões de vida e de morte” (p. 107).

Posto isso, quero chamar atenção para o fato de que, assim como Tustin e Fédida, Berlinck (2000) ressaltou no *autismo* a ocorrência de uma “própria repetida e prolongada manifestação erótica do corpo”, mesmo que esta manifestação do corpo na criança autista ainda não seja pulsional, nem direcionada à ligação com os objetos e nem tanto do âmbito da palavra.

2.1.2. *Autismo como Paradigma do Psíquico?*

Após revisão sobre a origem do “paradoxo do *Eros*” e os reflexos desse paradoxo na psicanálise, resalto agora a importância do paradoxo. Tanto Winnicott quanto Fédida possuíam concepções semelhantes a respeito do paradoxo e da incerteza do *autismo* como pertinente ao campo da psicopatologia. E é justamente isto que permite a condição para se pensar as formas de constituição psíquica por um outro prisma.

Tal prisma refere-se ao assunto *autismo* em sua complexidade. Conforme as contribuições de Winnicott, é preciso considerar a gama completa de possibilidades e as formas de interação dos fatores individuais e ambientais, as quais operam nos primeiríssimos estágios do crescimento e desenvolvimento humano. A partir da observação e do atendimento do bebê com sua mãe, Winnicott enfatizou o íntimo entrelaçamento entre psique e soma,

dando origem a um novo paradigma, voltado para os modos do acontecer psíquico e centrado nas relações criativas com o mundo e possibilitadas pela *maternagem*.

Cavalcanti & Rocha (2001) dizem:

“Winnicott nos oferece uma nova forma de pensar o ser humano e suas relações com a cultura, abrindo o leque e ampliando o repertório de arranjos na constituição do psiquismo, permitindo a construção de novas narrativas para descrever os modos de subjetivação que não possuem os atributos metapsicológicos da neurose” (p. 109).

Por uma linha paralela de pensamento, Fédida concordou com o fato de que o *autismo* não pertence à ordem de uma entidade médica, de uma doença em si. Para ele, o *autismo* está liberado de qualquer sistematismo etiológico (biológico ou psicológico) e encontra-se de alguma forma em busca de sua nova *função* em psicopatologia. Fédida desenvolveu esse ponto de vista, articulando-o ao estudo de outras patologias. Desse modo, ele mostrou que o *autismo* não é somente um *modelo* formado a partir da observação analítica do *autismo* infantil, mas, também um verdadeiro *paradigma* teórico-clínico e técnico.

Neste sentido, Fédida (1991) afirmou que:

“a incerteza de um modelo do autismo na psicopatologia freudiana torna-se a oportunidade heurística de se conferir ao auto-erotismo-autismo uma função metapsicológica de paradigma psicopatológico. O paradigma do autismo deverá ser um instrumento de esclarecimento de patologias onde justamente a constituição do eu estiver em questão e onde o *outro* do si-mesmo (*autos*) for *demasiadamente representável* para ser um interlocutor, invisível suporte de figuras” (p. 166, grifos do autor) .

Logo, Fédida alertou que é necessário tornar o paradigma do *autismo* cada vez mais interessado na fronteira invisível entre o psíquico e o biológico, e, mais precisamente, no papel do psíquico nas situações em que “o si encontra-se em desamparo”. E concluiu que “a clínica psicopatológica abre este campo sem que outros sejam desconsiderados” (p.169).

Ao problematizarmos as formulações diagnósticas e psicopatológicas, é possível ultrapassar as polaridades da **impossibilidade-possibilidade**, do **normal-patológico** e fazê-las se comunicarem. O paradoxo leva a comunidade terapêutica e científica a constantes questionamentos e a novas formas de compreender o ser humano, o que está refletido tanto no desenvolvimento das teorias sobre o *autismo*, quanto no aperfeiçoamento da clínica com esses pacientes.

O mais fundamental nesta discussão é a via da constituição psíquica proporcionada pelo caminho que vai além dos sintomas e da patologia. O que implica retomar o modelo de *auto-erotismo* na teoria freudiana e ampliar a extensão do *autismo* na constituição psíquica, abordando a permeabilidade e flexibilidade do aparelho psíquico. O modelo clínico das neuroses, tal como foi apresentado por Freud, não dá conta sozinho desta problemática. A clínica pós-moderna, representada pelos sucessores de Freud, tem nos mostrado novas complexidades humanas que devem ser melhor investigadas.

Diferentemente do “modelo ideal da neurose” e da concepção do psiquismo estruturado por meio do recalque, Winnicott sugeriu que o *autismo* é um modo de organização altamente sofisticado e que o entendimento disto ampliaria o conhecimento da natureza humana. Por estas importantes contribuições, o autor reaproximou as formulações teóricas desenvolvidas da prática clínica, o que implicou num tratamento que se baseia na construção de um espaço voltado para o encontro terapêutico e à experiência criativa, no qual o *brincar* é fundamental. Para ilustrar, cito uma passagem de Winnicott (1966):

“Em outras palavras, para curar esta criança, alguém tem de ser capaz de lhe dar os rudimentos do contato humano, e talvez neste caso um cuidado físico incluindo o toque concreto seja mais importante do que o que pode ser feito pela interpretação verbal. (...) Quando os pais fazem todas as mínimas coisas de atendimento ao bebê, e isso muitas vezes inclui não fazer absolutamente nada além de estar ao lado dele, em

termos do desenvolvimento pessoal do bebê muita coisa está acontecendo. Está sendo estabelecida a base para muitas coisas...” (p. 192).

Portanto, o contato com as teorias de Bleuler a Tustin, passando por Winnicott, Fédida e Berlinck, me permitiu realizar considerações importantes sobre diferentes modos de “olhar” e “estar com” o sofrimento psíquico. Com certeza, não é tarefa fácil e, permanentemente, estaremos sujeitos a “revisões” e “atualizações” de nossos trabalhos.

2.2. O ritmo na constituição psíquica: sua importância central para o bebê

Para pensar o ritmo como elemento primordial da constituição psíquica, tomo a direção do paradigma da clínica psicanalítica de bebês e crianças e passo a questionar as “fronteiras” entre corpo e psiquismo, entre expressividade e linguagem, entre realidade psíquica e realidade material. Ao percorrer esses espaços do “entre”, é possível perceber o momento privilegiado em que as estruturas fundamentais se constituem. Neste sentido, retomo Freud e alguns autores contemporâneos para compreender a participação do ritmo no desenvolvimento do psiquismo.

No tópico anterior, abordei a perspectiva do *autismo* como paradigma do psíquico. Tanto Winnicott quanto Fédida e Berlinck concordam com o fato de que a complexidade do *autismo* os fez superar concepções meramente sintomatológicas, em prol do intuito de encontrar seu “lugar” no psiquismo. Tal motivação os fez retomar os primeiros modelos de funcionamento psíquico. A formulação de Fédida sobre “autos”, por exemplo, remeteu-me à noção freudiana sobre a satisfação autística (*Lust*), no que diz respeito às sensações que brotam e se satisfazem no próprio corpo da criança. Paralelamente, essa idéia foi fundamental para que Berlinck ampliasse sua formulação sobre a clínica com as crianças autistas e a função do psicoterapeuta em estabelecer *Eros* como pulsão, assegurando um ambiente propício para a relação com objetos.

A seguir, serão considerados outros dois autores, Tafuri (2003) e Ogden (1989), na medida em que acrescentam formulações teóricas importantes sobre essa temática. Estes autores alertam que m certo tipo de organização psicológica primitiva, como um modo contínuo e progressivo de gerar experiências, é anterior à fundação do inconsciente e do recalque. Em ambos, há ênfase na base corporal do psiquismo, em que os dados sensoriais são ordenados, continuamente, a partir das primeiras experiências de satisfação do sujeito com seu objeto de amor.

2.2.1. Ritmo e Satisfação Autística: por uma compreensão metapsicológica freudiana

Voltar a Freud significa retornar às raízes da psicanálise. Apesar de ter como base principal as neuroses e a teoria do recalque, o modelo clínico freudiano dá pistas fundamentais para o estabelecimento de uma metapsicologia da constituição psíquica. Assim, na tentativa de decompor o seu modelo de funcionamento do psiquismo, me remeterei às noções originais de *Lust*, *auto-erotismo* e *satisfação autística*.

De acordo com o dicionário de Hanns (1996), retomado por Tafuri (2003), o emprego do conceito de prazer (*Lust*) nos textos iniciais de Freud, como, por exemplo, no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895), apresentava caráter bastante técnico e pareado com a noção de *Unlust* (desprazer). Referia-se mais a um mecanismo quantitativo neuronal-energético de eliminação do desconforto e da dor através da descarga do que a algo ligado ao que se entenderia coloquialmente por prazer (HANNNS, 1996, p. 155).

No ensaio “A sexualidade infantil”, Freud (1905) usou o termo para descrever as primeiras manifestações sexuais presentes desde o nascimento do lactente. Segundo Tafuri (2003), a atividade de “mamar com fruição” consiste em um contato de sucção com a boca e os lábios que, repetido ritmicamente, não tem por finalidade exclusiva a nutrição. Como é visto na seguinte citação:

“O chuchar [*Ludeln* ou *Lutschen*], que já aparece no lactente e pode continuar até a maturidade ou persistir por toda a vida, consiste na **repetição rítmica de um contato de sucção com a boca** (os lábios), do qual está excluído qualquer propósito de nutrição. Uma parte dos próprios lábios, a língua ou qualquer outro ponto da pele que esteja ao alcance –até mesmo o dedão do pé – são tomados como objeto sobre o qual se exerce essa sucção” (FREUD, 1905, p. 169, grifo meu).

Freud acrescentou que a atividade de sugar com leite está aliada à absorção completa e leva ao completo adormecimento do bebê, ou mesmo a uma reação motora semelhante a uma espécie de orgasmo. Poder estar combinada com a fricção de alguma parte sensível do corpo, como os seios ou os genitais externos. É essa idéia que expressou ao afirmar que “muitas crianças passam do chuchar para a masturbação” (Idem).

Mais adiante, o autor retomou o conceito de *auto-erotismo*, diferentemente do conceito original de Ellis, para caracterizá-lo como um traço marcante da atividade de sucção, avaliando que o prazer auto-erótico não é constitutivo apenas da vida infantil, mas faz parte também da vida adulta, tal como exposto abaixo:

“Está claro, além disso, que o ato da criança que chucha é determinado pela busca de um prazer já vivenciado e agora lembrado. No caso mais simples, portanto, a **satisfação é encontrada mediante a sucção rítmica** de alguma parte da pele ou da mucosa. É fácil adivinhar também em que ocasiões a criança teve as primeiras experiências desse prazer que agora se esforça por renovar. A primeira e mais vital das atividades da criança – mamar no seio materno (ou em seus substitutos) – há de tê-la familiarizado com esse prazer. Diríamos que os lábios da criança funcionam como uma *zona erógena*, e a estimulação pelo fluxo cálido do leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. A atividade sexual apóia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas” (p. 171, grifos meus).

Freud observou características essenciais na manifestação sexual infantil: a sensação de prazer nasce, apoiando-se numa das funções somáticas vitais; por não conhecer nenhum objeto sexual, ela ainda é *auto-erótica*, e seu alvo sexual encontra-se sob o domínio de uma *zona erógena*.

No contexto da sexualidade infantil e da atividade auto-erótica, Hanns (1996) caracterizou *Lust* como uma sensação contínua e progressiva que brota e se satisfaz no próprio corpo, visando a atividade, e, não, o objeto. Designa, portanto, o que há de mais *imediato e irredutível* na sensação. O autor destacou que o termo *Lust* adquire, gradualmente, complexidade nos textos de Freud. Com efeito, no texto de 1911, “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, Freud substituiu o *princípio do desprazer* pelo *princípio do prazer*, o qual foi então colocado em contraposição ao *princípio de realidade* (HANNNS, 1996, p.156).

Já em “Os instintos e suas vicissitudes” (1915), *Lust* aparece em seu composto *Organlust* (prazer de órgão). Segundo Hanns (1996), Freud o descreveu em termos de “circuito quase fechado que brota e circula rente ao órgão. Esse prazer parcial, derivado da atividade de pulsões parciais, ou de estímulos localizados, constitui a origem e a essência do prazer sexual ao nível do que é irredutível, não se restringindo ao aspecto puramente genital” (p. 158).

De acordo com a característica de “auto-referência”, presente nas significações de *Lust*, tais como nas qualificações de Fédida sobre “autos”, Tafuri (2003) ampliou um pouco mais essa noção ao se remeter ao conceito freudiano de *narcisismo primitivo*. Tal conceito, segundo a autora, supõe a retirada da libido do objeto perdido e o retorno para o próprio corpo, em um tempo muito precoce. O *narcisismo* constitui a primeira fase do aparelho psíquico e ocorre a partir do imediatismo do corpo, sem intermediação psíquica. A citação abaixo esclarece melhor esse ponto:

“Em síntese, essa característica de *Lust*, relacionada ao auto-erotismo de Freud, contrasta com as noções de Ellis e Näcké, que descreveram esse conceito apenas no terreno das patologias mentais relacionadas à vida sexual adulta. Na realidade, Freud concebeu um outro significado para o conceito de auto-erotismo, ao tratar o tema como uma capacidade psíquica necessária ao desenvolvimento normal da criança e não apenas como uma afecção mental. A noção de auto-erotismo, desde então, ganhou importância na teoria psicanalítica relacionada a uma fase necessária da evolução da libido, anterior à escolha de um objeto sexual externo. Assim, Freud trouxe as duas noções – auto-erotismo e narcisismo – para o terreno do aparelho psíquico. Ao mesmo tempo, continuou também estabelecendo relações entre esses dois conceitos e a perversão, seguindo o caminho trilhado por Ellis e Näcké. Mas com uma ressalva importante: ele introduziu a noção de que a afecção mental tem relações com a fixação em fases precoces do desenvolvimento da libido na vida infantil. Portanto, introduziu uma outra forma de estudar as psicopatologias, qual seja: relacionar os quadros psicopatológicos ao desenvolvimento da libido na vida infantil, ou melhor, ao quadro da constituição do eu ou da individualidade” (p. 99).

O artigo de Freud (1911) trouxe hipóteses fundamentais de um período anterior (no “Projeto para uma Psicologia científica” de 1895 e em “A Interpretação dos Sonhos” de 1900) e as preparou para servir de base para os principais exames teóricos no futuro, como no artigo “Sobre o Narcisismo” (1914) e na grande série de artigos metapsicológicos posteriores.

Nas primeiras concepções de uma “teoria sobre a sexualidade”, ou melhor, “sobre o funcionamento psíquico”, Freud insistira nas bases químicas e neurológicas, aliadas a uma explicação quantitativa e energética de descargas fisiológicas, como a eliminação de desconforto e da dor. No “Projeto para uma psicologia científica”, Freud (1895) falou sobre as experiências de satisfação do recém-nascido como base do desenvolvimento de futuras funções do indivíduo. Frente ao desprazer e ao acúmulo de tensão no interior do corpo do bebê, era preciso haver uma intervenção que promova a alteração deste estado. Freud chamou este acontecimento de “ação específica” e diz:

“O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna (por exemplo, pelo grito da criança). Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os motivos morais” (p. 370).

Ao obter ajuda de outra pessoa capaz de saciar suas necessidades, o bebê, por meio de dispositivos inatos, passa a afastar o acúmulo de tensão no interior de seu corpo. Essa é a totalidade da *experiência de satisfação*. Assim, o bebê é capaz de buscar e revivenciar o prazer a partir da reativação de suas lembranças. A *imagem mnêmica* do objeto de satisfação será ativada, produzindo algo idêntico a uma percepção ou, como Freud denominou, a uma “alucinação” (p.372).

