



Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Brasil

Seincman, Monica

O psicanalista, o autista e o autismo

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. III, núm. 1, 2000, pp. 117-130

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018232008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O psicanalista, o autista e o autismo*

Monica Seincman

A autora procura ampliar a metapsicologia do autismo e sua possibilidade de abordagem clínica. A partir de sua experiência clínica e da inspiração conceitual em vários autores, desenvolve o argumento de que cada tratamento suscita uma transferência. Isto faz com que seja possível que uma determinada metapsicologia acesse a figura do psicanalista que melhor pode traduzir esta experiência e, assim, adotar uma direção de tratamento. Para esta abordagem a autora propõe a discussão de dois conceitos-chave para o tratamento de autismo: “aposta antecipatória” e “partilha do psiquismo”.

Palavras-chave: Aposta antecipatória, partilha do psiquismo, metapsicologia, autismo

* Apresentado no Congresso Internacional sobre Autismo e Psicose Infantis, realizado em São Paulo, de 8 a 10 de agosto de 1997.

A temática deste trabalho surgiu a partir da minha experiência clínica e de discussões no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental a respeito de certas questões como, por exemplo, a de pensar o autismo e sua abordagem clínica.

Kanner foi o primeiro a descrever determinadas crianças dentro da categoria a que denominou autismo. E mais, foi o primeiro a descrevê-lo enquanto patologia da infância, sendo, pois, esperado que sua descrição surja como referencial. É interessante poder observar o uso que é feito de sua descrição nos trabalhos de psicanalistas – apesar de Kanner não o ser – e o tipo de referencial que a sua formulação acaba se tornando. É mais comum a referência a Kanner do que aos desenvolvimentos sobre o autismo no âmbito da própria psicanálise, tais como aqueles realizados, por exemplo, por Margareth Mahler, Donald Meltzer, Frances Tustin e outros. Kanner sempre aparece como referência muito presente e curiosamente, com frequência, cumprindo um papel, inclusive na psicanálise, de parâmetro de diagnóstico. Ora, sendo a descrição de Kanner eminentemente descritiva, o que teria ela a acrescentar à psicanálise?

Tentando especificar um pouco mais a minha questão, perguntaria: a partir de um quadro descritivo, que propicia este enquadramento diagnóstico, o que teríamos a dizer da criança que nos é encaminhada para tratamento e como pode este tratamento se dar? No lugar da palavra criança me ocorre a palavra sujeito, e chego, então, a duas questões que

me parecem pertinentes: como a questão do sujeito pode ser articulada no autismo? e quais são suas conseqüências?

Kanner coloca que o autista, desde o início, desdenha, ignora e exclui o que lhe vem de fora e que esta é uma patologia em que há uma incapacidade da criança em estabelecer, precocemente, relações e reagir normalmente às pessoas e situações. Como característico do autismo teríamos, então, o fechamento e as estereotípias – comportamentos e falas repetitivos sem uma intenção comunicativa.

É comum também ouvirmos falar que o autismo é uma patologia da subjetivação. Será que, a rigor, todas as patologias não diriam respeito à subjetivação? A criança nasce pedaço de carne e torna-se sujeito ou já nasce sujeito? Ao que estamos nos referindo quando falamos em subjetivação, em sujeito?

Para dar conta da minha experiência com pacientes autistas, senti a necessidade de buscar uma ampliação da metapsicologia que me servia de base para os atendimentos. Esta ampliação foi considerada não dentro de um pensamento ou escola específicos, mas justamente procurando evitar esse procedimento, como uma tentativa de conviver com diferentes correntes de pensamento, diferentes formas de enxergar o psiquismo. Para mim isso é importante, assim como o é a ocorrência e a presença do “estranhamento” no âmbito da clínica. A instauração do estranhamento é, a meu ver, algo precioso, o motor que propulsiona o fazer psicanalítico sob uma forma ao mesmo tempo dinâmica e maleável. Ora, o fato de estar usando alguns conceitos metapsicológicos que seguiam uma única linha do pensamento psicanalítico foi me causando a impressão de uma instalação, que se traduzia em uma familiaridade que “automatizava” e, aparentemente, “esclarecia” a situação analítica, e davam-me a sensação de uma forma de pensar a clínica que, justamente, impedia a inquietação do “estranho”.

