

ESCUA E *HOLDING* NO ATENDIMENTO A PAIS DE UMA CRIANÇA AUTISTA¹

Maria Ângela Favero-Nunes

Introdução

O autismo é caracterizado atualmente como um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 – da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000). Os problemas apresentados por pessoas autistas começam na infância e centram-se em três domínios: alterações na qualidade das interações sociais, prejuízo na comunicação verbal e não-verbal e no brincar imaginativo, repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo.

A literatura informa, acerca de dados epidemiológicos, que as taxas de prevalência do autismo variam de aproximadamente 2-3 até 16 casos em cada 10.000 crianças (Wing, 1996). Contudo, essa taxa aumenta para 15-20 em cada 10.000, se incluirmos as crianças com o espectro autista, ou seja, aquelas crianças que mostram características autísticas, no que se refere à tríade de comprometimentos (Bosa, Callias, 2000) anteriormente mencionada. De acordo com estudos anteriores de Wing (1981) e Rutter (1985), a prevalência do autismo é quatro vezes maior em meninos do que em meninas.

A condição peculiar da criança autista, especialmente no que se refere ao aspecto afetivo-emocional, leva-nos a refletir sobre a dinâmica familiar. Tanto os pais quanto as mães são afetados pelas condições da criança (Favero, 2002). A ausência de serviços, em âmbito nacional, que acompanhem pessoas autistas com um atendimento adequado e específico para suas condições deixa os pais em situação de desamparo (Favero, 2005). As famílias tem maior preocupação nos casos em que a criança apresenta manifestações mais severas, com menor independência.

Sabe-se que a criança autista não traz estigmas devido a características físicas que a diferenciem das demais, mas sim pela forma como se comporta, pelos sintomas, por sua dificuldade em se adequar às regras socialmente estabelecidas, em ambientes comuns. Seu

¹ O presente texto foi baseado na Tese de Doutorado da autora intitulada “Consulta terapêutica com pais de crianças autistas: a interface entre a parentalidade e a conjugalidade” defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, no ano de 2010.

modo de se portar é frequentemente classificado como “fora dos padrões”. Percebemos que ampliar o olhar da problemática do autismo para além dos sintomas da criança é imprescindível para um avanço nas pesquisas acerca desse tema. Necessita-se, assim, olhar tanto para os filhos autistas como para os irmãos e seus pais (Martão, 2002). Não se pode negligenciar a preocupação com o paciente, porém, o familiar é peça essencial para conseguir avanços no tratamento da criança.

Olhar psicanalítico para o autismo

A leitura psicanalítica oferece uma maneira peculiar de abordar o sofrimento humano, através de seus fundamentos, em especial, pelo conceito de inconsciente. Melanie Klein (1991[1955]) desenvolveu a técnica do atendimento psicanalítico em ludoterapia, ou seja, o atendimento de crianças instrumentalizado pela atividade do brincar. Descreveu psicanaliticamente o atendimento do paciente Dick (Klein, 1975[1930]), que hoje provavelmente seria diagnosticado como uma criança autista, segundo comentário da psicanalista Frances Tustin (1990[1986]), pois havia uma indiferenciação eu/não-eu, de sorte que o paciente se relacionava com as pessoas como se elas fossem objetos inanimados.

Tustin (1975[1972]) atendeu crianças que ela classificava como casos de autismo psicogênico, quando não havia evidência de alterações neurológicas ou genéticas. Ela compreendeu que o autismo é um desvio precoce desenvolvimental frente a um terror não atenuado, e que pode aparecer em diferentes situações, por exemplo, como uma reação a um dano cerebral ou a um defeito sensorial, ou uma situação traumática percebida como ameaça à vida. Este último é um tipo de autismo que Tustin tratou com algum sucesso, segundo ela mesma. Exemplificou sua teorização com o primeiro caso a que atendeu, John, aos quatro anos, que não tinha um dano cerebral percebido, contudo, que lhe mostrava que sua percepção infantil de separação corporal da mãe ou substituto tinha sido traumática e experimentada como “um buraco negro” (Tustin, 1991, p. 585) associado a elementos de pânico e fúria, pela aparente perda de parte de seu corpo.

