CIBELE MOREIRA GIACONE

**A OBRA DE NIELLE PUIG – VERGÈS E SUA
CONTRIBUIÇÃO PARA A PSICOLOGIA DA SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO HUMANO.**

**Dissertação de Mestrado apresentada
ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São – IPUSP, como
parte dos requisitos para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia
Escolar e do Desenvolvimento
Humano.**

**São Paulo
2005**

CIBELE MOREIRA GIACONE

**A OBRA DE NIELLE PUIG – VERGÈS E SUA
CONTRIBUIÇÃO PARA A PSICOLOGIA DA SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO HUMANO.**

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo – IPUSP, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.**

**Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Walquiria Fonseca Duarte

**São Paulo
2005**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Giacone, Cibele Moreira.

A obra de Nielle Puig – Vergès e sua contribuição para a psicologia da saúde e desenvolvimento humano / Cibele Moreira Giacone; orientadora Walquiria Fonseca Duarte. --São Paulo, 2005.

164 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Autismo 2. Psicose infantil 3. Psicologia da saúde 4. Atitudes do terapeuta 5. Fenomenologia 6. Psicanálise I. Título.

RJ506.A9

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cibele Moreira Giacone

A obra de Nielle Puig – Vergès e sua contribuição para a Psicologia da Saúde e Desenvolvimento Humano

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Mestre.
Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Para Fabio

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Walquiria Fonseca Duarte por suas orientações e muito especialmente por ter favorecido que o desenvolvimento do presente trabalho ocorresse em clima de liberdade de cogitações e referências, liberdade que sinto vir acompanhada por confiança, que foi de inestimável valor para a consecução desta jornada.

Às Prof^a. Dr^a. Audrey Setton Lopes de Souza e Prof^a. Dr^a. Célia Blini de Lima pelas valiosas indicações e contribuições feitas durante o exame de qualificação.

À Equipe Técnica da Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, que me recebeu para um estágio no decurso deste Mestrado.

Ao Prof. Dr. Fabio Landa pela generosa interlocução mantida ao longo do trabalho de elaboração e escrita desta Dissertação.

Ao Dr. Aluizio Serpa Corsi com quem compartilho o mesmo amor pela descoberta do inconsciente e pela obra de Freud.

A José Omar e Eneida (meus pais), Cinira e José pelo carinho e apoio com que vêm me acompanhando.

A todos os amigos que povoaram esta jornada com gestos cotidianos de ternura, atenção e bem humorada irreverência.

“Desde Oriente a Occidente
llevo tu luz redonda.
Tu gran luz que sostiene
mi alma, en tensión aguda.
Desde Oriente a Occidente,
¡qué trabajo me cuesta
llevarte con tus pájaros
y tus brazos de viento!”
Federico Garcia Lorca

RESUMO

Giacone, C. M. **A obra de Nielle Puig-Vergès e sua contribuição para a Psicologia da Saúde e Desenvolvimento Humano**. 2005. 164f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

A pesquisa e a clínica investigativa, no âmbito das psicoses precoces e do autismo, levantam questões concernentes às interfaces da Medicina e da Psicologia. A mudança de modelos e hipóteses de uma nosografia classificatória e diagnóstica, tal qual conhecemos tradicionalmente nos manuais especializados, para uma dimensão temporal dos processos psicopatológicos se torna essencial, acarretando uma inevitável redefinição das funções do médico e do psicólogo. Esta dissertação apresenta a obra de Nielle Puig-Vergès e o seu método de epistemologia clínica comparativa na prática diagnóstica e terapêutica de crianças autistas e psicóticas, junto com suas famílias. A autora tem suas principais referências teóricas na tradição filosófica da fenomenologia de Husserl e na vertente psicanalítica definida por Freud, Ferenczi e Bion. No desenvolvimento deste trabalho, serão discutidas as profundas modificações teóricas e metodológicas para efetivar a passagem de um modelo de atendimento fundado na preocupação classificatória das moléstias a um outro modelo em que os profissionais implicados deverão tornar-se capazes de, no limite, criar uma linguagem terapêutica particular com cada um dos seus pacientes. O trabalho de Puig-Vergès dá o arcabouço da constituição e organização de equipes pluridisciplinares no âmbito desse novo foco na saúde, e não na doença.

Palavras-chave: Autismo, Psicose Infantil, Psicologia da Saúde

ABSTRACT

Giacone, C. M. **The work of Nielle Puig-Vergès and her contribution to Health Psychology and Human Development.** 2005. 164f. Master Dissertation – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

The research and the investigative clinic, in the context of early psychosis, raise questions concerning the interfaces of Medicine and Psychology. The change in a nosography worried with classification and diagnosis, as traditionally shown by specialized compendiums, becomes essential, in order to include a temporal dimension of psychopathological processes, bringing an unavoidable redefinition of the functions of both the physician and the psychologist. This dissertation presents the work of Nielle Puig-Vergès and her method of comparative clinic epistemology in the therapeutic and diagnostic activities concerning autistic and psychotic children, together with their families. The author has as main theoretical references the philosophical tradition of Husserl's phenomenology and the psychoanalytical path defined by Freud, Ferenczi e Bion. In this dissertation, it will be discussed the deep theoretical and methodological changes needed to put into effect the change from a model of attendance based on the preoccupation with classifying diseases to a model in which the professionals engaged should be able of, in the limit, creating a specific therapeutic language with each one of their patients. The work of Puig-Vergès gives the framework for the constitution and organization of multidisciplinary teams in the context of this new focus on the health, and not on the disease.

Keywords: Autism, Infantile Psychosis, Health Psychology

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PREMISSAS CLÍNICAS E METODOLÓGICAS AO ESTUDO DE AUTISMO E PSICOSES PRECOSES NA OBRA DE NIELLE PUIG-VERGÈS	20
2.1 EM DIREÇÃO A UMA CLÍNICA FENOMENOLÓGICA E PSICODINÂMICA	22
2.2 PRIMEIRAS DEFINIÇÕES DOS TERMOS PSICOSE PRECOCE E AUTISMO	26
2.3 A CLÍNICA DAS PSICOSES PRECOSES EM AMBIENTE HOSPITALAR	29
2.3.1 O PRIMEIRO ENCONTRO	33
2.3.2 A ENTREVISTA COM A CRIANÇA	35
2.3.3. A ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS	37
2.4 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: SUAS VARIAÇÕES, SEUS DIFERENTES TEMPOS	40
2.4.1 PROCESSO PSICOPATOLÓGICO E OBSERVAÇÃO	43
2.4.2 AS VÁRIAS PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS	46
2.5 EMPATIA E CONTRA-ATITUDES	50
2.5.1 A EMPATIA: UM SUPORTE DA ATIVIDADE E PENSAMENTO CLÍNICOS	51
2.5.2 EMPATIA E TATO	54
2.5.3 CONTRA-ATITUDES	60
2.6 METAPSICOLOGIA E FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	63
2.6.1 A MARCA METAPSICOLÓGICA FREUDIANA NA IDENTIDADE PSICANALÍTICA DE PUIG-VERGÈS	66

<i>2.6.2A EXPERIÊNCIA COTIDIANA E OS DIFERENTES NÍVEIS D'INTERPRETAÇÃO</i>	72
<i>2.6.3 UMA REFERÊNCIA INELUDÍVEL: A OBRA DE M. MAHLER</i>	75
<i>2.6.3.1 AUTISMO NORMAL, SIMBIOSE E AS SUBFASES DO PROCESSO SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO</i>	79
<i>2.6.3.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE PSICOSE SIMBIÓTICA E AUTISMO INFANTIL NA OBRA DE M. MAHLER</i>	86
<i>2.6.3.3 O CONCEITO DE UNIDADE DUAL E A TERAPIA CONJUNTA</i>	92
<i>2.6.3.4 ENTREVISTAS CONJUNTAS: EXEMPLO DE UMA POSSÍVEL ADAPTAÇÃO</i>	96
<i>2.6.3.5 FUNCIONAMENTO NORMAL E PROCESSOS PSICOPATOLÓGICOS: CONTINUIDADE OU RUPTURA?</i>	100
<i>2.7 UMA QUESTÃO DELICADA: AS DIFERENTES LÍNGUAS EMPREGADAS NA CLÍNICA</i>	103
<i>2.7.1 COMUNICAÇÃO E CONFUSÃO DE LÍNGUAS NO TRABALHO CLÍNICO</i>	106
<i>2.7.2 ATAQUES AO ELO, IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA E FUNÇÃO ALFA</i>	110
<i>2.7.3 FUNÇÃO ALFA E GRADE: MODELO DIGESTIVO E MODELO QUÍMICO</i>	118
<i>2.7.4 IDENTIFICAÇÃO ADESIVA E DESMANTELAMENTO</i>	124
<i>2.7.5 BIDIMENSIONALIDADE – DESCRIÇÃO DE UMA SITUAÇÃO OBSERVADA</i>	130
<i>2.8 ALGUMAS NOTAS SOBRE ORIENTAÇÃO E PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS</i>	132
<i>2.9 DESCRIÇÃO SUMÁRIA E DISCUSSÃO DE UMA SITUAÇÃO CLÍNICA</i>	139
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	161

Giacone, C. M. **A obra de Nielle Puig-Vergès e sua contribuição para a Psicologia da Saúde e Desenvolvimento Humano.** 2005. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
41	16	pessoais	pessoais do terapeuta
45	11	terceiro	outro
100	12	desastradas	desastrosas
103	22	, ou seja,	e/ou

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX, verifica-se uma significativa mudança de ênfase ao se considerar as noções e conceitos de saúde e doença.

A ênfase parece deslizar da patologia para a saúde, ou como o diz Pierret (1986): “A saúde sai da sombra.” e “[...] tende a se tornar, nos anos recentes, um conceito operatório.”¹.

Segundo essa autora, tal redefinição de valores obedeceria a uma lógica social e, dentre o conjunto de interesses em jogo, ela aponta os questionamentos sócio-políticos feitos à medicina tecnológica e hiper-especializada, que marcaram os anos 70, bem como os trabalhos desenvolvidos em epidemiologia, que teriam contribuído para modificar concepções tradicionais de doença. Assim, a idéia de um fator exógeno como causa estaria abandonada em favor de concepções pluricausais e reticulares, o que resultaria em uma orientação no sentido de um esquema doença-estabilização, mais que no de doença-cura (PIERRET, 1986).

O conceito de saúde ampliado pela Organização Mundial de Saúde (1958) – no sentido de “completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença” – introduz o problema da qualidade de vida das populações no planejamento de serviços e programas de saúde e requer um paradigma que abarque o processo saúde-doença, enquanto processo social que se dá em condições geográficas e históricas determinadas (UCHOA et al., 2000; TANCREDI, 1998/2002).

¹ “*La santé sort de l'ombre. [...] elle tend à devenir dans les années recentes, un concept opératoire.*” (PIERRET, 1986, p.224).

Tancredi (1998/2002, p.11) entende que tal concepção de saúde tornou-se senso comum e observa que “[...] a promoção à saúde aglutina o consenso político em todo o mundo e em diferentes sociedades como paradigma válido e alternativo aos enormes problemas de saúde e do sistema de saúde dos países.”.

Pierret (1986) esclarece que, tendo entrado no campo do econômico, a concepção global de saúde

[...] supõe que a ação sanitária não se reduz à ação médico-curativa e que os novos objetos que ela se dá sejam tratados, como a medicina trata as doenças, ou seja, sobre a base de trabalhos científicos, através de novos conceitos: os ‘fatores de risco’ identificados ao nível dos comportamentos individuais e do ambiente sócio-econômico.²

Desse modo, o desafio central para os diferentes profissionais concernidos à saúde passa a ser, de acordo com Uchoa et al. (2000, p.17), “[...] o de produzir análises contextualizadas e transformadoras da realidade que fujam do paradigma médico-assistencialista e ampliem as alternativas de promoção e prevenção da saúde.”.

Tal mudança de ênfase, e quiçá de paradigma, concerne também à Psicologia.

