



Estudos de Psicologia

ISSN: 0103-166X

estudosdepsicologia@puc-  
campinas.edu.br

Pontifícia Universidade Católica de  
Campinas  
Brasil

Fernandes Ferreira da Costa Marques, Carla; Saboya Arruda, Sérgio Luiz  
Autismo infantil e vínculo terapêutico

Estudos de Psicologia, vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2007, pp. 115-124  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Campinas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395336187013>

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

# Autismo infantil e vínculo terapêutico

## *Infantile autism and therapeutic process*

Carla Fernandes Ferreira da Costa **MARQUES**<sup>1</sup>

Sérgio Luiz Saboya **ARRUDA**<sup>1</sup>

### **Resumo**

Objetiva-se descrever e discutir a formação do vínculo terapêutico entre uma criança com diagnóstico de autismo infantil e sua psicoterapeuta. Trata-se de um estudo de caso que utiliza o método clínico-qualitativo, apoiando-se em autores e textos de orientação psicodinâmica. Discute-se e analisa-se o material clínico proveniente da história de vida de uma criança de oito anos de idade, e da psicoterapia lúdica realizada semanalmente, por 16 meses, em um ambulatório público. São comentados alguns aspectos que foram fundamentais para a formação do vínculo, a saber: a configuração do *setting* terapêutico, o processo de discriminação eu/não-eu, o processo de construção da identidade da criança, a função de *holding* materno assumida pela psicóloga. O acolhimento da terapeuta foi fundamental para a psicoterapia e para o desenvolvimento psicológico do paciente, permitindo que a criança estabelecesse e desenvolvesse algum tipo de vínculo afetivo.

**Unitermos:** crianças autistas; psicoterapia da criança; psicoterapia psicodinâmica.

### **Abstract**

*The purpose of this study is to describe and discuss the therapeutic relationship between a child diagnosed with infantile autism and the psychotherapist. This is a case study that used the clinical-qualitative method and supported from psychodynamically-oriented authors and texts. The clinical material obtained from the eight year-old child's life history and the weekly play therapy conducted over a period of 16 months was discussed and analyzed. An analysis was performed about the therapeutic setting, the "I/not I" discrimination process, the identity construction process, the patient-therapist relationship, and the function of maternal holding. The fact that a child with autism could establish and develop a relationship with the psychotherapist was fundamental to psychotherapy and psychological development.*

**Uniterms:** autistic children; child psychotherapy; psychodynamic psychotherapy.

Neste artigo, objetiva-se relatar e discutir os seguintes aspectos clínicos: configuração do *setting*, discriminação eu/não-eu, processo de construção da identidade, e função *holding* assumida pela psicóloga - que foram fundamentais na formação do vínculo terapêutico na psicoterapia de uma criança com diagnóstico de autismo infantil. O paciente tinha oito

anos de idade quando do início da terapia, e foi atendido semanalmente, durante 16 meses, em um ambulatório de um serviço público gratuito.

Trata-se de um atendimento psicológico de alta complexidade, que necessita de profissionais devidamente preparados para trabalhar com todas dificuldades existentes para estabelecer vínculo



<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Caixa Postal 6111, Barão Geraldo, 13081-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.L.S. ARRUDA. E-mail: <saboya@unicamp.br>.

afetivo e terapêutico com crianças com esse diagnóstico.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1993), o autismo é classificado na categoria dos transtornos invasivos do desenvolvimento. O autismo infantil manifesta-se antes da idade de três anos. Caracteriza-se por anormalidades qualitativas nas três áreas seguintes: interação social, comunicação e comportamento, que é restrito e repetitivo (OMS, 1993).

A partir do que será discutido neste artigo, o presente estudo de caso indica que a participação de psicólogos de orientação psicodinâmica pode trazer contribuições para o atendimento de algumas crianças com fenômenos autísticos. Para se indicar psicoterapia lúdica psicodinâmica a esses pacientes, é fundamental que eles sejam e continuem sendo avaliados por equipe multiprofissional que contenha psiquiatra de criança, equipe a quem cabe a indicação para a ludoterapia.

Portanto, a psicoterapia lúdica psicodinâmica não deve ser entendida como um referencial antagônico, mas como um recurso terapêutico complementar, que pode ser agregado ao atendimento psiquiátrico e multiprofissional de determinadas crianças com autismo.

Antes de discutir o caso relatado, é feita uma contextualização sobre a terapia lúdica de crianças com autismo. Em continuação, discorre-se sobre a formação do vínculo e sobre a diferenciação eu/não-eu, temas centrais para este estudo, utilizando-se textos de autores de orientação psicodinâmica e psicanalítica.