Além de ter definido o *auto-erotismo* como a primeira fase do desenvolvimento da sexualidade da criança, Freud caracterizou as origens do aparelho psíquico humano relacionando-o ao fenômeno da percepção. Neste sentido, Tafuri (2003) destacou que:

“A percepção, nesse caso, é associada desde o início da vida, à atividade psíquica originária de evitar o desprazer e buscar o prazer. Essa associação permite ao bebê criar uma *identidade perceptual* entre um estímulo externo e uma memória prazerosa correspondente. Logo, considerar este período inicial da vida como anobjetal, associado à ‘metáfora do ovo’, segundo a concepção de Mahler – o bebê afastado do meio externo, impossibilitado de perceber os objetos da realidade – seria o mesmo que desconsiderar o processo de formação da percepção humana; ou seja, um equívoco básico de interpretação por desconsiderar o princípio básico da psique, o de buscar o prazer e evitar o desprazer” (p. 153, grifo da autora).

Como dito anteriormente, Freud (1911) se aprofundou na descrição deste princípio básico (prazer-desprazer), contrastando-o ao princípio de realidade. Neste texto, Freud falou que os processos psíquicos inconscientes, considerados como os mais antigos e primários,

seguem uma tendência dominante guiada pelo princípio de prazer e são remanescentes de uma fase de desenvolvimento na qual eram os únicos existentes.

Como exemplo, Freud utilizou “a metáfora do ovo de pássaro” para compreender o modo de funcionamento do lactente, quando há um predomínio do princípio do prazer. Desse modo, Freud ressaltou como o bebê se satisfaz no próprio corpo e está voltado para si mesmo. Isso só foi possível porque alguém propiciou os cuidados necessários ao bebê nessa fase inicial de vida. Num momento posterior, e segundo os moldes dos cuidados maternos, o bebê passa a alucinar e revivenciar o prazer das primeiras experiências de satisfação, o que lhe fornece um controle “ilusório” de suas necessidades internas. Somente a partir da frustração da satisfação esperada é que o bebê abandona a tentativa de se satisfazer pela via alucinatória. Freud ressaltou que em vez de alucinar, “o aparelho psíquico teve de decidir tomar uma concepção das circunstâncias reais no mundo externo e empenhar-se por efetuar nela uma alteração real” (p. 238).

Quanto a esta adaptação ao princípio de realidade, Tafuri (2003) analisou que é a percepção de que a alucinação não aplaca completamente a necessidade de sua sobrevivência que leva o bebê a fazer a ligação libidinal com o mundo externo. E acrescentou:

“O lactente aprende a distinguir entre o seio alucinado e o seio real, este, o único capaz de cessar a sua necessidade. Esta distinção seria o protótipo de todas as distinções posteriores. A pressão oriunda da necessidade obrigaria o bebê a introduzir no funcionamento psíquico o princípio de realidade. Por meio desse princípio, ele poderia diferenciar o recordado / alucinado do percebido e realizar a instauração progressiva do processo secundário dependente do princípio de realidade” (p. 154)

Então, o princípio de realidade leva o bebê a sair de seu isolamento e do predomínio do princípio de prazer e fornece os elementos necessários para as importantes funções do ser humano, como a consciência, atenção, memória, discernimento e todos os processos de

pensamento. Não obstante, o princípio de prazer não é totalmente abandonado. Frente às determinações da realidade, o bebê pode manter certa independência, tendendo a se apegar às fontes de prazer disponíveis. Tal como dito por Freud (1911):

“Com a introdução do princípio de realidade, uma das espécies de atividade de pensamento foi separada; ela foi liberada no teste de realidade e permaneceu subordinada ao princípio de prazer. Essa atividade é o *fantasiar*, que começa já nas brincadeiras infantis, e, posteriormente, conservada como *devaneio*, abandona a dependência de objetos reais” (p. 240, grifos do autor).

Com base nesses apontamentos, retomarei a “metáfora da casca do ovo” para falar de uma importante capacidade psíquica da criança, a *satisfação autística*. Com esta metáfora, Freud posicionou a experiência de *satisfação autística* em lugar central. Mahler parece não ter percebido isso, ao reduzir a metáfora freudiana, desconsiderando o conceito integral de *satisfação autística*. Ao invés de ter trabalhado esta experiência primordial, Mahler considerou uma fase de *autismo normal*, tal como foi descrita anteriormente, provocando grande imprecisão teórica.

A *satisfação autística* não se caracteriza por um estado de total fechamento e indiferenciação. É, sim, um estado de afastamento da realidade. Segundo Freud (1911) a própria possibilidade de afastamento (momentâneo ou periódico) aliada à capacidade do sujeito experienciar sensações corpóreas que fundamenta o acontecer psíquico e a instauração do inconsciente. Logo, o conceito de *satisfação autística*, mesmo evocando um estado de absorção consigo mesmo e relativo afastamento da realidade, se difere do quadro psicopatológico denominado *Autismo Infantil Precoce*.

Winnicott (1957) esclareceu a compreensão da metáfora freudiana do “ovo de pássaro” acerca do *autismo* quando abordou dois importantes fenômenos: a capacidade de “estar só” e o isolamento. A observação da relação materno-infantil permitiu a seguinte proposição winnicottiana: “não existe um bebê sem os cuidados maternos” (Apud TAFURI,

2003, p.158). Este autor analisou a metáfora a partir de duas condições de existência do lactente: a primeira, em que estão os **cuidados da mãe**, e a segunda, em que o lactente **quase** concretiza um sistema hermeticamente fechado na “casca do ovo”.

Ao retomar tais considerações de Winnicott e a definição de Paul Ricoeur, Tafuri (2003) disse que “a noção de *satisfação autística* vem ao encontro da metáfora viva” (p. 159), já que, na “casca do ovo”, o bebê cria um mundo ilusório, não por estar fechado de forma sedimentada aos estímulos externos, mas por poder perpetuar internamente as sensações prazerosas provenientes do contato com o mundo e com os outros. Segundo a autora:

“A escolha de Freud do termo autístico para descrever como o bebê vive na *casca do ovo*, evidencia a dependência absoluta do bebê, pois se o lactente fosse regido apenas pelo princípio do prazer e pela negligência da realidade do mundo externo, ele não sobreviveria. Quando a mãe oferece o seio para o recém-nascido e ele passa a sugá-lo, estão aí envolvidas as reações relativas a padrões de sensação que asseguram tanto a sobrevivência como também o *senso de ser* do bebê” (Idem)

O ritmo se insere, então, na temática das sensações corporais como uma via primordial que possibilita a continuidade do *senso de ser* do bebê. No primeiro capítulo, trouxe algumas contribuições de Winnicott e Tustin para falar da importância das primeiras experiências corporais entre mãe e bebê. Com estes autores, foi possível observar que, inicialmente, o bebê pouco reconhece os objetos como separados do fluxo de sensações que constituem o seu *senso de ser*. O recém-nascido não percebe o corpo da mãe como separado e diferente de seus próprios ritmos e sensações. Assim, tanto as sensações em sua boca são o “próprio seio”, quanto os ritmos corporais e vibrações, experimentadas com o corpo da mãe, parecem ser “a mãe”.

Com a intenção de elaborar esta temática, pergunto: “Como o ritmo pode ser um dos constituintes da satisfação autística?” No início deste tópico, Freud (1905) foi fundamental por se basear na primeira e mais vital das atividades da criança – mamar no seio materno (ou

em seus substitutos). No ato de “sugar com fruição”, o autor enfatizou que a satisfação é encontrada mediante a sucção rítmica de alguma parte da pele ou da mucosa, na busca do bebê em renovar e relembrar um prazer já vivenciado na presença da mãe.

Quando Freud (1911) trouxe a metáfora da “casca do ovo”, ele não afirmou que o bebê estava numa “concha impenetrável” e totalmente isolada dos estímulos externos. A partir dos conceitos de *Lust, satisfação autística* e *auto-erotismo*, ele mostrou a capacidade psíquica do lactente em poder chupar seus próprios dedos, os lábios e a língua segundo os mesmos padrões de ritmos e sensações vivenciados no seio da mãe.

Tafari (2003) apontou que este chupar sensual (*Lutschen*), envolve completa absorção – o lactente na casca do ovo – e diz respeito a um mecanismo psíquico criador da *área de ilusão*, constituída no início da vida. Mas, em suas palavras, “a insatisfação provocada pelo ressurgimento da fome impulsiona o bebê a desistir de chupar o dedo e buscar o seio nutridor materno” (p.160). Tal pensamento esclareceu a idéia de que a “casca do ovo” funciona, em verdade, como uma pele sensível e porosa, permitindo apenas um isolamento temporário e necessário. Logo, é um isolamento diferente daquele observado em crianças que se afastam da realidade por um mecanismo de defesa psicopatológico.

Quanto à *área de ilusão*, Winnicott (1951) disse que a mãe, nos primeiros tempos, faz uma adaptação ativa às necessidades do bebê, proporcionando-lhe a *ilusão* de que o seu seio é parte dele. Esse sentimento de “controle mágico” do seio – a experiência de onipotência – é fundamental ao desenvolvimento do fenômeno subjetivo dentro do bebê, ou seja, o “seio da mãe” existe e foi criado por ele, esta é a criação do *objeto subjetivo*. Posteriormente, a mãe tem a tarefa de desiludir o bebê e, gradualmente, sua adaptação às necessidades diminui. Isto ocorre somente na medida em que o bebê demonstra capacidade de suportar as falhas na adaptação e tolerar os resultados da frustração.

Este momento transicional de Winnicott relaciona-se às formulações de Freud (1911) acerca da sobreposição do princípio de prazer pelo princípio de realidade. A “área intermediária da experiência” mostra como o ser humano, desde o nascimento, está envolvido com o “relacionamento entre o que é objetivamente percebido e o que é subjetivamente concebido” (p.327). Winnicott acrescentou que a resolução desse problema e a saúde do bebê dependem de uma passagem adequada pelas experiências iniciais com a mãe. É, então, nesse primeiro momento de encontro entre mãe e bebê que o ritmo se insere. Neste ponto de ancoragem, a dependência do bebê é quase absoluta e a *maternagem* tem sua função fundamental, permitindo que o ritmo das sensações compartilhadas se repita e se propague mesmo quando o bebê está sozinho.

Assim, o que se destaca é a *continuidade* dos ritmos e sensações no próprio corpo do bebê. O sugar, independente de ter a função de nutrir ou de obter prazer, se mantém constante em ambos os momentos. Tudo o que é sentido e experimentado pelo bebê na presença da mãe pode ser evocado, como se houvesse uma espécie de “memória sensorial”, na qual o ritmo ocupasse um lugar especial. O ritmo vivenciado na relação com a mãe deixa uma marca qualitativa e sensível no corpo do bebê. É algo que dá vida e possibilidade ao bebê de se sentir numa “pele psíquica protetora”.

No *Caso Mônica*, por exemplo, observei, inicialmente, que os momentos de *satisfação autística* eram ritmados, freqüentes e assumiam a função de um mecanismo de defesa, afastando-a da realidade e do contato com os outros. Entretanto, a *satisfação autística* (o “autos”) representava justamente sua capacidade psíquica de se sentir segura, confiante e protegida. Além disso, nestes momentos, *Mônica* revivenciava alguma experiência prazerosa que tivera, possivelmente, em relações anteriores. Nem tudo estava perdido, ainda havia em *Mônica* um elo com a realidade e a marca dos cuidados de seus pais.

A possibilidade de resgatar tais momentos prazerosos na relação transferencial, a partir de experiências mútuas de contato corporal com a terapeuta, foi um passo além da sintomatologia e do isolamento. Abriu-se, portanto, uma outra via sensorial por meio da qualidade rítmica da relação transferencial, o que assegurou o sentimento de *continuidade de ser* da criança e a ajudou a enfrentar as vivências de terror e agonia das intrusões e frustrações com o ambiente.

2.2.2. Ritmo e posição autística-contígua: raízes da experiência humana, segundo Thomas Ogden

Thomas Ogden é um psicanalista norte-americano contemporâneo que se destacou nas últimas décadas por sua dedicação ao estudo da experiência humana e do conceito de intersubjetividade. No livro “*The primitive edge of experience*”, Ogden (1989) explorou a idéia que a experiência humana é constituída pelo interjogo dialético entre três diferentes modos de gerar experiência: o *modo depressivo*, o *modo esquizo-paranóide* e o *modo autístico-contíguo*. Com essa concepção dialética, Ogden teve como proposta tornar aparente que todo evento psíquico é sobredeterminado, não somente em termos das camadas de conteúdo inconsciente, mas também em função dos diferentes modos de gerar experiência que formam a matriz psíquica na qual se situam os conteúdos mentais.

Segundo o autor, o *modo autístico-contíguo* proporciona uma boa medida de continuidade sensorial e integração da experiência e é chamado de “chão sensorial”. O *modo esquizo-paranóide* é reconhecido como a fonte principal de imediaticidade e concretude da experiência simbólica; a defesa psíquica neste modo se baseia no princípio de que o indivíduo se assegura do perigo a partir da *cisão* (*splitting*) e da *identificação projetiva* como formas de evacuar e negar a realidade. O *modo depressivo* é o principal meio pelo qual a subjetividade, a experiência de “Eudade” (*Iness*) e a historicidade são geradas, possibilitando a riqueza da

mediação simbólica. O indivíduo renuncia à confiança nas defesas onipotentes do modo esquizo-paranóide e passa a experienciar integração, resolução e continência.

Nesta estrutura de experiência, foi possível notar importantes influências de autores anteriores. A primeira delas foi o pensamento freudiano sobre o aparelho psíquico, o “intrapíquico de Freud” e seu funcionamento de base dinâmica, econômica e topográfica. Tal influência tornou-se clara quando Ogden se remeteu à frase de Freud (1923) “o ego é primeiro e acima de tudo, um ego corporal” (p. 39) e destacou a visão freudiana de que o ego deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam na superfície do corpo. A segunda influência incluiu os conceitos de Melanie Klein (1958) de posição depressiva e posição esquizo-paranóide e a revisão posterior de Bion sobre estas concepções. A terceira referiu-se às noções de Winnicott (1956) sobre a necessidade do bebê em dar *continuidade* às suas experiências com a mãe.

Pretendo abordar neste tópico o pensamento original de Ogden (1989) sobre a *posição autística-contígua*. Tal conceito foi introduzido por Ogden a partir do esclarecimento e extensão de aspectos dos trabalhos de Frances Tustin (1972, 1980, 1981, 1984, 1986), Esther Bick (1968, 1986) e Donald Meltzer (1975, 1986, Meltzer et al, 1975)- (Apud Ogden, 1989, p. 30). Além disso, o conceito de Ogden instalou-se no contexto da história do desenvolvimento da teoria das relações objetais, sobretudo na Inglaterra, e representou a exploração de uma área da experiência que ultrapassa os conceitos de Klein sobre as posições esquizo-paranóide e depressiva.

O termo *posição* foi usado pelo autor para caracterizar a organização psicológica como um modo complexo e contínuo de gerar experiência, bastante diferente da noção de fase de desenvolvimento. A palavra *autística*³ serviu para designar uma organização psicológica mais primitiva do desenvolvimento normal, apesar deste termo ter estado geralmente

³ Na versão original, esta palavra em inglês é *autistic* e aparece nas traduções brasileiras como “autista”. A opção pela tradução pessoal “autística” deve-se ao fato do termo em seu adjetivo ter um caráter qualitativo e não patológico, ao contrário do substantivo.

associado como um sistema psicopatológico fechado. Já a palavra *contígua* proporcionou a antítese necessária às conotações de isolamento e desligamento implícitas no termo *autístico*, nomeando a experiência de superfícies que se tocam e funcionam como meio de realizar ligações e atingir uma organização.

