

Transtorno autístico e a consulta terapêutica dos pais

Maria Angela Favero-Nunes
Isabel Cristina Gomes

*Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP)
São Paulo, SP, Brasil*

RESUMO

O presente artigo pretende analisar a utilização da consulta terapêutica, segundo Winnicott (1971[1984]), como uma possibilidade de oferecimento de holding ao casal com um filho portador do transtorno autístico. Ofereceu-se consultas terapêuticas aos casais cujos filhos participavam de atividades em uma instituição especializada no atendimento de crianças com esse diagnóstico, localizada em um município do interior do estado de São Paulo. Dez casais foram atendidos, os dados do primeiro encontro com cada casal foram transcritos e analisados. Discutiu-se a interface entre a conjugalidade e a relação parental e avaliou-se a utilização da consulta na compreensão do funcionamento familiar e, ao mesmo tempo, como espaço de comunicação dos conflitos vivenciados pela família. Concluiu-se sobre a necessidade de um espaço terapêutico mais constante para o casal com a finalidade de discutir e cuidar da relação conjugal.

Palavras-chave: Casal; consulta terapêutica; família; transtorno autístico.

ABSTRACT

Autistic disorder and the parent's therapeutic consultation

This article aims to analyze the use of the therapeutic consultation, according to Winnicott (1971[1984]), as a kind of action that offers a space for holding to the couple with an autistic child. Therapeutic consultations were offered to the couples whose children participated in activities at an institution specialized in assisting children with this diagnosis, located in a city of São Paulo state. Ten couples were received; data from the first meeting with each couple were transcribed and analyzed. It was discussed the interface between the marital and parental relationship and evaluated the use of the consultation in the understanding of family functioning and, at the same time, as a space for communication of conflicts experienced by the family. It was concluded on the need for a more constant therapeutic space for the couple in order to discuss and take care of the marital relationship.

Keywords: Couple; therapeutic consultation; family; autistic disorder.

RESUMEN

Trastorno autista y consulta terapéutica de los padres

El presente artículo pretende analizar la utilización de la consulta terapéutica, según Winnicott (1971[1984]), como una posibilidad de ofrecer holding a una pareja con un hijo portador de un trastorno autista. Se ofrecieron consultas terapéuticas a los miembros de la pareja cuyos hijos participaban de actividades en una institución especializada en la atención de niños con ese diagnóstico, localizada en un municipio del interior del estado de San Pablo. Diez parejas fueron atendidas, los datos del primer encuentro con cada pareja fueron transcritos y analizados. Se discutió la relación entre la conyugalidad y la relación parental y se evaluó la utilización de la consulta en la comprensión del funcionamiento familiar y, al mismo tiempo, como espacio de comunicación de los conflictos vivenciados por la familia. Se concluyó sobre la necesidad de un espacio terapéutico más constante para la pareja con la finalidad de discutir y cuidar de la relación conyugal.

Palabras clave: Pareja, consulta terapéutica, familia, trastorno autista.

INTRODUÇÃO

A história de cada família, os recursos psíquicos desenvolvidos por cada indivíduo, a forma como cada um lida com a criança acometida pelo quadro do transtorno autístico, a heterogeneidade do mesmo,

enfim, a soma desses fatores pode fazer co-existir reações diversas dos familiares frente à problemática da criança. Contudo, reconhece-se que os pais e as mães sofrem um impacto ao saber do transtorno do filho (Fávero, 2005). Constata-se a necessidade de suporte psicológico para os cuidadores de crianças

com o transtorno autístico, mas torna-se desafiadora a elaboração de uma proposta de intervenção adequada a tal população.

Mediante a complexidade de questões que cercam a dinâmica da família com essa criança, enfatizamos a necessidade de propostas preventivas (Verdi, 2003) acerca dos processos patológicos que podem surgir no âmbito familiar. Cloutier, Manion, Walker e Johnson (2002) chamam a atenção para o risco de estresse conjugal em casais com crianças cronicamente enfermas.

Segundo Gomes (2003), torna-se mais comum a busca dos pais por ajuda psicoterapêutica ao filho, sendo rara a procura de suporte psicológico para eles mesmos ou para os demais familiares. É possível que a identificação de um “doente” na família, geralmente a criança que manifesta os sintomas, produza um movimento de defesa no casal parental, impedindo-os de se depararem com os próprios conflitos (Gomes, 2007).

O TRANSTORNO AUTÍSTICO E A CONSULTA TERAPÊUTICA

No que concerne ao tema do transtorno autístico, Kanner, em 1943, descreveu um grupo de crianças que apresentavam uma combinação de características como extremo isolamento desde muito pequenos, incapacidade para usar a linguagem de maneira significativa e insistência na preservação da mesmice. Denominou-se que essas crianças eram acometidas pela síndrome do autismo infantil precoce (Kanner, 1943). Desde então, diversos estudos e pesquisas surgiram com o intuito de aprofundar o entendimento desse tipo de patologia infantil, envolvendo uma multiplicidade de áreas: médica, psicológica e/ou psicanalítica e educacional.