## **Psicoterapia lúdica psicodinâmica e autismo**

Em tratados de psiquiatria de criança, atualmente predomina a visão organicista para a gênese e para a explicação dos transtornos invasivos do desenvolvimento, categoria diagnóstica que inclui o autismo infantil (Assumpção Jr, 2003). Como consequência dessa idéia, existem textos em que não há qualquer menção da psicoterapia lúdica psicodinâmica na conduta terapêutica do autismo infantil.

Segundo a “teoria da mente”, a maneira como se sente e se entende a mente dos outros, o autismo seria

decorrente de um comprometimento cognitivo na capacidade de metarrepresentação. Essa capacidade é necessária para a criança atribuir estados mentais a si própria e aos outros, tais como suposições e pensamentos, bem como para predizer aquilo que ela e que o outro desejam. A metarrepresentação é necessária para as habilidades sociais e simbólicas (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Caixeta, & Caixeta, 2005; Grael, 2006).

Autores de orientação organicista afirmam que, com o reconhecimento da base biológica do transtorno autista, veio a percepção de que a psicoterapia psico-dinâmica em crianças de pouca idade não era apropriada. Entretanto eles postulam que a psicoterapia individual, com ou sem medicação, pode ser apropriada para pacientes com autismo de funcionamento superior, que, à medida que ficam mais velhos, podem tornar-se ansiosos ou deprimidos, quando vão se tornando conscientes de suas diferenças e das dificuldades no relacionamento com outras pessoas (Campbell & Shay, 1999).

Apesar de a psicoterapia lúdica psicodinâmica ser atualmente questionada para o tratamento da criança com autismo, há vários autores de orientação psicanalítica que trabalharam terapeuticamente com crianças com fenômenos autísticos, dentre os quais: Alvarez (1994); Laznik-Penot (1997); Lisondo (2001); Mahler (1977, 1983); Mélega (1999); Meltzer (1989); Toledo (2003); Tustin (1975, 1984). Ao relatarem sua experiência profissional, alguns desses autores desenvolveram idéias e formularam teorias que ajudaram a compreender o autismo e o atendimento de crianças com fenômenos autísticos.

Fonseca, Barros e Almeida (2001) defendem que a técnica psicanalítica descrita por Tustin para tratar crianças com “autismo psicogênico” (sem quadro orgânico) pode ser igualmente usada na terapia do autismo com dano cerebral. Heimburger (1998) afirma que em vez de discutir se o déficit é primariamente cognitivo ou emocional, o melhor é trabalhar com um déficit que pode ser tanto emocional como cognitivo.

É importante assinalar que a psicanálise entende o diagnóstico como o estabelecimento de algumas chaves de leitura orientadoras da ação terapêutica, e não como uma afirmação categórica e conclusiva a respeito do autismo infantil (Kupfer, 2003). Diferentemente da psiquiatria, a psicanálise não sustenta seu

diagnóstico clínico em um modelo nosográfico baseado na sintomatologia. Para algumas correntes da psicanálise, o diagnóstico apóia-se na noção de estrutura, com suas leis específicas de funcionamento mental, com mecanismos próprios para se defender do real (Sielski & Cardoso, 2004).

O atendimento de crianças com autismo ocorre a partir da construção de uma relação primordial com o terapeuta. É importante que a criança possa fazer-se ouvir, fazer-se ver, para que, então, possam ser realizadas as construções que deveriam ter acontecido nos primeiros anos de vida (Sielski & Cardoso, 2004).

A terapia de uma criança com autismo se faz ao avesso da cura analítica clássica. O objetivo do analista não é interpretar os fantasmas do inconsciente já constituído, mas permitir o advento do sujeito; de se fazer intérprete, no sentido de tradutor de uma língua estrangeira, do sujeito (Laznik-Penot, 1997).

De acordo com Araújo (2004), a teoria winniciottiana permite a compreensão do autismo como uma questão de imaturidade emocional. De alguma forma, o amadurecimento da criança foi interrompido pela inadequação ou insuficiência do ambiente perante suas necessidades.

Essa compreensão pode evitar que o autismo seja tomado como uma doença nos termos da psiquiatria, como uma entidade nosológica na qual, muitas vezes, retira-se a importância da relação ambiente-indivíduo na constituição do problema. Portanto o atendimento da criança com transtorno autista pode ser auxiliado por técnicas psicodinâmicas. De acordo com o pensamento winniciottiano, qualquer um dos muitos elementos descritivos do autismo pode ser examinado separadamente e pode ser encontrado em muitas crianças que são chamadas de normais e sadias (Araújo, 2004).

### **Formação do vínculo terapêutico e diferenciação eu/não-eu**

Klein (1955/1991b) escreve o seguinte: "descobri que as relações de objeto iniciam-se quase no nascimento e surgem com a primeira experiência de alimentação. Descobri, além disso, que todos os aspectos da vida mental estão intimamente ligados a relações de objeto" (p.167).