Faremos alguns apontamentos a esse respeito sem, no entanto, pretender realizar uma narrativa histórica dos trabalhos e das contribuições de psicólogos nos diferentes programas, organizações ou instituições encarregados dos cuidados e, mais recentemente, da promoção de saúde e prevenção, pois essa narrativa excede os limites do presente trabalho.

Lo Bianco et al. (1994) analisam que a inserção do psicólogo nas instituições de saúde ocorre em meio a um complexo movimento de forças sociais, para o qual concorrem

² “[...] suppose que l’action sanitaire ne se réduise pas à l’action médicale curative et que les nouveaux objets qu’elle se donne soient traités sur le mode de la connaissance, comme la médecine traite les maladies, c’est-à-dire sur la base de travaux scientifiques, à travers des concepts nouveaux: ‘les facteurs de risque’ identifiés au niveau des comportements individuels et de l’environnement sócio-économique.”(PIERRET, 1986, p.224)

as demandas sociais, a ação de segmentos militantes seja da população, seja de profissionais e as ações do Estado que, no esforço de reduzir os custos hospitalares, amplia a atenção secundária e primária, o que teria favorecido a constituição de equipes multiprofissionais, nas quais o psicólogo encontra lugar. Além disso, os autores destacam que a inserção e atuação de psicólogos nos hospitais gerais e nas clínicas especializadas têm sido tão significativas que levam a considerar a emergência de uma nova área.

A participação em diferentes equipes multiprofissionais ou multidisciplinares, o contato e a experiência de trabalho junto a segmentos da população, ou clientela, bastante diferenciados e com questões muito diversas, necessariamente desencadeiam uma revisão e re-elaboração das práticas até então mais usuais e mesmo de modelos teóricos, chegando-se à discussão da formação profissional.

Destacamos, nesse sentido, a ampliação da concepção de Psicologia Clínica³ e, historicamente, o surgimento da Psicologia da Saúde⁴.

No Brasil, a contratação de Matilde Neder em 1954, para trabalhar no setor infantil da Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, coincide com os primeiros movimentos mais organizados tendo em vista a regulamentação da profissão de psicólogo e pode ser considerado um marco na história da Psicologia da Saúde⁵.

Kerbaux (2002) observa que a própria denominação da área que aplica os princípios de Psicologia a problemas de saúde permanece problemática, embora a designação de Psicologia da Saúde seja a mais usada.

³ Cf. LO BIANCO et al., 1994, p.17-18.

⁴ Cf. KERBAUY, 2002, p.11-28.

⁵ Cf. CARVALHO, 2002, p.153; DE MARCO, 2003, p.73.

Yamamoto et al. (2002, p.218-219) assinalam que a distinção entre Psicologia Clínica e Psicologia da Saúde é tema de debate internacional e que “A questão subjacente a essa discussão é a dificuldade em precisar os limites do âmbito clínico.”.

A questão da formação do psicólogo é abordada por diferentes autores⁶ e Lo Bianco et al. (1994, p.53) ponderam acerca da inserção do psicólogo no Sistema Único de Saúde (SUS) que “[...] toda a equipe de saúde ainda não se encontra devidamente preparada pelos seus cursos de graduação, para atuar nesta nova concepção de prestação de serviços.”.

Tais questões se apresentam também no campo da saúde mental. Lembramos, a respeito, as críticas históricas ao sistema manicomial, a busca por modelos alternativos à internação que ganharam expressão em modelos como os que regem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que, em consonância com as diretrizes da Declaração de Caracas (1990)⁷, prevêem várias modalidades de atendimento. Dentre essas modalidades destacamos o atendimento individual, em grupos, às famílias, visitas domiciliares e atividades comunitárias levadas a efeito por equipes multiprofissionais (LO BIANCO et al., 1994; BELMONTE et al. 1998).

As questões que delineamos configuram, a nosso ver, marcos que definem um horizonte e imantam, interrogam os fazeres de diferentes profissionais, que atuam no âmbito da chamada área da saúde, entre os quais está o psicólogo.

Em tal campo de forças se deu nossa experiência de atendimento a crianças autistas e psicóticas e podemos, agora, nos remeter à mesma e às interrogações que nos suscitou.

⁶ Cf. ROMANO (1997); YAMAMOTO et al. (2002).

⁷ Conferência regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPS). Cf. Belmonte, P. R. et al. (1998, p.36).

A pesquisa e a clínica⁸ no âmbito das psicoses precoces e do autismo levantam questões concernentes a diferentes disciplinas e especialidades. Em tal âmbito, a Medicina e a Psicologia têm uma vasta fronteira comum.

Interessa-nos examinar alguns aspectos dessa fronteira. Ou, em outros termos, considerando-se o exercício de um saber clínico, interessa-nos perguntar pelas especificidades da clínica médica, muito particularmente de algumas vertentes da Psiquiatria Infantil.

As experiências de atendimento a crianças autistas e psicóticas – no âmbito de um curso de especialização – e de observadora participante em estágio supervisionado, impuseram a necessidade de um aprofundamento de alguns instrumentos conceituais e metodológicos clínicos.

O curso de especialização nos deu a oportunidade de entrar em contato com uma instituição preocupada com a saúde da criança tanto do ponto de vista médico quanto psicológico.

Nesse sentido, podemos apreciar a experiência vivida no âmbito daquele curso desde dois ângulos:

- o de estar em presença da criança e em presença de seus familiares na condição de psicóloga clínica diretamente responsável pelos atendimentos;
- o de participante de uma equipe constituída por profissionais formados em diferentes disciplinas.

⁸ Referimo-nos, aqui, à clínica enquanto método de investigação de um tema, de um domínio, pouco conhecido. Cf. HYMAN, R. (1967, p.50-88).

No tocante às experiências junto às crianças e familiares, importa destacar alguns dos pressupostos com que entramos em cena, bem como alguns dos abalos e dos traços de memória que tais encontros promoveram e que me levaram a encetar um percurso que nos traz a presente Dissertação.

Dentre os pressupostos que permitem reconhecer uma particular identidade profissional, assinalamos nossa formação enquanto psicanalista e o exercício de uma prática em psicoterapia psicanalítica de crianças e de adultos. Denominamos psicoterapia psicanalítica às modificações técnicas especialmente quanto à duração e frequência das sessões, sendo que tais mudanças de enquadre foram, em nossa experiência, no sentido de maior duração das sessões.

Essa experiência em clínica psicanalítica tem por horizonte a “instauração de uma situação analítica”, tema sobre o qual Fédida desenvolve, ao longo de sua obra, uma vigorosa reflexão.

A situação analítica, no entender de Fédida (1999, p. 89), nunca está definitivamente assegurada “[...] mas permanece, todavia, uma ficção ideal da qual o analista não pode prescindir e sob a ótica da qual ele regula a comunicação e a ação terapêuticas.”.

Em termos de experiência junto a crianças autistas ou psicóticas sem fala, essa maneira de pensar a psicoterapia e a situação analítica permite estar diante da criança tendo em mente a possibilidade de vir a apreender, intuir, atribuir ou compreender alguns dos sentidos do que ela vive. A atribuição de sentido, ou a expressão da compreensão dependem da capacidade de observação do que a criança faz em presença de um profissional e da observação dos efeitos que tal situação tem sobre ele. Ou seja, as ações da

criança e seus atos, sejam esses repetitivos ou estereotipados, são considerados desde a perspectiva de potencialmente configurarem um apelo, uma comunicação⁹.

No âmbito das modalidades de atendimento contempladas pelo curso de especialização já mencionado, a presença das crianças questionou, modulou, regulou essa atitude.

Estar em presença de cada uma das crianças trouxe interrogações acerca da capacidade de observação e auto-observação, o que inclui apreender e discernir as oscilações que afetavam tal capacidade durante o trabalho junto à criança.

Assim, importava distinguir e correlacionar os momentos em que diante de cada uma das crianças, ao longo de percursos que variaram de alguns meses a cerca de dois anos, minha atenção resvalava da tolerância para a complacência, a resignação, o tédio, o desespero. Ou da tolerância para a exasperação, a inflexibilidade, a rigidez, o abandono.

Com cada uma daquelas crianças os ajustes, reajustes, retomadas, modulações, fracassos da capacidade de manter uma observação que contempla os movimentos afetivos e a possibilidade de comunicação foram diferentes.

Cada criança e todas elas deixaram-me a memória dessa inquietação.

A inquietação aponta duas direções: uma, regressiva, é indicadora das angústias desencadeadas no exercício de uma prática profissional; outra, progressiva, solicita a elaboração desse viver, ou desse sofrer. E essa elaboração passa necessariamente pelo encontro ou desenvolvimento de instrumentos conceituais clínico-teóricos.

Em outra vertente, ou seja, enquanto participante de uma equipe constituída por profissionais formados em diferentes disciplinas, a experiência de estar em contato com

⁹ Cf. Fédida (1996, p. 26-27) onde o autor retoma formulações de Freud acerca da função secundária decisiva de “compreensão mútua” da descarga motora nos estádios precoces da vida humana.

práticas, linguagens, vocabulários estabelecidos em diferentes campos do saber e regidos por diferentes posições epistemológicas, mostrou, cotidianamente, que a comunicação entre profissionais mereceria um trabalho de elaboração das diferenças, das fronteiras e das tensões eu – outro.

Desse modo, se a condição do autista sugere um mundo desolado, o campo de pesquisa e o exercício da clínica parecem estar necessariamente abertos para o outro, ou talvez outros, se levarmos em conta as diversas especializações e formações concernidas.

Tais experiências, ainda recentes, no campo do autismo e das psicoses precoces levaram-me a um processo de elaboração que pôde avançar graças a alguns encontros, sendo alguns desses pessoais, enquanto outros se deram através de leituras.

Referimo-nos, particularmente, àquela experiência de leitura através da qual um processo interno, que ainda não se revelou e do qual só conhecemos sensações algo vagas, subitamente ganha forma ¹⁰.

É no marco desse tipo de encontro que se deu a leitura dos trabalhos de Nielle Puig-Vergès.

A importância da comunicação intra- e inter-equipes no trabalho de Nielle Puig-Vergès (1992) foi o que de imediato nos prendeu a atenção e sustentou nosso interesse.

Puig-Vergès (1992, p.13) pratica o que ela chama de método de epistemologia clínica comparativa que seria, em uma primeira definição, “[...] o *pensamento clínico* em sua pluralidade de perspectivas e intricado com os acontecimentos da vida e com o funcionamento intrapsíquico.” ¹¹.

¹⁰ Cf. BETTELHEIM, 1991, p.94.

¹¹ “[...] le *raisonnement clinique* dans sa pluralité de perspectives et son intrication aux événements de vie comme au fonctionnement intrapsychique.” (PUIG-VERGÈS, 1992, p.13, grifo do autor).

Para ela é essencial um trabalho de esclarecimento que favoreça a comunicação entre clínicos de diferentes horizontes e permita-lhes transitar de um sistema de pensamento a outro.

Especificamente importava-me, naquele primeiro momento desse encontro leitor-obra, conhecer alguns recursos para o trabalho em equipe pluridisciplinar, que oferecessem uma alternativa para a balbúrdia que, ocasionalmente ou mais amiúde, se instaura nas equipes.

A menção a episódios caracterizados por um vozear confuso, que supostamente muitos que trabalham em equipes possam reconhecer, é uma referência a Bion (1975) e ao mito da Torre de Babel.

É conhecida a formulação de Bion (1975) de que a participação em um grupo de trabalho se dá em dois níveis de funcionamento: o do grupo de trabalho e o das suposições básicas. O funcionamento do grupo de trabalho sofre oscilações, por vezes favoráveis e mais freqüentemente desfavoráveis para a consecução de seus objetivos, vinculadas ao desencadeamento dos estados de “suposições básicas”¹².

As configurações descritas sob o termo “suposição básica” são inconscientes e quando o funcionamento de um grupo evidencia um funcionamento no registro das suposições básicas, os próprios participantes do grupo têm dificuldade de observar e compreender o que lhes passa¹³. Ou seja, a possibilidade de conhecer e a capacidade de comunicação sofrem reveses¹⁴.

