



RELATO DE CASO

**O terapeuta iniciante em busca de sentido: sobre a
dificuldade em conectar-se com os estados
primitivos da mente**

Rafael Cavalheiro^a

^a Graduando em Psicologia na UFRGS – Porto Alegre, RS, Brasil.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Resumo

O objetivo do trabalho é refletir sobre as primeiras experiências práticas do terapeuta e de seu contato com um paciente que apresenta funcionamento autístico acentuado, em um contexto de ambientoterapia. O autor tece reflexões sobre sentimentos contratransferenciais de desamparo e insignificância, relacionando-os com a estrutura defensiva do paciente, bem como sua dificuldade em conectar-se com estados tão primitivos da mente. Utilizando algumas das contribuições de Bion ao pensamento psicanalítico, tenta localizar onde esses fenômenos estariam situados em relação à experiência emocional que os vincula. Por fim, destaca que compreende os fenômenos autísticos como uma manobra psíquica protetora contra sentimentos de não existência.

Palavras-chave: Contratransferência (Psicologia); Processos psicoterapêuticos; Transtorno autístico.

Abstract

The aim of this paper is to reflect on the first practical experience of the therapist and his contact with a patient who presents an accentuated autistic functioning, in a context of environment-psychotherapy. The author weaves reflections on countertransfereential feelings of helplessness and insignificance, relating them to the defensive structure of the patient as well as about the difficulty in connecting with such primitive mental states. Using some of Bion's contributions to the psychoanalytical thought, tries to locate where these phenomena would be located in relation to the emotional experience that binds. Finally, it's highlighted that the autistic phenomena is a protective psychic maneuver against feelings of nonexistence.

Keywords: Countertransference (Psychology); Psychotherapeutic Processes; Autistic Disorder.

Conhecendo a ambientoterapia e conhecendo Ricardo

A ambientoterapia, da instituição onde o trabalho foi realizado, é uma modalidade de tratamento em grupo, embasada no referencial psicanalítico, que dispõe de um *setting* adaptado em um ambiente cuja estrutura e rotinas preestabelecidas almejam estimular o desenvolvimento, a tolerância à frustração e a socialização. Os pacientes são agrupados de acordo com critérios diagnósticos e desenvolvimentais, estruturando grupos conforme a faixa etária e o nível de funcionamento mental. Durante o período de atendimento são propostas atividades variadas que visam, além da interação, o atendimento de necessidades individualizadas.

Nesse contexto conheço Ricardo, 7 anos, um menino muito franzino com feições extremamente simpáticas. Ele já estava frequentando a ambientoterapia há seis meses antes da minha entrada. A indicação para essa modalidade de atendimento se deu na medida em que a equipe avaliou que o atendimento individual estava sendo insuficiente, pois uma das maiores queixas (dos pais e da escola) era que o paciente apresentava muita dificuldade em interagir com as demais crianças. Na escola relaciona-se pouco com os colegas, tendo uma ligação maior com a professora, repetiu o primeiro ano e mesmo refazendo-o não acompanha o ritmo dos demais. Sendo assim, o paciente passou por uma avaliação na instituição e foi encaminhado para esse serviço. Antes do início de qualquer intervenção na instituição (de onde foi retirado o material clínico), os responsáveis assinam um termo consentindo que os dados dos pacientes possam ser utilizados para fins de pesquisa.

Meu contato com Ricardo acontece no primeiro dia junto aos pacientes. Fazemos um círculo para que a nova equipe de terapeutas seja apresentada e, aleatoriamente, sento-me ao seu lado. Nessa ocasião, foi realizada uma atividade lúdica, onde pacientes e terapeutas sentavam-se ao chão compondo uma roda, os pacientes passavam uma bola para algum dos terapeutas, conforme quisessem, e em seguida deveriam fazer uma pergunta, mecanismo que era repetido com os terapeutas. Ricardo passa a bola duas

vezes para mim, porém não consegue elaborar as perguntas sozinho, nem respondê-las, precisando ser ajudado por uma terapeuta mais antiga. Saio entusiasmado da apresentação, questionando-me se o paciente já havia feito alguma espécie de vínculo comigo, porém logo sou advertido de que sua atitude havia sido um tanto incomum, pois o menino é descrito como quase não falante. Surpreendo-me ao saber sua idade, 7 anos, pois imaginava que ele tivesse 5, no máximo.