Segundo Klein (1952/1991a), os processos primários de projeção e introjeção, por serem inextricavelmente ligados com as emoções e ansiedades do bebê, iniciam as relações de objeto. Pela projeção, isto é, pela deflexão da libido e da agressão em direção ao seio da mãe, fica estabelecida a base para as relações de objeto. Pela introjeção do objeto, em primeiro lugar o seio, as relações com os objetos internos passam a existir.

O uso que Klein faz do termo "relações de objetos" baseia-se na sua asserção de que o bebê, desde o início da vida pós-natal, tem com a mãe uma relação imbuída dos elementos fundamentais de uma relação de objeto, isto é, amor, ódio, fantasias, ansiedades e defesas.

Durante a maior parte do primeiro ano de vida, o bebê ainda não é capaz de diferenciar eu/não-eu, mundo interno/mundo externo. A mãe e o corpo dela são inicialmente considerados pelo bebê como uma parte, uma extensão do seu próprio corpo (Winnicott, 1975).

Uma mãe suficientemente boa pode compreender as necessidades básicas do bebê, adaptando-se de modo gradativo à sua crescente capacidade em lidar com frustrações. À medida que o bebê vai tendo um desenvolvimento das funções perceptivas e da sua capacidade egóica, ele vai podendo distinguir entre fantasia e fato, entre objetos internos e objetos externos, desde o puramente subjetivo até a objetividade (Winnicott, 1975).

Todo ser humano tem uma tendência para a maturação, processo que é facilitado pelos cuidadores do bebê. Os processos de maturação fazem com que "a criança repudie o que é não-EU, vindo a constituir o EU" (Winnicott, 1988).

O vínculo inicial com a mãe (ou com a pessoa que assuma as funções maternas) influencia, basicamente, todos os outros relacionamentos, inclusive com o pai. Esse vínculo fundamenta a capacidade para formar toda ligação profunda e intensa com uma pessoa. Aliás, o pai (ou quem assume as funções paternas) também é importante nesse processo de diferenciação eu/não-eu, ao aparecer como uma terceira pessoa, distinta da mãe.

Ao discutirem as idéias de Bion (1966) sobre aspectos do relacionamento, Grinberg, Sor e Bianchedi (1973) comentam que a palavra vínculo descreve uma

experiência emocional em que duas pessoas ou duas partes de uma mesma pessoa estão relacionadas uma com a outra. Amor, ódio e conhecimento são intrínsecos ao vínculo entre dois objetos, já que uma experiência emocional não pode ser concebida isoladamente de uma relação.

Zimerman (1999) introduz o vínculo do reconhecimento, que sempre está presente nas inter-relações pessoais. O reconhecimento alude a uma necessidade crucial de todo ser humano de sentir-se reconhecido e valorizado pelos demais, e de que ele realmente exista como individualidade.

Segundo Zimerman (1999), cabe ao analista a delicada tarefa de reconhecer e suplementar as eventuais falhas que, desde a infância, o paciente teve em sua ânsia de ser acolhido, contido, compreendido, e em ser reconhecido nas suas manifestações de ilusão onipotente, de amor e de agressividade. Esses aspectos são inerentes aos processos de diferenciação, separação e individuação.

## Método

Para o desenvolvimento deste estudo de caso, utilizou-se o método clínico-qualitativo, apoiando-se em autores e textos de orientação psicodinâmica. Dentre as principais características desse método, citam-se: "a pesquisa é naturalística; tem dados descritivos; a preocupação é com o processo; ... a questão da significação é essencial" (Turato, 2003, p.245).

Portanto é utilizado um modelo de pesquisa que se propõe a lidar com questões de foro íntimo, que normalmente vêm acompanhadas de angústia e ansiedade (Turato, 2003). Em consonância com o método clínico-qualitativo, os aspectos teóricos são discutidos e analisados a partir da clínica e da relação paciente-terapeuta (Calil & Arruda, 2004).

Por estudo de caso, entende-se uma investigação que se detém sobre uma situação específica, supostamente única em muitos aspectos, com o intuito de descobrir o que é essencial e característico no caso estudado (Ponte, 1994). Por referencial psicodinâmico, entende-se trabalhar essencialmente com a noção dos princípios e leis que regem o inconsciente dinâmico: fantasias, angústias e defesas inconscientes (Zimerman, 2001).

No presente estudo é relatado o caso de uma criança do sexo masculino de oito anos de idade com diagnóstico de autismo infantil, atendida semanalmente em psicoterapia lúdica, por 16 meses, em um serviço ambulatorial público de saúde. As sessões duravam 40 minutos e eram supervisionadas sempre que a terapeuta solicitasse.