A combinação destes termos foi resultado da elaboração de uma organização psicológica primitiva como parte integral do desenvolvimento normal do indivíduo que possui tipos específicos de defesa, formas próprias de se relacionar com objetos, qualidade específica de ansiedade e grau de subjetividade. Diferentemente do que ocorre no *autismo normal* – concepção de Mahler (1968), segundo a qual que a criança fica isolada num sistema fechado e não responsivo aos objetos externos – na *posição autística-contígua*, as relações objetais são experienciadas em termos superfícies sensoriais (Apud OGDEN, 1989, p. 50-51).

De acordo com Ogden (1989), as superfícies sensoriais são geradas pela interação do indivíduo com os objetos e pelas transformações sensoriais ocorridas ao longo dessas interações. A impressão sensorial do objeto na pele é um meio de conferir sentido à experiência e responder ao mundo externo de modo organizado e organizador. É também um meio que envolve a relação transformadora de *mutualidade* entre o *self* nascente e o objeto. Tais informações foram confirmadas pelos estudos observacionais de Bower (1977), Brazelton (1981), Eimas (1975), Stern (1977, 1983, 1985) Trevarthan (1979) que evidenciaram a capacidade do recém-nascido em perceber, fazer discriminações e responder aos objetos externos nos primeiros dias e nas primeiras semanas de vida. (Apud OGDEN, 1989, p. 51)

A natureza e a qualidade da experiência sensorial ocupam lugar central na teoria de Ogden sobre a *posição autística-contígua*. O autor disse que a experiência de “superfícies da pele que se tocam” é o principal meio para a criação de sentido psicológico e dos rudimentos das experiências do *self*. A contigüidade sensorial da superfície da pele e a cadência rítmica

são as bases para o estabelecimento das primeiras relações objetais infantis, o que ocorre a partir das experiências infantis de ser carregado (*held*), cuidado (*nursed*), embalado (*rocked*), falado (*spoken*) e cantado (*sung*) nos braços da mãe. (p. 32 e 53)

Na *posição autística-contígua*, a organização de um senso rudimentar de “Eudade” resulta de relações de contigüidade sensorial que, posteriormente, geram o senso de superfície sensorial delimitada e fornecem à experiência os indícios de um primeiro senso espacial. Ogden (1989) procurou demonstrar de que forma a delimitação e a contenção geradas nas relações de contigüidade incluem o *sentimento de forma*, lembrando o senso de continuidade e previsibilidade da experiência da criança se aconchegar no seio materno produz formas em seu corpo. As formas são sentidas por meio da cadência rítmica e da regularidade da atividade de sugar, o ritmo do diálogo de ninar engajado entre mãe e criança, o sentimento de delimitação gerado pelo abocanhar do bico do seio ou do dedo materno.

Com referência às formulações de Winnicott, Ogden ressaltou que a subjetividade rudimentar na *posição autística-contígua* podia ser descrita a partir de dois vértices simultâneos: o primeiro diz respeito à unidade formada entre mãe e criança, em que a subjetividade da criança é pensada como sendo sustentada pela mãe (WINNICOTT, 1960); o segundo refere-se ao fato de que mãe e criança não são absolutamente um, a subjetividade da criança pode ser pensada como um estado não-reflexivo e extremamente sutil de *continuidade* do ser (WINNICOTT, 1956), (Apud OGDEN, 1989, p. 54).

Conforme Ogden (1989), a experiência sensorial possui uma qualidade rítmica que vai se transformando em *continuidade* de ser. Isto possibilita a sensação de delimitação do corpo e origina a experiência espacial para o sujeito pensar, sentir e viver. Características tais como forma, dureza, maciez, frio, calor e textura apresentam os elementos qualitativos que caracterizam o sujeito em seu desenvolvimento.

Ao se basear em Tustin e em sua descrição sobre as *formas* e os *objetos autistas*, Ogden estabeleceu uma diferenciação entre esses dois tipos de experiência na *posição autística-contígua*. Para o autor, “experienciar formas contribui para o senso de coesão do *self* e para a percepção ulterior do objeto. Mais tarde, palavras como conforto, apaziguamento, segurança, sustentação e delicadeza estarão ligadas a esta experiência” (p. 55). Já a experiência com *objetos autistas* contribui para a criação de uma impressão sensorial que proporciona segurança, define, delinea e protege o sujeito e sua superfície corporal vulnerável e exposta. Futuramente, palavras como “concha, armadura, crosta, perigo, ataque, separação, alteridade, invasão, rigidez, impenetrabilidade e repulsão” estarão ligadas a esta qualidade de impressões sensoriais com *objetos autistas* (p. 56).

O autor esclareceu que a relação de objeto na *posição autística-contígua* não é exatamente uma relação intersubjetiva, como no modo depressivo, ou uma relação entre objetos do modo esquizo-paranóide. “Antes, é uma relação de forma, de sentir o fechamento, a delimitação corporal, o compasso, o ritmo, a dureza das bordas. Seqüências, simetrias, periodicidade, modelagem corpo-a-corpo são os ingredientes para que a experiência rudimentar do *self* possa emergir” (p. 32). Neste momento, observa-se uma mutualidade entre superfícies sensoriais, mas não há ainda nenhum senso do que seja dentro e fora ou diferenciação entre o eu e o outro.

Assim, a relação de objeto, tanto com *formas* quanto com *objetos autistas*, é diferente do fenômeno transicional descrito por Winnicott (1951). Na área transicional, a experiência é centrada no paradoxo de que o objeto é, ao mesmo tempo, criado e descoberto pela criança. O sentimento de onipotência é fundamental ao desenvolvimento do fenômeno subjetivo dentro do bebê e mostra indícios do reconhecimento da realidade exterior. No uso de *formas* e *objetos autistas*, não há percepção clara da “alteridade” e a criança se relaciona com o exterior

somente a partir de suas sensações corporais; “a experiência sensorial é a própria criança no modo autístico-contíguo” (OGDEN, 1989, p. 35).

A ruptura abrupta da forma, da simetria, do ritmo e da delimitação da pele marca o colapso do senso de continuidade na criança. A ansiedade autística-contígua consiste justamente num “terror inominável” frente à dissolução da experiência de coesão do *self*, o que resulta em “sentimentos de despedaçamento, escoamento, desaparecimento ou queda num espaço sem forma e sem fim” (p. 81). Frente ao perigo percebido, processos defensivos são gerados e organizados no sentido de restabelecer a continuidade sensorial e reordenar a qualidade rítmica das atividades precoces de apaziguamento da criança.

Em referência às considerações de Tustin sobre as *formas autistas*, Ogden exemplificou atividades de pacientes vistas como tentativas de reconstituir um “chão sensorial” durante as sessões analíticas: enrolar os cabelos com os dedos, balançar e bater os pés enquanto deitados no divã, acariciar o lóbulo da orelha, cantarolar, focalizar formas geométricas no teto ou na parede, etc. O uso regular destas formas é essencial para apaziguar o sujeito e acalmar a ansiedade, e não diz respeito necessariamente a um grau de maturidade psicológica. Crianças e adultos contam com este *modo autístico-contíguo* para gerar experiências, mas, em condições normais, isto ocorre sempre em relação dialética com os modos depressivo e esquizo-paranóide (p. 70).

Dois outros tipos de defesa foram citados por Ogden. Primeiro, a formação de uma “segunda pele” descrita primeiramente por Bick (1968) como uma tendência do sujeito de criar um substituto para o senso de coesão sensorial que está se deteriorando. Em outras palavras, em razão do processo defensivo contra a descontinuidade, o sujeito passa a usar a experiência sensorial para aderir à superfície do objeto em vez de trazer de volta a integridade de sua própria superfície (OGDEN, 1989, p. 71).

O segundo tipo de defesa foi a *identificação adesiva* proposta por Meltzer. Em correspondência à “segunda pele” de Bick, essa é uma referência para falar “de uma identificação mais primitiva que a introjeção e identificação projetiva” (OGDEN, 1989, p. 40, nota de rodapé). Ogden relata que, no *modo autístico-contíguo*, ou no “mundo bi-dimensional” descrito por Meltzer, a aderência defensiva ao objeto serve como forma de aplacar a ansiedade de desintegração. Imitação, mimetismo ou arrancar pedaços da superfície dos objetos e colocá-los no corpo (na boca, por exemplo) são exemplos de tentativas de restituir no sujeito a superfície da pele, sentida como deteriorada e incompleta.

Por sua vez, a imitação foi considerada por Ogden não somente um tipo de defesa, mas também aspecto importante da percepção sensorial – resultante da experiência sensorial com objetos externos. O autor a considerou, ainda, como um meio de ser sustentado e ser “modelado” por um outro. (p. 75). No *setting* analítico, por exemplo, o outro (analista) é vivenciado como uma “segunda pele” e como “objeto continente”, possibilitando ao sujeito se sentir vivo e minimamente integrado.

Na *posição autística-contígua*, Ogden disse que a imitação é um dos poucos meios que a criança tem para sustentar a relação objetal e para alcançar um certo grau de coesão do ser. A partir desse ato, a criança é capaz de perceber certas características dos objetos (ou pessoas) e internalizar partes deles em si mesma. Essa internalização possibilita a aquisição da noção dos espaços internos e externos. A ausência da percepção sensorial dos objetos e do próprio *self* pode aprisionar a criança num tipo de relação fusional com o objeto, criando uma fantasia de adesão, onde a separação torna-se intolerável, pois é vivenciada como *desmantelamento* de si mesmo.

Ogden alertou que, em circunstâncias extremas, face à “ansiedade de aniquilação” e ao “terror inominável”, as defesas autísticas tornam-se hipertrofiadas e rígidas e chegam a constituir uma estrutura psicopatológica autista. Tal constatação levou o autor a enfatizar que

a elaboração normal da *posição autística-contígua* depende da capacidade da mãe e da criança “em gerar formas de experiências sensoriais que curam e tornam suportável a consciência de separação que é um componente intrínseco da experiência infantil precoce” (p. 52). Segundo a idéia exposta, quando a díade mãe-bebê é incapaz de funcionar a partir deste modo de experiência dominada pela sensação, levando o bebê a sentir uma agonia de consciência insuportável diante da separação corporal – o desenvolvimento infantil é desviado na direção do *autismo patológico*.

O autor defendeu a idéia que o *autismo patológico* visa a eliminação total do desconhecido e do imprevisível. A experiência com formas e objetos autísticos patológicos é automatizada e previsível, substituindo a experiência com seres humanos. Ogden analisou: “à medida que o sistema corporal é fechado às experiências corporais mutuamente transformadoras com seres humanos, há uma ausência de *espaço potencial* entre si mesmo e um outro” (p. 59). No sentido desta citação, Ogden afirmou que a auto-experiência do “autista” se confunde com a própria percepção sensorial; não há espaço que possibilite a distinção entre símbolo e simbolizado, nem espaço psíquico, entre a criança e a mãe, no qual o fenômeno transicional possa ser criado / descoberto.

Tal passagem no texto de Ogden me lembrou o caso de *Mônica*. Nele, destaquei como o isolamento e a circularidade dos sintomas autísticos me faziam ter uma postura não-interpretativa e observadora, já que a paciente mostrava-se fechada e voltada apenas para suas próprias sensações. Foi somente a partir de uma presença corporal estável e do acompanhamento de suas ações durante as sessões – gestos, movimentos e vocalizações – que o ambiente analítico se tornou um “*espaço de experiência* ritmado e criativo”. Como já fora dito anteriormente, esta atitude possibilitou momentos de encontros terapêuticos, em que o contato corporal tinha um valor significativo para a criança. Desse modo, foi possível à *Mônica*, em alguns momentos, substituir o contato e a exploração previsível e controlável de

formas e objetos autistas pela experiência com outro ser humano. Na relação analítica, essa experiência era sobretudo corporal, *Mônica* controlava a minha presença, meu afastamento-aproximação, como se eu fosse um objeto. À medida que foi tolerando frustrações e me reconhecendo como alguém separado dela, pude notar a evolução em seu desenvolvimento, confirmando o estabelecimento de atividade psíquica da criança e de seu relacionamento com o outro.

CAPÍTULO 3

VOZ, MÚSICA E POESIA: A FUNÇÃO DO RITMO COMO EXPRESSÃO E LINGUAGEM.

3.1. A entrada do bebê na linguagem:

“O bebê chega em um mundo novo onde já há, antes dele, linguagem e pensamento. A linguagem e o pensamento o precedem, mas, para se apropriar deles, o bebê precisa de seu corpo, de seu ambiente e de uma inscrição em uma história” (GOLSE, 2004, p. 16).

Para falar de linguagem é preciso lembrar como o ser humano surge no mundo. Aqui, pretendo compreender a iniciação do bebê no uso da linguagem como uma organização subjetiva da corporeidade, do tempo e do espaço. Ao tratar dessa questão, Safra (2005) afirma: “os campos sensoriais organizam-se em elementos que guardam relação com os ciclos e ritmos vitais, dando ao indivíduo a experiência de estar vivo com outros” (p. 117). No resgate da experiência viva e ritmada, buscarei mostrar os elementos primordiais para o desenvolvimento da linguagem, e tentarei descrever como este processo ocorreu no ambiente analítico com os pacientes. Tanto nas considerações teóricas quanto nas clínicas, a inscrição de uma história se fará presente.

3.1.1. *O envelope motor e o envelope sonoro no desenvolvimento da linguagem*

Anzieu (1985), em sua obra de destaque “O Eu-pele”, propõe o conceito de *envelope sonoro* para se referir tanto à existência precoce de uma “pele auditivo-fônica” no bebê quanto à sua função psíquica na aquisição da capacidade de significar e, depois, de simbolizar. As trocas sonoras estabelecidas entre os pais e o bebê configuram um sistema de comunicação verdadeiramente audiofônico que, segundo Anzieu, produz os elementos indispensáveis à comunicação e exerce um papel essencial na expressão das emoções.

O termo *envelope motor* é usado aqui com base na conceituação de *envelope de agitação motora* proposta por Anzieu, ao descrever os envelopes psíquicos presentes no autismo. Na presente pesquisa, escolhi o termo “motor” para me referir ao envelope composto pelos movimentos, pelas posturas e pelas sensações proprioceptivas que constituem o esquema corporal da criança. Estes elementos aparecem no momento do contato físico com o bebê e exprimem um caráter subjetivo tão fundamental e específico quanto a visão de um rosto ou na audição de uma voz.

As duas noções desenvolvidas por este autor tornam-se forte fundamentação teórica para compreensão do papel do ritmo no funcionamento psíquico e para a aquisição da linguagem na criança. De acordo com o que foi mostrado nos capítulos anteriores, o tratamento psicanalítico com *Mônica* me fez questionar a função do ritmo presente em seus movimentos e suas vocalizações. Tenho a hipótese de que o ritmo – que se estabelece na relação precoce mãe-bebê desde as primeiras mamadas, da forma como a mãe segura e fornece os cuidados ao bebê (*holding* e *handling*) até o tipo de diálogo estabelecido entre eles – tem papel essencial na concepção dos envelopes psíquicos. Para isso, começarei expondo alguns pontos importantes da concepção de Anzieu.