Assim, a Psicanálise não sugere que o autismo tenha uma causa linear simplista, nem que seja causado por estratégias defensivas contra um ataque ambiental manifesto. A

tendência atual, tanto para organicistas quanto psicodinamicistas, é de aceitar uma causação múltipla para esse quadro de natureza complexa e interativa, incluindo os fatores psicogênicos (Alvarez, (2006[1992])). O autismo é compreendido como um estado de mente primitivo, de extrema vulnerabilidade, com grave distúrbio na simbolização, o que impede o brincar, uma vez que, devido à indiferenciação, o outro não é percebido como um ser animado, com vida.

Desse modo, o referencial psicanalítico procura demonstrar o que ocorre na formação e funcionamento do aparelho psíquico dos indivíduos. A Psicanálise tem buscado compreender o que se passa nas complexas ligações que essa criança estabelece com aqueles que se ocupam de seus cuidados. Encarrega-se de refletir não apenas em resultados, mas, sobretudo, no que tange aos processos, às construções dos vínculos familiares.

Os pais das crianças com patologias precisam suportar as incertezas do crescimento do filho. Eles frustram-se pela não disposição de aprender, que é aparentemente apresentada pela criança. Nos casos em que existe uma criança autista na família, o desenvolvimento das interações pais-criança pode ser perturbado. Apesar dos sentimentos que a situação pode provocar nos pais, a família pode se queixar de que essa criança é a causa do desequilíbrio familiar, sendo tomada como a única questão problemática no contexto. No estudo de Berenstein (1988) sobre o tema família e doença mental, o autor enfatiza que, num nível familiar, “uma das metades é formada pelo *doente* e adota tal denominação e a outra metade, formada por *sadios*, que adotam efetivamente essa denominação” (p. 87, grifos do autor).

Nesse contexto, Gomes (2003) afirma que não é raro os pais buscarem ajuda para os filhos e muito pouco para eles. Tem-se o doente da família e isso serve de defesa para que os pais não entrem em contato com as próprias patologias (Gomes, 2007). No contexto clínico, por exemplo, pode haver dificuldades de parcerias dos pais com o psicoterapeuta do filho ou com o deles mesmos.

Apesar de a preocupação com o casal parental ser recente, compreendemos que pais e mães mais esclarecidos, com menos dúvidas, sendo ouvidos no seu sofrimento, proporcionam aos seus filhos, autistas e não-autistas, circunstâncias favorecedoras de crescimento e desenvolvimento emocional. Reconhecemos que, quando se investe na saúde

do entorno da criança, ela também acaba sendo ajudada, pois os membros da família se sentem mais preparados e confiantes para lidar com as dificuldades cotidianas.

Objetivos

Este trabalho tem por objetivo principal refletir acerca da utilização da entrevista, ancorada no modelo da consulta terapêutica de Winnicott, como um espaço de *holding* para o casal.

Método

Segue-se, neste estudo, o método qualitativo de pesquisa, de abordagem investigativa clínico-psicológica. Essa metodologia permite conhecer o significado de dado fenômeno para um indivíduo ou coletividade que estejam envolvidos nas diversas situações ligadas ao evento (Turato, 2005). Para fazer face ao material coletado, usamos o quadro de referenciais teóricos da Psicanálise, no debate com a literatura, interessando-nos pelo processo e não simplesmente pelos resultados e pelo produto (Triviños, 1992).