¹² Tais suposições básicas corresponderiam a reações defensivas contra ansiedades psicóticas que, mais cedo ou mais tarde, terminam por serem liberadas dada a correlação de cada suposição básica com objetos parciais muito primitivos (BION, 1975, p.176).

¹³ Cf. MELTZER, 1998, p. 20.

¹⁴ A respeito dos fenômenos que ocorrem em grupos, lembramos as contribuições de Bleger. Cf. BLEGER, 1974, 1982.

Nem sempre um grupo de trabalho pode contar com o recurso a uma situação que tenha função de continente para os momentos tempestuosos em que o funcionamento do grupo é dominado por tais suposições. Mas a necessidade de fazer a travessia se impõe.

O método de epistemologia clínica comparativa discutido por Puig-Vergès não está diretamente formulado como instrumento para atender, socorrer e ainda menos debelar as dificuldades e crises pelas quais uma equipe de trabalho pode passar. O que a nosso ver esse método oferece é uma alternativa construída, adaptada e organizada que pode auxiliar a reflexão e a comunicação entre os participantes de uma equipe, ou entre equipes.

Pode-se dizer numa analogia que essa vertente metodológica da obra de Puig-Vergès tem seu contraponto, ou seja, guarda uma relação dupla de contraste e complementaridade, com a clínica, a prática diagnóstica e terapêutica de crianças e adolescentes autistas e psicóticos.

A apresentação do trabalho clínico de Puig-Vergès (1987), as discussões metapsicológica e teórica que ela enceta, no confronto de sua experiência clínica com as contribuições de algumas das principais correntes e escolas nos campos das clínicas psiquiátrica e psicanalítica, permitem acompanhar e situar alguns dos momentos cruciais de impasse na experiência de atendimento junto às crianças e a seus familiares.

Nielle Puig-Vergès (1987) tem formação pluridisciplinar em filosofia, psicologia, psicanálise e psiquiatria. Doutora em Psiquiatria e em Psicologia, psicanalista com experiência na prática terapêutica hospitalar, professora, sua obra contempla uma discussão epistemológica, apoiada em sua formação filosófica, dos conceitos operantes no campo da psicopatologia na clínica psiquiátrica e na clínica psicanalítica.

Em nossa leitura privilegiaremos um percurso onde são consideradas mais detidamente suas principais referências teóricas e clínicas no âmbito psicanalítico.

Puig-Vergès (1987, 1992) encontra em Freud, Ferenczi e Bion suas principais referências teóricas, enquanto no plano clínico acompanha as investigações desenvolvidas sob a égide dos trabalhos de M. Mahler e colaboradores, de M. Klein e dos pós-kleinianos.

Uma vez que nossa experiência se deu junto a crianças com transtornos manifestos nos primeiros três anos de vida, dedicaremos maior atenção às questões relativas às etapas iniciais de desenvolvimento. As menções, discussões de características, problemas, transtornos da segunda infância e da adolescência serão feitos apenas na medida em que concernem seja a evolução da criança autista ou psicótica, seja o diagnóstico diferencial ¹⁵.

Os textos de Puig-Vergès permanecem, até o momento, inéditos no Brasil.

Esse obstáculo à divulgação dos textos nos coloca um problema.

Toda apresentação de uma obra envolve uma escolha ditada pelas questões e interesses que nos animam e inquietam.

Essa escolha não é só, em última instância, arbitrária como também supõe algum grau de elaboração e, portanto, de modificação do texto original. Nesse sentido, impõe-se apresentar o pensamento de Nielle Puig-Vergès e acompanhar seu desenvolvimento atentamente, para fazer frente a essas questões básicas.

¹⁵ A idade em que aparecem os transtornos na criança é um dos critérios diagnósticos adotados nas classificações internacionais. Assim, os Transtornos globais do desenvolvimento incluem os transtornos que se manifestam antes dos 3 anos de idade completos. Cf. CID-10 (1996, cap. V, p. 367-369).

2 PREMISSAS CLÍNICAS E METODOLÓGICAS AO ESTUDO DE AUTISMO E PSICOSES PRECOSES NA OBRA DE NIELLE PUIG-VERGÈS

Para o presente estudo, duas publicações de Nielle Puig-Vergès são decisivas: *Aux Sources de la Psychose* (1987) e *Autisme et Psychoses Precoces* (1992).

O livro de 1987 é uma edição da tese apresentada pela autora, enquanto o segundo título foi publicado como volume de uma coleção de finalidade pedagógica.

O texto de 1992, dado seu caráter de suporte pedagógico, oferece-nos uma apresentação sucinta, bastante densa, de conceitos e metodologia remetendo o leitor às demais publicações da autora.

Em respeito às diferentes características dessas publicações, utilizamos *Aux Sources de la Psychose* (1987) como nosso texto base e optamos por recorrer ao texto de 1992 sempre que esse último nos ofereça definições, complemento ou elucide as questões abordadas pela autora.

Assim elegemos um percurso através do pensamento e metodologia clínicos apresentados e desenvolvidos por Puig-Vergès, no conjunto dos títulos mencionados, no qual os diferentes textos surgem como em um diálogo.

Ao privilegiar esse modo de apresentação deixamos em plano secundário o critério de exposição cronológica. Entendemos que a apresentação em separado de *Autisme et Psychoses Precoces* (1992) poderia resultar em uma forma empobrecida de resumo, ou

resvalar para a tentativa de simplesmente fazer sua tradução, no esforço de contornar as dificuldades trazidas por um texto que já é uma síntese.

Na primeira parte de *Aux Sources de la Psychose* (1987), a autora apresenta uma modalidade de trabalho clínico com crianças e adolescentes psicóticos que culmina em uma escolha terapêutica, sendo tal modalidade resultante de uma abordagem fenomenológica e psicodinâmica.

Na segunda parte, a autora desenvolve considerações epistemológicas e conceituais em três níveis: fenomenológico, metapsicológico e teórico¹⁶.

A clínica em questão é uma clínica psiquiátrica e também psicológica que tem lugar em instituição hospitalar universitária, com equipes integradas por clínicos, pesquisadores e profissionais com diferentes formações e horizontes teóricos¹⁷.

Essa modalidade de trabalho clínico compreende a primeira tomada de contato com a criança, ou o adolescente, e seus familiares, a observação, diagnóstico e orientação terapêutica como um encontro, do qual derivam efeitos terapêuticos paralelos. Ou seja, a prática psicoterapêutica ou psicanalítica propriamente dita não está em questão.

Para o percurso que vamos encetar através da leitura da obra de Nielle Puig-Vergès temos de nos fazer acompanhar, como os bons viajantes, de alguns instrumentos de navegação.

O principal deles refere-se à posição fenomenológica que orienta a psiquiatria exercida pela autora e a compreensão que ela tem, desde uma perspectiva psicodinâmica, do funcionamento mental da criança ou do adolescente. Em acordo com seu

¹⁶ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.35-36.

¹⁷ Id., 1992, p.12.

posicionamento epistemológico fenomenológico, a autora retoma sempre a observação e a descrição: tudo está como que entre parênteses e tudo merece ser observado e indagado.

Além disso, cabe registrar a importância que tem na obra de N. Puig-Vergès a diferenciação entre processos de desenvolvimento normal e evoluções psicopatológicas. A diferença não é mais entendida em termos meramente quantitativos, mas em termos de qualidade. Ela entende que não existe continuidade entre o que é do registro da psicopatologia e o que é do registro do desenvolvimento normal.

Uma vez que em nosso percurso inicial apresentaremos a abordagem metodológica proposta por N. Puig-Vergès, suspenderemos a introdução de exemplos de nossa própria experiência junto a crianças autistas e psicóticas. Nossa experiência se deu no quadro de uma outra abordagem e não poderíamos trazê-la sem a correspondente explicitação daquela abordagem, o que nos levaria a um desvio de foco de trabalho.

2.1 EM DIREÇÃO A UMA CLÍNICA FENOMENOLÓGICA E PSICODINÂMICA

Nielle Puig-Vergès nos coloca frente ao que ela chama de elemento paradoxal que impele a pesquisa clínica: a coexistência do imperativo terapêutico e da abordagem metodológica¹⁸.

O termo coexistência indica a tensão que se estabelece entre o imperativo terapêutico e a abordagem metodológica. O paradoxo está em o terapêutico vir a ser alcançado apenas através da abordagem metodológica que, no entanto, está a serviço do terapêutico, pois esse é um imperativo. Assim temos uma dupla interrogação: a finalidade

¹⁸ “L’élément paradoxal qui dynamise toute recherche dans le secteur de la clinique tient, selon moi, à la co-existence de l’imperatif thérapeutique et de l’approche méthodologique [...]” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 25).

terapêutica interroga a abordagem metodológica e é por essa interrogada. Esse trabalho constante de questionamento gera um movimento, que é o da pesquisa clínica e traduz-se em formulações, conceituações que, por sua vez, introduzem novas interrogações. Esse movimento pode ser aproximado à própria definição do que é compreender e encontramos a descrição desse modo de conhecer em diferentes autores¹⁹.

Poder-se-ia, então, perguntar se, nessa tensa coexistência, a abordagem metodológica está subordinada ao fim terapêutico e se esse imperativo, no limite, não terminaria por justificar que se lance mão das mais diferentes abordagens.

O difícil está em manter, tolerar a tensão da coexistência do imperativo terapêutico e da abordagem metodológica enquanto termos de importância equivalente: nenhum pode ser excluído e as oscilações do valor relativo de um e outro são momentâneas. Ao se concluir uma fase da pesquisa clínica, o imperativo terapêutico e a abordagem metodológica voltam a se apresentar como de igual importância, mesmo que no decurso desse movimento de pesquisa algo tenha recebido, ou encontrado formulação diferente.

Desse modo impõe-se a necessidade de estar referido a uma determinada posição epistemológica, pois apenas quando remetidos a essa encontramos condições que podem tornar viável sustentar a tensa coexistência do imperativo terapêutico e da abordagem metodológica. Caso nos furtemos a essa tomada de posição, estamos expostos à urgência das facilitações que nos retiram do paradoxo, seja fazendo da abordagem metodológica

¹⁹ Em Gesell (1985, p.21), por exemplo, o desenrolar do crescimento na infância é representado graficamente por uma espiral de *entretecimento recíproco*, da qual apreendemos o movimento, mas não um suposto ponto fixo.

Bleger (1982, p.57-86), considerando questões relativas ao ensino e obstáculos à aprendizagem, refere-se ao *restabelecimento da espiral*, isto é, das possibilidades de retomada do processo de aprendizagem.

Meltzer (1997, p.19), refletindo sobre a especificidade do trabalho do analista, observa que os sonhos, assim como as brincadeiras infantis, permitem “[...] *observar a operação no processo analítico, de uma história natural evolutiva – no sentido [estrito] de que a transferência se move numa configuração circular e espiralada*”.

moeda barata, seja tentando torná-la a garantia única. Em uma e outra hipótese, corre-se o risco de abandonar ou ser abandonado pela prática clínica.

Puig-Vergès (1987) considera que:

Em uma prática que implica uma relação direta com fatos da observação, que se apóia sobre a experiência, mas propõe uma orientação terapêutica, reivindicar uma posição epistemológica se impõe, a meu ver, a fim de clarificar nossas práticas e nossas teorizações.²⁰

A prática a que a autora está referida é aquela exercida em ambiente hospitalar e os fatos da observação, que sustentam suas sistematizações, são baseados em “[...] quarenta e cinco estudos clínicos de bebês, crianças e adolescentes seguidos *personnellement* [pela autora], sendo alguns durante vários anos, bem como entrevistas individuais ou de grupos com pais de crianças autistas e psicóticas.” (PUIG-VERGÈS, 1987)²¹.

O saber clínico, na acepção ampla do termo, é para nossa autora “[...] aquele que se apóia sobre a relação direta com um ser em sua totalidade e diversidade de modalidades de expressão [...]” (PUIG-VERGÈS, 1992)²².

Esse saber se dá em dois tempos: no imediato da relação e na ausência do paciente.

A partir do encontro com diferentes populações clínicas – para usar uma expressão de Stern (1997) – as teorias e técnicas já estabelecidas são interrogadas e, eventualmente, transformadas ou abandonadas.