Tal como Ogden, ele também designa lugar especial às contribuições freudianas sobre o aparelho psíquico. Anzieu enfatiza a estrutura topográfica do Eu nas proposições freudianas e assinala que Freud, em 1895, antecipou uma primeira descrição do *Eu-pele* graças à noção das “barreiras de contato”. O autor afirma: “as barreiras de contato têm uma função de separação tripla do inconsciente e do consciente, da memória e da percepção, da quantidade e da qualidade”. (p.109).

Apesar de Freud (1895) ainda não ter se referido à noção de envelope, Anzieu descreve a rede de barreiras de contato como uma “superfície de inscrição” que possui a topografia de um envelope assimétrico com duas faces: uma face voltada para as excitações

do mundo exterior, que está protegida por uma “tela de pára-quantidades”, e uma face interna voltada para a periferia interna do corpo, cujas excitações só podem ser reconhecidas quando projetadas no mundo exterior ou associadas a representações visuais, auditivas, táteis, etc.

A partir da nova formulação de Freud (1923) sobre o aparelho psíquico em “O Ego e o Id”, Anzieu escreve que o aparelho psíquico passa a ser representável de um ponto de vista topográfico e conceituável em termos de tópico subjetivo, além da perspectiva econômica no Projeto de 1895. Assim, a consciência é descrita como uma “interface” e o Eu⁴ é explicitamente designado como “envelope psíquico”. Articulando-se às noções de “casca” e “núcleo”, o envelope não se configura apenas como uma bolsa continente, ele desempenha papel ativo de colocar em contato o psiquismo com o mundo exterior e de recolher e transmitir informação.

Como dito anteriormente, Freud (1923) revelou que “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal” (p. 39). A afirmação de que o ego deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam na superfície do corpo, foi a “brecha teórica” para Anzieu (1985) considerar o *Eu-pele* como uma representação da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento. “Eu que contém conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo” (p. 61).

A experiência corporal do bebê, em conjunto com as experiências de contato com o corpo da mãe, permite que a criança adquira a percepção da pele como superfície e outras várias vivências importantes. Tal como exposto abaixo:

“A superfície do conjunto de seu corpo com o de sua mãe pode proporcionar ao bebê experiências tão importantes, por sua qualidade emocional, por sua estimulação da confiança, do prazer e do pensamento, quanto as experiências ligadas à sucção ou excreção (Freud) ou à presença fantasmática de objetos internos representando o produto do funcionamento dos orifícios (Klein)” (p. 60)

⁴ Na tradução do texto de Anzieu o termo Eu é usado para se referir ao *Moi* em francês ou ao *Ego* em inglês. Na Edição Standard Brasileira, a tradução é Ego.

Anzieu completa seu entendimento ao dizer que o bebê recebe os gestos maternos (de carregar, abraçar, lavar, banhar seu filho), primeiro, como estimulação, e, depois, como comunicação. “A massagem se torna uma mensagem” (p. 61). Com isso, o autor destaca que o estabelecimento prévio de tais comunicações não-verbais é fundamental para a aprendizagem da palavra.

Embora este autor enfatize o estabelecimento das fronteiras e dos limites do Eu como uma interface estruturada sobre as sensações táteis, há em sua obra a consideração da constituição do Eu pela introjeção do universo sonoro, e também gustativo e olfativo, como cavidades psíquicas dotadas de esboço de unidade e de identidade. Concomitante com a experiência de aleitamento, a experiência do “banho de sons” é o fundamental para que o Eu se constitua como *envelope sonoro*. Conforme as palavras de Anzieu: “Esse banho de sons prefigura o Eu-pele e sua dupla face voltada para o interior e o exterior, pois o envelope sonoro é composto de sons alternadamente emitidos pelo meio ambiente e pelo bebê” (p. 211).

As trocas sonoras entre pais e bebês ganham destaque na teoria de Anzieu no que diz respeito à passagem do registro da satisfação das necessidades vitais de auto-conservação para o registro da comunicação, no qual a troca de linguagem encontra o momento propício para aparecer. O caminho entre a necessidade de satisfação e a linguagem foi trilhado por Freud (1895) ao falar sobre a *experiência de satisfação* do recém-nascido como base para o desenvolvimento de futuras funções no sujeito. Esta experiência mostra a construção de um “diálogo inicial” entre mãe-bebê, em que as funções de atenção, memória e reconhecimento começam a ser esboçadas.

Com base em Freud, Anzieu (1985) revê a função primordial do choro emitido pelo bebê:

“O choro é primeiro pura descarga motora da excitação interna, de acordo com o esquema reflexo que constitui a estrutura primeira do aparelho psíquico. Depois, ele

é entendido pelo bebê e pelas pessoas que o cercam como uma exigência e como o primeiro meio de comunicação entre eles, ocasionando a passagem à segunda estrutura do aparelho psíquico onde intervém, em uma reação circular, o sinal, forma primária da comunicação” (p. 210).

Se, inicialmente, o choro é puro reflexo fisiológico, em momento posterior, mais precisamente a partir da compreensão mútua entre bebê e seu meio ambiente, ele passa a assumir nova função de extrema importância. O choro evidencia a situação de desamparo em que o bebê se encontra, e somente alguém que se identifique com este estado é capaz de intervir e tentar satisfazê-lo ou acalmá-lo. A partir do momento em que o bebê é compreendido e atendido em suas necessidades, dá-se a totalidade da *experiência de satisfação* (FREUD, 1895, p. 370). Essa é a fonte da vida psíquica.

Neste sentido, a *experiência de satisfação* adquire nível de complexidade no aparelho psíquico, já que o bebê tenta buscar e revivenciar o prazer a partir da reativação de suas lembranças. A *imagem mnêmica* do objeto que trouxe a satisfação será ativada, produzindo uma realização alucinatoria do desejo. Segundo Anzieu, esse evento fundamenta o *processo psíquico primário* e é caracterizado pela experiência de “auto-satisfação”, em oposição à satisfação anterior, que é dependente do meio. Posteriormente, a articulação de traços verbais (ou *representantes de palavras*) com os *representantes de coisas* forma a terceira estrutura do aparelho psíquico, possibilitando os *processos psíquicos secundários* e o pensamento (p. 210).

Com isso, é possível notar como a diferenciação topográfica do espaço psíquico (as interfaces entre o Eu e o exterior, o Eu psíquico e o Eu corporal, o Eu e o Superego) transforma as qualidades sensíveis em elementos de fantasias, símbolos e em pensamentos. O início destas transformações é bem caracterizado por Anzieu. A simbolização, a linguagem e o pensamento estão essencialmente ancorados na interação do bebê com o ambiente, sobretudo em suas experiências corporais. O outro, enquanto ser que cuida, protege e ama, permite ao bebê constituir seu envelope psíquico continente, e isso acontece na medida em

que este envelope (de sensações táteis, visuais, sonoras, etc.) tece também uma pele simbólica.

Num tópico mais adiante de seu livro, Anzieu se dedica à apresentação dos envelopes psíquicos no autismo, referindo a tipos específicos de envelope: o *envelope de agitação motora*, no caso do *autismo secundário*; ou o *envelope postural auto-erótico*, no caso do *autismo primário anormal*.

Nas crianças classificadas de “autistas secundárias” (ou de “carapaça”, conforme TUSTIN, 1972, 1981), o envelope corporal e de relacionamento é buscado na agitação motora. Algumas ações são descritas da seguinte maneira: “caminham, correm, vocalizam continuamente, introduzem desordem nos objetos, giram em torno de si mesmos” (p.288). Para Anzieu, a agitação motora funciona como uma barreira protetora, mas, não, como uma superfície envolvente, nem uma interface.

Nas crianças ditas “autistas primárias”, o *envelope postural auto-erótico* é caracterizado por uma ausência de *Eu-pele* que leva a perturbações de todas as funções: higiene, alimentação, sono. Não há envelope tátil nem sonoro e o envelope visual é apenas esboçado. “O corpo é mole, flácido, amebóide hipotônico. (...) A pára-excitação é encontrada no isolamento e no retraimento. O autobalanceio rítmico fornece talvez um envelope postural auto-erótico” (p. 289). A maneira de brincar é estereotipada, o corpo é indiferenciado dos objetos e dividido em elementos separados e os objetos são manipulados por meio de atividades auto-eróticas.

Anzieu caracterizou a agitação motora ou a falta dela (imutabilidade) como traços de um “envelope autista patológico”, que apresenta as qualificações de “desmontado” e repleto de “buracos negros” (p. 291), ou seja, é caracterizado pela via da negatividade, da falta e da psicopatologia autística. Aqui, o *envelope motor* é visto como uma constituição importantíssima do desenvolvimento psíquico precoce. Foi o tratamento da criança autista

(*Caso Mônica*), talvez pelo excesso de agitação e pelas atividades auto-eróticas da paciente, que me despertou interesse para estudar a importância da criação de um ritmo próprio nos movimentos e gestos da criança.

De acordo com Widner & Tissot (1987), a sensibilidade proprioceptiva consiste em sensações ligadas ao equilíbrio, aos movimentos, às atitudes e às posições mais ou menos confortáveis do corpo do bebê. Estes autores têm como influência teórica particular Henri Wallon e Julian de Ajuriaguerra, que enfatizam a regulação complexa do tônus muscular e sua relação com as funções proprioceptivas e, notadamente, o papel de “para-excitação” do *diálogo tônico* entre mãe e bebê.

A *função postural* (noção originalmente de Wallon e retomada por Ajuriaguerra) é uma noção que engloba aspectos neurofisiológicos das posturas e dos movimentos e, principalmente, o papel desses elementos na organização psicológica geral e na comunicação tônico-emocional entre mãe-criança.

“As noções de *função postural* (Wallon) e *diálogo tônico* (Ajuriaguerra) foram a base do trabalho que apresentamos. Essas noções postulam a existência de comunicações pré-verbais precoces, sendo o bebê capaz de receber e emitir mensagens, entre outros, pelo canal postural, sob a forma, em primeiro lugar, das tensões e relaxamentos que se podem observar desde o nascimento, e também pelos movimentos e posturas” (p. 165).

No trabalho de Widner & Robert Tissot (1987) duas experiências originais foram expostas de maneira detalhada: uma centrada nas expressões posturais do bebê para exprimir o que acontece com ele e para interagir com seus parceiros, e a outra centrada nas expressões vocais do bebê (choros, vocalises, suspiros, formas de sucção, sorrisos) presentes nas trocas sutis com os adultos que o cercam.

A partir da observação de 12 bebês com suas mães, os autores perceberam que a noção de ritmo se impôs com frequência aos experimentadores, mostrando ser um dos fatores para o

ajustamento recíproco entre eles. Mais especificamente, evidenciou-se, sobretudo, a noção de ritmo temporal entre posturas e movimentos, entre dois tipos de postura ou em alternâncias complexas. Quanto às nuances qualitativas das expressões vocais, eles relataram: “com a mãe, os vocalises do bebê são mais ricos, mais modulados, as sucções mais intensas, com um aspecto de avidez, de ‘realidade’, comparável ao que acontece na situação real de aleitamento” (p. 155, grifo dos autores).

Segundo as concepções citadas acima, pretendo enfatizar que, mesmo na existência de perturbações na constituição dos envelopes psíquicos, há traços de um *envelope motor* e/ou de um *envelope sonoro* na criança. No *autismo*, por exemplo, estes envelopes são “esboçados” e se manifestam pelo ritmo do autobalanceio dos corpos, pela agitação motora, pelos gritos em eco e pelas atividades auto-eróticas. Essas ações são repetidas incessantemente na tentativa de constituir um envelope, de obter continência e de dar continuidade ao que foi vivido precocemente. As experiências precoces de prazer-desprazer são re-atualizadas, e elas já possuem uma primeira noção de ritmo, ainda que expresso apenas no próprio corpo, e, não, em relação com outras pessoas.

Com a análise do *Caso Mônica*, percebi como a relação transferencial forneceu o suporte e o cenário para a criação de um *envelope motor* e de um *envelope sonoro*. Além disso, foi possível observar também que a articulação entre esses dois envelopes se deu por meio do ritmo. Em nossos primeiros encontros, *Mônica* se expressava através de seu corpo e, sobretudo, com gestos e movimentos caóticos. A agitação motora preenchia a lacuna espaço-temporal das sessões e caracterizava seu estado de *ensimesmamento sofrido*.

A partir de uma postura não-interpretativa e acolhedora, pude observar que, nos momentos de *ensimesmamento prazeroso* (ou de *satisfação autística*), *Mônica* se expressava por diferentes tonalidades no ritmo de seus movimentos e de seus sons. Assim sendo, essa foi uma descoberta essencial para o estabelecimento da relação transferencial com a criança

autista. Em articulação ao *envelope motor*, o *envelope sonoro* se instaura e sobrepõe uma forma da criança se relacionar com os outros, além da agitação motora.

Neste sentido, Anzieu (1985) diz: “É pela instalação de um envelope sonoro que se pode entrar em contato com a criança: pela voz cantada, pela música, pela devolução em eco de seus gritos e de suas vocalizações” (p. 289). Esse movimento de mudança é fundamental na clínica com a criança autista a partir da criação de um *envelope sonoro* e do início das trocas sonoras com o ambiente à sua volta.

Portanto, tanto a criação do *envelope sonoro*, destacada por Anzieu, quanto o estabelecimento do ritmo na relação transferencial, enfatizado aqui, são fundamentais para o resgate das funções primordiais na constituição do ser. Ambos permitem a criação de “um envelope que emite e recebe sinais em interação com o meio, ele ‘vibra’ em ressonância; é animado, vivo em seu interior, claro e luminoso” (p. 292, grifos do autor). Na última seção deste capítulo retomarei essa questão para falar da constituição de um *espaço de experiência* ritmado.

3.1.2. O ritmo como precursor da emergência da intersubjetividade e da palavra

Bernard Golse é psiquiatra infantil, psicanalista e têm se dedicado aos estudos sobre o bebê. Em 2002, em conferência proferida no IV Encontro Nacional sobre o Bebê em Brasília, Golse (2004) mostra como “o corpo do bebê se encontra, hoje, no centro de nossas reflexões e como nos oferece uma espécie de ‘via real’ para a abordagem e a compreensão dos processos de subjetivação, de simbolização e de semiotização na espécie humana” (p. 17).

Este autor relata que na própria evolução da psicanálise é possível perceber um importante movimento de mudança. Desde os anos 50, o interesse pela boca e pelos esfíncteres (“orifícios” ou zonas erógenas parciais clássicas) deslocou-se progressivamente para os envelopes e para a superfície cutânea. Os trabalhos de Winnicott sobre o *holding* e o

handling, os trabalhos de corrente kleiniana, de Bick, Meltzer e Tustin, e também os trabalhos de Anzieu sobre o Eu-pele e os de Houzel sobre os envelopes psíquicos atestam esse novo foco de interesse.

Nos trabalhos atuais de Golse, é possível ver claramente a influência dos autores citados acima quando ele coloca o corpo do bebê no primeiro plano da cena e quando ele guia suas considerações teóricas a partir do conceito básico de *dupla ancoragem corporal e interativa* do crescimento e da maturação psíquica da criança. Conforme Golse (2004), este intenso interesse no bebê é resultado das crescentes descobertas sobre as competências precoces do recém-nascido, o que faz com que o recém-nascido possa ser considerado um ser interativo desde os seus primeiros dias.

Sem cair no mito exagerado do “bebê todo poderoso”, Golse considera que as capacidades e competências são e continuam potenciais na relação espontânea entre a mãe e criança. Neste sentido, o autor alerta: “Em realidade, de uma certa maneira o bebê já é um mundo por ele mesmo e cabe a nós fazer com que esse encontro entre o mundo do bebê e o mundo que ele descobre em seu nascimento seja possível e frutuoso” (p.16).