Se o material trazido por cada paciente é singular, o tratamento desse material também o é e não deveria restringir-se a uma técnica e metapsicologia únicas. Penso que a partir da transferência de cada tratamento, e do que ela suscita, uma determinada metapsicologia acessa a figura do psicanalista que, tendo-a como base, pode melhor traduzir esta experiência e adotar uma direção de tratamento.

Com o paciente autista, isto se agudiza, levando-me a pensar que as hipóteses vão se construindo e se modificando a cada momento, como se constituíssem um edifício cuja construção não seguiria nenhum tipo de projeto preestabelecido. Um projeto que iria se alterando e aperfeiçoando momento a momento, de uma forma mais intensa do que com qualquer outro tipo de paciente.

Isto apareceu muito claramente no tratamento de Lucas, um menino de cinco anos que recebi em análise. Seus pais me procuraram indicados por uma fonoaudióloga que havia desistido de trabalhar com essa criança. Essa profissional, na fala dos pais, após um ano de terapia havia chegado à conclusão de que não seria possível estabelecer contato com seu paciente, que o tratamento não avançava

e que a fala dele continuava tão precária quanto antes, enfim, que ele não respondia. Com uma musculatura completamente flácida, sem nenhum controle de bordas, Lucas babava, permanecendo freqüentemente com a boca entreaberta; não tinha controle de esfíncteres, continuava a usar fraldas e pronunciava apenas duas palavras que, por aproximação, poderiam ser entendidas como papai e mamãe.

A primeira vez que recebo essa criança, quando vou buscá-la na sala de espera e a chamo para entrarmos na sala, ela corre e se agarra à mãe; no segundo convite, ela se agarra a mim, colando, como que em uma tentativa de unificação e solidificação. Ao entrar na sala, vai para um canto, agacha-se e ausenta-se, não mais voltando até o final desse encontro.

O pai fala de uma dívida para com o filho e a esposa, em virtude de uma depressão vivida na época do nascimento deste e que perdurou até que ele completasse um ano. A mãe fala de um menino que além de não responder a nada – fato que, por ser uma mãe rígida e exigente, a exasperava bastante – havia nascido com um defeito físico, tendo de se submeter a várias operações nos dois primeiros anos de vida, trazendo, ainda hoje, seqüelas de sua má-formação física – seus pés nasceram completamente tortos, fazendo com que, apesar das operações, ainda mancasse bastante.

120

Os encontros com Lucas foram marcados pelo vazio. Foram aproximadamente seis meses de silêncio e inação que atravessamos, com ele agachado e, na maior parte do tempo, ausente. As intervenções que eu fazia eram apenas colocações em palavras do meu vivido, enquanto analista, da situação. Por esses momentos de silêncio e ausência se arrastarem por um longo período, sem que nada do que eu fizesse parecesse ter um resultado positivo, havia momentos de grande desânimo. Por outro lado, a mãe começava a trazer informações de que as poucas palavras que Lucas dizia estavam se delineando mais claramente e que novas palavras surgiam e que podia, agora, entender alguns gestos de seu filho. Isto me levou a pensar que mesmo que eu não pudesse dizer claramente o que estava se passando em sessão, algo acontecia e que esse algo se devia à nossa capacidade de podermos estar juntos. Com relação a este “estar junto” é imprescindível pensar em um “estar junto psíquico”.

A partir deste material foi possível pensar em duas formas de abordagens para o tratamento de crianças autistas, às quais denominei “aposta antecipatória” e “partilha do psiquismo”.

A “aposta antecipatória” era um dos meus guias neste trabalho, levando-me a colocar a questão da subjetivação como eixo de seu tratamento. Onde ninguém conseguia ver nada, eu insisti em ver uma criança.

O que levaria um analista a aceitar em tratamento uma criança que é falada como coisa pelos pais e pelos que a rodeiam? O que levaria um analista a sustentar um tratamento com uma criança que se retrai em seu canto, como se nada mais

existisse, continuando a vê-la como criança apesar de todas as dificuldades, momentos de desânimo e pesadez que o tratamento traz?