Dentre as várias abordagens teóricas que foram surgindo para a compreensão do Autismo Infantil, encontramos definições e denominações variantes para o mesmo quadro, o que gerou o levantamento de causas etiológicas diversas e delimitação dos vários tipos de déficits ocorridos na criança portadora de tal quadro.

Atualmente enfatiza-se uma vertente desenvolvimental associada a esse quadro, levando-o à classificação de “Transtornos Globais do Desenvolvimento” ou TGD, a qual é usualmente empregada nas instituições de saúde brasileiras e provém dos sistemas norteadores para se diagnosticar patologias. O transtorno autístico é classificado pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) como um TGD. Indivíduos com esse transtorno têm como característica alterações qualitativas nas interações sociais, alterações nas modalidades de comunicação e um repertório de interesses e atividades que é restrito, estereotipado e repetitivo (OMS, 2000).

Segundo Klin (2006), aproximadamente dois terços das crianças autistas permanecem incapazes de viver independentemente e somente um terço pode atingir algum grau de independência pessoal e de auto-suficiência quando adultos. Entre 10% e 20% das crianças com TGD sofrem crises epiléticas (Valente e Valério, 2004).

Leon, Siqueira, Parente e Bosa (2007) discutem a compreensão de metáforas por sujeitos com transtornos globais do desenvolvimento e enfatizam que a dificuldade desses indivíduos não reside exatamente nessa compreensão, mas na incapacidade de “incluir o contexto e/ou a intenção do outro na interpretação de um enunciado com sentido figurado” (p. 269).

Ainda sobre a complexidade acerca da compreensão das causas do autismo, discutir-se-á, brevemente, uma perspectiva mais atual envolvendo uma aproximação entre correntes organicistas e psicodinamicistas, no sentido de se aceitar uma causação múltipla para o transtorno autístico, de natureza complexa e interativa, incluindo fatores psicogênicos (Alvarez, 1994).

Melanie Klein (1975[1930]) descreveu psicanaliticamente o quadro clínico do Autismo Infantil e relacionava a pobreza de fantasia de seu paciente a um bloqueio da curiosidade primária da criança. Frances Tustin (1975[1972]) postulou inicialmente a existência de um autismo normal e um autismo patológico como diferentes graus de uma mesma entidade, sendo que este último seria um desenvolvimento psicológico cujo curso se desviou do habitual. Todavia, em 1994, Tustin publicou “*The perpetuation of na error*”, no qual reformulou a etiologia do autismo. Reviu sua posição afirmando que o autismo é uma reação protetora mediante uma quebra, um despedaçamento traumático de um estado anormal perpetuado de uma unidade adesiva com a mãe, ou seja, o autismo sendo uma reação que é específica a um trauma (Tustin, 1994).

A posição teórica manifestada acima estabelece uma ligação entre seu pensamento e o de Winnicott na compreensão do autismo em termos de uma organização defensiva (Bonaminio, 2001). Nesse contexto, o autismo de uma criança poderia ter suas raízes nos primórdios da infância e seria compreendido considerando-se o relacionamento mãe-bebê.

Atualmente pesquisas neuropsicológicas têm comprovado a presença de anormalidades cerebrais em indivíduos autistas (Zilbovicius, Meresse e Boddaert, 2006). Entretanto, Alvarez (1994) compreende que, embora muitas vezes o autismo possa começar com alguma disfunção neurológica, o subsequente déficit psicológico deve levar em consideração o estágio de desenvolvimento das relações objetivas e a capacidade da criança para comunicação emocional. Em publicação mais recente, Alvarez (2007) aponta que,

geralmente podemos encontrar em cada pessoa com transtorno autístico uma parte intacta, não autista, de sua personalidade, emaranhada com seu autismo.

Mediante tais estudos e reconhecendo a condição severa de prejuízo no desenvolvimento característica desse transtorno, refletiu-se sobre um possível benefício à criança e à família se os pais usufríssem de um apoio psicológico ou provisão ambiental, embasado psicanaliticamente. Tratando-se de estudos psicanalíticos, esses se centram mais no atendimento clínico do paciente com o transtorno autístico (Fonseca, Bussab e Simão, 2004; Korbivcher, 2004) do que em trabalhos com o casal parental.

No contato com uma instituição de atendimento especializado a crianças com esse diagnóstico, de um município do interior do estado de São Paulo, investigou-se informalmente a respeito de intervenções aos familiares, as quais objetivavam fornecer algum tipo de apoio aos mesmos. Algumas intervenções destinadas aos pais, segundo a equipe técnica da instituição, tiveram o intuito de oferecer suporte psicológico aos mesmos. Foram citados: atendimentos em grupo, oficinas de artesanato, musicoterapia, entrevistas com a equipe técnica e encaminhamento para terapia com um psicólogo voluntário. Contudo, houve pouca aderência.