Assim, Golse oferece lugar especial ao estudo sobre as interações precoces, considerando o encontro entre o adulto e o bebê como fundamental para a construção de um “espaço de narrativa”. O corpo e o comportamento do bebê contam algo de sua história precoce; o adulto, por seu turno, conserva viva a criança que ele foi. “Deste face-a-face deve nascer a co-construção de uma história, de uma terceira história, que não seja nem aquela do bebê escondido no adulto, nem a repetição infinita da história inicial da criança” (p. 35).

Além disso, Golse destaca que as interações precoces não estão fundadas apenas sobre a *reciprocidade e mutualidade*, mas também sobre a dissimetria entre o adulto e o bebê, o que forma a base dos laços primitivos e das relações futuras (p.18). Essa base fornece os

elementos originários do funcionamento psíquico que vão sustentar, em seguida, as modalidades de funcionamento ao longo de toda a vida do sujeito.

Num trabalho posterior, Golse & Desjardins (2005) indicam que o surgimento da intersubjetividade parece depender fundamentalmente de um equilíbrio entre os processos de *desmantelamento intersensorial* e de *segmentação intrasensorial* dos diferentes fluxos perceptivos. Os autores supõem a existência, de início, de momentos de intersubjetividade primária que demandariam ser progressivamente trabalhados e unificados, a fim de levar o bebê, pouco a pouco, a uma intersubjetividade estabilizada. A função do objeto materno é essencial para permitir a confluência gradual desses momentos de intersubjetividade primária.

Para melhor compreensão de suas considerações, Golse & Desjardins explicam alguns conceitos-chave utilizados por eles, como *co-modalidade*, *desmantelamento* e *segmentação*.

“O conceito de percepção em co-modalidade remete, na verdade, a duas experiências diferentes: ou o objeto é percebido por nossos cinco sentidos simultaneamente (como é o habitual, no adulto), ou o objeto é percebido por um só sentido de cada vez (segundo o mecanismo de desmantelamento, normal ou patológico, sobre o qual voltaremos), mas esta modalidade sensorial vem recrutar as outras modalidades sensoriais no seio mesmo do aparelho psíquico do sujeito” (p. 23).

Nesta perspectiva, não há *co-modalidade* possível sem uma real articulação dos ritmos próprios a cada modalidade sensorial. O bebê atua, essencialmente, em *co-modalidade* e, de início, os objetos são percebidos em termos de estrutura dinâmica e complexa, incluindo variações de ritmos mais ou menos regulares. As informações dos órgãos sensoriais são tratadas por *segmentação* e podem ser definidas pelos quatro parâmetros seguintes: a impulsão rítmica, o tempo, a pulsação e a dinâmica.

“Cada modalidade sensorial é ritmada com as pulsações variáveis, mas a co-modalidade só pode se organizar se, somente, se, cada modalidade sensorial reconhece uma organização rítmica compatível com as das demais modalidades

sensoriais, compatibilidade que, sem dúvida, não é dada de início, mas que é fruto de uma harmonização progressiva das interações” (p. 24).

Desjardins (2006) dá o exemplo da amamentação para descrever a organização rítmica das modalidades sensoriais. Em primeiro plano, a autora descreve que a sucção, em razão de seu ritmo simples, é um organizador da percepção co-modal pelo tato, olfato e gosto (TOG). Em segundo plano, o encontro dos olhares e a percepção dos movimentos ritmados da mãe, em proveniência de seu rosto e de sua voz, estimulam a instalação da co-modalidade da visão e da audição (AV), oferecendo orientação para os fluxos sensoriais. A ligação entre esses dois acontecimentos psíquicos, juntamente com a sensação interna de líquido e o conjunto daquilo que o bebê sente em seu corpo, demonstra que o bebê vive no espaço e no tempo, é ativo e percebe diferenciações entre interior exterior.

No caso de “disfuncionamento interativo”, Golse & Desjardins (2005) mostram a possibilidade de pontos de captura autística quando não ocorre a arrumação em ritmo das diferentes modalidades sensoriais, o que leva à uma prevalência da continuidade, base de uma “temporalidade lisa, mortífera e dessubjetivante” (p. 24). Para eles, a criança autista percebe os movimentos parciais dos pais de forma uni-modal ou caótica. Assim sendo, a percepção das modalidades não oferecem sentido, os movimentos externos permanecem associados a sensações internas, o que induz a criança à grande mobilidade, deixando-a no indizível (num oco sem palavras).

O conceito, original de Meltzer, de *desmantelamento* é retomado pelos autores para falar da forma como a criança autista experimenta os objetos, “sensação por sensação” e de como certas estereotípias (de tamborilar, cheirar ou lambar) podem ser compreendidas como uma maneira de entrar em contato com o objeto, ainda que pelo viés de uma única modalidade sensorial assim privilegiada. Eles destacam que esse mecanismo está presente, desde o início da vida, também em ações dos bebês comuns.

No momento da mamada, o bebê efetua um trabalho de “mantelamento” das sensações vindas do objeto materno, o que lhe permite, de maneira fugidia, ter a experiência de sentir e vivenciar a existência de um ponto exterior, do qual se originam, simultaneamente, suas diversas sensações e sua satisfação. Portanto, o advento da intersubjetividade é algo estreitamente ligado à possibilidade de um mantelamento das sensações, inicialmente desmanteladas.

“Com efeito, reafirmamos, o mantelamento de sensações distintas não pode se operar a não ser por meio de uma compatibilidade do ritmo das sensações segmentadas, o mantelamento não correspondendo a uma simples soma das sensações, mas sim a uma organização complexa na qual o objeto materno, seu funcionamento interativo e sua linguagem desempenham um papel de continência e de transformação essencial” (p. 25).

Segundo os autores, o objeto pode ter função facilitadora ou obstrutora da *segmentação rítmica* dos fluxos sensoriais. A sincronia das interações, em congruência com a sincronia das capacidades próprias de segmentação do bebê (piscar das pálpebras, movimentos oculares, descontinuidade do toque, etc.), pode levar a uma segmentação bem-sucedida. É, então, graças a essa dimensão integrativa das interações e à articulação profunda das diferentes modalidades perceptivas, que o mantelamento dos fluxos sensoriais torna-se possível. O bebê pode ser ativo na maneira de tratar as informações provenientes de seu ambiente, o que lhe permite ter acesso à intersubjetividade e, conseqüentemente, à linguagem.

A pesquisa atual de Golse & Desjardins (2005) leva em conta os precursores corporais e comportamentais do acesso à linguagem verbal na criança. Para isso, eles trabalharam segundo três domínios-alvo: a análise estrutural dos vocalises do bebê, o estudo dos movimentos das mãos do bebê e o estudo do olhar do bebê e seus movimentos oculares. Todos eles ocorrem concomitantemente, sobre o fundo de análise das interações pais-bebê e das verbalizações pelo adulto.

No que se refere aos movimentos das mãos, eles perceberam que o bebê tem movimentos específicos quando alguém lhe dirige a palavra. Os movimentos variam dos mais lentos aos mais rápidos, com um equilíbrio dinâmico provavelmente sutil entre os dois. Segundo os autores, os movimentos teriam um valor de relato, em paralelo à linguagem verbal instaurada; eles continuariam presentes, a partir da comunicação não-verbal e por meio de comportamentos não lingüísticos – mímicas, olhares, gestos. Logo, os movimentos representam um verdadeiro processo de apropriação, pela criança, de seu sistema de comunicação.

Estudos sobre o olhar do bebê revelam que este consegue captar movimentos, envolvendo, por exemplo o contorno externo do rosto da mãe, seu nariz e a aproximação do seio mas não consegue perceber o mundo imóvel. As formas fixas são experimentadas pelo bebê como algo que lhe é potencialmente exterior.

Golse & Desjardins enfatizam que o lugar das formas fixas e dos movimentos fornece um sistema referencial para o bebê e desempenha função organizadora de suas percepções. Esse lugar de referência “é, por essência, o corpo da mãe, com toda sua dinâmica, e particularmente seu corpo e rosto encontrando-se animados por sua linguagem, e pelos afetos que a habitam e que vão permitir ao bebê edificar uma verdadeira semiologia do afeto” (p. 27). Os mecanismos da *afinação afetiva*, descritos por Stern (1985), sublinham claramente esta junção estreita entre o afeto e o movimento.

Quanto aos vocalises, os autores analisam:

“Os vocalises do bebê não podem ser inicialmente dissociados por ele dos outros estímulos sonoros de seu ambiente (a voz da mãe, principalmente), e são as especificidades desse ambiente interativo que vão permitir que se dê uma colocação em fase rítmica das percepções sensitivo-sensoriais do bebê” (p.27).

Em termos de *co-modalidade* perceptiva, os vocalises e as primeiras palavras são, de início, sentidas pelo bebê como uma verdadeira “substância sonora” que preenche a cavidade

bucal. Como tal, as primeiras produções sonoras podem ser vividas como perdidas quando emitidas. Isso pode ser verificado no tratamento das crianças autistas em que a fala e a emissão de sons dão lugar a profundas angústias arcaicas, as quais não se referem somente à sensação de perda, mas também a de auto-mutilação, como, por exemplo, o ato de arrancar parte de si (TUSTIN, 1972).

De acordo com os autores, a emergência da linguagem da criança se enraíza no vivo da construção de seu mundo interno. Trata-se de um verdadeiro trabalho de organização que a criança é levada a fazer a partir de sua percepção das formas e dos movimentos, nela e no outro. A linguagem da mãe constitui provavelmente sua fonte organizadora escondida.

“Quando o pai, ou a mãe, falam ao seu bebê, a linguagem enquanto tal fica, de uma certa maneira, escondida, escondida porque a linguagem é o ser mesmo: somente os movimentos e as formas fixas podem ser oferecidas e transmitidas à percepção do bebê” (GOLSE & DESJARDINS, 2005, p. 27).

Nesse contexto da linguagem materna, Ferreira (2005) mostra como a mãe atribui à criança a posição de um interlocutor especial, com quem é necessário falar de um modo particular. A fala particular da mãe, o “manhês”, é caracterizada pela autora segundo modificações nos vários níveis da língua: sintático, discursivo, léxico e prosódico.

“No entanto, o que mais salta aos olhos, ou melhor, aos ouvidos, são as modificações prosódicas: o tom de voz é alto e agudo, a voz pode revelar-se sussurrada ou em falsete, a entonação é exagerada, com variações de altura do tom laríngeo para formar a curva melódica, e a velocidade da emissão é mais lenta, com silabação e alongamento de vogais (Elliot, 1982; Ferreira, 1990; Castarède, 1991; Fernald, 1989; Kuhl, 1997; Cavalcante, 1999)” (p. 23).

Somente num segundo tempo, as palavras do adulto serão plenamente integradas pela criança, em função de seus processos de apropriação, no contexto de um autêntico ato de “autonomização”. Portanto, a linguagem verbal do adulto não é transmitida enquanto tal ao

bebê, mas somente pela via das formas, dos movimentos e do nível prosódico da linguagem. Ou seja, a eficácia da transmissão da linguagem é retirada da parte escondida na linguagem do adulto.

O ritmo está presente, justamente, nessa parte escondida. Esta forma de linguagem refere-se, principalmente, à transmissão não-verbal de mensagens, ou seja, refere-se à “música da linguagem” composta de elementos como “prosódia, timbre, tom, intensidade da voz, ritmo, silêncios...” (GOLSE & DESJARDINS, 2005, p. 17). O ritmo, portanto, em conjunto com esses elementos musicais, veicula a parte mais emocional e motivacional da linguagem. É ele que dá expressão às condições afetivas de sua enunciação e modula o porquê e a forma da comunicação. A percepção ritmada desses elementos prepara na criança uma autêntica organização das sensações corporais e dos sentimentos vivenciados na relação com outras pessoas.

3.2. O sofrimento psíquico e as formas particulares de uso da linguagem

“Escrevo em nome de um sofrimento sem idade, sem história, que escapa ao sentido, que entrega o indivíduo ao fechamento, ou que impede de existir. Esse sofrimento atravessa as gerações, como também as sociedades. Ele está no cerne da essência da vida. Eu o encontro enquanto terapeuta. Combatido, ele se transforma e libera a palavra, uma palavra ali onde nos sentimos existir com o outro. Fazer face a esse sofrimento é encontrar prazer no corpo, prazer sutil da identidade sexuada que se expressa no encontro. Esse texto é uma reflexão sobre a palavra, aquela que cria a justa distância com o outro e preserva a intimidade de cada um” (DESJARDINS, 2006, p. 1).

O trecho acima se refere a uma apresentação realizada por Valérie Desjardins em 2006, organizada pela Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê em Brasília. Escolhi esta citação por transmitir sensibilidade, cuidado e interesse face ao sofrimento psíquico e à existência humana.

Nessa apresentação, a autora procurou refletir sobre o autismo infantil e os precursores corporais e interativos do acesso à linguagem. Sem se restringir às crianças autistas, a autora foi além da própria natureza do sintoma.

Em sua exposição, Desjardins (2006) percorreu significativo caminho, partindo da descrição dos momentos fundadores da vida no bebê, passando pela organização de um envelope ritmado até chegar à influência de interações falhas sobre os processos organizadores do bebê. Com isso, a autora indicou que “a questão é compreender como o bebê constrói a existência de uma pessoa fora dele ao mesmo tempo em que se sente existir” .

Logo, para falar, é preciso ter a consciência de que a pessoa a quem nos dirigimos se situa fora de nós e, ao mesmo tempo, é preciso se sentir existir no momento em que a palavra emerge. Isto figura aquilo que Winnicott chama de *espaço potencial*. O *espaço potencial* emerge do brincar e viabiliza o acesso da criança à realidade, ao *não-eu*. A criança que chega a esse período do desenvolvimento revela sua forma de ser no mundo e reconhece o mundo como algo exterior à ela.

Na teoria psicanalítica, durante muitos anos, a importância da linguagem foi bastante reconhecida. Safra (2005) revela:

“Desde os primeiros trabalhos freudianos, há o reconhecimento de que a linguagem é fundamental para a recuperação do material inconsciente, para o procedimento clínico da associação livre, para a teoria da interpretação e também para o entendimento do trabalho onírico. Esta perspectiva encontrou intensa acolhida entre os psicanalistas, principalmente os de origem francesa, tendo seu ápice na conceituação teórica da escola lacaniana” (p. 115).

Ao adotar perspectiva que resgata o sensorial e as formas perceptivas nas organizações simbólicas, Safra se baseia em Langer, Cassirer e Whitehead. Segundo ele, esses autores apontam a existência de uma semântica, além dos limites da linguagem discursiva. Safra

chama de “organizações estéticas do *self*” os fenômenos que organizam, em formas sensoriais-estéticas, as qualidades da experiência de se estar vivo na presença de alguém.

Safra (2005) faz observação interessante sobre as perspectivas de abordar a linguagem no trabalho analítico:

“Se vamos abordar a linguagem do ponto de vista do *self*, temos de ter uma escuta que não só acompanha o aspecto discursivo, mas também o que se apresenta esteticamente na fala do paciente. Pelo aspecto discursivo pode-se compreender profundamente a maneira como o paciente lida com suas relações objetais, sua vida pulsional, suas defesas e a maneira como as instâncias psíquicas se organizam. A partir da poesia de sua fala, apreende-se o seu *self* e o modo como sua existência acontece” (p. 123).