De forma geral, desde que foi concebida, a Psicanálise se depara com os desafios de oferecer atenção psicológica “de forma breve e intensiva no contexto hospitalar e ambulatorial, seja esta atenção individual, grupal ou familiar” (Lescovar, 2008, p. 22). Porém, sabemos que o número de analistas não é suficiente para os casos que necessitam de ajuda. Existe, ainda, o valor das sessões que habitualmente são altos. Por consequência, grande parcela da população brasileira não tem acesso a esse cuidado, sendo que cada vez mais nos deparamos com a demanda de intervenções psicológicas breves. A psicoterapia breve de orientação psicanalítica é uma modalidade de psicoterapia que atende a algumas dessas necessidades institucionais, por exemplo, de tempo limitado e quantidade elevada de pessoas à espera de um atendimento (Gomes, 2007).

Winnicott não experimentou os atuais entraves contemporâneos, contudo, alguns desses empecilhos e outras barreiras foram vivenciados em seu tempo. Esse psicanalista criou as consultas terapêuticas como uma forma de melhor utilizar a entrevista clínica, considerada um eficiente instrumento do psicólogo (Lescovar, 2008). Não se trata de uma técnica nova,

mas fundamentalmente de oferecer um encontro essencialmente humano, em que o psicoterapeuta se coloca em tempo, espaço e disponibilidade pessoal (e mental) ao próprio movimento de busca de auxílio do paciente.

Participantes

A pesquisadora entrou em contato com uma instituição especializada no atendimento de crianças e adolescentes autistas, administrada por pais desses usuários, onde foi possível realizar a coleta de dados.

Instrumento

Nessa entrevista não-dirigida, baseada no modelo da consulta terapêutica, havia apenas a proposição de que os casais falassem a respeito da relação de ambos com a criança autista e a relação conjugal. Assim, não foi apenas a pesquisadora quem direcionou a entrevista. O casal movimentou o dispositivo de pesquisa e inseriu elementos que fizeram cada encontro tomar determinada direção. Portanto, o espaço aberto não-dirigido da entrevista foi preenchido pela narrativa de ambos os membros do casal, adicionadas aos questionamentos da pesquisadora referentes ao tema pesquisado, o que culminou com a construção das narrativas.

No que diz respeito ao procedimento das consultas terapêuticas, sabemos que essa modalidade foi desenvolvida por Winnicott (1984[1971]), na busca de usar o espaço terapêutico “da forma mais produtiva e obter os melhores resultados terapêuticos possíveis” (Outeiral, 2005, p. 8), no atendimento de crianças e adolescentes. Segundo Winnicott (1984[1971]), no procedimento de consultas terapêuticas, indica-se a realização de até três sessões, uma vez que a continuidade das entrevistas ocasiona os problemas de transferência e resistência, fazendo com que o tratamento deva prosseguir pelas linhas psicanalíticas normais. Sendo assim, adotamos essa indicação de até três encontros, porém, considerando-se também a avaliação em conjunto da pesquisadora e do próprio casal sobre a necessidade de mais consultas.

Resultados e discussão

No encontro com cada casal é que se produziu a demanda dos pais. A pesquisadora almejou engajar-se com disponibilidade mental, emocional e empatia. Seu caminho foi acompanhar os pensamentos e as narrativas dos pais e mostrar sua compreensão pelos conflitos vivenciados. Na releitura do material coletado, utilizamos os elementos não-verbais e a atitude contratransferencial, para a conscientização do que foi sentido no momento de cada entrevista, tomando-os como elemento de análise.

Buscou-se oferecer um espaço de *holding* às angústias dos casais, para que eles pudessem se dar conta do sofrimento vivido. Esse enfoque foi possibilitado pelo modelo da consulta terapêutica, que visa a recolocar o paciente em seu contínuo devir, o que define a própria condição humana. Sabemos que, algumas vezes, a família não consegue ajudar um de seus membros que está fragilizado, porque determinadas situações não puderam encontrar significação ao longo das gerações (Lescovar, 2008). Nesse sentido, o clínico, apoiado na técnica psicanalítica, pode encontrar um campo de intervenção que possibilita que esse devir humano seja retomado “entre o grupo e do ponto de vista do indivíduo” (p. 24).