As primeiras semanas em contato com Ricardo são muito penosas, diferente da minha ideia inicial; sinto-me rechaçado, pois o paciente é muito retraído, tem déficit de linguagem, dificuldades na interação social e na aprendizagem, além de baixa tolerância a frustração. Apresenta muitos momentos de desligamento do seu *self* com o mundo externo e as intervenções verbais são praticamente ineficazes. Mostra-se bastante sensorial ao seu corpo, sua realidade parece rodeada de objetos e sensações, olha para suas mãos, toca no pulso, também faz barulho de teias do Homem-Aranha (desenho que gosta muito) e não parece perceber que existe outra pessoa, chamando-lhe e buscando por sua atenção. Quando contrariado, normalmente reage de forma bastante agressiva, tentado golpear os terapeutas até conseguir o que deseja; muitas vezes, necessita pegar algo concreto para acalmar-se, como um relógio de pulso ou uma folha de papel. Inicialmente, esses objetos são entendidos pelo terapeuta como sendo reconfortantes e tranquilizadores, mas, com a observação mais detalhada ao longo do tratamento, compreende que eles impediam a relação do paciente com o terapeuta, bem como com os demais pacientes, além de serem usados de forma canalizada, repetitiva e sem possibilidade de uma construção simbólica.

Em um de meus primeiros dias junto a ele, quando estávamos na hora de contar uma história, nós dois sentados ao chão, Ricardo começou a engatinhar e passar por cima de mim como se meu corpo e o seu fossem um contínuo. Intervenho e mostro onde termina a minha perna e onde começa a sua. Para meu espanto, ele me olha nos olhos pela primeira vez e senta-se, parecendo ter entendido o que eu havia falado.

Contratransferência e (não) vínculo

No primeiro mês aprende meu nome – a terapeuta mais antiga me diz que ele demorou meses para aprender o seu. No terceiro mês, parece um pouco menos “desligado” e faz as atividades com mais vigor, conseguindo desenhar e colorir suas produções até o fim. Sente-se muito frustrado quando as brincadeiras não são do seu jeito e não consegue esperar sua vez na maioria dos jogos em grupo, gritando e tentando passar na frente. Após alguns encontros mostrando maior percepção do mundo externo como diferente, eu esperava que esse ritmo de avanços fosse se manter. Porém, às vezes, em um curto período de tempo, ocorrem mudanças muito significativas nesses movimentos e parece que as conquistas não encontram um encadeamento com a realidade interna do paciente.

Após algumas semanas de maior estabilidade nas atividades psicopedagógicas e nas brincadeiras, recentemente, voltou a não fazer quase nada e ter um desligamento importante dos terapeutas, passando

grande parte da manhã sem falar e escondendo-se entre algumas almofadas. Penso que, de modo análogo, a reflexão de Botella¹ sobre a memória no tratamento dos casos limítrofes também seja válida para casos como o de Ricardo. Segundo o autor, o que é mais desconcertante nos tratamentos desses casos é o frequente desaparecimento daquilo que o analista acreditava ter adquirido na sessão precedente. A memória parece ter perdido uma de suas qualidades principais e estruturantes, ou seja, a possibilidade de ser reprimida, de ser negada, etc.

Diante de tantas flutuações entre avanços e regressões, surgem na mente do terapeuta alguns questionamentos: Será que houve espaço para tolerar o ritmo de evolução do paciente, já que buscando melhoras rápidas eu funcionava em outro? Será que houve continência suficiente? Será que consegui oferecer um meio com capacidade de *rêverie*, ou seja, um meio capaz de transformar experiências emocionais impensáveis em elementos alfa*?