É nessa perspectiva, que integra as qualidades estéticas do gesto e da fala do paciente ao aspecto discursivo, que meu trabalho se desenvolveu. Neste tópico, pretendo retomar os casos clínicos abordados no primeiro capítulo, na tentativa de ir além da sintomatologia e resgatar a dimensão da alteridade, da relação e da linguagem com estes pacientes. Primeiramente, me dediquei à compreensão da função do ritmo na constituição psíquica a partir da observação dos fenômenos clínicos. Para tanto, tive como fundamentação teórica os autores Freud, Winnicott, Fédida, Tustin, Aulagnier, Ogden e Tafuri.

No tópico anterior, retomei os fundamentos de Anzieu, Golse e Desjardins, assumindo-os como base para falar sobre a função do ritmo como expressão e linguagem. No que diz respeito à análise do impacto do sofrimento psíquico no uso da linguagem, quero antecipar que não tratarei de classificar ou de pensar apenas os problemas deficitários que a não-organização do ser e o conflito psíquico acarretam. Ao reconhecer a permeabilidade e a flexibilidade do funcionamento psíquico, abordarei também as formas particulares de linguagem usadas pelos pacientes e mostrarei como isso foi determinante para a realização de

um trabalho que integra as qualidades estéticas (sensoriais, não-verbais) aos aspectos discursivos da linguagem (a fala e o verbal) no *setting* analítico.

3.2.1. A experiência estética, o ritmo e a linguagem: casos clínicos

“Muito mais do que negociar com a lei, é preciso inventar sua própria lei, suas brechas, seus encantos. Pois não há um mundo verdadeiro, um simbólico verdadeiro, uma lei inelutável, uma ordem correta, um interdito absoluto ou inquestionável, uma realidade externa única. O que existe é uma *poiesis*, uma criação de realidades” (ESTELLITA-LINS, 2000, P.88).

Gilberto Safra (2005), em sua tese de livre docência intitulada “A face estética do self”, descreve o caso clínico de um paciente autista que recebeu o nome fictício de *Ricardo*. Safra observou que, de tempos em tempos, o rapaz repetia inúmeras vezes sons peculiares e, em seguida, ria da sonoridade produzida. Ao perceber que *Ricardo* se expressava pela sonoridade de sua voz, Safra passou a ecoar essa melodia. O “devolver-lhe a melodia” transformou-se em um “jogo” e possibilitou o estabelecimento do *objeto subjetivo*.

Segundo Winnicott (1962) o *objeto subjetivo* nasce da experiência de ilusão dando início à existência de um sentido de si mesmo. A *criatividade primária*, a habilidade da criança em criar o mundo, encontra-se sob o domínio da onipotência. Ao mesmo tempo em que a criança está pronta para encontrar o mundo de objetos e idéias, a mãe apresenta o mundo para ela. Assim, a mãe possibilita que a criança realmente encontre o que criou.

A ação de Safra de ecoar a sonoridade produzida por *Ricardo* deu ao paciente a condição de encontrar o “gesto criador”, o suporte para surgimento de uma vida pulsional pessoal. O que levou à passagem de uma situação de funcionamento autístico para uma situação em que *Ricardo* tinha a consciência de si e de seu profundo sofrimento. Quando Safra diz “as coisas banham-se em sentidos e significados outorgados por uma relação de criação pessoal do mundo” (SAFRA, 2005, p. 41), tal idéia relaciona-se intensamente com a

noção de *poiesis*. Safra promoveu o reconhecimento de *Ricardo*, devolveu-lhe o que o paciente trouxe de si mesmo, possibilitando a sua própria existência enquanto ser. Este acontecimento foi vivido pelo paciente como uma *experiência de satisfação* e de caráter estético.

“Trata-se de uma ocorrência que independe do quadro psicopatológico apresentado pelo analisando. O reflexo especular (WINNICOTT, 1967b) fornecido pelo outro abre a possibilidade de o paciente encontrar a si mesmo e, ao mesmo tempo, ao outro. Este fenômeno freqüentemente vem acompanhado pela vivência de encanto, experienciada pelo paciente e também pelo analista” (p. 41).

Quanto à “vivência de encanto”, Safra completa dizendo que ela anuncia o “emolduramento” de aspectos fundamentais do *self* do paciente. O aparecimento desta experiência pode ocorrer por meio da sonoridade, como no caso de *Ricardo*, e outras vezes, pela imagem, pelo texto, pela palavra, pelas funções ou aspectos do *self*. Essa é a experiência estética do encontro humano, seja da mãe com seu bebê ou do analista com o analisando. Ela inaugura a possibilidade da existência do ser frente a um outro.

A expressão “presenças de ser” é tratada por Safra como um campo simbólico de grande sofisticação que articula ser e imagem. É um processo que se inicia com a mãe, sendo ela a primeira “presença-imagem” do bebê, fundamentando sua capacidade de criar imagens sensoriais que dão início a sua possibilidade de ser. Desse modo, o corpo e o mundo da mãe apresentam não só estilo de ser do bebê, mas também o próprio corpo do bebê. Gradativamente, ao longo do processo maturacional e do estabelecimento do *não-eu*, a criança vai alcançando símbolos de *self* no campo cultural.

Essas considerações de Safra foram ao encontro daquilo que observei nos casos clínicos de *Thomas*, *Lino* e *Mônica*. No *Caso Thomas*, a experiência estética ocorreu por meio da realização da *experiência de mutualidade* “in vivo” entre mãe e bebê. Diante das circunstâncias de risco que ambos estavam envolvidos durante a gestação e o nascimento

premature, a intervenção terapêutica funcionou como um catalisador para o encontro entre eles.

No próprio ambiente hospitalar, a intervenção se deu por meio da técnica psicanalítica clássica de escuta e interpretação. As minhas palavras e a possibilidade da mãe de contar sua história para alguém que efetivamente a escute foram o suporte necessário para criação de um ambiente propício e para o estabelecimento de um *ritmo comunicativo* entre mãe-bebê. Assim, a mãe forneceu à criança sua presença viva, um campo simbólico (tal como exposto por Safra), marcando o início de um contínuo intercâmbio entre eles.

Safra (2005) chama esse início de *movimento simbolizante*, o qual permanece ao longo da vida e leva o sujeito a conhecer o mundo e o outro de forma pessoal. Em situações “suficientemente boas”, o *movimento simbolizante* tende a prosseguir no desenvolvimento e faz com que a criança se inscreva no campo cultural. Não tenho conhecimento, no entanto, se assim se deu com *Thomas* e sua mãe.

No caso de *Lino*, as experiências estéticas dos movimentos das mãos ao pintar, das nuances de suas expressões faciais, das trocas de olhares e das produções sonoras propiciaram o encontro terapêutico. Foram esses gestos ritmados, realizados por ele e repetidos por mim que me levaram a constatar a função do ritmo no psiquismo humano. Essa experiência, por um lado, conferiu direção ao trabalho analítico e presentificou o estilo de ser de *Lino*, sua forma de se expressar e de usar a linguagem; por outro, inspirou-me, levando-me a reconhecer a pessoa que estava diante de mim como um ser capaz e criativo. Diferentemente do modo como os outros o consideravam.

Afinal, *Lino* não estava totalmente “alheio” ao que acontecia. Se, fora do *setting* analítico, sua fala era ecológica e caracterizava-se pela repetição fônica de palavras enunciadas por outras pessoas, nas sessões, no entanto, esse tipo de linguagem verbal quase não era usada, ele apresentava um repertório de poucas palavras, estas, porém, eram contextualizadas.

Lino se comunicava sobretudo através de seus gestos e compreendia o que estava ao seu redor. Ao contrário da ecolalia, oriunda do exterior e composta de repetições sem sentido, os gestos eram criados por ele e assumiam um sentido próprio.

Na relação transferencial, o sentido dos gestos ocupa lugar de importância. Eu os imitava e introduzia também outros ritmos oriundos dos meus próprios gestos. Em minha perspectiva, os gestos de *Lino* apresentavam “símbolos de *self*”, eram presenças que foram reconhecidas por um outro e tiveram continuidade. Porém, esta continuidade não era “lisa, mortífera e dessubjetivante” (Golse & Desjardins, 2005, p. 24), pois havia sido marcada por minha presença e ritmo.

De forma semelhante, a experiência estética permeou o tratamento da criança autista. *Mônica* se apresentava por meio do ritmo de seus movimentos e de seus sons. Estas ações preenchiam o *setting* analítico de imagens e de “presenças de ser”. O nome “Mônica”, por exemplo originou-se da imagem de um personagem de Maurício de Sousa da “Turma da Mônica”. É a figura preferida de seus desenhos animados, segundo o relato dos pais. Além das fitas de vídeo e dos DVD’s, *Mônica* tem bonecos, lancheira e bolo de aniversário estampados com esta imagem.

Nas histórias de Maurício de Sousa, Mônica é descrita como uma criança “sabichona”, forte e mandona. Ela traz consigo um coelhinho de pelúcia chamado “Sansão”, tão “enérgico” quanto a dona e usado, sempre que necessário, para conseguir aquilo que Mônica quer. Sob a forma de “cacetadas”, Mônica agride seus amiguinhos Cebolinha e Cascão e defende seus interesses. Agora pergunto: “seria à toa essa analogia entre as duas mônicas?”. No grupo de supervisão, já discutimos, algumas vezes, essa questão e percebemos que as duas têm realmente traços em comum, principalmente, quanto à energia e “impertividade”. As duas são pequenas mas têm presenças absolutamente notáveis. Além disso, ambas carregam sempre um

objeto à mão. Mesmo que este seja um *objeto autístico*, como no caso da criança, não se pode negar que traz segurança e proteção.

Portanto, foram essas “presenças de ser” articuladas ao ritmo sensorial das ações de *Mônica* que deram forma à sua expressão, no lugar de sons soltos e gestos caóticos. O encontro terapêutico com esta criança abriu a oportunidade de criar um *espaço potencial*. Aquilo que, num primeiro momento, era aparentemente uma forma sensorial passou a ser uma concepção da paciente sobre seu próprio ser. O trabalho desenvolvido com *Mônica*, baseando-se nestas formas sensoriais de comunicação, foi gradativamente tomando o caminho da linguagem.

Quanto a isso, Jerusalinsky (1993) diz que a entrada da criança autista na linguagem está condicionada à forma como a intervenção clínica possibilita ao paciente a manutenção de uma relação com a linguagem. Apesar desse autor pertencer a uma vertente psicanalítica diferente daquela que faço maiores referências na dissertação, algumas colocações dele sobre a clínica com a criança autista corroboram com as interlocuções propostas nesse trabalho. Neste sentido, o autor fala que a criança vai entrar na linguagem demandando algo ao analista, que se torna outro primordial por ser o primeiro a quem a criança demanda alguma coisa.

“Se aparece alguém que em lugar de tentar suprimir seus signos repetitivos se identifica com eles, em lugar de forçar a abertura de vias pulsionais enclausuradas toma-se o trabalho de averiguar qual é a via pulsional ainda aberta, se ainda esse alguém se mostra disposto a acompanhar o autista no seu movimento de escape e incessante saída, chegará o momento em que este alguém virá a se tornar, para o autista, absolutamente necessário. É aí que o analista (obviamente, esse alguém), sentado no meio da sala, sem fazer absolutamente nada, talvez nem sequer olhá-lo, na sua distração calculada, provocará que o autista lhe dirigirá uma demanda que não será então de exclusão, senão de uma resposta que terá uma função significativa. Nasce ali o Outro que introduz o autista na posição de dispor de um Outro primordial a quem dirigir a sua demanda” (p. 68).

A citação de Jerusalinsky condensa vários pontos importantes do trabalho analítico com a criança autista, desde a tentativa do analista de se identificar com as repetições (esteriotipias, inclusive), passando pela descoberta da janela pulsional ainda aberta, até o acompanhamento dos movimentos autísticos de escape e saída. Em todas essas passagens, lembrei-me como isso ocorreu com *Mônica*. O “não fazer absolutamente nada” da minha parte, ofereceu o pano de fundo para que as repetições e os ritmos comparecessem nas sessões até que estes gestos fossem assumindo um caráter de demanda. Se, inicialmente, *Mônica* se mostrava em estados de *ensimesmamento* e parecia não demandar nada, com o tempo e em virtude da postura clínica adotada, ela assumiu posição demandante e, às vezes, extremamente tirânica.

Tanto no ambiente analítico quanto na família, *Mônica* tem demonstrado o que quer e “luta” para que sua vontade permaneça. Por exemplo, recordo-me de uma sessão em novembro de 2006, em que *Mônica* chegou com seu pai ao consultório com seu DVD portátil. Ela estava assistindo a um disco “Cocoricó” de músicas infantis. Para levá-la até a sala, seu pai carregava o DVD ligado e dizia que ela iria continuar assistindo lá dentro. Ao chegar, o pai colocou o DVD em cima da mesa, *Mônica* sentou-se na cadeira em frente e continuou assistindo. Eu sentei na cadeira ao seu lado e fiquei. Quando a música acabava, ela pedia para que eu voltasse, entregando-me o controle e balançando minha mão para que eu apertasse o botão. O pai já havia me alertado de que ela gostava de repetir a primeira música. Assim, voltei a música algumas vezes, e sempre, logo após eu repeti-la, *Mônica* pegava o controle de volta e o ficava segurando.

Depois de um tempo, passei a não pegar o controle e não apertar o botão e ver como *Mônica* reagiria. Então, ela começou a resmungar e tentou arranhar minhas mãos. Enquanto isso, eu falei para tentarmos ver as outras músicas e ela, prontamente, disse-me “não!”. Após esta resposta firme e articulada, falei “tudo bem, mas daqui a pouco vou desligar o DVD para

a gente brincar com outras coisas da sala”. Daí, passaram-se uns minutos e desliguei o DVD. Neste instante, ela aceitou bem isso, saiu da cadeira e correu para o divã. No entanto, o tempo restante da sessão, para suportar a interrupção, ou era preciso que ela corresse pela sala e emitisse sons, entrando num estado de agitação motora e de estereotípias, ou era preciso que ela se aproximasse de meu corpo, sentando-se no meu colo, tocando meus braços ou abraçando-me pelas minhas costas.

Quanto ao “não!” de *Mônica*, valem a pena algumas observações. A palavra “não” foi a primeira e única palavra enunciada por ela na sessão. Em muitas situações, o “não” significa uma “negação”. O uso dessa palavra pela criança representa a recusa de algo que ela não queria. Além desse fato, o “não” seria também o evidente sinal que sua demanda fora negada. Ao escutá-la, fiquei impressionada mas não desejava que minha reação a inibisse ou lhe causasse estranhamento. No entanto, logo em seguida da enunciação, *Mônica* teve uma expressão de espanto, como se a palavra tivesse “escapulado” de sua boca. Somente quando a música começou, *Mônica* retomou sua atividade de assistir ao DVD e voltou a sua expressão de atenção e excitação com a música.

Depois esta palavra foi repetida com o pai, quando ele e *Mônica* estavam caminhando na rua perto da casa dos avós, e ele não a levou para lá como ela queria. Como não foi atendida, ela agrediu seu pai com uma mordida. Em outro momento, ainda no fim do ano passado, *Mônica* estava montada no cavalo durante uma sessão de equoterapia e avistou um galo no gramado. A instrutora e psicóloga da equoterapia contou que *Mônica*, espontaneamente, apontou o galo e disse “cocó”. Essa palavra, que representa a sonoridade que o galo e a galinha produzem, é bastante repetida na música que ela insistia em repetir na sessão e em casa.