Winnicott fala da “loucura necessária das mães” e Lacan da “antecipação especular”. São conceitos que se aproximam, mas que não recobrem o que aqui estou nomeando de aposta antecipatória. Estes conceitos têm como origem a situação mãe-bebê e, para dar conta do que acontecia na clínica, eu precisava de algo mais específico, precisava de algo que considerasse a transferência para que esta aposta pudesse ser, eminentemente, uma aposta psicanalítica.

A “aposta antecipatória”, a meu ver, pressupõe que eu veja algo que “ainda não é” como “já sendo”. Resta ainda saber o que, aqui, estou colocando como “ainda não sendo” no paciente. Será que é o oco? Ou será que a presença do não-ser pode ser considerada algo?

É comum ouvir falar que no autismo profundo não há sujeito. Se antecipo, em meu paciente, um sujeito que para muitos não existe, com base em que eu faço esta antecipação? Esta questão tornou-se problemática, pois será que posso ver o que não há, ou será que preciso de algum indício, por mínimo que seja, para que esta aposta possa se dar? E se há algo, não sei se posso pensar apenas em um pedaço de carne, em um não-sujeito. E se há sujeito que sujeito é este? Será que existe um rudimento de sujeito? A fundação do inconsciente determinaria o sujeito, haveria um momento de fundação, ou o inconsciente já estaria lá desde sempre? Para poder prosseguir em minha linha de raciocínio tive de optar pela presença do sujeito, ficando, então, a questão de caracterizar de que sujeito estou falando.

Em uma das sessões logo no início de seu tratamento, Lucas, ao sair de um de seus períodos de ausência, vem em minha direção e encaixa sua cabeça entre minhas pernas, fazendo uma leve pressão. A minha sensação era de que queria entrar em minha barriga e eu, de alguma forma, adotei-o como um filho psicanalítico¹, pensando o percurso que teria de fazer para que se tornasse uma “criança-presente”.

No segundo semestre de seu tratamento, começam surgir coisas novas. Suas aquisições languageiras são trazidas para as sessões, com esse menino me “contando” como havia sido sua vinda para as sessões, vindas que invariavelmente eram penosas e longas, cheias de acidentes de percurso, conforme seu relato (algumas palavras, alguns gestos) que com o tempo iam constituindo uma história. Esse seu relato ia a cada sessão incorporando pequenas novidades, sinalizando as dificuldades que essa criança e sua mãe experimentavam por estarem se dispondo a um trabalho psicanalítico. Lucas nunca deixou de comparecer às suas sessões, presença constante

1. É no mínimo estranho, falar-se em filho psicanalítico. As questões que disto podem derivar são inúmeras e poderiam dar origem a um trabalho específico sobre isto. Como se poderia pensar a questão de filiação dentro de um tratamento psicanalítico. Que filiação seria esta?

que fala de um empenho e disposição para o trabalho, tanto dele quanto de sua mãe que o acompanhava. Em casa, várias vezes falava: “Tia” e fazia o gesto que caracterizava a ida.

Inicia-se também nas sessões uma cena que cria com bonecos, onde pega dois bonecos, um “pai” e uma “mãe”, coloca-os frente a frente e começa a balançá-los, num tique-taque desencontrado. Nestes momentos sua musculatura se distende, completamente relaxada, a saliva começa a escorrer e seu rosto assume uma aparência doentia, como se essa criança fosse portadora de uma debilidade mental. O desenrolar dessa cena era o boneco “pai” colocado sobre o boneco “mãe”, numa reprodução bastante viva da cena primária. A finalização era sempre os olhos fixos na cena, um dedo sobre os lábios e um “xxxuuu”, sussurrado. Às vezes me convidava a segurar um dos bonecos, mas independente de qualquer participação minha a encenação continuava.

Nesse período a mãe me traz uma fala da avó paterna sobre Lucas: “Agora tenho um neto”. Lucas tinha, nesse momento, se tornado muito endiabrado, aprontando, em casa, muitas molecagens.

122

Interrompo, aqui, o relato deste fragmento de caso, pois acredito que nele já esteja clara a questão acerca do sujeito que pretendo desenvolver: seja por meio da “ausência”, seja por meio do que considero como questões sobre a origem e filiação – com a tentativa de entrar em minha barriga ou com a cena primária que cria –, seja por meio do reconhecimento da avó, reconhecimento que foi imediatamente compartilhado pelos pais, de que aquela criança não era mais uma coisa, um animal (descrições utilizadas pelos pais) e sim um “neto”, ou seja, um componente digno desta família.