Poder-se-ia dizer, então, que o mistério, o enigma da condição do outro faz trabalhar a clínica.

²⁰ “*Dans une pratique qui implique un rapport direct aux faits d’observation, qui s’appuie sur l’expérience, mais propose une orientation thérapeutique, revendiquer une position épistémologique s’impose, de mon point de vue, afin de clarifier nos pratiques et nos théorisations.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.25).

²¹ “[...] quarante-cinq études cliniques de bébés, d’enfants et d’adolescents que j’ai suivis *personnellement*, certains pendant plusieurs années, ainsi que des extraits d’entretiens individuels ou de groupes de parents d’enfants autistes et psychotiques.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.32, grifo do autor).

²² “[...]celui qui s’appuie sur la relation directe à un être dans la totalité et la diversité de ses modalités d’expression [...]” (PUIG-VERGÈS, 1992, p.12).

Desse modo a clínica com crianças e adolescentes psicóticos em ambiente hospitalar apresenta questões, solicita adaptações e ampliações que, a partir de um determinado momento, impõem revisões conceituais e de vocabulário.

A clínica psiquiátrica que vamos examinar tem a observação, a descrição e a compreensão como suas pedras angulares.

É uma clínica fundada sobre a possibilidade de um encontro com o outro:

A semiologia sobre a qual me apoio não será apenas coleta de dados objetivos ou objetiváveis [...] mas coleta de sinais, de sintomas, de condutas complexas às quais só *a qualidade do encontro* vai dar uma significação: o que está descrito na tradição fenomenológica de Jaspers a Binswanger ou H. Tellenbach, mas também concerne à clínica psicopatológica e psicanalítica. Se insisto sobre o alargamento que introduz a fenomenologia, é porque ela nos oferece a possibilidade de descrever o encontro. (PUIG-VERGÈS, 1987) ²³.

Descrição é, portanto, um conceito chave para essa clínica que se inscreve em uma tradição fenomenológica.

Sabemos que a descrição tem lugar central também na clínica psicanalítica, ou ao menos em alguns de seus âmbitos, mas cabe precisar que a descrição é feita a partir da investigação sistemática da transferência. Essa é, por exemplo, a posição tomada por Meltzer (1979, p.20).

A posição de Nielle Puig-Vergès é outra e poderíamos mesmo dizer que é necessariamente outra, pois a prática é outra. Ela está no vértice da descrição, apreensão e interpretação do observado e mesmo do vivido, mas não através do recurso ao estudo

²³“*La séméiologie sur laquelle je m'appuie ne sera pas seulement recueil de faits objectifs ou objectivables [...] mais recueil de signes, de symptômes, de conduites complexes à laquelle seule la qualité de la rencontre va donner une signification: ce qui est décrit dans la tradition phénoménologique de Jaspers à Binswanger ou H. Tellenbach, mais encore ce qui ressort de la clinique psychopathologique et psychanalytique. Si j'insiste sur l'élargissement qu'introduit la phénoménologie, c'est parce qu'elle nous offre la possibilité de décrire la rencontre.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.38, grifo do autor).

sistemático da transferência. Voltaremos repetidamente a essas indicações ao longo do texto.

O fio condutor que assegura as transposições de um campo a outro é a descrição. Segundo nossa autora, “O ecletismo teórico está rejeitado: o suporte reflexivo permanece *descritivo*, a unidade se estabelece no plano da compreensão e do esquema de referência utilizados para a *interpretação* e uma eventual *teorização* [...]” (PUIG-VERGÈS, 1987)²⁴.

O trabalho a que a autora se propõe é, inicialmente, o de

[...] *compreender e apresentar [os transtornos psíquicos] em termos de primeiras descrições.* (PUIG-VERGÈS, 1987)²⁵.

Ela pensa que:

[...] o mundo estranho e chocante das psicoses infantis permite mostrar o interesse de uma nova metodologia [que] recorrendo a uma análise ‘em estratos’ e em rede, resulta em uma *prática* que, utilizando diversos níveis de descrição e compreensão, deixe aos clínicos saídos de correntes diferentes a possibilidade de se encontrar. (PUIG-VERGÈS, 1987)²⁶.

Tal metodologia pretende favorecer as possibilidades de um diagnóstico precoce, ou menos tardio, do autismo e das psicoses infantis e isso, entende a autora, requer do clínico o exercício de uma acuidade que leve em conta a multiplicidade de parâmetros a analisar (PUIG-VERGÈS, 1992).

2.2 PRIMEIRAS DEFINIÇÕES DOS TERMOS PSICOSE PRECOCE E AUTISMO

²⁴ “L’éclectisme théorique est rejeté: le support réflexif reste *descriptif*, l’unité s’établit au plan de la compréhension et du schéma de référence utilisés pour *l’interprétation* et une éventuelle *théorisation* [...]” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.71, grifo do autor).

²⁵ “[...] *troubles psychiques [...] les comprendre et à les présenter en termes de premières descriptions.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.27, grifo nosso).

²⁶ “[...] *le monde étrange et déroutant des psychoses infantiles permet de montrer l’intérêt d’une nouvelle méthodologie recourant à une analyse ‘en strates’ et en réseaux, de dégager une pratique utilisant divers niveaux de description et de compréhension qui laisse à des cliniciens issus de courants différents la possibilité de se rencontrer.*” (Puig-Vergès, 1987, p. 31, grifo do autor).

A individualização dos transtornos psíquicos na infância, assim como os esforços para universalizar os critérios diagnósticos e a classificação são historicamente recentes, embora a tendência à internacionalização do diagnóstico, tendo em vista o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e farmacológicas, date de meados do século XIX (PUIG-VERGÈS, 1992).

Para a autora, “[...] o objetivo do clínico [...] é o de reconhecer a singularidade de cada pessoa em seu contexto sócio-familiar e em suas potencialidades evolutivas.” (PUIG-VERGÈS, 1992)²⁷.

Assim, faz-se necessário reportar-se às escalas e classificações internacionais para o exame da sintomatologia, mas de modo a garantir a adaptação a um indivíduo singular (PUIG-VERGÈS, 1992).

O cuidado em garantir o lugar da singularidade revela-se um dos principais temas de elaboração da autora.

Para o exame da sintomatologia ela se reporta, então, às edições da CID – Classificação Internacional de Doenças e do DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, bem como às proposições adotadas em países europeus²⁸.

Seguindo uma tendência manifesta entre os clínicos e pesquisadores da Europa, a autora emprega o termo “[...] psicose precoce [...] para designar o conjunto das dificuldades

²⁷ “[...] l’objectif du clinicien [...] est de reconnaître la singularité de chaque personne dans son contexte socio-familial et dans se potentialités évolutives.” (PUIG-VERGÈS, 1992, p.17).

²⁸ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.70; 1992 p.22.

do registro psicótico ou autístico aparecendo antes do terceiro ano [de vida] [...]” (PUIG-VERGÈS, 1992)²⁹.

Ela entende que sob o termo autismo podem ser descritas formas heterogêneas, o que resultaria em uma imprecisão do diagnóstico e, uma vez que considera útil distinguir as diferentes formas clínicas, faz uso mais restrito do termo sublinhando a importância de estabelecer as diferenças entre:

- uma forma central maior – correspondente aos transtornos extremamente precoces, desencadeados em momentos distintos do desenvolvimento, nos quais se apresenta o conjunto de sintomas agrupados em torno do isolamento autístico, da necessidade de imutabilidade, das estereotípias e dos transtornos da linguagem;
- uma forma marginal – na qual apenas alguns dos sintomas estão presentes, sendo a dinâmica e a etiopatogenia distintas das formas maiores;
- ou ainda as formas transitórias – freqüentemente reativas e mais mobilizáveis.

A autora assinala que as crianças afetadas pelas chamadas formas marginais têm grande potencialidade de evolução sadia, embora os efeitos patogênicos sejam consideráveis.

Ela reporta as chamadas curas milagrosas do autismo, entendido no sentido extenso do termo, às situações nas quais se confundiu reação autística, ou mesmo reação simbiótica

²⁹ “[...]psychose precoce [...] pour designer l’ensemble des difficultés du registre psychotique ou autistique apparaissant avant la troisième année [...]” (PUIG-VERGÈS, 1992, p. 29).

– isto é, formas particulares e transitórias – com autismo tipo Kanner³⁰ ou outra psicose precoce.

Além disso, e como consequência da importância da descrição dentro de uma tradição fenomenológica, ela enfatiza a necessidade de se indicar claramente toda patologia somática ou sensorial que esteja associada ao transtorno psicótico.

A precisão quanto ao diagnóstico tem, a seu ver, impacto direto sobre a definição de um projeto terapêutico e sobre o prognóstico³¹.

O transtorno psicótico que abala a criança deve ser entendido “[...] como se manifestando no movimento mesmo de estruturação do aparelho psíquico [...]” (PUIG-VERGÈS, 1987)³².

Isso supõe uma mudança qualitativa quanto ao desenvolvimento e à evolução da criança:

A ruptura, a descontinuidade, o ‘salto’ das etapas do desenvolvimento, são em si mesmos índices de funcionamento psicótico e M. Mahler já sublinhava [...] com razão que a noção de regressão não convém para descrever o funcionamento psicótico precoce [...]. (PUIG-VERGÈS, 1987)³³.

Em texto publicado posteriormente, Puig-Vergès (1992) afirma:

Considero que a evolução autística e psicótica precoce está, no plano psicodinâmico, relacionada a uma patologia do Si - mesmo mais que a uma patologia interativa, situando-me em oposição com as correntes que

³⁰ Em “Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo” (1942/1997), Leo Kanner descreve a forma mais precoce de psicose infantil, na qual se apresentam como principais sintomas o isolamento extremo e uma necessidade imperiosa de imutabilidade; sinais da síndrome podem ser observados já no primeiro ano de vida e a evolução é severa. “Síndrome de Kanner”, ou autismo tipo Kanner, tornaram-se sinônimos da forma mais precoce e severa de autismo. Cf. CID-10 (1996, p.367-369); “DICTIONNAIRE DE LA PSYCHANALYSE” (1997, p.686-689).

³¹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1992, p.27-29 e p.47-48.

³² “[...] comme s’exprimant dans le mouvement même de structuration de l’appareil psychique [...]” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 67).

³³ “*La rupture, la discontinuité, le ‘saut’ des étapes du développement, sont en eux-mêmes des indices de fonctionnement psychotique et M. Mahler soulignait [...] avec raison que la notion de régression ne convient pas pour décrire le fonctionnement psychotique precoce [...].*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.368, grifo do autor).

invocam os desejos destrutivos da mãe. O abalo do *si - mesmo visceral* e do *si - mesmo corporal* (anteriores psicogeneticamente à elaboração superegógica e ao ego) leva a uma construção progressiva desviante induzindo processos de identificação com objetos inanimados (máquinas, utensílios) ou animados (animais mais que pessoas).³⁴ ³⁵.

Mas como se entende a noção de Si - mesmo? A autora esclarece:

Numerosos clínicos julgam, hoje em dia, que existe um *espaço psíquico* do bebê ao redor dos sons, dos odores, do tocar; penso que com as sensações próprio- e interoceptivas, isso contribui para a constituição imediata disso que sugiro chamar o *Si - mesmo corporal* cujo desenvolvimento corresponde às diversas partes do self dos anglo-saxões. Nesse sentido, a psicose precoce é, primeiramente, compreendida como uma patologia do Si - mesmo corporal no tocante à análise metapsicológica. Considero portanto o Si - mesmo como uma *instância psíquica*, opinião emitida em um contexto teórico diferente por E. e J. Kestemberg que fazem do si - mesmo o núcleo de um ego corporal [...]. (PUIG-VERGÈS, 1987)³⁶.

2.3 A CLÍNICA DAS PSICOSES PRECOSES EM AMBIENTE HOSPITALAR

Em *Aux Sources de la Psychose* (1987), Nielle Puig-Vergès nos apresenta à elaboração de uma clínica psiquiátrica exercida em ambiente hospitalar junto a crianças e adolescentes autistas ou psicóticos.