Após quase dois anos de tratamento, acredito que essas palavras emitidas pela criança são resultado de uma conquista importante. Parece que isso foi possível porque, inicialmente,

seus gestos e produções sonoras foram espontaneamente experimentados e repetidos no *setting* analítico. À medida que eles foram sendo articulados e reconhecidos pela criança como próprios e à medida que Mônica conseguiu falar sobre a sua frustração, a não ser pelas agressões, a emergência da fala se deu.

Para concluir este tópico, recorro novamente às reflexões de Safra (2005) que enfatizam a relevância de se realizar um trabalho que vise a evolução do *self* do paciente e acompanhe tanto as vivências psíquicas que se expressam pela linguagem discursiva, quanto aquelas que emergem por meio de símbolos estéticos. Neste sentido, “a sessão será mais um *espaço de experiência* que um *lugar da cognição*” (p. 30, grifos do autor). No tópico a seguir iremos tratar desse *espaço de experiência* constituído no tratamento analítico de Mônica.

3.2.2. Caso Mônica: a criação de um espaço de experiência ritmado na relação transferencial com a criança autista

É reconhecido o interesse psicanalítico sobre a função do outro (da função materna e do ambiente suficientemente bom) como uma das condições primordiais para a constituição psíquica da criança. Os trabalhos de Winnicott, Tustin, Aulagnier, Fédida, Berlinck e Ogden demonstram como esta questão é importante. Sabe-se que, na ocorrência de uma falha, fracasso ou ruptura na relação precoce entre mãe-bebê, os elementos constitucionais podem ser desviados ou anulados, levando a perturbações no funcionamento psíquico e ocasionando sofrimento.

Entretanto, tais conseqüências não decorrem de uma relação direta e causal entre a qualidade / quantidade dos cuidados oferecidos pela mãe e a maneira como a criança se desenvolve. Atualmente, é sabido que o sofrimento psíquico na criança envolve uma complexidade de fatores genéticos, físicos e ambientais. Dependendo da combinação destes

fatores de risco com os fatores individuais do bebê, há margem para formação de processos defensivos e psicopatológicos.

Em face dessa problemática, os *autismos* encontram-se como uma circunstância extrema e particular de constituição. A compreensão do *autismo* como um modo de constituição altamente sofisticado somente foi possível a partir da íntima aproximação entre a prática clínica com as crianças e as formulações teóricas existentes. Assim, o tratamento psicanalítico com *Mônica* se baseou na construção de um espaço voltado para o encontro terapêutico e para experiência criativa.

A relação transferencial foi o pano de fundo para que eu me deparasse com o ritmo nas ações da criança. O ritmo se configurou, efetivamente, como a “via pulsional ainda aberta” de *Mônica*. Como terapeuta, estava disposta a acompanhar o fluxo de seus movimentos e vocalizações, a partir de uma postura não-interpretativa. Ao seguir essa direção de trabalho, foi possível resgatar as experiências corporais da criança. Tais experiências passaram a ocorrer no encontro do corpo dela com o meu corpo, o que foi mutuamente transformador na relação transferencial.

A *experiência de satisfação* com o contato com o corpo do outro iluminou a cena analítica. No período inicial do tratamento, a *satisfação autística (Lust)* da criança era manifesta durante a realização de movimentos e repetições sonoras. O prazer acompanhava sua agitação motora excessiva e seus vocalises incessantes. Entre o corre-corre e o roda-rodar de um lado para outro da sala, *Mônica* parava e brincava com os objetos em sua boca, tocava-os com sua língua, fazia círculos com sua saliva. Este era o estado de *ensimesmamento prazeroso*, ela encontrava prazer sozinha no seu próprio corpo. Seria, como dito anteriormente, o excesso de *autos* funcionando, onde *Eros* está somente voltado para o corpo da criança autista (FÉDIDA, 1991).

Posteriormente, percebi que nas “pausas” da agitação motora, a criança aproximava-se de mim e me olhava. A minha atitude foi de repetir suas ações, desde imitar seus gestos até ecoar suas sonorizações. A distância entre nós foi se estreitando até que Mônica passou a entrar em contato com o meu corpo. Ela se sentava no meu colo, me cheirava, brincava com meus braços e minhas mãos. No encontro com o corpo do outro, *Mônica* descobriu prazer, acolhimento, continuidade. Havia se instaurado uma relação corporal significativa, marcada pelo ritmo e pelas trocas sonoras e gestuais.

Este momento representou uma passagem importante: do funcionamento de *autos* ao *auto-erotismo* propriamente dito. Algumas partes do meu corpo e as sensações oriundas do contato pele-a-pele foram experimentadas por *Mônica* como objetos auto-eróticos. Pela via transferencial, foi “possível realizar, em ato, a introdução de *Eros* como poder, como pulsão no corpo do paciente, estabelecendo ligações com os objetos” (BERLINCK, 2000, p. 106-107).

Assim, a ligação com objetos fonte de prazer possibilitou à *Mônica* o sentimento de *continuidade* de si com o meio. Ser esse “meio” foi minha “ação específica” em contrapartida com a *experiência de satisfação* da criança em contato e prolongamento com meu corpo. Aulagnier (1986) diz que esta relação de *engendramento*, entre uma zona erógena (órgão sensorial) e um objeto exterior de excitação, tem como pressuposto a *auto-representação* da atividade psíquica. Logo, a entrada em cena do *processo primário* e da *representação fantástica* é consequência do reconhecimento, imposto à psique, da presença de um outro corpo.

Desde então, ao ser tomada por reações repentinas de agonia e terror, *Mônica* pode recorrer ao corpo de alguém. Anteriormente, os diferentes estados de sensação eram chamados de *ensimesmamento*. Atualmente, tais estados de isolamento têm sido pouco frequentes. Tanto nos momentos prazerosos quanto nos momentos sofridos, *Mônica* tem

demandado experiências de contato (corporais, visuais ou sonoras). Portanto, já é possível ver o início do reconhecimento do corpo do outro como uma presença estável e apaziguadora.

Outro ponto de mudança apareceu nos momentos sofridos: eles têm sido acompanhados de situações de descontinuidade no seu meio ambiente, ou de interrupção de suas atividades (brincadeira, assistir televisão). No lugar de movimentos caóticos e imprevisíveis, as reações agressivas ganharam evidência. Em sua vulnerabilidade, *Mônica* resiste violentamente às intrusões no seu senso de *continuidade de ser*. Talvez, sua reação tenha a mesma força do que a intrusão sentida por ela.

É interessante perceber que a oralidade nessa criança é algo em questão. Além da excitação e das satisfações encontradas na zona oral, a mordida é adotada como forma enérgica de obter algum senso de definição física diante de momentos oscilantes de consciência de separação, tal como apontado por Tustin (1986).

De modo complementar, Golse (2004) comenta que a boca encontra-se no centro das problemáticas autistas, com o objetivo de: “evacuar ou retirar a dor psíquica da disjunção prematura boca-bico do seio, de excluir a angústia de separação e finalmente fazer a economia de sua inscrição psíquica” (p. 26). Posteriormente, Golse refere-se ao trabalho de Abraham & Torok (1972) para afirmar que a linguagem só pode advir em função de uma báscula indo da “boca cheia de seio à boca cheia de linguagem” (Apud GOLSE, 2004, p. 27).

Tafari (2003), ao falar sobre o tratamento psicanalítico de uma criança autista – o caso de *Maria* –, analisa que “jogo dos sons” entre a analista-criança permitiu à *Maria* criar novos ritmos e novas tonalidades da voz, passando a vocalizar e, finalmente, a falar as primeiras palavras. O prazer de brincar com a própria voz, a saliva e a língua, observado na *satisfação autística*, “parece ter sido a condição necessária à criação de símbolos” (p. 226). Posteriormente, o prazer demonstrado por ela no “jogo dos sons” surgiu no *setting* analítico acompanhado pelo brincar de esconde-esconde.

Antes da brincadeira de esconde-esconde, *Maria* já havia vivenciado o fator temporal nas sessões, enquanto esperava a analista repetir seus sons. A partir do momento em que a criança começou a se esconder para emitir os sons, a dimensão espacial passou a ser instaurada. Depois que a analista os repetia, ela saía do esconderijo e sorria. Segundo Tafuri, a repetição desta encenação preparava o caminho para a criança suportar a *angústia de separação*.

Esta encenação relatada por Tafuri me lembrou o que Freud (1920) escreveu sobre o jogo do carretel, o famoso “*Fort-da*”. No artigo “Além do princípio de prazer”, a brincadeira das crianças é considerada uma das primeiras atividades psíquicas. Ao observar a brincadeira do neto de um ano e meio, Freud indicou uma diferença temporal e espacial de dentro e fora de si mesmo. A ausência-presença da mãe foi representada a partir do arremessar o carretel para um lugar escondido, emitindo um longo e arrastado “o-o-o-ó” acompanhado por expressão de interesse e satisfação, e também do retorno que se dava quando o menino, por meio de um cordão, puxava o carretel e saudava o seu reaparecimento com um alegre “da”.

“A interpretação do jogo tornou-se então óbvia. Ele se relacionava à grande realização cultural da criança, a renúncia à satisfação pulsional que efetuara ao deixar sua mãe ir embora sem protestar. Compensava-se por isso, por assim dizer, encenando ele próprio o desaparecimento e a volta dos objetos que se encontravam ao seu alcance” (p. 26).

A brincadeira de desaparecimento e retorno constitui uma encenação que substitui a satisfação que a criança teve na presença da mãe. Além de estabelecer um circuito pulsional, a criança torna-se ativa na situação. O cordão, que liga o carretel ao menino, permite trazer de volta o objeto e dar continuidade à brincadeira. Apesar do motivo do jogo estar relacionado a algo desagradável, como a ausência da mãe, a ação de repeti-la o transforma em algo prazeroso. Provavelmente, essa satisfação está intimamente ligada com a produção de linguagem. As produções sonoras acompanham os gestos do menino e substituem a presença

real do objeto (materno ou o próprio carretel). Instaure-se um ritmo e um sentido no jogo do repetir. Isto não exclui o pesar da criança com a perda do objeto, mas abre um espaço para que ela se presentifique no tempo e no espaço.

Como observado, posteriormente, por Freud, o “segundo ato” de seu neto ocorreu durante um longo período de ausência da mãe. A criança encontrava-se de frente a um espelho e repetia a ação de agachar-se no chão e fazer sua imagem desaparecer inteiramente do espelho. No retorno da mãe, a criança a recebeu com as palavras “bebê o-o-ó”. Freud chama atenção para o aspecto de que fazer desaparecer a si próprio implicava prazer ainda maior que aquele experimentado com o carretel.

Assim como o neto de Freud, outras crianças repetem este jogo pulsional, tais como no caso de *Maria* ou de *Mônica*. Assim que entrava no consultório, *Mônica* corria em direção ao divã e se escondia atrás das almofadas. No início essa ação era “estereotipada” e ocorria nos momentos de *ensimesmamento vazio*. Ela não emitia sons, entrava num estado de profundo isolamento e silêncio. Em ocasião seguinte, com o tratamento mais avançado, antes de entrar na sala, *Mônica* estava no colo do pai e, ao me ver, abaixou a cabeça. Ela parecia esconder-se de mim, pois, quando levantou a cabeça novamente, soltou um sorriso de “regozijo”.

Então, entramos na sala e ela imediatamente correu para o divã ficando atrás das duas almofadas. Deu-se o início de uma brincadeira de “esconde-esconde”. Assim, numa entonação alegre, falei “Cadê você? Cadê você, Mônica?” e ela levantava a cabeça, se mostrava, emitia um som de excitação e logo em seguida repetia o movimento de se esconder. Esta brincadeira se repete até hoje também sob outras formas. Às vezes, ela se esconde atrás da cortina ou num cantinho perto do armário. Outras vezes, quando me aproximo dela para procurá-la, ela vem pra o meu colo, me abraça alegremente. Houve outros momentos em que

ela se assustava quando eu chegava perto e falava “achei”. Depois do susto, ela fazia uma expressão “intimidada”, se escondia e levava mais tempo para aparecer novamente.

Winnicott (1951) introduz o termo *fenômenos transicionais* para designar “a área intermediária de experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto” (p. 317). O autor os caracteriza como fenômenos inteiramente associados à criatividade e à capacidade de brincar, constituindo a parte maior da experiência do bebê. É aquilo que move a criança em direção à experimentação.

O conceito *objeto transicional* abre campo para que o processo da criança possa tornar-se capaz de aceitar diferença e similaridade, de tolerar as primeiras noções de *não-eu*. Por intermédio da brincadeira, o fenômeno da ilusão permite alcançar novos níveis de realidade. A experiência de onipotência inicial, sustentada pela mãe até o período de aceitação da realidade, proporciona à criança zona de experimentação e de possibilidades.

Na relação transferencial com *Mônica*, o *espaço de experiência* foi criado a partir do momento em que a criança começou a brincar com seus sons e seus movimentos. Foram experimentados diferentes ritmos, inflexões e intensidades. A criança se sentia poderosa com suas criações; às vezes, chegava a subir na mesa e emitir suas sonorizações euforicamente. O estabelecimento de um *espaço potencial* na cena analítica ocorreu à medida que *Mônica* foi experimentando os limites de seu corpo em contato com o meu corpo e as discontinuidades do ambiente, de minhas repetições sonoras e do espaço-temporal entre as sessões; enfim, da minha “incapacidade” de realizar tudo que ela esperava.

Foram estes os *fenômenos transicionais* responsáveis pelo desenvolvimento da linguagem. Porém, no caso de *Mônica*, é preciso ressaltar que o processo de apropriação da linguagem está apenas despontando. No encontro terapêutico e na experimentação de uma realidade compartilhada, abriu-se lugar no mundo para essa criança. Apesar de todo sofrimento e de toda necessidade de tolerância às frustrações implicadas nesta abertura, tenho

a sensação de que seus olhos estão cada vez mais curiosos e iluminados, seus ouvidos escutam e desfrutam o som da melodia e sua voz está tomando corpo e ganhando entusiasmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Entre duas notas de música existe uma nota,
entre dois fatos existe um fato,
entre dois grãos de areia, por mais juntos que estejam,
existe um intervalo de espaço,
existe um sentir que é entre o sentir
- nos interstícios da matéria primordial
está a linha de mistério e de fogo
que é a respiração do mundo,
e a respiração contínua do mundo
é aquilo que ouvimos
e chamamos de silêncio*

Clarice Lispector

Ao terminar essa dissertação tenho a impressão, ainda mais clara, sobre a dificuldade de colocar em palavras certos momentos primordiais e inapreensíveis da experiência humana. A proposta inicial de “elaboração teórica de prática clínica” me conferiu um desafio inquietante. Foi preciso criar um ritmo integrador entre a atividade de pesquisa e a prática clínica. Procurei observar, intervir e escrever de forma interligada, mas passei por momentos angustiantes de descontinuidade e interrupção.

Tal como disse Aulagnier (1979), constatei a existência de um “movimento pendular” entre fases de entusiasmo com o pensamento teórico e fases “depressivas” reativas aos resultados clínicos, ou vice-versa (p. 16). Nos momentos de corte entre teoria e prática, senti a necessidade constante de encontrar o “ponto-cego” que velava a ligação subterrânea entre aquilo que observei nos encontros terapêuticos e nas minhas reflexões teóricas.

A intenção também era falar sobre esses encontros a partir dos fenômenos observados. Mas, isso não era totalmente possível. Por meio de minhas palavras, eu apenas circulava na borda dos processos psíquicos dos pacientes e tinha consciência de que não conseguia atingir o cerne da questão. De forma complementar, as sensações que eu experimentei ao longo desse trabalho me deram as pistas para seguir o desenrolar dos fenômenos clínicos e a participação do ritmo nesses processos.