Durante este momento do tratamento pensei na violência fundamental constitutiva do sujeito proposta por Piera Aulagnier², na questão dos mitos e a constituição do corpo³, mas, fundamentalmente, supunha que o pensamento que balizava a minha direção terapêutica estava em Lacan, com a fase do espelho, a constituição do sujeito, sujeito do enunciado, sujeito da enunciação, sujeito do inconsciente, sujeito desejante.

Assinalei acima que eu “supunha” ser assim, porque algo me incomodava e fazia com que eu me sentisse estranha frente a esta metapsicologia. O enigma com que me deparei era: como explicar estes primeiros seis meses de análise, em que predominavam a “ausência”, o silêncio, já que o paciente apresentava melhoras? Quais

2. P. Aulagnier. *A violência da interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

3. M. Seincman. “Algumas considerações sobre o corpo”, in *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, nº 85, maio-96, São Paulo.

seriam as razões desta melhora? Elas tinham de ser consequência do tratamento. Mas o quê neste tratamento, já que aparentemente nada acontecia nele, sendo os primeiros seis meses o período marcado pelo maior fechamento? Seus ganhos não eram trazidos para as sessões pelo paciente, e sim como um *feedback* familiar, restando, para os encontros, apenas o silêncio e o retraimento.

Foi então que comecei a pensar em um processo de partilha do psiquismo entre paciente e analista. Tendo como ponto de partida o silêncio das sessões, a imobilidade física, o torpor reinante, a pesadez, o enquadre garantia uma elaboração que não passava necessariamente por uma intervenção falada, mas, pura e simplesmente, pelo fato de paciente e analista estarem juntos e pelo fato deste “estar junto” não aniquilar nem um nem outro.

A partir de uma aproximação com a escola inglesa de psicanálise, começando com Klein e aos poucos me estendendo por outros autores, comecei a ter uma dimensão mais precisa do que poderia ser entendido por partilha psíquica. E foi ao me deparar com o trabalho de Thomas Ogden, em *Os sujeitos da psicanálise*⁴, e um texto de Harold Searles, “A vulnerabilidade do esquizofrênico aos processos inconscientes do terapeuta”⁵, que pude delimitar melhor o que chamo de “partilha do psiquismo”.

Thomas Ogden estabelece o conceito de “Terceiro analítico”, que ele descreve como um terceiro sujeito criado na experiência analítica. Ele dá como paradigma a experiência da leitura onde há um leitor e um escritor, mas que além desse leitor e desse escritor, teremos o leitor que o escritor cria ao escrever e que com ele dialoga durante o momento da escrita, assim como o escritor que o leitor cria e que com ele dialoga durante o momento da leitura. A esta entidade criada denomina “terceiro”. No processo analítico dar-se-ia o mesmo: analista e analisando são “criados”.

Quando analista e analisando são criados, produz-se, então, um terceiro sujeito – o “terceiro analítico” – termo médio que sustenta e é sustentado pelo analista e pelo analisando como dois sujeitos separados. A experiência analítica ocorre no vértice do passado e do presente e envolve um “passado” que está sendo recriado (tanto para o analista quanto para o analisando) por meio de uma experiência produzida entre analista e analisando, ou seja, dentro do terceiro analítico.⁶ Há, portanto, a criação de uma entidade no enquadre. Apesar de ser um conceito bastante interessante, será que há a necessidade da criação de um terceiro como depositário dos acontecimentos psíquicos da situação psicanalítica?

4. T. Ogden. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

5. H. Searles, “A vulnerabilidade do esquizofrênico aos processos inconscientes do terapeuta”, in *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, nº 98, jun-97, São Paulo.