No processo de psicoterapia lúdica, foram adaptados ao contexto institucional alguns fundamentos da técnica psicanalítica descrita por Klein (1955/1991b) e por Aberastury (1992): ofereceu-se à criança uma caixa com brinquedos e materiais gráficos, que poderiam ser usados livremente durante as sessões. A caixa é individual e constitui, desde o primeiro momento, o símbolo do segredo profissional: o sigilo.

No serviço em que o estudo foi realizado, a psicoterapia lúdica de crianças com diagnóstico de autismo infantil ou com fenômenos autísticos costuma ser voltada, inicialmente, para a construção de um vínculo entre a criança e o psicoterapeuta. Durante a parte inicial e a maior parte do processo psicoterápico, procura-se facilitar o desenvolvimento da parte não autista (Alvarez, 2003). Entretanto, enquanto não forem trabalhados os mecanismos responsáveis pelos fenômenos autísticos, não é efetuada qualquer interpretação das fantasias e angústias inconscientes do paciente. Para Tafuri (2000), assumir uma postura contínente, sem interpretar no início da análise, sem se preocupar com as significações dos atos da criança com autismo, ajuda a criar uma relação terapêutica.

O anteprojeto desta pesquisa foi apresentado a um Comitê de Ética em Pesquisa, e respeita a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O responsável assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o sigilo de identidade.

Dentre os principais aspectos que limitam este estudo, citam-se: a) o fato de as discussões, as análises e as conclusões apresentadas não deverem ser generalizadas por se tratar de um estudo de caso; b) o fato de ser o relato de uma pequena parte da ludoterapia, o que nem sempre permite uma compreensão integral de todos os conteúdos e significados presentes no processo terapêutico; c) as limitações decorrentes de ter sido um atendimento em serviço público, com apenas uma sessão por semana, num período pré-determinado de 16 meses.

## Resultados e Discussão

Os poucos dados sobre a história de Pedro, sobre a queixa e a dinâmica familiar foram obtidos em entrevistas realizadas com a avó materna, que não é boa informante. Portanto não foi possível obter dados fidedignos dos primeiros anos de vida de Pedro. A principal informação é que a mãe o abandonou quando ele tinha quatro anos de idade. Quem alertou a família das dificuldades psiquiátricas da criança foi uma conhecida. A avó não soube dizer quando os sintomas começaram. Conta que, com cinco anos de idade, Pedro balançava o corpo e olhava para as mãos, sempre brincava sozinho, apresentava momentos de agitação e agressividade. "Ele não olha no rosto para falar." O diagnóstico de autismo infantil foi feito por um serviço terciário especializado em psiquiatria de criança, serviço que o encaminhou com a indicação para a ludoterapia.

No início, havia resistência da família para com a psicoterapia. Pedro ou faltava, ou chegava atrasado vinte minutos. No decorrer de 16 meses, foram realizadas 47 sessões semanais. Em todas as sessões, Pedro efetuou grande número de produções gráficas. Como o material clínico e gráfico da psicoterapia foi muito extenso, para este estudo, optou-se por enfocar alguns temas e processos que foram marcantes para a formação do vínculo terapêutico. Inicialmente é discutida a configuração do *setting* terapêutico e, depois, as brincadeiras de discriminação eu/não-eu. Em seguida, são descritos e comentados alguns desenhos, os quais ilustram o processo de formação do vínculo terapêutico, com ênfase no primitivo processo de construção da identidade do paciente, e na sua fantasia de que a psicóloga o acolhesse e o sustentasse.

Às vezes, um desses temas (*setting*, discriminação eu/não-eu, construção da identidade, função *holding* da terapeuta) podia predominar durante uma sessão ou durante períodos do atendimento. Não obstante, durante a terapia, não houve uma seqüência cronológica e linear no aparecimento e no manejo dos temas.

### Configuração do *setting* terapêutico

O atendimento psicológico de uma criança com autismo não é fácil e costuma exigir contínuas super-

visões. O terapeuta terá que aprender a conviver com uma série de comportamentos, atitudes e rituais - alguns muito particulares - que, normalmente, estão ausentes em outras crianças. É importante que o psicólogo respeite esses comportamentos e que possa assegurar um *setting* contínuo, seguro, protetor e acolhedor.

Deve-se procurar manter o horário das sessões, o mesmo consultório, com os móveis da sala mantidos na mesma posição. É importante que a criança possa brincar e desenhar livre e criativamente. O estabelecimento de um *setting* protetor e acolhedor pode representar o primeiro passo para a formação do vínculo terapêutico.