³⁴ “Je considère que l’évolution autistique et psychotique précoce est, sur le plan psychodynamique, en relation avec une pathologie du Soi plus qu’ en rapport avec une pathologie interactive, me situant en opposition avec les courants qui invoquent les désirs destructifs de la mère. L’ébranlement du soi visceral et du soi corporel (antérieurs psychogénétiquement à l’élaboration surmoïque et au moi) entraînent une construction progressive déviante induisant des processus d’identification à des objets inanimés (machines, ustensiles) ou animés (animaux plutôt que personnes).” (PUIG-VERGÈS, 1992, p. 107, grifo do autor).

³⁵ Traduzimos por si - mesmo o termo *Soi* da autora, em francês, para distinguir do *Self* que tem outras conotações teóricas.

³⁶ “Nombre de cliniciens sont d’avis aujourd’hui qu’il existe un espace psychique du bébé autour des sons, des odeurs, du toucher; je pense qu’avec les sensations proprio et intéroceptives, cela contribue à la constitution d’emblée de ce que je suggère d’appeler le Soi corporel dont le développement correspond aux diverses parties du self des anglo-saxons. En ce sens, la psychose precoce est d’abord à comprendre comme une pathologie du *Soi corporel* pour ce qui touche à l’analyse métapsychologique. Je considère donc le *Soi* comme une instance psychique, opinion émise dans un contexte différent par E. et J. Kestemberg qui font du *soi* le nucléus d’un moi corporel [...].” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.302, grifo do autor).

Uma clínica realizada em tais condições nos faz pensar, quase de imediato, nos casos mais graves e em formas de trabalho em equipe pluridisciplinar.

Estamos frente a uma modalidade complexa de trabalho seja pela falência temporária da capacidade de uma família em conviver com uma criança psicótica, seja pela diversidade de profissionais necessários à organização e funcionamento de uma unidade hospitalar de cuidados à infância.

Para que a intervenção terapêutica necessária venha a ser efetivada, a prática clínica em tal contexto requer o estabelecimento de um acordo entre as possibilidades de enquadre institucional e as considerações sócio-econômicas que as famílias e a administração fazem ao clínico, o que aumenta a dificuldade de análise do que a autora chama processo terapêutico global (PUIG-VERGÈS, 1987).

Esse processo corresponde ao conjunto de estratégias usadas para se chegar a um diagnóstico, a confirmação ou refutação do mesmo, bem como as medidas que visam dificultar uma evolução deficitária. Para tanto, é apropriada a abordagem pluridisciplinar, na qual as técnicas e as terapêuticas são escolhidas em função de cada caso³⁷.

A indicação de terapia requer do clínico “[...] uma abertura teórica (portanto um *conhecimento aprofundado dos diversos registros teóricos*), mas implica uma *coerência* nas decisões (considerada por Freud, esquecida algumas vezes pelos autores que lhe

³⁷ O “Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 1.0.5a” apresenta os termos “multidisciplinar” e “pluridisciplinar” como sinônimos. Embora o uso do termo “multidisciplinar” seja mais freqüente, ao menos na literatura compulsada para este trabalho, optamos por manter o termo “pluridisciplinar” para evitar associações com um outro termo que emprega o elemento “mult(i)”, no caso o termo “multiprofissional”, empregado para descrever uma modalidade de trabalho em equipe, e que é completamente estranho ao universo teórico da autora.

seguiram) e uma *organização* das intervenções pluridisciplinares [...].” (PUIG-VERGÈS, 1987) ³⁸.

Ou seja, a indicação terapêutica supõe o desenvolvimento de um pensamento clínico capaz de articular as propriedades descritas e usá-las para favorecer uma criança, ou adolescente em particular.

Essa formulação da autora também nos dá alguns parâmetros para o trabalho em equipe pluridisciplinar, pois as exigências quanto ao conhecimento aprofundado dos diferentes registros teóricos, a coerência nas decisões e a organização das intervenções integram um conjunto de atitudes necessárias ao trabalho em equipe que visa atender a um imperativo terapêutico.

Esse modo de entender a clínica se traduz, conseqüentemente, em uma disposição do profissional para “[...] *apresentar e explicitar aos pais da criança o leque dos recursos de que dispomos para que possam decidir o tipo de tratamento que lhes seja adequado.*” (PUIG-VERGÈS, 1992) ³⁹.

A respeito do momento onde as famílias buscam auxílio médico especializado, a autora assinala que muitos diagnósticos são tardios porque o psiquiatra infantil é procurado apenas quando os limites de tolerância e adaptação às normas de um grupo foram ultrapassados. Ela pensa que isso talvez explique certa divergência de pontos de vista entre psiquiatras, pais, psicólogos e psicanalistas, pois estaria em questão diferenciar entre o que

³⁸ “[...] *ouverture théorique (donc une connaissance approfondie des divers registres théoriques), mais implique une cohérence au niveau des décisions (bien vu par Freud, oublié quelques fois par les auteurs qui ont suivi) et un aménagement des interventions pluridisciplinaires [...].*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.32, grifo nosso).

³⁹ “[...] *présenter et d’explicitar aux parents l’éventail thérapeutique dont nous disposons afin que la décision du type de prise en charge leur revienne.*” (PUIG-VERGÈS, 1992, p.15, grifo nosso).

é do registro da psicopatologia e aquilo que é do registro da adaptação. Tal diferenciação é decisiva para a autora ⁴⁰.

A prática clínica em hospital solicita capacidade de trânsito entre a atenção direta à criança, aos seus familiares e às relações com a(s) equipe(s) encarregada(s) dos cuidados à criança. Assim o foco das considerações da autora se alterna entre esses diferentes participantes da cena e, mais esporadicamente, sobre o cenário da instituição propriamente dita.

Mencionamos que os casos para os quais se coloca a hipótese de uma hospitalização são considerados os mais graves e o prognóstico é, geralmente, desfavorável.

Para a clínica que estamos examinando, a observação tem importância central e é de duração prolongada. Ao qualificar a observação como prolongada, a autora destaca as mudanças que só podem ser percebidas em relação a uma história apoiada no cotidiano. Essa modalidade de aproximação aos fenômenos fornece elementos para a análise em estratos. E, de acordo com a atitude descritiva minuciosa (fenomenológica) da autora, trata-se de observação participante, tendo por suporte a capacidade de empatia do clínico.

Puig-Vergès (1987) considera que “[...] junto à criança psicótica onde a síndrome autística predomina, todo observador está em situação de *observador-participante* [...] pois sua mera presença modifica as condutas da criança [...]”.⁴¹

Ulteriormente, ela enfatiza: “[...] de minha parte o suporte permanece sempre a *observação participante*, eu jamais utilizo as técnicas comportamentalistas.” (PUIG-VERGÈS, 1992) ⁴².

⁴⁰ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p. 27-28.

⁴¹ “[...] auprès de l’enfant psychotique ou le syndrome autistique predomine, tout observateur est en situation d’*observateur-participant* [...] car sa seule présence modifie les conduites de l’enfant [...]”. (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 113, grifo do autor).

Ela chama de premissas, na acepção que a lógica dá ao termo, à tomada de contato, à observação e à orientação terapêutica derivada desse processo.

As proposições iniciais de um pensamento clínico, mais que apresentar as etapas de trabalho, nos dão a medida da importância atribuída pela autora “[...] aos elementos colhidos para a compreensão de uma situação e um ser singular no decorrer dos primeiros tempos de observação clínica, época na qual se estabelece o elo sutil que une o paciente a seu terapeuta.” (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁴³.

O período de observação que precede à indicação terapêutica é, portanto, decisivo para a descrição e compreensão de fenômenos relativos à psicopatologia do si - mesmo.

Uma vez que a observação é o principal esteio desse método, apresentaremos as etapas iniciais de trabalho propostas pela autora.

2.3.1 O PRIMEIRO ENCONTRO

Dissemos que a posição epistemológica suporta o movimento paradoxal, que impele a pesquisa clínica através da tensão estabelecida entre o imperativo terapêutico e a abordagem metodológica. A dupla exigência traduz-se, no pensamento clínico desenvolvido pela autora, na importância dada à descrição.

Assim, a autora preconiza um primeiro encontro centrado sobre a observação não intrusiva, que favoreça notar alguns mecanismos de defesa, estabelecer as primeiras

⁴² “[...] pour ma part le support reste toujours l’observation participante, je n’utilise jamais les techniques comportementalistes.” (PUIG-VERGÈS, 1992, p.89, grifo do autor).

⁴³ “[...] aux éléments recueillis pour la compréhension d’une situation et d’un être singulier au cours des premiers temps de l’observation clinique, époque où se noue le lien subtil qui unit le patient à son thérapeute.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.366).

hipóteses sobre o modo de pensar da criança ou do adolescente e encontrar atitudes mais adequadas à comunicação⁴⁴.

Esse encontro deve permitir algum nível de esclarecimento das demandas, o que supõe a escuta da criança, dos pais, ou do grupo familiar. É também o momento no qual se faz a apresentação dos objetivos, abordagem e recursos terapêuticos da instituição⁴⁵.

Na primeira consulta o problema diagnóstico não é decisivo. Importa, antes, avaliar a urgência, a necessidade de hospitalização da criança e os riscos de descompensação de uma patologia familiar⁴⁶.

A autora considera essencial receber, sempre que possível, a criança a sós e depois juntamente com a família, para poder efetuar a distinção fundamental entre patologia do si - mesmo e adaptação, de modo a chegar a perceber o funcionamento do paciente.

As entrevistas em que apenas os pais são recebidos são excepcionais. Esse recurso é recomendável apenas quando existe a hipótese de “segredos” vigentes na vida familiar⁴⁷.

Uma vez que a descrição minuciosa é peça fundamental para essa pesquisa clínica, a observação e a escuta voltam-se, desde o início, para a criança: “A aparência da criança, as palavras que pronuncia tem importância equivalente às *attitudes corporais* e à maneira de se aproximar e realizar contato com a pessoa que a recebe.” (PUIG-VERGÈS, 1987)⁴⁸.

A primeira consulta deve ser um tempo consagrado à avaliação e compreensão da sintomatologia da criança, resultando em uma indicação terapêutica e uma primeira orientação diagnóstica.

⁴⁴ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.41.

⁴⁵ Ibid., p.42.

⁴⁶ Ibid., p.45.

⁴⁷ Ibid., p.46.

⁴⁸ “*L'apparence de tout enfant, les mots qu'il prononce ont leur importance, pareillement les attitudes corporelles et la façon de s'approcher et de réaliser un contact avec la personne qui le reçoit.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 53, grifo do autor).

O clínico em questão, como sabemos, é um médico psiquiatra. No entanto, ele não deve realizar os exames somáticos da criança ou do adolescente, mas, sim, cuidar para que os exames necessários sejam feitos de maneira a evitar que a criança fique exposta a várias situações intrusivas e angustiantes. Ou seja, os exames necessários devem ser distribuídos ao longo do tempo e realizados por profissionais que não exponham a criança a muitos interventores.

Já para atender às características e condições dos lactentes⁴⁹, essa atitude cuidadosa leva o clínico a realizar um exame completo, incluindo exame neurológico e a escala de avaliação do comportamento neonatal de Brazelton⁵⁰.

Pode-se notar que a atitude do clínico está orientada para preservar o quadro a descrever e para uma escolha de procedimentos norteadas pelas condições particulares da criança, ou seja, para não intervir de maneira precipitada.

Em caso de hospitalização, o clínico responsável por esse primeiro encontro será o profissional de referência da criança, além de realizar as entrevistas de anamnese com a família. Em outras palavras, ele sustentará uma *função terapêutica*.

É parte integrante das funções do clínico de referência cuidar para que os casos difíceis sejam confiados a uma equipe estável, ainda mais se lembrarmos que várias equipes se revezam ao longo do dia. Também lhe cabe a apresentação dos integrantes da equipe, bem como da função de cada um deles junto à criança e à família⁵¹.

⁴⁹ O termo “lactente” é usado para designar a criança de um a 23 meses; a partir da idade de dois anos emprega-se o termo “criança”. Cf. BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/>. Acesso em: 07 jun. 2005. Já Puig-Vergès o emprega na acepção dada pelo Congresso Mundial de Psiquiatria do Lactente (1980) e que abrange os trinta primeiros meses de vida. Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.71, n.4.