6. T. Ogden. Op. cit., pp. 1-5, 72.

Harold Searles⁷, por sua vez, coloca que o terapeuta normalmente tem experiências introjetivas com relação ao paciente. Aponta que, com frequência, com pacientes esquizofrênicos (mas, a seu ver, esta experiência não se restringe a este quadro), teve sentimentos e fantasias que pareciam claramente estranhos à sua experiência usual, sendo experimentados como corpos estranhos em sua consciência. Ele assinala o lado do que chama “terapeuticamente construtivo” de toda essa questão, já que isso parece constituir a essência da sensibilidade empática do terapeuta do que está transpirando no paciente. E vai mais além, assinalando que, em sua opinião, esse processo se dá como se o paciente estivesse tentando contar para o terapeuta o modo como esse o olha ou aquilo que está acontecendo entre eles. Com isto o terapeuta teria, a partir da introjeção temporária em níveis mais profundos da interação terapêutica dos conflitos patogênicos do paciente, a possibilidade de lidar com eles, em um nível intrapsíquico, tanto inconsciente quanto conscientemente, tendo como apoio as capacidades de seu próprio ego relativamente forte. Do mesmo modo, o paciente, ao introjetar, irá se beneficiar desse trabalho intrapsíquico realizado pelo terapeuta. Searles enfatiza a “força” do ego como condição, mas será que é preciso colocar a questão egóica do analista em jogo, ou poderíamos nos restringir ao âmbito do inconsciente?⁸

Para poder preencher um pouco mais o quadro com as contribuições já feitas e disponíveis na psicanálise, gostaria de evocar Winnicott quando fala do espaço transicional. Se Ogden introduz um terceiro, Winnicott faz do espaço transicional o espaço de trocas psíquicas. E trazendo, ainda, mais uma forma de encarar a questão, temos a identificação projetiva que, para Bion, constitui-se em um acontecimento psicológico interpessoal, por meio do qual aquele que projeta exerce pressão no Outro-recipient, para que vivencie e se comporte de forma congruente com a fantasia projetiva onipotente. Bion coloca, então, a capacidade que o bebê desenvolve para vivenciar seus próprios pensamentos e sentimentos pela experiência com a mãe, que experimenta os pensamentos impensáveis e os sentimentos ainda não toleráveis do bebê como seus.⁹ A identificação projetiva torna possível, para o bebê, investigar seus próprios sentimentos numa personalidade forte (também ele fala em personalidade forte) o suficiente para contê-los.¹⁰ Bion propõe, aqui, simultaneamente, a relação de estar-em-um e estar separado, quando a experiência do bebê recebe uma forma da mãe, forma que já foi determinada pelo bebê e, por outro lado, quando a mãe se permite ser habitada pelo bebê, sendo aí criada por ele, ao mesmo tempo

7. H. Searles. Art. cit., pp. 58-59.

8. Harold Searles destaca que a recíproca também é verdadeira e deve ser levada em consideração.

9. T. Ogden. Op. cit., p. 39.

10. W. Bion. “Attacks on linking”, in *Int. J. of Psycho-Anal.*, 40, 1969, p. 314.

em que o cria, forma que depende da experiência que tem de si mesma e do bebê (capacidade de *rêverie*).¹¹ Esta talvez seja a abordagem que mais se aproxime do que, aqui, denomino “partilha do psiquismo”, mas, como aponte anteriormente em relação à “aposta antecipatória”, Bion faz uma construção a partir da relação mãe-bebê e a transpõe para a situação psicanalítica. É importante, a meu ver, uma possibilidade conceitual específica ao enquadre psicanalítico e que considere, fundamentalmente, a transferência. Quando falava anteriormente da capacidade de analista e paciente estarem juntos, e isto representar a possibilidade de tratamento, tenho como pressuposição a existência de dois psiquismos e, por que não, de dois psiquismos em um. Isto que acabo de colocar não significa uma comunidade psíquica, um só, significa um transitar psíquico importante de ser pensado com pacientes autistas.

O último ponto que gostaria de abordar aqui diz respeito à psicopatologia do autismo. Assim como na questão da abordagem do autismo procurei uma metapsicologia que tivesse como base a questão transferencial, também na psicopatologia este percurso deve ser feito. Relembro, aqui, que estou falando a partir do pensamento psicopatológico que a transferência do autismo provoca em mim enquanto analista.