A confiança estabelecida com o clínico que trabalha com a consulta terapêutica busca despertar a esperança dos envolvidos, peça chave para um caminho de saúde. Em nosso caso, esse é um ponto fundamental, pois percebemos, ao longo das entrevistas, o desânimo vivenciado pelo casal que luta para encontrar sinais de que estão tomando atitudes adequadas na melhora do filho. Em muitos momentos, os pais solicitavam opiniões da pesquisadora, respostas diante de suas inseguranças, reasseguramentos acerca da maneira como vinham cuidando de seu filho, e buscavam ser acolhidos em suas dores.

Com o casal 1 foi possível a realização de três encontros, o que começou a mobilizar os conteúdos inconscientes mais profundos relacionados tanto ao cuidado com a criança quanto à dinâmica conjugal. O pai, que muitas vezes parecia sem vigor enquanto figura de autoridade, fragilizado diante da condição da criança e também da figura forte e crítica da esposa, expressou sentimentos, no espaço da entrevista, os quais não tinham sido possíveis exprimir, na relação de ambos: *às vezes, eu evito de tirar ele de perto dela, porque ele não gosta... aí ele começa a bater a cabeça no chão... às vezes, ele bate... e se bate*. Com isso,

surgiu também um espaço para a emergência do não-dito no casal, que pode ser fundamental para favorecer reflexões sobre as situações vivenciadas, aliviar as angústias de cada um, clarificando para o outro e para si mesmo o que se sente, e fortalecer os papéis desempenhados por cada membro, na dinâmica familiar.

Com o casal 2, emergiram as ansiedades persecutórias que a pesquisadora buscou não sustentar. Muitas preocupações foram relatadas especialmente concernentes à escola regular, onde a criança passava por um processo de inclusão. Ao mesmo tempo em que o pai salientava as qualidades do menino, a inteligência, a mãe desejava que o filho saísse dessa escola para frequentar apenas a instituição especializada. Consideramos que a preocupação da mãe era legítima, provavelmente o menino teria menos habilidades para se defender do perigo, se precisasse. Contudo, pode ocorrer que, afastando-o da escola, ele se exclua ainda mais de uma inserção social. Além disso, essa família tinha vivenciado um evento traumático, com a morte de um filho anterior à criança autista. Ao final, o pai perguntou se sua esposa poderia estar deprimida tanto tempo depois da morte daquele filho, demandando um aconselhamento da pesquisadora. As questões associadas ao vazio deixado por esse filho falecido ainda estavam reprimidas, interferindo nos cuidados com o filho autista, por exemplo, culminando com a proteção excessiva da mãe e pelas críticas do pai à conduta da esposa. A consulta oportunizou que ambos entrassem em uma conversa que parecia não ocorrer na residência. O casal pôde ser acolhido na entrevista, sem ser julgado pelos eventos do passado, pelos quais seus membros se puniam. O pai sentiu confiança para expor um sofrimento tão intenso, vivido pela família no passado. Amparado pela pesquisadora, ele usou aquele tempo para chamar a atenção da mãe para o que ela poderia não estar percebendo, ou seja, os sintomas depressivos que voltavam depois de um tempo silenciados.

No que se refere ao casal 3, a chegada para a primeira entrevista já denunciava a confusão de papéis na família. Entendemos a queixa manifesta de que não havia quem ficasse com a criança, no dia da entrevista, e, por esse motivo, ela estava presente naquele momento. No entanto, não devemos deixar de olhar os aspectos inconscientes dessa situação, como certa resistência dos pais a falarem sobre a relação conjugal, que se apresentava interrompida pelas demandas do filho, além da dificuldade de separação parentalidade/conjugalidade. Na