⁵⁰ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.72.

⁵¹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p. 60 e p. 116.

A autora considera interessante a possibilidade de dupla referência – um médico ou um psicólogo e um membro da enfermagem – pois os profissionais de enfermagem são os responsáveis pelos cuidados cotidianos da criança.

2.3.2 A ENTREVISTA COM A CRIANÇA

A possibilidade de realizar a primeira entrevista apenas com a criança se reveste de grande valor para a autora.

Ela enfatiza:

O face a face com a criança é de primeira importância, pois permite à criança integrar a idéia de sua individuação, de se expressar mesmo quando invadida por uma vida fantasmática muito arcaica, por vezes próxima do delírio. (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁵².

A posição da autora quanto ao encontro com a criança está radicada na fenomenologia e em referência ao face a face fundamental de Lévinas⁵³.

Colocar-se em uma condição que de imediato reconhece a singularidade do outro, no caso a criança, equivale a reconhecer de saída a fragilidade da condição humana e cria um campo polarizado, que pode ser aproximadamente traduzido pela noção de pessoa. Esse reconhecimento e esse campo supõem um abalo potencial, ou seja, estar em presença abala um e outro dos participantes da cena. Importa-nos destacar que manter a possibilidade de estar em contato com esse abalo estabelece algumas exigências tais como, por exemplo, não se fascinar pela psicose, nem pela criança.

⁵² “*Le face à face avec l’enfant est de toute première importance car il lui permet d’intégrer l’idée de son individuation, de s’exprimer sur lui-même, même si l’enfant est envahi par une vie fantasmatique très archaïque, quelquefois proche d’un délire.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.49, grifo do autor).

⁵³ Informação verbal fornecida pelo Prof. Fabio Landa em aula ministrada em 29/05/2003 na FFLCH/USP.

Puig-Vergès (1987, p.51) nos descreve os efeitos imediatos desse face a face: “Ora, a primeira tomada de contato permite à criança liberar, ‘soltar’ aquilo que é sua inquietação [...] por vezes bem diferente da preocupação familiar.”⁵⁴.

A entrevista inicial com a criança na ausência dos pais favorece o trabalho de observação e descrição, que leva à diferenciação dos fenômenos relativos à adaptação daqueles relativos à patologia do si - mesmo. Frente às dificuldades inerentes a essa pesquisa, importa preservar a capacidade de observação do clínico, pois a atenção quanto a evitar a tentação de fazer a criança existir apenas através do discurso familiar, ou da percepção de uma equipe, deve ser permanente.

Uma vez mais constatamos que o procedimento junto a bebês e crianças sem linguagem requer ajustes decisivos. Em tais circunstâncias, a criança não é, de modo geral, recebida sozinha e a observação é das interações entre adulto e criança⁵⁵.

Em nenhuma hipótese, o clínico faria uso sistemático de questionários ou de entrevistas fechadas, sendo dele a “[...] obrigação de conhecer bem os diferentes aspectos do desenvolvimento da criança, da psicopatologia infantil e familiar.” (PUIG-VERGÈS, 1987)⁵⁶.

Daí a autora lamentar a vigência, em alguns serviços, da prática de deixar essas consultas ao encargo de médicos ainda em formação.

Ainda a respeito da primeira entrevista com a criança, a autora pensa que o uso de material de jogo ou de desenho deveria ser excepcional, no caso de hipótese de funcionamento psicótico, pois, a seu ver, essas técnicas teriam “[...] um potencial

⁵⁴ “Or, la première prise de contact permet à l’enfant de livrer ‘en vrac’ ce qui est son inquiétude [...] parfois bien différente de la préoccupation familiale.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.51).

⁵⁵ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.48.

⁵⁶ “[...] l’obligation de bien connaître les différents aspects du développement de l’enfant, de la psychopathologie infantile et familiale.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.47).

terapêutico que não convém desperdiçar, nem interpretar demasiado rapidamente.” (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁵⁷.

Chamamos a atenção, nessa breve apresentação do primeiro contato com a criança, para as adaptações a serem feitas pelo clínico em respeito às condições particulares de uma criança. Tal maleabilidade quanto a procedimentos tem ainda a função de preservar a capacidade de observação do clínico para a distinção entre fenômenos associados à adaptação e fenômenos relativos à patologia do si - mesmo.

2.3.3 A ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS

A autora intitula Uma anamnese prudente a seção na qual apresenta o trabalho inicial de anamnese. Com tal escolha, ela nos recoloca a importância de uma abordagem que leva em conta a singularidade e que retoma o fio da descrição ao se deparar com uma condição particular ou, em outras palavras, a autora não abandona, jamais, o rigor de sua posição epistemológica reafirmada a cada passo.

Também em acordo com a importância atribuída ao face a face com a criança, destacamos o fato de a entrevista com os pais se dar na presença da criança, mesmo que esta não tenha linguagem.

Essa entrevista inicial com os pais, na presença da criança, deve permitir a

[...] coleta de uma sintomatologia, sobretudo aquela que os pais não ousam abordar, a fim de apreciar os sintomas que entravam a vida familiar e trazem o risco de exclusão da criança do meio familiar, assim como os

⁵⁷ “[...] un potentiel thérapeutique qu’il ne faut pas gâcher, ni interpréter trop rapidement.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.53).

principais elementos de anamnese que a nosso ver orientam o diagnóstico. (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁵⁸.

[...] muitos pais são capazes de descrever (se nós fornecemos a possibilidade) com uma grande fineza alguns aspectos inquietantes de seu filho. Nós devemos *escutá-los mesmo quando se trata de pessoas cuja qualidade da função parental é suspeita* ou cujas dificuldades pessoais são importantes. (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁵⁹.

Sua reserva quanto às possibilidades de escuta que os pais encontram junto aos profissionais, vem do reconhecimento de dificuldades inerentes à situação de trabalho e das reações que essas desencadeiam no clínico ou na equipe. Entre essas podemos lembrar que: “A recusa, a desconfiança, a ambivalência, a tenacidade da família quanto a um *diagnóstico errôneo* fazem parte dos problemas a enfrentar.” (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁶⁰.

Como exemplo de tais dificuldades, citamos o fato de os pais muitas vezes esconderem a existência de tratamentos anteriores.

A importância relativa para os pais de fatos considerados teoricamente importantes para a anamnese, tal como os dados referentes ao primeiro ano de vida, que ganham diferentes sentidos dependendo de quão próximos estão da atualidade, integram um conjunto de dificuldades que podem ser enfrentadas através do recurso à narrativa de vida. Assim

[...] é preferível propor aos pais contar o que lhes parece importante na história da criança e assinalar seus problemas de saúde ou suas dificuldades. Desejamos recolher os elementos objetivos da experiência vivida pois esses elementos permitem reconstituir uma história. A narrativa deles é inevitavelmente deformada por um mundo de sentimentos que escapam a

⁵⁸ “[...] recueil d’une symptomatologie, surtout celle que n’osent aborder les parents, afin d’apprécier les symptômes qui entravent la vie familiale et risquent d’entraîner l’éviction de l’enfant du milieu familial, ainsi que les principaux éléments anamnestiques dont nous pensons qu’ils orienteront le diagnostic.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 45-46).

⁵⁹ “[...] bon nombre de parents sont capables de décrire (si nous leur en fournissons la possibilité) avec une grande finesse certains aspects inquiétants de leur enfant. Nous devons les écouter même s’il s’agit de personnes dont la qualité de fonction parentale est suspectée ou dont les difficultés personnelles sont importantes.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.52, grifo do autor).

⁶⁰ “Le refus, la méfiance, l’ambivalence, l’accrochage de la famille à un diagnostic erroné font partie des problèmes qu’il faudra affronter.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 42, grifo do autor).

uma investigação precisa [...] As *reações da criança a esse discurso*, mesmo para uma criança sem linguagem, são significativas. (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁶¹.

A autora enfatiza a importância de “[...] dissociar a história da mãe da história da criança, sem, no entanto, negligenciar as incidências sobre a evolução da criança.” (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁶².

Para ela é necessário abandonar a idéia de que a relação com a mãe é a causa do transtorno da criança. A autora refuta, especificamente, a noção de causalidade prevalente e reconhece o impacto que algumas atitudes podem ter sobre a relação ⁶³.

Cabe, para finalizar essa apresentação resumida do primeiro encontro, destacar o conjunto de elementos que, segundo a autora, fazem do mesmo um momento terapêutico.

Entre esses elementos ela assinala o reconhecimento do sofrimento, a apreciação do nível de desenvolvimento da criança, a avaliação da adequação de um eventual tratamento medicamentoso, as considerações acerca das possibilidades de mobilização da família para viabilizar o prosseguimento do trabalho.

Podemos agora dar mais um passo em nosso percurso examinando alguns dos principais esteios desse método. Referimo-nos à observação, que dissemos fornecer os elementos para a análise em estratos, e à noção de empatia, enquanto um dos suportes da capacidade de entrar em relação com a criança. O exame da observação e da empatia nos permite traçar como que duas linhas de desenvolvimento do pensamento clínico de Nielle

⁶¹ “[...] est souvent préférable de proposer aux parents de raconter ce qui leur paraît important dans l’histoire de l’enfant et de signaler ses problèmes de santé ou ses difficultés. Nous souhaitons recueillir les éléments objectifs d’un vécu antérieur car ces éléments permettront de reconstituer une histoire. Leur récit est inévitablement déformé par un monde de sentiments qui échappe à une investigation précise [...] Les *réactions de l’enfant à ce discours*, même pour un enfant sans langage, sont très significatives.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.54, grifo do autor.).

⁶² “[...] dissocier l’histoire de la mère de l’histoire de l’enfant, sans pour autant en négliger les incidences sur le devenir de l’enfant.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 56).

⁶³ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p. 181.

Puig-Vergès, que nos levam ao encontro e discussão de suas principais referências clínicas e teóricas no campo da psicanálise.

2.4 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: SUAS VARIAÇÕES, SEUS DIFERENTES TEMPOS

Como dissemos a observação, a descrição e a compreensão são os suportes dessa metodologia e tais recursos permitiriam ao clínico exercer uma atividade reflexiva nas diferentes situações, nos diversos cenários da instituição, um hospital no qual a criança está temporariamente vivendo⁶⁴.

A modalidade de observação que examinamos, em acordo com a disciplina fenomenológica, permite que os métodos e a época de exames especializados sejam definidos em função da idade e sintomatologia da criança. A observação integra um trabalho pluridisciplinar, ou seja, os dados recolhidos por diferentes integrantes da equipe são confrontados. Para a autora essa modalidade de observação comporta efeitos terapêuticos:

Durante esse período prévio à decisão e ao engajamento terapêutico, a prática da observação, as entrevistas familiares e as reuniões de síntese, nas quais participam os diferentes membros da equipe de cuidados, induzem efeitos paralelos (no sentido de que não são diretamente buscados) que influem sobre o prognóstico e sobre nossa compreensão do tratamento, pois ocasionam uma mudança nas condutas da criança. (PUIG-VERGÈS, 1987)⁶⁵.

Puig-Vergès não hesita em recomendar a descrição a partir da mais mínima alteração observada: sua fidelidade à descrição fenomenológica torna-se atitude clínica. Seu modo de

⁶⁴ Puig-Vergès (1992) relaciona os seguintes procedimentos: observação direta, observação participante, observação indireta por meio de vídeo, entrevistas com a família, exame de diferentes documentos fornecidos pela família ou por outros profissionais. Ela, no entanto, não descreve ou discute nenhuma situação em que tenha se valido de procedimentos outros que não a observação participante. Por isso, nos limitamos a considerações acerca desse procedimento.