Nas primeiras sessões, quando a terapeuta o chamava, Pedro parecia não ouvir seu nome. A avó alertava, ele levantava-se da cadeira sem receio algum, segurava na mão da terapeuta e deixava-se levar, como se a psicóloga fosse uma extensão sua, não diferenciada dele. Não olhava para ela. Parecia usá-la como uma ferramenta que o conduzia à sala de atendimento.

As brincadeiras pareciam isoladas e eram de pouca duração. Costumava brincar com os animais e com a família, dizendo: "Beija esse, beija. Abraça, abraça". Durante a maior parte da sessão, ficava desenhando e pedia para que a terapeuta fizesse o mesmo: "Desenha cachorro, desenha." A psicóloga tomava parte e desenhava o solicitado.

Após um mês de psicoterapia, quando Pedro pediu para que desenhasse, ela disse: "Não!" Pela primeira vez, ele levantou a cabeça e dirigiu o olhar para a terapeuta. Então ela disse: "Você olhou para mim, Pedro!" Ele sorriu.

Assim começavam a ser rompidas algumas barreiras que dificultavam a comunicação entre Pedro e a psicóloga. Olhar para a terapeuta foi entendido como um canal de comunicação com a terapeuta em relação ao seu mundo autista, permitindo e suportando o olhar dela. Estavam se iniciando o processo de diferenciação entre o eu e o não-eu, o trabalho da individuação e também a vinculação terapeuta-paciente.

Na análise de crianças com autismo, Ahumada e Ahumada (2005) relatam um momento do processo transferencial em que o olhar da criança auxiliou a terapeuta a compreender o que poderia estar acontecendo.

Pozzi (2003) comenta que o olhar era uma fonte de ansiedade, que foi especulado como estando relacionado com o olhar para o rosto e para os olhos da mãe, na sua infância. Essa criança aceitava olhar para a terapeuta, quando ela acertava os nomes e os números de uma brincadeira que faziam.

Deve-se assinalar que a troca de olhares entre Pedro e a psicóloga representou um importante momento na formação do vínculo entre ambos. No entanto isto é algo muito particular e não pode ser generalizado para o atendimento de outras crianças com autismo.

O desabrochar de Pedro e o início da formação do vínculo terapeuta-paciente puderam ser percebidos com o andamento das sessões. O que antes parecia apatia quando chamado para a sessão, tornou-se então um grande interesse e prazer por estar ali.

### **Discriminação eu/não-eu**

A partir da vigésima sessão, a terapeuta iniciou brincadeiras de diferenciação: tocar nos pés, braços e rosto de Pedro; nomear partes de seu corpo. Quando não queria, ele dizia: "Não, sai!" Em outros momentos, perguntava: "Você está de sapato, está?" e encostava o seu pé no da terapeuta. Pedro também adquiriu o costume de deixar cair o lápis no chão e cutucar o pé da psicóloga quando o pegava.

O trabalho de discriminação de partes do corpo vai ao encontro do pensamento de alguns autores que apresentaram estudos de caso sobre autismo. Haag et al. (2005) enfatizam que as crianças com autismo costumam ter sérios problemas no desenvolvimento corporal (físico), resultantes de ansiedades primitivas. Manzotti (2001) estabelece estratégias para o manejo do corpo, da voz, do olhar. Houzel (2004) destaca a importância do trabalho com as fantasias da criança em relação ao corpo da mãe.

Nas últimas sessões, Pedro já nomeava partes do seu próprio rosto e da terapeuta; colocava a mão no rosto dela, como se a estivesse acariciando. Para ela, o paciente parecia um bebê no segundo semestre de vida, que, quando a mãe o pega no colo, ele acaricia seu rosto.

Mahler (1977) refere-se à diferenciação como uma subfase do processo de separação e individuação.

Comportamentos característicos, que tornam possível a demarcação entre o eu e o não-eu, são a exploração visual e tátil do rosto e do corpo da mãe; afastar-se da mãe para examinar o mundo mais amplo e olhar para ela; confrontar a mãe com os outros. A diferenciação de uma imagem corporal parece ocorrer.

A terapeuta passou a brincar com Pedro de bater suas mãos na dele. Ele correspondia, mas logo voltava a desenhar. Para a surpresa da psicóloga, Pedro interrompia o desenho e levantava a mão como se solicitasse para ela bater. Então a brincadeira de baterem as mãos iniciava-se novamente.

Pedro tinha algumas reações próprias, que a terapeuta foi aprendendo aos poucos, à medida que podia conhecê-lo mais, à medida que se desenvolvia o vínculo terapêutico. Quando queria chamar a atenção e se comunicar, ele "tossia", às vezes, ria. Expressava sua raiva, ou xingando a terapeuta ou dizendo: "Bateu na professora!". Algumas vezes, chegava a cuspir na psicóloga e, em seguida, falava: "Quero colo! Volta aqui, volta!"