segunda entrevista, tornou-se possível a separação concreta da criança naquele momento e o distanciamento necessário para se conseguir pensar. Falaram sobre os sintomas do filho e as dificuldades cotidianas com uma criança agitada e que quebra objetos constantemente. Sentiam-se impedidos de viver outras relações que não aquela com a criança. Trata-se de um menino que mobiliza muitas ansiedades no casal e a complexidade da situação não deixava espaço para a relação homem/mulher. Posteriormente, a pesquisadora foi informada pela instituição de que os pais procuraram atendimento psicoterapêutico para o filho, o que certamente aliviaria a culpa intensa que sentiam, pela condição da criança, além de favorecer a reorganização dos papéis familiares e a atenção para o lugar que cada um ocupava, na dinâmica familiar.

O casal 4 demonstrava intensa ansiedade, no momento da entrevista. Contaram sobre acontecimentos que precederam a gravidez da filha autista, mostrando que se questionavam sobre o que teria provocado as deficiências e o autismo. A mãe relatou alguns acontecimentos vivenciados por ela durante a gravidez, dizendo que nada daquilo tinha colaborado para a situação da criança, negando sentimentos de culpa reprimidos. Ambos relataram a história da família ligada às questões de trabalho, mudança para lugares distantes da família de origem, a fim de buscar *uma vida melhor*. A mãe aludiu aos sintomas da filha e como isso a angustiava, como ela a percebia desvitalizada. Porém, tentou enfatizar para o marido as qualidades da menina, quando estabeleceu uma comparação com outras crianças da instituição. Salientaram diferença no cuidado das filhas, em que a não-autista precisa compreender que a outra *precisa de mais cuidados*.

O encontro com o casal 5 se deu permeado pela ansiedade e agitação do pai, e um semblante triste e desanimado da mãe. Naquele momento, emergiram dúvidas dos pais relacionadas ao diagnóstico da criança, bem como à medicação prescrita pelo psiquiatra da instituição. Se esse era o tema que os angustiava no momento, a escuta se direcionaria a ele. Afinal, o espaço estava aberto para as associações. Contudo, a queixa manifesta contra o remédio desvelou o inconformismo diante da condição da criança, uma rejeição ao diagnóstico notificado. Os pais, principalmente a mãe, sentiam-se indagados com relação à educação que providenciavam à filha. Tal questionamento vinha tanto por parte de

profissionais e educadores quanto pelos familiares e amigos, o que poderia provocar um afastamento da vida social. Concomitantemente, a mãe se enfurecia com tais questões, mas parecia também se interrogar se ela mesma poderia ter prejudicado a própria filha. A pesquisadora foi uma facilitadora dessa comunicação, deixando que ressoasse em sua mente as escolhas mostradas pelo casal, evitando emitir opiniões e estando presente com esses pais nas suas incertezas, na aflição do pai e nas inúmeras dúvidas da mãe, reconhecendo que algumas perguntas ainda não podiam ser respondidas. A entrevista parece ter funcionado como um momento de catarse, especialmente para a mãe, que evocou, reviveu e descarregou afetos ligados a situações recentemente vivenciadas ao autismo, o que não deixou espaço para o conjugal.

O *holding* possibilita o sentimento de continuidade do ser, devido à sustentação oferecida pelo ambiente. Esperava-se que, através do *holding* oferecido, o casal pudesse começar a se deparar com as próprias dúvidas, com a demanda construída nesse encontro e, talvez, entrar em um movimento de criação. A hipótese inicial era de que esse espaço pudesse acolher o casal e oferecer possibilidades para compreensão de conflitos, o que consideramos ter ocorrido. Chegamos a considerar que a entrevista permitiu refletir sobre algumas mudanças necessárias: houve troca de informações entre os membros do casal, que funcionou como um espaço de comunicação das angústias ou conflitos oriundos da condição do filho, sendo que os casais 1 e 3, pelas associações trazidas, mostraram-se mais ativos no sentido de reconhecer as próprias angústias do que os casais 2, 4 e 5.