Bion² fala sobre a difícil capacidade negativa do analista, algo imprescindível para o tratamento, e ressalta a necessidade de tolerar o não saber, as incertezas e as dúvidas que permeiam o trabalho, bem como a capacidade do analista em adequar-se ao paciente.

As manhãs em que Ricardo permanecia grande parte do tempo envolto em sua “concha protetora”, não respondendo as perguntas, verbalizações e convocações, causavam-me, além de certo desconforto, sono e obstrução do pensar. Sentia que isso era quase como um convite ao não pensar. Minhas tentativas em buscar formas para fazê-lo emergir dessa concha eram em vão e, muitas vezes, eu ficava em silêncio, sem saber se aquele era um silêncio no sentido que Winnicott³ descreve em seu texto sobre “a capacidade de estar só”, um estar só na presença de alguém, ou se era um silêncio relacionado a um apagamento da percepção do objeto externo, um vazio, e não um silêncio. Acredito hoje que isso estava ligado mais à segunda opção. Além disso, nessas situações de uma presença ausente, eu tentava compreender que tipo de vínculo/relação havia entre eu e o paciente e o que poderia ser feito, além de eu tentar me oferecer como uma companhia viva, para que o trabalho não se estagnasse.

Se pensarmos nos vínculos propostos por Bion⁴, onde poderíamos localizar esses fenômenos? Em –K? Korbivcher⁵ ressalta que os fenômenos relacionados ao vínculo –K pressupõem o funcionamento de uma mente capaz de cisão/identificação projetiva e apresentam fortes manifestações de emoções. Desse modo, podemos pensar que os fenômenos relacionados ao vínculo –K, conforme Bion os concebe, são plenos de emoções e que a noção de objeto está presente; já nos fenômenos autísticos o que está presente, paradoxalmente, é a noção de ausência. Entendo, portanto, que os fenômenos autísticos são mais ligados à dimensão da mente relacionada à noção de existir e não existir ou des-existir, estando mais próximos a um não vínculo.

* Elementos alfa são impressões sensoriais e experiências emocionais que sofreram transformação pela função alfa em elementos psíquicos passíveis de mentalização. Eles podem ser utilizados para a formação de símbolos e auxiliam o desenvolvimento da capacidade de pensar.

Creio que, no atendimento de casos como o de Ricardo, a complexa tarefa do terapeuta é a de suportar um sentimento contratransferencial de inexistência ou de insignificância. Verdi⁶ destaca que devemos ficar atentos a esses sentimentos para assumirmos uma postura mais ativa, que demande do paciente perceber nossa presença e atenção. Ele também destaca que a evolução e a sedimentação do trabalho nessas situações parecem funcionar de maneira paralela. Mitrani⁷ diz que “talvez a perseverança do analista e sua apresentação engenhosa e oportuna da conscientização atenta e duramente obtida possa constituir um banho terapêutico tépido que lhe possibilite penetrar, alcançar e derreter essa gélida obstrução ao desenvolvimento”. E eu ainda acrescentaria ao desenvolvimento algumas de suas partes centrais, tais como: capacidade de pensar, sentir e de integrar as experiências. O estado de não existência/des-existência dos pacientes com esse funcionamento, praticamente, convoca o terapeuta a anular sua própria existência, o que requer que ele consiga suportar esse estado sem ser intrusivo e sem perder sua capacidade analítica. Korbivcher⁸ questiona como o analista poderia acolher e conter esses fenômenos, como poderia exercer sua função alfa e sua capacidade de *rêverie* diante de experiências emocionais para as quais não encontra, em si mesmo, registros semelhantes.

Fenômenos autísticos

Considerando o modelo do aparelho psíquico e baseando-me em algumas ideias de Bion, Tustin e Mitrani, procuro formular agora algumas hipóteses sobre o funcionamento psíquico de Ricardo, bem como sua relação com objetos do tipo autísticos, objetos estes que são um padrão de relação/uso comuns em pacientes que predominam com a parte autística da personalidade que apresentam. Procurei ilustrar esse uso através de um relógio, que me parece a descrição ideal do que seria um objeto autístico, utilizado pelo paciente em momentos de desorganização e que possuía um efeito organizador, mas que, por muitas vezes, era utilizado em uma intensidade que impedia a consciência de qualquer outra coisa.