A técnica psicanalítica, em geral, se pauta pela oferta de um tipo de escuta que poderia ser aplicada à demanda dos pais, abrindo espaço para lidar com os sentimentos e fantasias relacionadas à condição especial do filho e o funcionamento familiar. Acreditamos que se trata de permitir um fortalecimento no exercício parental pelo oferecimento de apoio necessário (Moro 2004).

Dimensionando-se a situação institucional e a não aderência, por parte dos pais, para um atendimento a longo prazo, característico do enquadre psicanalítico tradicional, optou-se pela escolha da consulta terapêutica desenvolvida por Winnicott (1984[1971]), que mostrou-se mais adequada a esse tipo de clínica e pesquisa. O autor apresenta uma nova técnica em forma de entrevista e atendimento que “promove possibilidades de desenvolvimento e crescimento do indivíduo, seja ele criança ou adulto” (Gomes, 2007, p. 36), mesmo que breve, geralmente com uma única sessão ou algumas mais.

Segundo Oliveira (2001), na consulta terapêutica, o terapeuta adota uma postura ativa, realizando “pontuações, interpretações que funcionam como ‘disparadores’, fazendo circular os conteúdos inconscientes, favorecendo as associações” (p. 262). O que não impede que esse trabalho ocorra no vértice da transferência e contratransferência, “ferramentas do psicanalista” que aumentam a possibilidade de

terapeuta em “co-criar e co-participar, através da enação e da empatia metaforizante.” (p.265). Winnicott (1984[1971]) indicava a realização de até três sessões justamente pelas questões que poderiam surgir referentes à transferência e resistência.

Essa técnica emprega a proposta de atendimento por demanda, realizado sob a forma de uma entrevista, como mencionado acima, que possibilita maior flexibilidade de atuação e adequação às possibilidades dos pais das crianças com transtorno autístico. Valemos dela (Winnicott, 1984[1971]) para a realização desse estudo, como espaço de investigação e de oferecimento de *holding* aos casais.

Vários trabalhos foram conduzidos até o momento utilizando tal método no atendimento de crianças (Safra, 1984), crianças e suas famílias (Agostinho, 2003; Barbieri, 2002) e no atendimento pais-bebê (Batista-Pinto, 2004; Farias, 2005).

Com relação ao apoio mútuo do casal, Batista-Pinto (2004) cita que na condução da consulta terapêutica com pais é preciso investigar “as fantasias e expectativas com relação à criança, como eles percebem a si próprios como pessoas e como pais, e também o próprio cônjuge na interação” (p. 453). Acrescenta que, além disso, deve-se investigar o apoio que mãe e filho recebem do pai-marido, de suas famílias e da comunidade.

CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE NAS FAMÍLIAS COM TGD

Compreendemos a conjugalidade como o espaço para a vinculação do casal entre si, como essa relação se construiu e se encontra na atualidade, incluindo aqui a vida afetiva e sexual dos cônjuges. Em muitos casais a conjugalidade se estabelece simultaneamente ou em função da parentalidade, podendo gerar uma subtração ou um anulamento da vivência conjugal, independentemente da constituição de uma descendência. Nesse sentido, preponderam na família apenas as identidades de pai e mãe, sem espaço para a relação homem/mulher (Gomes, 2007, p. 18).

Pensando nas funções de cada progenitor, Berenstein (1996, p. 116-117) discorre sobre o “lugar da mãe” daquela que provê vida material e emocional ao filho, ajuda com as funções de autoconservação e de representação mental dele mesmo como diferente. Desempenhando essa função, a mãe também se instala como objeto de desejo para o filho e transmite a intuição de uma presença por fora dos dois que se constituirá como o “lugar do pai”. Este “lugar” compreende assumir a identificação com a função paterna como alguém que proíbe e aceita a presença onipresente da mãe no começo da vida do filho. O “lugar do filho” é de passividade inicial vinculado ao “desamparo

originário” e, ao mesmo tempo, de atividade devido às pulsões e identificações como “objeto desejado pela mãe” e “proibido pelo pai” sendo porta-voz dos ideais dos pais, da família e da sociedade.

A função do pai envolve introduzir “a diferença nas trocas entre mãe e criança, contextualiza e enquadra essas interações, ao mesmo tempo em que representa uma separação do binômio mãe-bebê” (Menendez et al., 2004, p. 57). Diferentemente da ligação maternal, a ligação do pai com seu filho é marcada “por um ato de reconhecimento, um ato de vontade”. Assim, o homem passa de genitor a pai, que possui capacidades que facilitam a maternagem “através das interações diretas e indiretas com seu bebê” (2004, p. 57). No início da relação pai-bebê, o pai (homem) aprende a se deixar guiar pelo bebê e o bebê também não sabe como começar a relação com o próprio pai. Existe uma situação de aprendizagem de ambos e o pai “põe em prática seu próprio jeito de diminuir as excitações da criança e de favorecer o *holding*” (grifo dos autores) (p. 59).