Pensamos que a entrevista atendeu tanto ao propósito de investigação sobre o que a condição da criança gera no casal, quanto a servir de ambiente acolhedor para outros temas emergirem. Apesar de termos conservado certa homogeneidade, em nossa amostra, notamos que cada casal tem sua singularidade. A intimidade de cada sujeito se manifesta de formas particulares, na escolha dos parceiros, na constituição dos casais. Observamos esse fator dentro de uma situação específica de sofrimento familiar com o filho.

Conclusão

A metodologia da entrevista clínica, baseada no modelo da consulta terapêutica, permitiu conhecer mais pormenorizadamente os conflitos vivenciados pelos casais parentais. Mediante a aproximação de temas complexos, como os mencionados, a escolha pelo embasamento na “consulta terapêutica” se mostrou adequada, pela continência que encerra, pela criatividade e liberdade intrínsecas, permitindo aos casais aproveitarem, de acordo com seus ritmos e não por um enquadre imposto de forma rígida. A pesquisadora-clínica assumiu uma função ativa, dando espaço para o discurso de ambos os membros do casal, buscando evitar que as narrativas permanecessem polarizadas em um só sujeito. A participação dos casais nas entrevistas, tomando seu aspecto terapêutico, liberou um movimento disparador de conflitos adormecidos, mas presentes, com a possibilidade de modificações nas maneiras de lidar com os desafios existentes no funcionamento familiar. De acordo com essa abordagem, percebemos que, ante uma escuta, os casais utilizaram a entrevista como um lugar de fala e conscientização.

Referências

Alvarez, A. (1992-2006). *Live Company: psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Berenstein, I. (1988). A família e o doente mental. Uma organização cindida. In _____. *Família e doente mental*. (A. Friedman, Trad.). (pp. 71-115). São Paulo: Escuta.

Bosa, C., Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia reflexão e crítica*, 13, 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2009.

Favero, M. A. B. (2002). *Autismo infantil e estresse familiar: um levantamento bibliográfico mediante uma revisão sistemática da literatura*. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

Favero, M. A. B. (2005). *Trajetória e sobrecarga emocional da família de crianças autistas: relatos maternos*. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

Gomes, I. C. (2003). A avaliação psicológica infantil denunciando os conflitos do casal parental. *PSIKHÊ*, São Paulo, 8, 2, 1-67.

Gomes, I. C. (2007). *Uma clínica específica com casais: contribuições teóricas e técnicas*. São Paulo: Escuta/FAPESP.

Klein, M. (1930-1975). *Amor, ódio e reparação: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1955-1991). A técnica psicanalítica através do brinquedo: sua história e seu significado. In _____. *Inveja e gratidão*. (pp. 25-48). Rio de Janeiro: Imago.

Lescovar, G. Z. (2008). As consultas terapêuticas como possibilidade intensiva em saúde mental. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16, 1, 21-26.

Martão, M. I. S. (2002). *Filhos autistas e seus pais: um estudo compreensivo*. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo - Instituto de Psicologia, São Paulo.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2000). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Outeiral, J. D. W. (2005). Winnicott: o homem e a obra. *Revista Viver: mente e cérebro. Scientific American*, São Paulo, 5, 6-15.

Rutter, M. (1985). Infantile autism. In: D. Shaffer, A. Erhardt, L. Greenhill. *A clinician's guide to child psychiatry*. (pp. p. 48-78). New York: Free-Press.

Triviños, A. N. S. (1992). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas.

Turato, E. R. (2005). Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de saúde pública*, 39, 3, 507-514.

Tustin, F. (1972-1975). *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago.

Tustin, F. (1990-1986). *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tustin, F. (1991). Revised understandings of psychogenic autism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72, 585-591.

Wing, L. (1981). Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 31-41.

Wing, L. (1996). *The autistic spectrum: a guide for parents and professionals*. London: Constable.

Winnicott, D. W. (1971-1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. (J. M. X. Cunha, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.