Ogden propõe que consideremos o autismo como sendo um colapso da dialética da subjetividade e intersubjetividade na relação precoce mãe-criança, havendo aí um fracasso da capacidade da díade mãe-criança de criar uma forma fluida de intersubjetividade, na qual haja um equilíbrio entre estar na “mãe como ambiente” e retraimento na auto-sensualidade. Como resultado deste processo temos a criação de uma experiência de não-ser impenetrável e ininterrupto.¹²

Ogden¹³ destaca três contribuições teóricas importantes para o desenvolvimento de uma formulação analítica da subjetividade a partir de Melanie Klein, apesar da atenção desta autora não estar voltada especificamente para esta questão:

1. A concepção dialética de estrutura psíquica e desenvolvimento psicológico subjacente ao seu conceito de “posições”;
2. o descentramento dialético do sujeito no espaço psíquico, e
3. a noção da dialética da intersubjetividade que está implícita no conceito de identificação projetiva.

Segundo Melanie Klein¹⁴, no nascimento já existe um ego suficientemente forte para experimentar ansiedade, usar mecanismos de defesa e formar relações de objeto

11. T. Ogden. Op. cit., p. 41.

12. Idem, pp. 9-10.

13. Idem, p. 29.

14. H. Segal. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 36-50 e 80-94.

primitivas na fantasia (realização alucinatória do desejo) e na realidade. Mas considerar que o ego primitivo tenha estas capacidades não quer dizer que ele as tenha tão desenvolvidas quanto aparece em uma criança aos seis meses, ou em um adulto.

Inicialmente o ego primitivo é amplamente desorganizado, embora, de acordo com toda a tendência do crescimento fisiológico e psicológico, ele possua desde o começo uma tendência à integração, diariamente seu grau de interação é alterado. O ego imaturo do bebê se vê exposto, portanto, ao impacto dos instintos de vida e de morte e da realidade externa que, por sua vez, produz tanto ansiedade – como por exemplo no trauma do nascimento – quanto lhe dá a vida, como o calor, o amor e a alimentação recebidos da mãe. Ao ser confrontado com a ansiedade produzida pelo instinto de morte, o ego o deflete parcialmente, colocando-o para fora, projetando-o e convertendo parte dele em agressividade. O medo original do instinto de morte é transformado, pela projeção, em elemento perseguidor a quem se deve temer. Mas o processo por que passa o instinto de morte também é vivido pelo instinto de vida que, parcialmente dividido e projetado, faz com que seja possível o estabelecimento de uma relação libidinal com o objeto ideal produzido. Bastante sucintamente é isto o que ocorre na posição esquizoparanóide.

126

Ogden coloca que esta posição, que se define como uma organização psicológica que produz um estado de ser a-histórico, relativamente desprovido da experiência de um sujeito interpretativo, mediando entre a sensação do eu e a experiência sensorial vivida, tem como modos de defesa e formas de organização da experiência a clivagem, a idealização, a recusa, a identificação projetiva e o pensamento onipotente, contribuindo para a sensação de imediatez e de intensidade da experiência.

À medida que os processos de divisão, projeção e introjeção ajudam a ordenar suas percepções e emoções, e a separar aquelas que são boas das que são más, o bebê se sente confrontado com um objeto ideal – que ele ama, tenta adquirir e conservar, e com o qual tenta se identificar – e com um objeto mau, no qual projetou seus impulsos agressivos e que é sentido como uma ameaça ao próprio bebê e a seu objeto ideal.

Se as condições de desenvolvimento são favoráveis, o bebê sentirá cada vez mais que seu objeto ideal e seus próprios impulsos libidinais são mais fortes do que o objeto e os impulsos maus. Ele será cada vez mais capaz de se identificar com seu objeto ideal e, em virtude dessa identificação, bem como em virtude do crescimento fisiológico e do desenvolvimento de seu ego, sentirá cada vez mais que este se torna mais forte e mais capaz de se defender e de defender seu objeto ideal. Quando o bebê sentir que seu ego está forte e na posse segura de um objeto ideal forte, ele se sentirá menos temeroso de seus próprios impulsos maus e, portanto, menos impulsionado a projetá-los para fora. Quando diminui a projeção de impulsos

maus, diminui também o poder atribuído ao objeto mau, ao passo que o ego se torna mais forte, em consequência de estar menos empobrecido pela projeção. Aumenta a tolerância do bebê em relação ao instinto de morte dentro de si mesmo e diminuem seus medos paranóides. A divisão e a projeção diminuem e o impulso para a integração do ego e do objeto pode tornar-se gradualmente preponderante.