### **Processo de construção da identidade de Pedro, função *holding* e outros aspectos associados**

Os desenhos de Pedro representavam uma leitura de sua realidade interna, de aspectos de seu mundo interno. As produções gráficas contínuas, presentes em todas as sessões, seriam um sucedâneo do seu brincar.

Nos primeiros meses de terapia, a maioria dos desenhos era centrada em torno de uma figura, que foi entendida como a representar ele próprio. Essa figura costumava apresentar um apêndice (como um guarda-chuva, ou um patinete acoplados ao corpo), uma continuidade dele. Não parecia haver uma ligação entre a(s) figura(s) e outros objetos de um mesmo desenho, mostrando uma fragmentação (Figura 1).

Com essa figura central, tinha-se a impressão de que Pedro se colocava como centro de atenção dos seus desenhos, e da atenção da psicoterapeuta. Era como se, por meio dessa figura, estivesse mostrando a sua pessoa, em um processo primitivo de discriminação da identidade, ainda que fragmentada. Ao tornar-se o centro

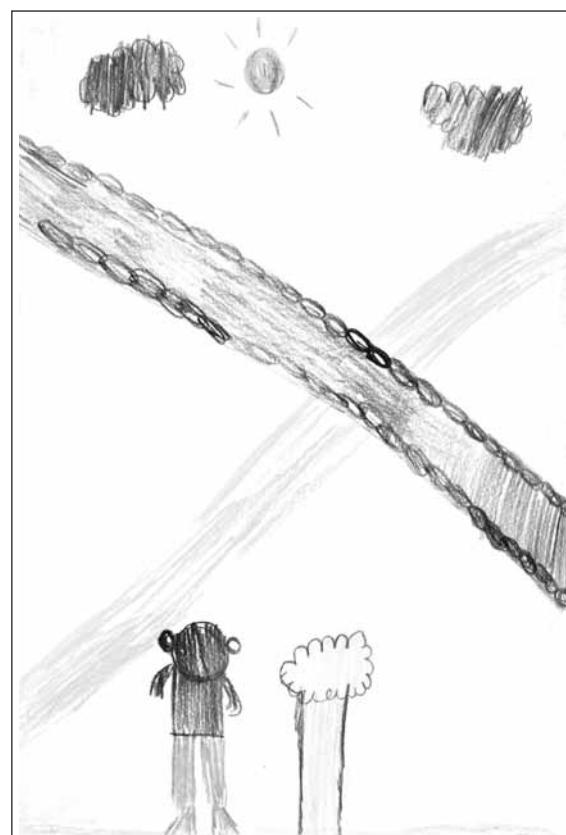
de atenção da terapeuta, ia permitindo a formação do vínculo.

Segundo Sielski e Cardoso (2004), na criança com autismo, não se efetua a construção de uma imagem corporal, a inscrição de significantes e a organização pulsional. Seu corpo fica fragmentado, pois não há nada que o delimita, que marque suas bordas, seu contorno. Assim, não há possibilidade de diferenciação entre seu corpo e o mundo externo. Seincman (2000) valoriza a subjetivação do sujeito como eixo para o tratamento do autismo, ou seja, o analista antecipa, no paciente, um sujeito que para muitos não existe.

Na sexta sessão, a terapeuta dá continuidade ao processo de transpor as dificuldades que existiam na comunicação e no vínculo entre ambos. Em vez de deixar que ele efetuasse os desenhos que quisesse, pediu para Pedro desenhar uma pessoa e uma árvore. Ou seja, solicitou que ele se mostrasse por meio daquilo que pudesse projetar nos desenhos. O paciente desenhou uma pessoa e uma árvore com o mesmo formato e tamanho (Figura 2).



**Figura 1.** Desenho de uma pessoa com guarda-chuva e patinete.



**Figura 2.** Desenho de árvore e pessoa sem detalhes do rosto.



**Figura 3.** Desenho de objetos de casa, quase todos aos pares.

A pessoa desenhada, cujo rosto não tinha olhos, nariz e boca, apenas ouvidos, foi entendida como sendo o próprio Pedro. O paciente se comunicava com a terapeuta mais pelo que dela ouvia do que pelo que ele próprio falava ou enxergava.

Pedro faltou a cinco sessões e, em seguida, a terapeuta ausentou-se por mais três semanas. Quando do reinício da terapia, ele mudou o conteúdo das suas produções gráficas. Os desenhos passaram a ter unicamente coisas (objetos), sem a presença de quaisquer pessoas, o que foi entendido como uma intensificação das defesas devido à interrupção de oito semanas no processo vincular e terapêutico. Desenhava utensílios de casa (chuveiro, mesa, cadeira, entre outros), como se quisesse presentear a terapeuta (Figura 3).