⁶⁵ “*Pendant cette période préalable à la décision et à l’engagement thérapeutique, la pratique de l’observation, les entretiens familiaux et les réunions de synthèse auxquelles participent les différents membres de l’équipe de soins induisent des effets thérapeutiques parallèles (dans le sens où ils ne sont pas directement recherchés) qui influent sur le pronostic et sur notre conception de la prise en charge puisqu’ils amènent un changement dans les conduites de l’enfant.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 111-112).

clínica deixa de ser uma mera espontaneidade para tornar-se disciplina de pensamento. Poderíamos avançar que qualquer diminuição da atenção à observação, ou mesmo um relaxamento na atividade de contato com a criança ou família, é estranho à atitude de Puig-Vergès. Poderíamos ver nesse comportamento uma forma de rigidez, ou de hipervigilância, o que nos deixaria reservados quanto à sua metodologia. No entanto, não se trata de uma atitude de vigilância ou controle. Trata-se, no quadro teórico da autora, do estabelecimento de uma atitude responsável que não permite diminuir a atitude de observação. O relaxamento da atitude de observação acarretaria, do ponto de vista clínico, um deslize, podendo levar a desvios e prejuízos sérios, e do ponto de vista ético equivaleria a um abandono, ainda que temporário, da disciplina fenomenológica que anima a autora.

Assim, ao manter desde os primeiros contatos uma disciplina metodológica e intelectual, a autora pode afirmar que tais efeitos terapêuticos, ditos paralelos, estão “[...] ligados a *um modo de ser mais que a um saber fazer*.” (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁶⁶.

Tal afirmação pode ser examinada a partir de diferentes ângulos como, por exemplo, o da construção de um saber clínico e o da descrição das etapas iniciais de trabalho. De qualquer ponto de vista que a abordemos, essa afirmação tem consequências decisivas no percurso a seguir.

O efeito terapêutico paralelo poderia ser atribuído, então, a um modo de ser, isto é, às características pessoais. Se assim ocorre, poder-se-ia perguntar se as interações e relações estabelecidas de modo aparentemente espontâneo não poderiam contribuir decisivamente para uma melhor condição de estar, de ser e, com isso, a relação com a mãe enquanto causalidade prevalente volta ao centro do debate.

⁶⁶ “[...] liés à un mode d’être plus qu’à un savoir-faire.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 112, grifo do autor).

No estágio atual de nosso percurso, importa assinalar a facilidade com que a patologia do si - mesmo, conceito fundamental de nossa autora, poderia ser abandonada a favor de uma idéia corriqueira de causa prevalente. As conseqüências para a clínica seriam imediatas, num caso e no outro.

Mas, de acordo com o posicionamento epistemológico fenomenológico, cabe indagar quais características pessoais teriam favorecido uma interação, uma relação aparentemente tão espontânea.

Trata-se de examinar, então, as diferentes maneiras com que um possível elo entre criança e profissional se estabelece nas etapas iniciais de trabalho, época das primeiras aproximações: se é graças a características pessoais do profissional, isto é, aparentemente de forma espontânea, ou se é alcançado a partir da observação e de uma sutil adaptação à criança.

Quando descreve reações de uma criança às mudanças na equipe de enfermagem, por exemplo, a autora nota o que teria favorecido ou dificultado uma atividade, um contato com a criança.

Citamos a seguir um exemplo desse tipo de situação apresentado pela autora. Observando que um bebê de 12 meses manifestava intenso desprazer quando em presença da enfermeira de referência e que o mesmo parecia bem melhor quando cuidado por uma auxiliar, a autora verifica que a auxiliar mostrava precaução no trato do bebê: olhava-o pouco e falava-lhe em voz baixa. Sua hipótese, tendo considerado as diferentes situações e as pessoas nelas envolvidas, é que a enfermeira de referência não mantinha uma atitude estável junto ao bebê por não tolerar a idéia de uma psicose constituída. A autora

acrescenta, a seu próprio respeito, que ela tinha o cuidado de falar com o bebê aproximando-se por etapas, sem olhar demasiado para a criança⁶⁷.

Essa breve vinheta clínica nos permite destacar o que a metodologia, dentro de uma disciplina estrita de pensamento, tem de fidelidade aos imperativos da clínica e ao método fenomenológico enquanto implicação ética. Não se trata, pois, de uma vigilância indevida ou excessiva. Trata-se de um verdadeiro aprendizado com a observação. Desde os primeiros contatos, esse aprendizado dita a postura clínica em um nível que poderíamos dizer microscópico. Vemos assim como, a partir de uma descrição minuciosa, as aproximações iniciais deixam o território das impressões e da mera espontaneidade para obedecer às premissas teóricas e ao imperativo da clínica. O período inicial deverá se encaminhar para constituir uma observação que vai instalar-se numa dimensão temporal, ou seja, uma observação prolongada. Não poderíamos esperar outra coisa, se seguirmos atentamente as indicações de Puig-Vergès. Não estamos mais no quadro do exercício de uma clínica que pretende estabelecer um diagnóstico meramente nosológico, mas no quadro de uma clínica que tem a pretensão de intervir e tomar decisões de importância crucial e por um longo período, implicando a participação dos profissionais de maneira duradoura.

2.4.1 PROCESSO PSICOPATOLÓGICO E OBSERVAÇÃO

A afirmação seguinte deve merecer uma atenção particular, pois se trata de um posicionamento clínico, metodológico e epistemológico fundamental para acompanharmos os procedimentos de Puig-Vergès (1987). Com essa afirmação, ela nos fornece a pedra angular de uma modificação da prática clínica corriqueira para uma prática clínica fundada

⁶⁷ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p. 116.

nas referências insistentemente lembradas pela autora e que, sobretudo neste momento de nosso trabalho, temos de enfatizar. Trata-se da acurada descrição fenomenológica e o que essa implica como disciplina intelectual:

Escolhi o termo processo em detrimento de organização para marcar que estamos em presença de um *movimento psicopatológico* que se desenrola no tempo, e não de uma configuração ou de uma estrutura fixada. (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁶⁸.

A autora efetua um deslocamento essencial de foco de entidade nosológica para processo, ou seja, ela situa o movimento psicopatológico em uma dimensão temporal e não em uma configuração estrutural. Assim desloca radicalmente a preocupação diagnóstica de uma entidade nosológica determinada, reconhecível em qualquer manual, para uma avaliação do curso de um processo ⁶⁹.

Como se daria uma observação favorável à avaliação do curso de um processo?

A observação prolongada, participante, encontra variações no decorrer do período que culmina com a decisão por um projeto terapêutico específico.

Na primeira consulta a atenção está dirigida para eixos precisos, pois interessa reconhecer elementos semiológicos importantes. As escalas diagnósticas e classificações internacionais são, então, referências para a autora. Não se trata ainda de estabelecer o diagnóstico, mas de começar a delinear uma condição singular, a partir da sintomatologia obtida através de dados de anamnese e/ou da observação em presença da criança. A autora insiste na importância de analisar esses sinais desde uma perspectiva interativa e em

⁶⁸ “J’ai choisi le terme *processus* plutôt que celui d’organisation pour marquer que nous sommes en présence d’un *mouvement psychopatologique* qui se déploie dans le temps, et non d’une configuration ou d’une structure figée.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.69, grifo do autor).

⁶⁹ Estamos no campo delineado por alguns teóricos modernos da psicanálise como N. Abraham e M. Török (1995) – que introduziram no centro de suas cogitações a distinção entre introjeção de pulsões e incorporação de objeto prolongando, aprofundando os assinalamentos de Ferenczi – ou de P. Fédida, que assinala com insistência a noção de processo, em diferentes momentos de sua obra. Cf. LANDA, F. 1999.

considerá-los a partir das linhas de desenvolvimento psicológico⁷⁰, ou seja, ela insiste na diferenciação entre sintomas reativos e uma sintomatologia maior, isto é, aqueles sintomas ligados ao processo psicótico⁷¹.

A primeira consulta requer, portanto, acuidade para com a sintomatologia da criança, de modo a permitir uma avaliação e compreensão inicial quanto à urgência e necessidade de hospitalização.

Verificamos que autora não recusa ou abandona a indagação clínica que se apóia em uma nosologia. Embora lamente o uso de uma nosografia redutora, ela considera que não se pode dispensar uma orientação diagnóstica apoiada sobre uma nosologia, pois sem essa orientação corre-se o risco de cair em intervenções terapêuticas precipitadas, subjetivas e dominadoras⁷².

Seguindo nossa autora, podemos dizer que esse olhar que coleta sintomas descritos e classificados e discerne sinais não deveria se autonomizar a ponto de desconsiderar as nossas demais capacidades e formas de contato, apreensão e comunicação. Ela nos adverte, desde o início, que tal coleta de sintomas e sinais deve ser entendida no contexto da situação de observação e que apenas a qualidade do encontro, isto é, o face a face, pode lhe dar sentido: o clínico deve, portanto, encontrar um código de comunicação para cada criança⁷³.

No período de observação subsequente à primeira consulta, a atitude de observação torna-se mais aberta e receptiva para, no que seria um terceiro momento, voltar a colocar

⁷⁰ Refere-se aqui às linhas de desenvolvimento definidas por Anna Freud. Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.71.

⁷¹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1992, p. 50-54 e p. 96-97.

⁷² PUIG-VERGÈS, 1992, p.19.

⁷³ Id., 1987, p. 38 e p. 66.

em foco as características específicas do desenvolvimento ou da patologia, com o objetivo de favorecer a escolha de um projeto terapêutico específico.

Solicita-se ao observador um olhar que, nos diferentes momentos da observação prolongada, seria qualificado como mais agudo, ou mais receptivo e abrangente, ou focalizado.

A observação prolongada permite acompanhar, situar distintos momentos e contextos de uma história vivida cotidianamente pela criança:

É necessário individualizar a criança ou o adolescente psicótico frente à síndrome psicótica tanto em relação à sua história familiar quanto à história em vias de se construir na cotidianidade. [...] Os sinais que temos de pesquisar, hierarquizar e valorizar devem nos levar ao que eu chamarei 'diagnóstico de terapêutica' que compreende ao mesmo tempo o lugar (manter em meio familiar, hospital dia ou outras estruturas de acolhimento), as modalidades e a ordem das terapias. Mais que boas ou más terapias, existem boas ou más indicações de terapia.⁷⁴

Note-se que a autora faz um uso da nosologia e da nosografia em que o diagnóstico conduz a uma indicação terapêutica particularizada. Mais que nos recolocar, novamente, o paradoxo entre o imperativo terapêutico e a abordagem metodológica, esse comentário da autora aponta o valor de uma indicação que leve em conta, primeiramente, as características singulares da criança ou do adolescente e apenas secundariamente a importância atribuída a uma determinada abordagem.

Em outras palavras, para essa clínica que se inscreve em uma tradição fenomenológica e psicanalítica, o clínico jamais seria poupado das vicissitudes do encontro

⁷⁴ "Il faut individualiser l'enfant ou l'adolescent psychotique vis à vis du syndrome psychotique par rapport à son histoire familiale, mais aussi par rapport à l'histoire qui est en passe de se construire dans sa quotidienneté. [...] Les signes que nous avons à rechercher, à hiérarchiser et à valoriser doivent nous amener à ce que j'appellerai un 'diagnostic de thérapeutique' qui comprend à la fois le lieu (maintien en milieu familial, hôpital de jour ou autres structures d'accueil), les modalités et l'ordre des thérapies. Plus que de bonnes ou mauvaises thérapies, il y a de bonnes ou mauvaises indications de thérapies." (PUIG-VERGÈS, 1987, p.110).

com a singularidade. Pelo contrário, o encontro com a particularidade última do interlocutor é que ditará a conduta a seguir. A orientação diagnóstica requer uma decisão que, além do conhecimento dos diversos registros teóricos e das abordagens terapêuticas, individualize as indicações de modo coerente.

Estamos colocados diante de um novo desenrolar de acontecimentos: o diagnóstico da terapêutica, como diz nossa autora. Fiel às suas referências, ela deve decidir o que fazer, como e onde com um determinado sujeito. O diagnóstico da terapêutica, segundo a terminologia de Puig-Vergès, implica não apenas o paciente, mas o profissional, ou profissionais, num contato duradouro e numa perspectiva que poderíamos, sem temer certa caricatura, denominar vivencial. Pois, a partir das decisões e diagnósticos formulados dessa maneira, está implicada a vida de ambos os participantes da cena, isto é, paciente e profissional.