Há, desde o início, uma tendência para a integração e para a divisão, e durante o desenvolvimento do bebê, mesmo nos primeiros meses, ele experimentará momentos de integração mais ou menos completa. No entanto, quando os processos integradores se tornam mais estáveis e contínuos, é engendrada uma nova fase de desenvolvimento – a posição depressiva.

Melanie Klein define a posição depressiva como a fase do desenvolvimento na qual o bebê reconhece um objeto total e se relaciona com esse objeto.

Ogden coloca que esta posição se caracteriza como uma experiência do sujeito interpretante mediando entre a pessoa e sua própria experiência sensorial vivida. Nesta posição encontramos a presença de uma sensação de *self* historicamente enraizada, contínua no tempo e nas mudanças de estados afetivos e o estabelecimento de relação com outras pessoas, vivenciadas como sujeitos totais e separados, podendo com isto sentir preocupação pelo outro, culpa e desejo de fazer reparações não-mágicas dos danos reais a ele infligidos. Como modos de defesa temos o recalque e a identificação madura, que permitem ao indivíduo suportar uma pressão psicológica ao longo do tempo, sem necessitar do apoio de uma somatização, fragmentação, fantasias e atuações evacuativas para dissipar ou anular o sofrimento psíquico. O modo depressivo gera uma qualidade de experiência rica de significados simbólicos estratificados.

Thomas Ogden introduz então uma terceira posição, à qual denomina posição autista-contígua, uma organização psicológica mais primitiva do que as posições delineadas por Klein. “Ela está associada a um modo de produzir experiência dominado por sensações e caracterizado por impressões proto-simbólicas da experiência sensorial que, em conjunto, ajudam a constituir uma vivência de superfícies delimitadas. O caráter rítmico e as experiências de contigüidade sensorial contribuem para uma sensação elementar de continuidade do ser através do tempo. Tais experiências são produzidas dentro da invisível matriz da mãe-ambiente. As relações com objetos (não vivenciados como tais) ocorrem sob a forma de experiências de formas *auto-sensuais* e *objetos auto-sensuais*¹⁵. Estes usos idiossincráticos, mas

15. O conceito de formas auto-sensuais ou formas autísticas foi desenvolvido por Frances Tustin no artigo “Autistic shapes”, in *International Review of Psycho-Analysis*, 11, 1984; e o conceito de objetos autísticos, no artigo “Autistic objects”, in *International Review of Psycho-Analysis*, 7, 1980.

organizados e organizadores, das experiências sensoriais de suavidade e dureza, são facetas do processo pelo qual a base sensorial de toda a experiência é produzida.”¹⁶

Poder-se-ia pensar, então, para que serviria a introdução de uma terceira nova posição, se temos na literatura psicanalítica relato de casos clínicos com crianças autistas que se submeteram à metapsicologia kleiniana e cujos tratamentos funcionaram. Apesar de alguns autores fazerem uma leitura das posições kleinianas dentro de uma perspectiva desenvolvimentista, para Thomas Ogden, o pensamento kleiniano supõe um sujeito descentrado no tempo e gerado entre organizações psicológicas coexistentes, incluindo aí esta nova terceira posição por ele criada. Estas posições refletem modos diferentes de atribuir significados à experiência. Sendo assim, as posições não correspondem a estágios de maturação, e sim a organizações psíquicas permanentes, cada uma proporcionando às outras um contexto que ao mesmo tempo dialeticamente nega e preserva, gerando psicopatologias com possibilidades de movimento. Se, em Melanie Klein, partimos do pressuposto de um ego já existente, embora incipiente, com a posição autista-contígua, podemos pensar no momento fundador da possibilidade de dentro e fora, de poder conter e expelir, o momento originário da pele-envelope que vai permitir, ao mesmo tempo, a troca e o isolamento, a intrusão e o evitamento. Estas são as condições mínimas para podermos nos lançar nas trilhas da subjetivação.

Um outro efeito interessante destas colocações que Thomas Ogden faz é a questão da relação dialética que se estabelece na visão psicopatológica.