Enfocamos, agora, a relação parental e o lugar da criança nessa(s) família(s) com criança(s) portadora(s) de déficits severos no desenvolvimento considerando a maneira como cada um dos pais desempenha seu papel e função na relação com esse filho, as medidas defensivas (atitudes tomadas frente aos comportamentos sintomáticos do filho), o espaço de acolhimento (*holding*) às necessidades da criança que pode ser satisfatório e promover o seu desenvolvimento, com possibilidades criativas de lidar com o filho e a não culpa pela doença, ou pode ser insatisfatório quando a família não consegue desenvolver-se emocionalmente e nem promover o potencial de desenvolvimento da criança, fixada muitas vezes na culpa. Mannoni (1999[1963]) cita casos em que a criança tem uma lesão orgânica e o pai não se sente no direito de ser tratado como um interlocutor aceitável. Lembra-se de um pai que lhe disse “uma criança doente é assunto de mulher” (p.4).

MÉTODO

A coleta de dados ocorreu ao longo de dois anos de contato com a instituição especializada. Os participantes foram 10 casais com filhos entre 03 e 13 anos (no primeiro contato da pesquisadora) com transtorno autístico, que aceitaram participar da(s) consulta(s) terapêutica(s). O aceite foi formalizado através da assinatura de um termo de consentimento. Nove casais foram contatados através da instituição e um foi indicado por um hospital público da região.

Nessa pesquisa utilizou-se o método clínico-qualitativo desenvolvido a partir das ciências humanas de

um lado e, de outro lado, englobando os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidas tanto no enfoque psicanalítico das relações interpessoais, quanto historicamente no campo da prática da medicina clínica, segundo Turato (2003). No presente estudo optou-se pelo uso de material clínico e consulta a prontuários médicos. O referencial psicanalítico, das consultas terapêuticas (Winnicott, 1984[1971]) norteou as entrevistas realizadas com os casais e a análise das mesmas.

Procedimento para a coleta dos dados

Estabeleceu-se um “convênio” com a instituição especializada de atendimento. Tratava-se de uma associação de pais, entidade educacional, terapêutica e clínica, de utilidade pública, sem fins lucrativos, que tinha por objetivo criar e oferecer programas educacionais de adaptação e integração social a crianças e adolescentes com o transtorno autístico. O tratamento central buscava desenvolver habilidades sociais, funcionais e de linguagem.

Por meio da análise dos documentos que constavam nos prontuários das crianças escolhidas para o estudo, alocados na instituição de atendimento, foram acessadas informações referentes a exames genéticos, neurológicos, avaliação psiquiátrica e anamnese, fonoaudiologia, terapia ocupacional, avaliação psicológica e psicopedagógica, assistência social; com a finalidade de complementação dos dados para a terapeuta iniciar a intervenção com os pais.

A consulta terapêutica começava com um *rapport* no qual eram explicitados os objetivos da pesquisa e a leitura e assinatura do termo de consentimento. Após isso, a terapeuta deixava livre para o casal abordar o tema que quisesse conversar. Os encontros ocorreram em sala reservada da instituição e a entrevista contava necessariamente com a presença dos membros do casal.

Procedimento para a análise dos resultados

Adotou-se como referencial teórico, ao longo de todo o trabalho, a influência do pensamento psicanalítico e do raciocínio compreensivo de autores como Winnicott, Frances Tustin, Anne Alvarez, dentre outros, e a contribuição do estudo sobre atendimento de casais e família (Gomes, 2007; Gomes, 2008). Essa verificação pressupôs a análise de transcrições do material, categorizando conteúdos significativos (Trinca 1999). Especificamente para a intervenção clínica, escolheu-se a consulta terapêutica (Winnicott, 1984[1971], 1987[1977], 1999) a partir de conceitos centrais da teoria winnicottiana, em especial de *holding*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os casais tinham pelo menos um filho com transtornos globais do desenvolvimento (TGD). Em seis casos, a notificação do diagnóstico havia ocorrido recentemente, concomitante ao início das atividades na instituição especializada. Em quatro casos, o casal tinha apenas um filho, em cinco casos a família era constituída por dois filhos (em quatro desses casos, a criança autista era a mais nova) e apenas um caso com quatro filhos (a criança autista era o terceiro filho).

Obteve-se um total de sete casais com filhos meninos e três casais com filhas meninas, portadores do quadro de transtorno autístico, o que coincide com a incidência por gênero na literatura. Segundo Talbott, Hales e Yudofsky (1992), existe uma predominância masculina de aproximadamente três a quatro meninos para cada menina. E, em oito casos, as crianças frequentavam escola regular.