Pedro estava construindo e mobiliando uma casa, como se estivesse reconstruindo o seu espaço terapêutico com a psicóloga. Quase todos os objetos eram aos pares, como se fizesse um para ele e outro para a terapeuta, como se a casa fosse para ambos, com a psicóloga colaborando no processo de reconstrução da sua identidade. Isso foi entendido como associado a uma fantasia de ser acolhido pela terapeuta, acolhimento relacionado com o *holding* materno (sustentação).

Na teoria winniciottiana, é a partir do *holding* materno, ou seja, do olhar integrador, do calor, do cheiro e dos cuidados da mãe, que o bebê tem a possibilidade de sentir-se uno e de constituir-se - por intermédio desse contato - numa linha de continuidade do *self*, base de genuinidade do ser (Winnicott, 1983; Silva, 1997).

Apoiando-se nos comentários de Zimerman (1999) sobre o reconhecimento do outro: no início da vida [no início da psicoterapia], o bebê [paciente Pedro] não tem a consciência de si, não tem consciência da existência do outro, não discrimina o que é "eu" e "não-eu". O outro [o terapeuta] é representado como sendo uma extensão do bebê e que deve estar permanentemente à sua disposição, para prover suas necessidades, para o acolher e o proteger.

Muitos sujeitos permanecem fixados nessa posição sem conseguirem conceber que o outro seja diferente dele. Para o crescimento mental e para o processo ludoterápico, é fundamental que o sujeito desenvolva - com o terapeuta e com as demais pessoas - um tipo de vínculo no qual reconheça que o outro não é um espelho seu, reconheça o outro como alguém diferente dele.

O desenho do varal de camisetas foi entendido como relacionado com a dificuldade de Pedro se mostrar como sujeito: não há pessoas, somente roupas, parece haver uma necessidade de se agarrar em algo. O varal e o pedido de colo representariam o quanto Pedro ainda necessitava do apoio do outro, de *holding* materno, no caso da terapeuta e do vínculo para construir sua história (Figura 4).



**Figura 4.** Desenho do varal com camisetas.

Pedro parecia pedir que a psicóloga o auxiliasse a construir sua história, a nomeá-lo e reconhecê-lo; que o ajudasse a conhecer a verdade acerca de si mesmo, a construir sua identidade, a descobrir qual era o seu papel e lugar em sua família e no processo terapêutico.

## Considerações Finais

Ao se tratar de criança com diagnóstico de autismo infantil, uma grande dificuldade está no

reconhecimento de que há o encontro de dois mundos aparentemente tão distintos: o da terapeuta e o da criança.

Durante o processo psicoterápico do paciente, foram comentados alguns aspectos fundamentais para a formação do vínculo terapêutico: a configuração do *setting* terapêutico e o momento em que o paciente pode trocar olhares com a terapeuta; o processo de discriminação eu/não-eu, por meio de brincadeiras de discriminação das partes do corpo e por meio de produções gráficas; o primitivo e fragmentado processo de construção da identidade da criança; a relação paciente-psicoterapeuta e a função de *holding* materno assumida pela terapeuta. Isso permitiu o reinício, a retomada do processo de construção psíquica do paciente e o estabelecimento e desenvolvimento de um vínculo terapêutico.

A psicoterapia lúdica com crianças com diagnóstico de autismo infantil deve ser voltada, inicialmente, para a construção de um vínculo entre a criança e o psicoterapeuta. No atendimento relatado, foi fundamental que a terapeuta assumisse uma postura protetora e acolhedora, o que contribuiu para a formação do vínculo terapêutico.

Este estudo é um exemplo de um trabalho realizado em uma instituição pública e, apesar da limitação de ser um atendimento semanal, mostra que a inclusão de um psicoterapeuta de orientação psicodinâmica pode auxiliar a todos os profissionais envolvidos no atendimento de crianças com autismo infantil.

Espera-se que o método clínico-qualitativo empregado e que as reflexões levantadas com o relato desse caso clínico possam vir a contribuir para outros atendimentos que envolvam crianças com o diagnóstico de autismo infantil.

## Referências

- Aberastury, A. (1992). *Psicanálise da criança: teoria e técnica* (8a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ahumada, L. C. B., & Ahumada, J. L. (2005). From mimesis to agency: clinical steps in the work of psychic two-ness. *International Journal of Psychoanalysis*, 86 (3), 721-736.
- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Alvarez, A. (2003). A psicanálise com crianças autistas e crianças maltratadas. *Percuso*, 30(1), 101-106. (Entrevista).

Araújo, C. A. S. (2004). A perspectiva winicottiana sobre o autismo no caso de Vitor. *Psychê* (São Paulo), 8 (13), 43-60.