No início de sua obra, Bion⁴ oferece um modelo para compreendermos como ocorre o desenvolvimento do psiquismo, caso a mãe consiga exercer sua capacidade de *rêverie*. Esse processo inicia-se a partir do vínculo da mente do bebê com a mente da mãe, quando o primeiro, para lidar com as intensas e intoleráveis angústias diante da falta de sentido da experiência, as projeta na mente da mãe, que responde recebendo, contendo e significando-as em seu próprio inconsciente, oferecendo assim o espaço mental necessário para que o bebê possa tolerar a experiência, bem como um modelo de pensá-la que vai sendo internalizado. Porém, quando ocorrem falhas nesse processo, o bebê precisa criar estratégias para se defender de angústias impensáveis.

Tustin^{9,10} destaca o fenômeno da “concha protetora”, manobra psíquica do indivíduo para proteger-se diante da ameaça de não existência. Mitrani¹¹, partindo de Tustin, fala de acontecimentos (traumas) não mentalizados que foram silenciosamente encapsulados, por meio do uso de manobras autossensoriais. A meu ver, Ricardo funciona preponderantemente com a parte autística da personalidade, onde

predominam os fenômenos autísticos, que se caracterizam por seu caráter estático. Conforme nos diz Korbivcher^{5,12}, através de atividades autossensuais, esses fenômenos pretendem cobrir a noção de ausência do objeto, evitando a consciência da separação corporal. Esses fenômenos parecem não adquirir representação mental e, diferentemente dos elementos beta, os fenômenos autísticos não têm função de descarga ou de alívio, mas de obter, através deles, proteção.

Em seu trabalho mais recente, Korbivcher¹³, partindo do conceito de tropismo**, destaca que, se o indivíduo encontrar um objeto capaz de modificar os tropismos em elementos psíquicos, eles poderiam se tornar elementos betas. Caso não encontre tal objeto, eles permaneceriam elementos encapsulados, tornando-se elementos autísticos (sem representação na mente). Gostaria de mencionar que compartilho dessa visão e acredito que, quando predominam os fenômenos autísticos, prevalecem áreas não psíquicas que precisam ser resgatas e comunicadas a fim de serem transformadas em elementos mentais (beta/alfa). Essa compreensão nos permite pensar em uma “função de dupla transformação” do objeto, que primeiro resgataria os tropismos a fim de torná-los elementos psíquicos e, posteriormente, através da capacidade de *rêverie* e da função alfa, os transformaria em elementos alfa.

Ricardo, nos primeiros meses de seu tratamento, utilizava um relógio, que normalmente lhe era oferecido em momentos de desorganizações importantes, momentos em que o paciente não ouvia os terapeutas, gritava muito e a sensação de caos era iminente. Precisava do relógio como se este fosse imprescindível, algo concreto que lhe proporciona um sentimento de coesão para evitar vivências intoleráveis. Essa situação me intrigava e inicialmente pensava que o relógio era reconfortante (transicional, talvez); após algum tempo, percebi que ele guardava certa similaridade com os objetos autísticos, devido a seu uso ser praticamente não simbólico.

Segundo Tustin¹⁰, não há fantasia associada a esse tipo de objeto – eles são dominados por sensações. Para Ricardo, o relógio precisava ser usado sempre de modo muito apertado em seu pulso, quase o machucando. A autora ressalta que, como resultado da ausência de fantasias, os objetos autísticos são usados de forma extremamente canalizada e repetitiva. São objetos estáticos e não têm qualidades flexíveis que levariam ao desenvolvimento de novas redes de associação. Quando o relógio ficava frouxo ou era retirado do seu pulso, Ricardo parecia estar perdendo uma parte de si. Tustin liga esse fenômeno à noção de perda, pois do ponto de vista do bebê/criança é como se tivesse perdido algo do seu próprio corpo, e não do objeto externo, nos primórdios da vida, sensação que se repete posteriormente, como observado no paciente. Outra característica desses objetos é sua dureza, que está relacionada à noção de segurança e proteção.