Verificou-se, no decorrer do estudo, de acordo com as entrevistas informais feitas com os profissionais da instituição e conforme os achados da literatura, que os pais de crianças autistas vivenciam um sofrimento pela situação do filho. Consideramos que as angústias experimentadas pelo casal poderiam criar resistências para entrar em contato com a problemática da criança, com as idealizações e culpas vinculadas a essa questão. Martão (2002) apontou que esses pais apresentam dificuldades para estabelecer parcerias com o terapeuta, seja do filho ou deles próprios.

Após a leitura minuciosa das informações dos prontuários em conjunto com as entrevistas terapêuticas, encontrou-se dez realidades singulares dos casais com suas crianças e alguns pontos em comum. Quatro casais conviviam com o diagnóstico do filho e a inserção da criança nas atividades na instituição especializada havia pelo menos três anos. Com os outros seis, os pais começavam a entrar em contato com a problemática do diagnóstico. Entretanto, todos esses seis casais relataram que já conviviam com as dificuldades do filho desde que as crianças eram pequenas.

Apresentação e análise do material clínico

Na primeira consulta terapêutica com cada casal pretendeu-se articular os dados coletados a partir das informações dos prontuários e o estabelecimento da relação transferencial. Demonstraremos, também, a partir da apresentação dos casos clínicos, como a consulta terapêutica mostrou-se eficaz para o surgimento de um espaço de *holding* aos casais. Esse *holding* oferecido pela terapeuta incluiu:

- a) Reflexões visando o esclarecimento, conscientização e aceitação da doença do filho, no sentido de promover o fortalecimento das

funções parentais e uma melhora no ambiente familiar, principalmente nos casos em que havia irmãos.

- b) A interface da parentalidade com a conjugalidade, na medida em que o exercício da parentalidade, nessas famílias, pode suplantam a vida a dois, devido às necessidades reais ou fantasmáticas dessas crianças portadoras do TGD.

O *CASAL 1*, desde o nascimento da filha, conviveu com o choro intenso e sem motivos aparentes da menina. Durante essa gestação, a mãe sofreu com a morte de pessoas significativas. Por outro lado, ela se sentiu aliviada com a morte de seu pai, pois pôde ter a atenção das pessoas voltadas para sua gravidez. Desse modo, morte e nascimento foram temas emergentes na consulta. A mãe sinalizou perceber que seu bebê era diferente dos que ela conhecia e diferente do que ela idealizou. Desejosos de ter um menino, o casal precisava se adaptar à idéia do nascimento da menina. A tarefa da escolha do nome foi resolvida pela tia materna, sendo que a mãe relatou ter colocado na filha um nome do qual não gostava.

O choro contínuo da filha provocava desconforto nos pais, segundo relato materno, era ela quem tomava a palavra na sessão. O pai conseguiu se expressar mais espontaneamente quando contou de seu trabalho, não se sentindo, então, como “um peixe fora d’água”.

Durante a gestação, a mãe queria apressar a gravidez para que a filha nascesse antes do falecimento de seu próprio pai. Ela relatou que trabalhava em um hospital e que tinha um “sonho” de ser transferida para o setor da maternidade, lembrando-se em seguida de que haviam crianças “que nasciam com problemas...”. Completou seu relato dizendo sentir-se rejeitada pela filha quando a menina mostra preferência pelo pai.

Para esse casal, a primeira consulta foi um momento de aproximação em que ocorreram relatos de situações penosas vivenciadas pela família. A mãe contou do seu desapontamento quando interpretava que a filha não lhe dava atenção.

No *CASAL 2* surgiram vários temas no primeiro encontro: a preocupação com a inserção do filho na escola regular, a história familiar de frustração profissional dos pais, a rotina da mãe de acompanhar o menino diariamente na escola, seu tédio por isso e a vigilância materna com relação às atitudes de todos os filhos. O marido se mostrava preocupado com a família, tentando oferecer suporte à esposa, embora os recursos financeiros fossem precários, o que contribuía para aumentar o clima de desânimo da esposa que, muitas vezes, desejava a morte dos filhos e a sua como forma de acabar com todo o sofrimento por ela vivenciado. Aqui o cuidado com o filho doente era uma das variáveis que geravam um “desfalecimento” da função materna, cujo

suporte do marido não acarretava segurança necessária para que todos pudessem desfrutar de um ambiente familiar mais saudável. O casal não abordou questões relacionadas à conjugalidade.

O *CASAL 3* passava por uma fase de mudanças na rotina para adaptação às necessidades da criança com o transtorno autístico, quando da consulta. Nessa família, o pai relatava sua dificuldade de aproximação do filho e dizia que o menino o rejeitava, sentindo-se fragilizado. Durante essa primeira consulta, começou a surgir uma fala de ambos sobre os problemas vivenciados com a criança em que a expressão dos mesmos parecia interdita. Especialmente o pai se mostrava receoso na interação com o filho devido à imprevisibilidade do comportamento do menino. A mãe trouxe à tona conflitos emocionais do marido, iniciados na infância e que perduravam até os dias atuais. Discutiu-se sobre o lugar que a criança ocupava na família, conversando-se sobre como cada um desempenhava o papel parental na relação com o filho.