Desde o início, era visível que o ritmo estava preservado no corpo dos pacientes. Como se representasse o elo ainda existente entre o sujeito e sua história. Somente com o tempo e com a análise do tratamento psicanalítico de *Mônica*, percebi a instauração do ritmo como “lugar” e como função de “entre”. Entre corpo e linguagem, entre “rodopios e balbucios”, tentei ir a fundo e descobrir qual era essa função.

Para isso, chamei de *ritmo sensorial*, o ritmo que segue o mesmo padrão das sensações relativas aos órgãos sensoriais (cheiro, paladar, olfato, audição, visão) e que está presente num primeiro momento da relação mãe-bebê. De acordo com o que foi exposto, esse ritmo manifesta-se na criança a partir de seus gestos, movimentos e vocalizações (TUSTIN, 1972; WIDNER & TISSOT, 1987; GOLSE & DESJARDINS, 2005).

Em paralelo a isso, destaquei que as experiências de *continuidade do ser*, de *mutualidade e reciprocidade* (WINNICOTT, 1949, 1969; STERN, 1985; LEBOVICI, 1983; BRAZELTON & CRAMER, 1991) entre adulto-criança são de extrema importância nesse primeiro momento e configuram o que eu denominei de *ritmo relacional*. A instauração de um *ritmo relacional* permitiu a marcação (inscrição) da qualidade rítmica das vivências da criança e possibilitou uma organização bastante afinada destas primeiras formas de comunicação.

No momento da apropriação da linguagem e da emergência da palavra, enfatizei que experiências de descontinuidade, de ausência e de dissimetria também eram essenciais no desenvolvimento da criança (CAVALCANTI & ROCHA, 2001; TAFURI, 2003; GOLSE, 2004). Em corroboração com essa idéia, apresentei a apreensão de Desjardins (2006) em que “a palavra é aquela que cria a justa distância com o outro e preserva a identidade de cada um” (p. 1). Essa distância, o espaço do “entre” um e outro, leva à criança ao reconhecimento da alteridade e ao advento de *fenômenos transicionais*.

Essa é a criação do *espaço potencial*. Por meio do brincar, a criança entra em contato com a realidade, tolera as determinações do mundo exterior e suporta a *angústia de separação* de seu objeto de amor. Com o *Caso Mônica*, expus algumas das sinuosidades da travessia sensorial até a emergência das palavras. Apesar de suas vivências de terror e furor frente aos momentos de separação e descontinuidade, foi possível resgatar um *espaço de experiência*, onde o ritmo tinha função especial.

A *ação específica* de ecoar movimentos e sonoridades possibilitou a instauração de um ritmo transferencial, o que deu à pequena paciente a condição de encontrar o “gesto criador” (SAFRA, 2005). Esse acontecimento foi caracterizado como uma *experiência de satisfação*, semelhante àquela descrita por Freud (1895) entre mãe e bebê. De certo modo, a compreensão mútua entre paciente e terapeuta forneceu a base para o desenvolvimento de futuras funções na criança.

De acordo com a descrição do encontro terapêutico vivido com *Mônica* nas duas sessões detalhadas no primeiro capítulo, percebi algo muito significativo na relação transferencial. Na primeira sessão, a paciente manifestou sua agonia frente às interrupções no tratamento, por meio de acessos de raiva e agressividade. Na segunda, estabelecemos uma “harmoniosa comunicação” e compartilhamos um momento singular de aconchego. Após esse momento acolhedor, *Mônica* foi capaz de tolerar minha ausência quando, no final da sessão, comecei a arrumar os brinquedos e meus pensamentos desligaram-se totalmente dela. Logo, tal episódio foi útil para retratar, minimamente, a existência da subjetividade, da atividade psíquica e do estabelecimento de relação com o outro na criança autista.

Essas vivências com *Mônica* me incentivaram a pesquisar sobre o *autismo* e avaliar o impacto da utilização desse conceito na psicanálise. A princípio, não era minha intenção dedicar um capítulo inteiro sobre a temática do *autismo*, já que não pretendia entrar em discussões diagnósticas, nem estabelecer diferenciações entre *neurose*, *psicose* e *autismo* (de

acordo com os casos relatados). Conforme as implicações clínicas e o reconhecimento do *autismo* para além da sintomatologia, vi-me diante da necessidade de embarcar no campo das controvérsias.

Procurei tratar o *autismo* em sua complexidade e valorizar os paradoxos acerca do assunto. Foi importante ultrapassar as polaridades da impossibilidade-possibilidade e do normal-patológico para encontrar a via da constituição psíquica. Ao me basear nas concepções de Winnicott e Fedida, retomei o modelo de *auto-erotismo* na teoria freudiana, abordando a permeabilidade e flexibilidade do funcionamento psíquico.

A formulação teórica de Fedida do “autos funcionando em excesso” no corpo da criança autista remeteu-me à noção freudiana de *satisfação autística* (*Lust*) sobre as sensações que brotam e se satisfazem no próprio corpo. Com isso, dediquei-me à construção metapsicológica freudiana sobre o ritmo como um elemento constituinte da *satisfação autística*. Em Freud (1911) foi visto que a própria possibilidade de afastamento aliada à capacidade do sujeito experienciar sensações no seu próprio corpo – como se estivesse dentro da casca do ovo – fundamenta o acontecer psíquico e a instauração do inconsciente. A qualidade do afastamento na *satisfação autística* é diferente do isolamento profundo presente no quadro psicopatológico do *Autismo Infantil Precoce*.

No *Caso Mônica*, observei que a criança transitava por diferentes estados de sensação. No estado de *ensimesmamento prazeroso*, os momentos de *satisfação autística* eram freqüentes, ritmados com outros estados e assumiam a função de mecanismo de defesa. Apesar de ser um tipo de defesa, a *satisfação autística* representava a capacidade da criança se sentir confiante e protegida. A partir das experiências mútuas e transformadoras do contato corporal ritmado, a *satisfação autística* adquiriu a qualidade de um “envelope psíquico protetor” (ANZIEU, 1985). Formou-se um *espaço de experiência* ritmado, abrigado e não hermeticamente fechado, o que ajudou a criança enfrentar as vivências dolorosas frente às

intrusões e frustrações com o ambiente e introduziu o *Eros* como poder de ligação pulsional e de relação objetal.

A relação transferencial com essa criança cedeu lugar a diversas possibilidades. Um ponto interessante nisso é que encontrei três autores de diferentes perspectivas teóricas que falaram sobre a questão da clínica e da transferência com crianças autistas de forma semelhante.

No que diz respeito à transferência com a criança autista, Berlinck (2000) mencionou a necessidade do psicoterapeuta realizar, em ato, a função materna que permite a passagem da libido para as pulsões de vida e de morte, realizando ligações com os objetos pelos quais a pulsão se transferiu. O autor destacou também que “é reconhecido o desamparo e o isolamento em que o psicoterapeuta é lançado no tratamento com autistas” (p. 107).

Com base no relacionamento precoce mãe-bebê, Winnicott (1966) revelou que “o não fazer absolutamente nada além de estar ao lado dele” estabelece a base para muitas coisas, em termos do desenvolvimento pessoal do bebê. Segundo esse autor, no tratamento de crianças autistas, alguém tem de ser capaz de lhe dar os rudimentos do contato humano, e talvez, neste caso, um cuidado físico que inclui o toque concreto seja mais importante do que a interpretação verbal (p. 192).

Por sua vez, Jerusalinsky (1993) falou que o analista, “sem fazer absolutamente nada, talvez nem sequer olhá-lo, na sua distração calculada”, provocará na criança autista a entrada na linguagem. Para ele, isto seria resultado da passagem de uma posição de “demanda de exclusão” para “demanda de resposta que terá sua função significante”. Assim, o analista ocuparia a função de outro primordial para o sujeito em constituição.

Essa retomada dos autores teve o intuito de chamar atenção à posição específica do terapeuta no tratamento psicanalítico. Em analogia à impotência da mãe frente ao *desamparo inicial* do recém-nascido, o terapeuta encontra-se diante de uma situação de não ter ação, de

impossibilidade, em que a palavra perde seu valor imediato. Estar diante de alguém em desamparo e isolamento é angustiante. Ainda soma-se o fato do terapeuta não ser verdadeiramente a mãe da criança. Foi preciso encontrar um outro lugar de escuta e observação, e ao mesmo tempo, ter em mente a função materna reorganizadora de funções e fonte de erotismo. Reconheço este lugar como paradoxal, mas, como disse Winnicott, é preciso conviver com os paradoxos. Confesso que algumas inquietações e dúvidas se mantêm. E acredito que isto me moverá para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

Enfim, enfatizo que somente a partir da experiência de encontro terapêutico, da supervisão e da análise pessoal que a angústia dessa posição tem sido digerida. Com esta “metabolização”, tornou-se possível compreender melhor os fenômenos, fazer trabalhar a transferência e abrir um novo caminho para o trabalho analítico. Pretendo continuar meu caminho vendo algo de estético, deixando-me permear pelo ritmo, pela sonoridade e pela musicalidade próprios da experiência humana de encontro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D. (1985). *O eu-pele*. Tradução de Zakie Yazigi e Rosaly Mahfuz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- Aulagnier, P. (1975). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Tradução de Maria Clara Pellegrino. Rio de Janeiro: imago, 1979.
- _____ (1979). *O aprendiz e de historiador e o mestre feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante*. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1989.
- _____ (1986). *Uma intérprete em busca de sentido, II*. Tradução de Regina Steffen. São Paulo: Escuta, 1990.
- Berlinck, M. T. (2000). Autismo: paradigma do aparelho psíquico. In: BERLINCK, M. T. (Org). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta. p. 93-109.
- Berquez, G. (1991). O autismo infantil e Kanner. Estudo histórico e conseqüências teóricas. In: LEBOVICI, S. ; MAZET, P. *Autismo e psicoses da criança*. Tradução de Leda Maria Fischer Bernadino. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 20-29.
- Bettelheim, B. (1967). *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- Brazelton, T. B. ; Cramer, B. (1991). *As primeiras relações*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- Camarotti, M. C. (2000). De braços vazios: uma separação precoce. In: Rohenkohl, C. M. F. (org.). *A Clínica com o Bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 49-62.
- Cavalcanti, A. ; Rocha, P. (2001). *Autismo: construções e desconstruções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Celes, L. (2003). Psicanálise e além do mais metapsicologia. In: PACHECO FILHO et al. (Org.). *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica*. Taubaté: Cabral Editora Universitária.p.143-155
- Coelho Junior, N. (2000) Fala, Escuta e Campo Terapêutico em Psicanálise. In: FIGUEIREDO, L.C. e COELHO JUNIOR, N. (2000) *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta. p.61-102.
- Desjardins, V. (2006). *A respeito das crianças que não conseguem encontrar seus interlocutores*. Reflexão sobre o autismo infantil e sobre os precursores corporais e interativos do acesso à linguagem e à comunicação. Texto inédito.
- Dolto, F. (1985). *Seminário de Psicanálise de crianças*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar.
- Estellita-Lins, C. E. (2000). Notas sobre criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura. In: AMARANTE, P. (org), *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Fédida, P. (1991). Auto-erotismo e autismo: condições de eficácia de um paradigma em psicopatologia. In: *Nome, figura, memória. A linguagem na situação psicanalítica*. Tradução de Martha Gambini e Claudia Berliner. São Paulo: Escuta.
- Ferreira, S. S. (2005). Manhês: uma questão de estrutura. In: SALES, L. M. *Para que essa boca tão grande? : questões acerca da oralidade*. Salvador: Ágalma.
- Freud, Sigmund. (1900). A Interpretação dos Sonhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IV e V.
- _____ (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.
- _____ (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.
- _____ (1914). Sobre o narcisismo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.
- _____ (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.
- _____ (1920). Além do princípio de prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVIII.
- _____ (1923). O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX.
- _____ 1933 [1932]. Conferência XXXIV – Explicações, aplicações e orientações. . In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXII.
- _____ 1950 [1895]. Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I.
- Golse, B. (2004). O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um mundo novo (Apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In: ARAGÃO, R. O. (Org). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ ; Desjardins, V. (2005). Corpo, formas, movimentos e ritmo como precursores da emergência da intersubjetividade e da palavra no bebê. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, n.1, p. 14-29.
- Hanns, L.A. (1996). *Dicionário comentado do alemão*. Rio de Janeiro: Imago.

- Jerusalinsky, A. (1993). Psicose e Autismo na infância: uma questão de linguagem. Boletim da APPOA – Associação Psicanalítica de Porto Alegre: *Psicose*, v. 4 , n. 9. p. 62-73.
- Kanner, L. (1943). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In: ROCHA, P. (Org). *Autismos*. São Paulo: Escuta; Recife: Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem, 1997.
- Klein, M. (1958). Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- Laplanche, J. ; Pontalis, J. B. (1982). *Vocabulário da psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Lebovici, S. (1983). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Tradução de Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- _____ ; Duché, D. J. (1991). Os conceitos de autismo e psicose na criança. Visão histórica geral. Reflexões sobre suas relações. In: LEBOVICI, S ; MAZET, P. *Autismo e psicoses da criança*. Tradução de Leda Maria Fischer Bernadino. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mahler, M. (1979). *As psicoses infantis e outros estudos*. Tradução de Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Mezan, R. (1985). *Freud, pensador da cultura*. São Paulo: Brasiliense.
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Northvale: Jason Aronson.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida, SP: Idéias & letras; São Paulo: Unimarco.
- Sousa, E. L. A. de. (2000). (A vida entre parênteses). Correio da APPOA – Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n. 80. p. 13-23.
- Stern, D.N. (1985). *O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Tafuri, M. I. (2003). *Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília. ABRAFIPP.
- Tustin, F. (1972). *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____ (1981). *Estados autísticos em crianças*. Tradução de Joseti Marques Xisto. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- _____ (1986). *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Tradução de Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- _____ (1991). A perpetuação de um erro. *Letra Freudiana*, Rio de Janeiro: Revinter, n. 14, 1995, p. 63-79.

- Widner, C. ; Tissot, R. (1987). *Os modos de comunicação do bebê* – posturas, movimentos, vocalises. Tradução de Doris Sanches Pinheiro e Fernanda Aves Braga. São Paulo: Manole.
- Winnicott, D. W. (1949). A mente e sua relação com o psicossoma. Introdução de Massud M. Khan. Tradução de Davy Bogomoletz. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 332-346.
- _____ (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. Introdução de Massud M. Khan. Tradução de Davy Bogomoletz. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 316-331.
- _____ (1956). A preocupação materna primária. Introdução de Massud M. Khan. Tradução de Davy Bogomoletz. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.
- _____ (1957). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 101-105.
- _____ (1958). A capacidade para estar só. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 31-37.
- _____ (1962). A integração do Ego no desenvolvimento da criança. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médica, 1983, p. 55-61.
- _____ (1966). Autismo. In: *Pensando sobre crianças*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Vernoese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 179-192.
- _____ (1967a). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos do fracasso adaptativo. . In: *Pensando sobre crianças*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Vernoese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 193- 196.
- _____ (1967b). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1971, p. 153-162.
- _____ (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 195-202.
- _____ (1971). *O brincar e a realidade*. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu Vane de Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____ (1978). *The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Tradução de Else Pires Vieira e Rosa de Lima Martins. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

_____ (1987). *Os bebês e suas mães*. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2006.