A pseudoproteção dos objetos autistas impede que a criança use e desenvolva meios mais genuínos de proteção. Em particular, ela fica impossibilitada de entrar em contato com os seres humanos preocupados

** O conceito de tropismo é descrito por Bion¹⁴. Para um maior aprofundamento sobre essa ideia, ver Korbivcher^{5,13} e Montagna¹⁵.

a sua volta que ajudariam a modificar seus terrores. Mantém-se presa em um estado de isolamento assediado por terrores fantásticos sem um meio autêntico para aliviá-los e modificá-los.¹⁰

Ainda, a autora ressalta que o uso de objetos autísticos indica que a criança tem pouca possibilidade de aprender a tolerar a frustração, o que está ligado a uma barreira de contato pouco permeável, pois o medo de aniquilação total está muito presente. Esses objetos desenvolvem-se como uma alternativa para lidar com a frustração insuportável, mas impedem o desenvolvimento do pensamento, das memórias e das imaginações. Tustin diz que a perda do sentido de existência é muito pior que a ameaça de morte. Na morte há a permanência do corpo, já na perda do sentido de existir não fica nada. Mitrani comenta sobre a diferença dos objetos autísticos e de outros tipos de objetos. Segundo a autora, “Tustin distingue objetos autísticos de objetos comuns (animados ou inanimados), já que o sujeito não se relaciona com o objeto autístico enquanto objeto e, ao contrário, usa-o para gerar sensações táteis na superfície da pele. Objetos autísticos diferem de ‘objetos transicionais’, que são a combinação de ‘eu’ e ‘não-eu’ e, como tal, impedem o crescimento e desenvolvimento”.⁷

Transformações autísticas e – K***

Em contraponto com os momentos de recolhimento do paciente, há momentos em que ele apresenta certos rompantes, sob forma de ideias fixas, que precisam ser satisfeitas naquele instante, não parecendo haver qualquer outra possibilidade. Nesses momentos, entendo que sua mente está em franca atividade, manifestando emoções de forma bastante violenta; assim, a identificação projetiva torna-se o principal mecanismo de comunicação. O terapeuta é convocado a experimentar a desorganização mental do paciente em momentos que, por exemplo: Ricardo ordena que se faça algum desenho, mas esse desenho tem de ser exatamente como ele imagina, sem que consiga colocá-lo em palavras. Estabelece-se uma relação na qual o terapeuta deveria (do ponto de vista do paciente) ler seus pensamentos. Tento descrever o que acontece, porém sou rapidamente bloqueado por Ricardo, que diz: “vamos, desenhe, agora, rápido” (sic). Ligo esses fenômenos ao vínculo –K, negativo do conhecimento, pois não há qualquer possibilidade (talvez pela fragilidade do aparelho para pensar os pensamentos do paciente) em se conhecer o novo, havendo uma fuga da experiência emocional. A operação em –K relaciona-se a momentos em que a capacidade de compreensão é suprimida por uma capacidade de incompreensão, e as leis e as regras são impostas *a priori*, evitando, de certa forma, o contato com a realidade. A realidade que prevalece é uma realidade que não pode ser modificada.

Considerações Finais

*** Cabe destacar que a noção de “transformações autísticas” é uma proposta original de Korbivcher. Esse tipo de transformação é um grupo adicional em relação à teoria descrita por Bion¹⁶.