O *Casal 4* demonstrou a urgência vivida quando trouxeram o filho para a primeira consulta. O reconhecimento dos pais pela negação da condição do filho anteriormente, trouxe uma culpa pela “demora” na procura de ajuda que pode ser expressa pela mãe. A esposa também relatou se encontrar sozinha com a criação do filho devido à distância do marido por conta do emprego em outra cidade. No entanto, o menino compensava a ausência do pai “grudando” nele quando estavam juntos, a ponto da mãe entender que não podiam ser separados mesmo em momentos específicos do casal, incluindo o próprio atendimento. Ao dormir, considerando o espaço íntimo do casal, o menino precisava se grudar ao pai, como também relatado nos Casais 1, 8, 9 e 10.

Com o *CASAL 5* houve, também, a emergência do tema da morte. Os pais relataram ao final do encontro que o menino, com transtorno autístico, foi gerado três meses após a morte de um filho anterior, por acidente, na residência da família. Parecia haver a possibilidade de esse menino ter sido desejado mediante a tentativa de lidar com um luto não elaborado. Acredita-se que a consulta serviu para colocar em palavras uma lembrança familiar latente. O filho doente buscava ocupar um outro lugar nesse contexto, conseguindo superar suas dificuldades e se mostrando inteligente. Esse casal não abordou questões relacionadas a conjugalidade.

No *CASAL 6* emergiu na consulta o conflito vivenciado pela família: as brigas conjugais, a agressividade do casal, os medos de traição, a negligência com as crianças, não só o filho com transtorno autístico. A problemática conjugal não permitia pensamentos, apenas atuações. A conjugalidade se associava a sentimentos de traições e persecutoriedade que tomavam o lugar das

reflexões acerca da problemática parental. O padrasto acusava a companheira de ser negligente com o filho, mantendo-o preso a um quarto e relatou que ela fazia tratamento psiquiátrico para depressão. Esta respondia com choro e ofensas ao companheiro. Pelo relato do casal, o filho com o transtorno autístico ocupava o lugar da desesperança, de alguém que não podia mais se desenvolver. O menino permanecia como o doente da família, sendo depositário da insanidade familiar.

Quanto ao *CASAL 7*, observou-se que foi possível a construção de uma boa relação do menino com o padrasto. Durante a consulta, o padrasto tomava a palavra e tentava explicar os acontecimentos na vida da companheira, inclusive o fato dela ter se separado do filho quando este era pequeno. Questionados sobre a relação conjugal, ambos vincularam-na à vida sexual demonstrando que o filho podia compreender a intimidade e permitir a separação. Contudo, tinham também que conviver com a doença da mãe. Esta apresentava um quadro sem diagnóstico que a fazia perder os movimentos do corpo, sentindo-se muito debilitada não podendo pensar nas questões do menino. O marido socorria urgências sem poder parar para refletir. Dificultava o fato de morarem em uma cidade que consideravam não possuir recursos para ajudá-los. Apesar do oferecimento de um ambiente que se pretendeu acolhedor na consulta, isso não foi suficiente para que a família aproveitasse as possibilidades de ajuda que poderiam surgir.

O *CASAL 8* convivia já há seis anos com o diagnóstico do filho e com a rotina da instituição. A mãe relatou na consulta que teve depressão pós-parto logo após o nascimento do filho. Posteriormente, distanciou-se do mesmo quando mudou de cidade para procurar emprego, deixando-o aos cuidados da avó materna. Após seis meses, voltou para buscar o menino, relatando que encontrou uma criança “diferente”. Teve dificuldades para cuidar do filho que chorava muito durante a noite. Nesse momento, conheceu o companheiro que auxiliou no cuidado com o menino e, dessa forma, aproximaram-se. O bom desenvolvimento do filho e a capacidade dos pais de enxergarem seu esforço deixavam a impressão de que, a situação que tinha sido tão complicada no início da relação mãe-bebê ganhava um suporte importante com a presença do padrasto. Quanto à relação conjugal, durante a consulta, mencionaram que o filho compreende quando o casal quer “namorar”. Em um momento posterior, quando a pesquisadora estava na instituição, a mulher se dirigiu à mesma em uma situação informal e contou que o marido sentia ciúmes dela e não queria deixá-la voltar a estudar.