Quando se fala em autismo, deve-se ter em mente que não há um único autismo; temos uma gama de formas psicopatológicas, que vai do autismo profundo até a chamada síndrome de Asperge. Além disso, temos as alterações durante um tratamento, por exemplo, quando o autista acede à fala, repetindo enunciados que lhe são dirigidos, sem nenhum tipo de inversão ou modificação, há alteração da posição. Quando ele pode executar estas inversões, há uma alteração de posição. Catherine Mathelin, em seu livro *Raisins verts, dents agacées*, a respeito de um diagnóstico, diz que uma determinada criança era psicótica porque falava, senão seria considerada autista.¹⁷

Marie-Christine Laznik-Penot fala em seu livro *Rumo à palavra*, de pós-autistas, crianças que são capazes de suportar representações carregadas de desprazer sem ter a necessidade de apelar a mecanismos autísticos de fechamento.¹⁸ O simples fato de podermos considerar um pós-autismo, fato extremamente interessante, e não

16. T. Ogden. Op. cit., p. 32.

17. C. Mathelin. *Raisins verts, dents agacées*. Paris: Denoël, 1994.

18. M.-C. Laznik-Penot. *Rumo à palavra. Três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1997.

podermos considerar uma pós-histeria, uma pós-neurose, já faz toda a diferença e especificidade.

Se pensarmos na “dialética psíquica”, teremos de alterar o que consideramos como patológico e normal. A partir do momento em que podemos pensar nas diversas instâncias psíquicas, nas posições propostas por Klein como estando dentro de uma relação dialética, podemos pensar em uma mobilidade do patológico que daria lugar a infinitas psicopatologias. Esta profusão psicopatológica propicia o estranhamento, trazendo em si necessariamente a singularidade do encontro a cada paciente, e faz com que o analista tenha de estar constantemente revendo a psicopatologia envolvida no processo e reconsiderando seu lugar, a fim de dar continuidade à condução do processo terapêutico. Este quadro traz, como consequência, a impossibilidade de nomeações, dado o caráter mutável das patologias, lançando com uma frequência maior o analista no desconhecido.

Penso que todas as hipóteses aqui levantadas, apesar de aparecerem com maior clareza no tratamento de autistas graves, são extensíveis a todos os tipos de patologias e pacientes.

Resumos

129

La autora busca ampliar la metapsicología del autismo y sus posibilidades de abordaje clínica. A partir de su experiencia clínica y de la inspiración conceptual en varios autores, desarrolla el argumento de que cada tratamiento suscita una transferencia. Eso hace con que sea posible que una determinada metapsicología convoque la figura del psicoanalista que mejor puede traducir esta experiencia y, así, adoptar una dirección de tratamiento. Para esta abordaje la autora propone la discusión de dos conceptos llave para el tratamiento del autismo: “apuesta anticipante” y “partija del psiquismo”.

Palabras llave: Apuesta anticipante, patija del psiquismo, metapsicología, autismo

L’auteur cherche à développer la metapsychologie de l’autisme et sa possibilité d’approche clinique. À partir de son expérience clinique et de l’inspiration conceptuelle de plusieurs lignes de la pensée psychanalytique, elle développe son argument qui affirme que chaque cure suscite un transfert. Cela rend possible qu’une metapsychologie spécifique convoque la figure du psychanalyste qui puisse le meilleur traduire cette expérience et, en conséquence, que la adoption d’une direction de cure soit prise. Pour cette approche du traitement psychanalytique de l’autisme, l’auteur propose la discussion de deux concepts clés: “pari antecipeur” et “partage du psychisme”.

Mots clés: Pari antecipeur, partage du psychisme, metapsichologie, autisme

The author tries to improve the metapsychology of the autism and its clinical approach possibilities. Out of her clinical experience and conceptual source of inspiration based on many psychoanalytical schools, she develops her argument that each treatment triggers a specific transference. This fact allows a definite metapsychology to access the psychoanalyst figure that may better translate this experience and, consequently, give a direction to the treatment. For this approach to the psychoanalytical autism treatment, the author proposes a discussion of two key concepts: the “foretelling bet” and the “psychic sharing”.

Key words: Foretelling bet, psychic sharing, metapsychology, autism.