Entrar em contato com partes tão primitivas da mente requer uma grande quantidade de capacidade negativa do terapeuta (se é que isso pode ser quantificável), difícil de encontrar quando essas são as primeiras vivências práticas. Acredito hoje que essa capacidade é uma construção conjunta: terapeuta e paciente ensinam um ao outro seu ritmo e seus limites, e eles precisam ser respeitados. Inicialmente, talvez tenha faltado continência suficiente para tolerar as diversas angústias provocadas pela falta de compreensão que o paciente me despertava. Além disso, também foi difícil compreender que aquilo que a palavra não alcançava era, justamente, o nosso veículo de comunicação.

Os dias em que Ricardo passa as manhãs gritando e insistindo que quer fazer determinada atividade, mesmo que seja quase em nível de “não sei o que quero, mas quero agora”, passam-me a sensação de uma maior percepção do mundo externo em relação a seus momentos de retração. Creio que, atualmente, entendendo essas alternâncias com maior clareza, sem me sentir tão desamparado. O limiar entre a presença ativa do terapeuta e a intrusão ainda me parece muito tênue, fazendo com que tenhamos que buscar constantemente, em nós mesmos, os limites.

Por conseguinte, gostaria de ressaltar que cada “processo analítico/ambientoterápico” é diferente. Nossas percepções sobre os pacientes estão frequentemente sendo alteradas, bem como a maneira como compreendemos os fenômenos inerentes à dupla. Realizar esse exercício teórico-clínico me possibilitou pensar em diferentes vértices para compreender a minha relação com Ricardo, fazendo-me também acreditar que, para podermos aprender e conhecer, precisamos ser capazes de desconhecer, capazes de reconhecer que não temos como saber tudo, por mais que nos empenhemos, e que é preciso “ignorar” isso para nos abirmos em direção ao conhecimento.

Referências

1. Botella C. Sobre os estados limítrofes. Rev Psicanal Soc Psicanal Porto Alegre. 2010;17(1):173-185.
2. Bion WR. Atención e interpretación (1970). Buenos Aires: Paidós; 1974
3. Winnicott DW. A capacidade para estar só (1958). In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
4. Bion WR. O aprender com a experiência (1962). Rio de Janeiro: Imago; 1991.
5. Korbivcher CF. Bion e Tustin. Os fenômenos autísticos e o referencial de Bion: uma proposta de aproximação. Rev Bras Psicanal. 2007;41(2):54-62.
6. Verdi M. De uma nota só à melodia: considerações sobre a clínica psicanalítica da Síndrome de Asperger. Rev Bras Psicanal. 2010;44(4):125-134.

7. Mitrani JL. Tentar entrar nos longos ramos negros: ampliações técnicas do trabalho de Frances Tustin para análise de estados autísticos em adultos. Livro Anual de Psicanálise 2013;26(2):243-260.
8. Korbivcher CF. A mente do analista e as transformações autísticas. Rev Bras Psicanal. 2004;38(4):935-958.
9. Tustin F. Autismo e Psicose Infantil (1975). Rio de Janeiro: Imago; 1972.
10. Tustin F. Barreiras autistas em pacientes neuróticos (1986). Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
11. Mitrani JL. Toward an understanding of unmentalized experience. Psychoanal Q. 1994;64:68-112.
12. Korbivcher CF. Mente primitiva e pensamento. Rev Bras Psicanal. 1999;33(4):687-707.
13. Korbivcher CF. A teoria das transformações e os fenômenos não integrados: diluição e queda. Transformações não integradas: novas perspectivas. Rev Bras Psicanal. 2013;47(1):111-125.
14. Bion WR. Cogitations. Francesca Bion (Ed.) London: Karnac Books; 1992
15. Montagna P. Tropismos na clínica: tropismo de vida e tropismo de morte. Rev Bras Psicanal. 2011;45(3):109-118.
16. Bion WR. Transformações: do aprendizado ao crescimento (1965). Rio de Janeiro: Imago; 2004

Correspondência

Rafael Cavalheiro

Rua Pinto Bandeira, 498/21
90.030-150 Porto Alegre/RS
rafaelatler@gmail.com

Submetido em: 12/11/2013

Devolvido para correções em: 23/01/2014

Retorno do autor em: 26/01/2014

Aceito em: 03/04/2014