Assumpção Jr, F. B. (2003). Transtornos abrangentes do desenvolvimento. In F. B. Assumpção Jr. & E. Kuczynski (Orgs.), *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência* (pp.265-280). São Paulo: Atheneu.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21 (1), 37-46.

Bion, W. R. (1966). O aprender com a experiência. In W. R. Bion. *Os elementos da psicanálise* (pp.5-117). Rio de Janeiro: Zahar.

Caixeta, M., & Caixeta, L. (2005). *Teoria da mente: aspectos psicológicos, neurológicos, neuropsicológicos e psiquiátricos*. Campinas: Átomo.

Calil, R. C. C., & Arruda, S.L.S. (2004). Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In S. Grubits, & J.A.V. Noriega (Orgs.), *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação* (pp.173-213). São Paulo: Votor.

Campbell, M., & Shay, J. (1999). Transtornos invasivos do desenvolvimento. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Orgs.), *Tratado de psiquiatria* (Vol. 3, 6a.ed., pp. 2477-2494). Porto Alegre: Artmed.

Fonseca, R. J. R. M., Barros, I. G., & Almeida, O. M. P. (2001). Three ways of understanding Ida. *Journal of Child Psychotherapy*, 27 (2), 139-157.

Grael, P. M. (2006). *Traços de personalidade em genitores masculinos com filho portador de autismo*. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Grinberg, L., Sor, D., & Bianchedi, E. T. (1973). *Introdução às idéias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago.

Haag, G., Tordjman, S., Duprat, A., Urwand, S., Jardin, F., Clément, M. C., Cukierman, A., Druon, C., Du Châtellier, A. M., Tricaud, J., & Dumont, A. M. (2005). Psychodynamic assessment of changes in children with autism under psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 86 (2), 335-352.

Heimburger, S. H. D. C. (1998). Abordagem e tratamento das psicoses infantis: controvérsias e convergências. *ALTER Jornal de Estudos Psicodinâmicos*, 17 (2), 113-117.

Houzel, D. (2004). The psychoanalysis of infantile autism. *Journal of Child Psychotherapy*, 30 (2), 225-237.

Klein, M. (1991a). Sobre a observação do comportamento de bebês. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963* (pp.119-148). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1952).

Klein, M. (1991b). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963* (pp. 149-168). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1955).

- Kupfer, M. C. M. (2003). Intervenções no autismo a partir da psicanálise. In *Temas sobre desenvolvimento, II Encontro de desenvolvimento humano em condições especiais*, v. 12, suplemento especial (pp.25-27). São Paulo, SP.
- Laznik-Penot, M. C. (1997). *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Lisondo, A. B. D. (2001). Na simbiose patológica, uma concha autística para dois: na psicanálise, nasce o ser e a linguagem. In R. B. Graña & A. B. S. Piva (Orgs.), *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectiva para um novo século* (pp.165-180). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mahler, M. S. (1977). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Mahler, M. (1983). *As psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Manzotti, M. (2001). Para la lógica de la cura del autismo y la psicosis infantil, el valor de lo imprevisto está en su cálculo. *Psicoanálisis* (Buenos Aires), 23 (3), 641-656.
- Mélega, M. P. (1999). *Pós autismo: uma narrativa psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago.
- Meltzer, D. (1989). *O desenvolvimento kleiniano-II: desenvolvimento clínico de Melanie Klein*. São Paulo: Escuta.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, 3 (1), 3-18.
- Pozzi, M. E. (2003). The use of observation in the psychoanalytic treatment of a 12-year-old boy with Asperger's syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 84 (5), 1333-1349.
- Seincman, M. (2000). O psicanalista, o autista e o autismo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (1), 117-130.
- Sielski, M., & Cardoso, C. G. (2004). Sobre o autismo: o real, a repetição e a transferência. *Psicologia Argumento*, 22 (37), 39-44.
- Silva, M. H. B. (1997). Uma contribuição de D. W. Winnicott para a clínica do autismo: a noção de angústia impensável. In P. S. Rocha (Org.), *Autismos* (pp.91-96). São Paulo: Escuta.
- Tafuri, M. I. (2000). O início do tratamento psicanalítico com crianças autistas: transformação da técnica psicanalítica? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (4), 122-145.
- Toledo, M. H. (2003). *Um certo sorriso: considerações sobre a formação do vínculo com uma menina autista*. Tese de doutorado não-publicada, Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Tustin, F. (1975). *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Tustin, F. (1984). *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1975). *Obrincar a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2001). *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2a. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 16/12/2005  
 Versão final reapresentada em: 26/7/2006  
 Aprovado em: 28/8/2006