O *CASAL 9* lidava com as dificuldades auditivas e visuais da filha, desde pequena. No entanto, a mãe relatava as incapacidades da filha e se dizia perdida,

aparentava desânimo deixando transparecer uma desvitalização da menina que parecia incoerente com o enfrentamento próprio dessa última, mediante inúmeros obstáculos à sobrevivência e à independência. Era a mãe que não conseguia perceber os esforços da filha e a tinha como uma menina que não era mais tão viva. Essa mesma mãe relatava se sentir sozinha na criação das filhas, uma vez que o marido trabalhava fora da cidade em que moravam. O casal se mostrava assustado diante da nova realidade que incluía o início das atividades da criança na instituição especializada. Para esse casal e outros três casais quando questionados sobre a relação conjugal, respondiam estabelecendo uma equação entre vida do casal e vida social, a relação homem-mulher simbolizada pelo “sair de casa”.

O *CASAL 10* utilizou o espaço da consulta para falar, principalmente, sobre o conflito emergido pela questão de dar ou não um medicamento psiquiátrico à filha. A esposa se apresentava com dúvidas e o marido assumia a decisão afirmativa, embora se sentindo muito angustiado quando se percebia sem respostas frente ao questionamento das pessoas sobre o diagnóstico da menina. Juntamente com o *CASAL 9*, que também tinham mais de um filho, relataram a importância dos irmãos sadios compreenderem a situação das crianças com o transtorno autístico, pois havia uma diferença de cuidados dispendidos com cada um. Os pais mostravam exercer uma cobrança de entendimento da situação incompatível com a maturidade desses irmãos. Buscou-se refletir com os casais sobre a complexidade da situação, difícil de ser compreendida por eles mesmos e que todas as crianças precisavam de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada casal utilizou o *setting* proposto de forma singular e única, configurando-o de acordo com suas necessidades. Com isso, buscou-se oferecer espaço de *holding* aos pais, para que entrassem em contato e refletissem sobre os sentimentos oriundos da relação com o filho doente, sobre o lugar do conjugal e a dinâmica familiar geral, incluindo a relação fraterna e a diáde filhos saudáveis e doentes, nos casos em que havia essa diferenciação na família e as conseqüências para todos os envolvidos.

De maneira geral, observou-se que, nos casos em que a descoberta do diagnóstico era mais recente, muitas angústias surgiram, principalmente por parte das mães, com relação ao tratamento institucional. Dentre elas, estavam as incertezas sobre o tratamento, a problemática da medicação e a inclusão escolar. Predominava um sentimento de urgência com relação à criança autista que não deixava espaço para a vida conjugal e nem para os outros filhos.

A participação dos casais na consulta terapêutica liberou um movimento disparador de conflitos adormecidos, mas presentes, até modificações nas maneiras de lidar com os desafios existentes no funcionamento familiar.

De acordo com essa abordagem terapêutica percebemos que, frente a uma escuta, os casais utilizaram o tempo e espaço oferecido como um lugar de fala e conscientização de problemas e angústias vivenciados e que, muitas vezes, não eram expressos no ambiente familiar. Diante da complexidade das situações e da variedade de temas emergentes, verificamos que alguns casais puderam se questionar sobre a criação do filho, mas manifestaram-se escassamente sobre o tipo de relação conjugal construída. Em poucos casos, quando a conjugalidade também se caracterizava por vínculos patológicos (exemplo característico do *CASAL 6*), esta se mostrava como mais um elemento desagregador do grupo, não contribuindo para a construção de um ambiente familiar que gerasse apoio suficiente para o desenvolvimento da criança deficitária.

Conclui-se, então, que nessas famílias a conjugalidade está intrinsecamente ligada ao exercício de uma parentalidade “dispendiosa” ou seja, que exige dos pais um cuidado ou olhar a mais sobre um filho que não consegue preencher as expectativas e desejos narcísicos do casal; cuja convivência paterno/filial desperta culpa, ressentimentos, inseguranças e negações. Tais sentimentos atrelados a um contexto social precário (desempregos, serviços distantes do lar, cidades pequenas sem recursos na área da saúde, etc), acabam promovendo um cenário desolador onde atores frágeis tentam, com seus recursos, dar continuidade ao *script* vivencial.

Faz-se, portanto, necessária a criação de espaços de escuta a esses pais. Inciando-se com o fortalecimento desse tipo de parentalidade, para só depois passarmos a etapa de aprofundamento da conjugalidade. A escolha pela “consulta terapêutica” se mostrou adequada, pela continência que encerra, pela criatividade e liberdade intrínseca, permitindo aos pais aproveitarem de acordo com seus ritmos e não por um enquadre rígido proposto pelo terapeuta ou instituição.

REFERÊNCIAS

- Agostinho, M. L. (2003). *O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadros de uma exposição psicanalítica*. [Dissertação de Mestrado], São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 99 f.
- Alvarez, A. (1994). *Companhia Viva*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- Alvarez, A. (2007). Trouver la bonne longueur d'ondes: les outils de communication avec les enfants autistes. In F. Touati, F. Joly, & M.-C. Laznik. *Langage, voix et parole dans l'autisme*, (pp. 239-260). Paris: Presses Universitaires de France.

- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV – TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revised* (4ª ed.). Washington, DC: Author.
- Barbieri, V. (2002). *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. [Tese de Doutorado], São Paulo: Instituto de Psicologia, da Universidade de São Paulo. 272 f.
- Batista-Pinto, E. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia* (Natal), 9, 3, 451-457.
- Berenstein, I. (1996). Los lugares (de parentesco) y los yoes. In I. Berenstein. *Psicoanalizar una familia*, (pp. 99-117). Paidós: Argentina.
- Bonaminio, V. "The child who had fallen into a ravine": psychological catastrophe, primary depression, manic defense and 'reparation in respect of mother's organized defense against depression'. Trabalho apresentado no 5th Annual International Frances Tustin Memorial Lecture, Los Angeles, 9 de novembro de 2001.
- Cloutier, P. F., Manion, I. G., Walker, J. G., & Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused interventions couples with chronically ill children: a 2-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 4, 391-398.
- Farias, E. P. (2005). Violência contra bebês. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39, 3, p. 59-65.
- Fávero, M. A. B. (2005). *Trajetória e sobrecarga emocional da família de crianças autistas: relatos maternos*. [Dissertação de Mestrado], Ribeirão Preto, SP: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 175 f.
- Fonseca, V. R. J. R. M., Bussab, V. S. R., & Simão, L. M. (2004). Transtornos autísticos e espaço dialógico: breve conversa entre a psicanálise e o dialogismo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38, 3, 679-692.
- Gomes, I. C. (2003). A avaliação psicológica infantil denunciando os conflitos do casal parental. *PSIKHÊ* (São Paulo), 8, 2, 1-67.
- Gomes, I. C. (2008). *Família: diagnóstico e abordagens terapêuticas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gomes, I. C. (2007). *Uma clínica específica com casais: contribuições teóricas e técnicas*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Klein, M. (1975[1930]). *Amor, ódio e reparação: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, supl 1, 3-11.
- Korbivcher, C. F. (2004). La teoría de las transformaciones y los estados autistas. Transformaciones autísticas: una propuesta. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 21, 2, 221-233.
- Leon, V. C., Siqueira, M., Parente, M. A., & Bosa, C. (2007). A especificidade da compreensão metafórica em crianças com autismo. *Psico*, 38, 3, 269-277.
- Mannoni, M. (1999[1963]). O sintoma ou a fala. In M. Mannoni. *A criança, sua "doença" e os outros*, (pp. 29-65). São Paulo: Via Lettera editora.
- Martão, M. I. S. (2002). *Filhos autistas e seus pais: um estudo compreensivo*. [Dissertação de Mestrado], São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 164 f.
- Menendez, J. A. B., Lebovici, S., Salinas, J. L., Moro, M. R., Solis, L., Botbol, M., Duran, M. M., & Cordova, A. (2004). A função do pai: na consulta terapêutica pais-bebê e no tratamento do transtorno alimentar na criança. In L. Solis-Ponton, L. (Org.), *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milênio*, (pp. 57-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moro, M. R. (2004). Os ingredientes da parentalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8, 2, 258-273.
- Oliveira, T. M. (2001). Consulta terapêutica e intervenção precoce: contribuições da clínica psicanalítica na pós-modernidade. In J. Outeiral, S. Hisada, & R. Gabriades (Org.). *Winnicott: seminários paulistas* (pp. 259-273). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *CID-10, Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Safra, G. (1984). *Método de consulta terapêutica através do uso de estórias infantis*. [Dissertação de Mestrado], São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 104 f.
- Talbot, A., Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (1992). *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Trinca, W. (1999). A pesquisa em psicanálise como uma seqüência de movimentos criativos. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 9, 1, 9-13.
- 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, RJ: Vozes.
- Tustin, F. (1975[1972]). *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Tustin, F. (1994). The perpetuation of an error. *Journal of Child Psychotherapy*, 20, 3-23.
- Valente, K. D. R., Valério, R. M. F. (2004). Transtorno invasivo do desenvolvimento e epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10, 4 (suppl 2), 41-46.
- Verdi, M. T. (2003). Grupo de pais de crianças autistas: tessitura dos vínculos. *Revista da SPAGESP*, 4, 4, 110-114.
- Winnicott, D. W. (1984[1971]). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1999). *Conversando com pais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1987[1977]). *The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago.
- Zilbovicius, M., Meresse, I., Boddart, N. (2006). Autismo: neuroimagem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 1, 21-28.

Recebido em: 27/06/2009. Aceito em: 05/10/2009.

Autoras:

Maria Angela Favero-Nunes – Psicóloga e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FFLCRP-USP, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, bolsista CAPES.

Isabel Cristina Gomes – Livre-Docente e Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP.

Enviar para correspondência:

Isabel Cristina Gomes
Av. Prof. Mello Moraes 1721, Bloco F
CEP 05508-030, Cidade Universitária, São Paulo, SP
E-mail: isagomes@usp.br