2.4.2 AS VÁRIAS PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS

Seguimos mais ou menos em detalhe as orientações para a observação durante a primeira consulta. Para afinarmos nossa compreensão do método proposto pela autora, temos de considerar as diferentes perspectivas que norteiam a observação e a escuta. Lembramos a respeito que Puig-Vergès (1987) propõe uma metodologia passível de ser usada independentemente da referência teórica adotada pelo clínico.

Também aí verificamos que as perspectivas diagnósticas favorecem explicitar o que os diferentes pesquisadores e clínicos entendem por autismo de Kanner, psicose simbiótica, entre outros diagnósticos. Trata-se, portanto, de um trabalho informativo e descritivo.

As perspectivas são as seguintes:

- Perspectiva semiológica – implica o reconhecimento de sintomas ligados a um processo psicótico; sintomas esses observados diretamente pelo clínico ou evocados pela família (PUIG-VERGÈS, 1987).
- Perspectiva interativa – supõe a observação das condutas da criança em função das pessoas que intervêm, ou seja, os gestos, a fala, as atitudes da criança devem ser entendidos no contexto da situação de observação, o que leva ao reconhecimento dos sintomas reacionais; para essa observação a capacidade de empatia do clínico é valiosa (PUIG-VERGÈS, 1987).
- Perspectiva etiopatogênica – A autora refuta a noção de causalidade estrita e, de acordo com os estudos epidemiológicos, entende que é possível determinar antecedentes constantes mais do que causas (PUIG-VERGÈS, 1992). Segundo o caso e a situação faz-se necessário pesquisar os aspectos biológicos, ambientais, psicogenéticos ou relacionais (PUIG-VERGÈS, 1992). A autora excluiu de suas considerações as crianças e os adolescentes para os quais foi possível estabelecer fatores patogênicos orgânicos, perturbações neurológicas ou metabólicas já conhecidos. (PUIG-VERGÈS, 1987).
- Perspectiva psicodinâmica – implica a compreensão de como o sintoma se integra à vida psíquica, dos mecanismos utilizados pela criança em suas condutas. Tal compreensão só se torna possível através de um longo trabalho de observação, depende do estabelecimento de uma relação com a criança e, portanto, da capacidade de empatia do clínico. Essa compreensão está diretamente associada às nossas opções teóricas e ideológicas, bem como à crítica dos aparelhos conceituais (PUIG-VERGÈS, 1987).

Para a autora esse trabalho de notação, descrição de fatos, acontecimentos e inter-relações, articulado aos eixos de observação relativos à idade, à cronologia dos acontecimentos e ao lugar onde transcorre a observação, levaria a uma pluralidade de níveis diagnósticos e ao abandono do registro de classificação tradicional (PUIG-VERGÈS, 1987).

A observação prolongada, realizada em ambiente hospitalar, encontra sua culminância quando se torna possível a diferenciação entre os sintomas relativos ao ambiente familiar, os relativos ao ambiente hospitalar e aqueles reconhecidos como próprios ao processo psicótico. Essa diferenciação permite avaliar a elaboração realizada pela criança, discernindo os recursos de que ela dispõe dos transtornos particulares e significativos do seu funcionamento psicótico (PUIG-VERGÈS, 1987).

Se retomarmos o fio condutor de nosso percurso, temos o *face a face* com a criança como marco inicial do primeiro tempo da clínica.

No segundo tempo da clínica, isto é, na ausência do paciente, o trabalho envolve registro e elaboração dos elementos trazidos pela observação, em acordo com as perspectivas e os eixos que acabamos de introduzir.

Recordamos, ainda, que nossa autora entende ser obrigação do clínico conhecer a psicopatologia da criança e da família, bem como o desenvolvimento normal e que apenas a qualidade do encontro, isto é, a capacidade de empatia do clínico, permite atribuir sentido aos sintomas observados.

A capacidade de empatia nos remete a fatores subjetivos, como veremos em nossa discussão acerca dessa noção. Há, porém, um aspecto concernente à empatia, mas não apenas a essa noção, que poderia ser denominado *educação da sensibilidade*.

A importância desse aspecto está claramente apontada por Puig-Vergès (1987, p.243), que se refere à relevância do sensório no universo das crianças psicóticas e defende

[...] uma *educação dos sentidos* análoga àquela que [...] inaugurou o nascimento dos sinais [...] [pois] é necessário encontrar as *modalidades sensoriais do outro*, portanto explorar um novo eixo semiológico que não passa pela verbalização e que mantém a distância necessária afastando a erotização na relação.⁷⁵

As exigências feitas ao clínico quanto ao conhecimento da semiologia do desenvolvimento normal e da psicopatologia visa atender às necessidades de comunicação entre colegas e pesquisadores, já a exigência de que tal conhecimento esteja interiorizado configura uma resposta ao paradoxo da clínica.

Para Puig-Vergès (1987, p.67) trata-se de

Face à criança ou ao adolescente psicótico, [...] nos esforçar para criar um clima de confiança e fazer com que as questões sejam colocadas para estabelecer uma *ressonância*.⁷⁶

⁷⁵ “[...] une *éducation des sens* analogue à celle qui [...] a inauguré la naissance des signes [...] il faut retrouver la *sensorialité de l’ autre*, donc explorer un nouvel axe séméiologique qui ne passe pas par la verbalisation et qui maintienne la distance nécessaire à l’ évitement de l’ érotisation dans la relation.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 243).

⁷⁶ “Face à l’ enfant ou à l’ adolescent psychotique, nous devons nous efforcer de créer un climat de confiance et de faire en sorte que des questions se posent afin d’ établir une *résonance*.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.67, grifo do autor.).

2.5 EMPATIA E CONTRA-ATITUDES

Puig-Vergès (1987) nos lembra que o clínico está presente na situação com toda sua experiência de vida. Ele está em interação com a criança e com a família e, desde o primeiro contato, sua atenção deve estar voltada para as inter-relações, em suas variáveis e nuances.

Havíamos mencionado que o exercício da clínica se faz em dois tempos, ou seja, no imediato da relação e na ausência do paciente. Puig-Vergès (1992) denomina a experiência imediata de uma relação em um contexto particular, isto é, o primeiro tempo, de engrama e o segundo tempo de reflexão⁷⁷.

Desde a primeira consulta, a observação demanda toda capacidade intelectual e de empatia do clínico. A partir dessa experiência de observação, ele teria de discernir entre sintomas e condutas que podem ser atribuídos ao processo psicótico dos fenômenos relacionados aos processos de adaptação.

Ao focalizar a capacidade de observação do clínico, a autora discute várias das dificuldades que podem afetar a observação e compreensão das situações vividas pela criança. Essa discussão avança ao longo de todo o texto, chegando ao questionamento do que ela chama língua clínica.

Quando falamos em empatia, passamos a considerar fatores subjetivos e pode se mostrar oportuno examinar a distinção entre empatia e intuição. Podemos notar, entretanto, que Puig-Vergès (1987) ao mencionar a intuição em diferentes passagens, não a elege como um tema de elaboração, enquanto a noção de empatia merece destaque particular nas duas obras que estamos acompanhando.

⁷⁷ Cf. PUIG-VERGÈS, 1992, p.36.

Falar em capacidade de empatia pressupõe que essa capacidade possa sofrer oscilações. Somos levados, assim, a considerar as dificuldades e eventuais fracassos que tingem, atacam e, no limite, obliteram a capacidade de empatia.

Dentre os fenômenos que dificultam ou temporariamente impedem o uso dessa capacidade, Puig-Vergès considera apenas aqueles fenômenos afetivos análogos aos descritos na literatura psicanalítica sob o termo contratransferência. Para referir-se a esses fenômenos análogos à contratransferência, a autora usa o termo contra-attitudes. A escolha desse termo se deve à necessidade de manter essa prática clínica exercida em ambiente hospitalar claramente diferenciada do enquadre psicanalítico.

Nossa discussão permitirá explicitar a importância que a noção de empatia tem na modalidade de trabalho clínico em exame. Para isso, teremos de levar em consideração algumas precisões quanto às noções de sintoma e sinal.

2.5.1 A EMPATIA: UM SUPORTE DA ATIVIDADE E PENSAMENTO CLÍNICOS

Puig-Vergès (1987) considera que o conhecimento imediato do outro no cotidiano passa pela empatia e retoma a noção desse conceito desde M. Scheler, discute o emprego do mesmo em Freud e acrescenta:

Esta possibilidade de experimentar empatia frente a um paciente psicótico adulto que encontramos na literatura anglo-saxã [...] deveria ser partilhada por todos aqueles que trabalham junto a crianças ou adolescentes psicóticos. B. Bettelheim lembra que a empatia difere da simpatia (tomar parte, sentir com o outro), da compaixão (sentimento profundo frente ao sofrimento do outro) e da projeção. Para diferenciá-la, B. Bettelheim

propõe uma definição de onde se retiram aspectos fenomenológicos e psicanalíticos: ‘A projeção consiste em se encontrar no outro, enquanto a empatia consiste em sentir o outro em si, não globalmente como a introjeção, mas a ponto de saber o que o outro experimenta, sem no entanto transbordar além do si mesmo, que permanecerá intacto’ [...] Penso que devemos igualmente distinguir a empatia do insight, percepção aguda das necessidades do paciente no decorrer da cura analítica e da sugestão sedutora evocada por A. Freud [...] Essa concepção de empatia [é] destacada também por M. Mahler e F. Tustin sublinha a necessidade para os terapeutas, educadores e enfermeiros de dispor de um ‘eu sólido e integrado’ que não corra o risco de ser submergido por seus próprios mecanismos primários. (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁷⁸.

Essa longa citação nos permite situar o que se entende por empatia e destacar que essa será considerada desde duas vertentes: a fenomenológica e a psicanalítica.

Puig-Vergès (1987) pensa ser essencial certa objetividade na primeira etapa diagnóstica, como já mostramos. Porém, a objetividade não fornece a significação e nem sempre é suficiente para a apreensão de dados necessários à compreensão.

⁷⁸ “Cette possibilité d’éprouver de l’empathie à l’égard d’un patient psychotique adulte que nous retrouvons dans la littérature anglo-saxonne [...] devrait être partagée par tous ceux qui travaillent auprès d’enfants ou d’adolescents psychotiques. B. Bettelheim rappelle que l’empathie diffère de la sympathie (prendre part aux ennuis d’autrui, se sentir avec), de la compassion (sentiment profond à l’égard des souffrances d’autrui) et de la projection. Pour la différencier, B. Bettelheim propose une définition d’où se dégagent aspects phénoménologiques et psychanalytiques : ‘La projection consiste à se retrouver dans l’autre, tandis que l’empathie consiste à sentir l’autre en soi, non pas globalement comme lors de l’introjection, mais au point de savoir ce que l’autre éprouve, sans pour autant déborder au-delà de soi, qui restera intact [...] Je pense que nous devons également distinguer l’empathie de l’insight, perception aiguë des besoins du patient au cours de la cure psychanalytique et de la suggestion séductrice évoquée par A. Freud [...] Cette conception de l’empathie relevée aussi chez M. Mahler et F. Tustin souligne la nécessité pour les thérapeutes, éducateurs et infirmiers de disposer d’un ‘moi solide et intégré’ qui ne risque pas d’être submergé par ses propres mécanismes primaires. » (PUIG-VERGÈS, 1987, p.144-145).

Vimos que a diferenciação entre uma sintomatologia maior – sintoma de apelo – e sintomas reativos integra a pesquisa da patologia do si - mesmo. Os sintomas reativos indicam modalidade(s) reativa(s) do indivíduo a uma situação de fato, seja reação à sua psicose, às perturbações somáticas, afetivas, ao seu entorno, aos acontecimentos da vida (PUIG-VERGÈS, 1987, 1992).

Para Puig-Vergès (1987),

[...] o sintoma se insere na temporalidade da dupla observador-observado e no movimento do processo psicopatológico. O sintoma apresenta [...] uma *historicidade* da qual a anamnese é apenas a compilação lacunar e indispensável; ele se articula necessariamente a uma semiologia do desenvolvimento e só tem valor no tempo, no qual os fenômenos que o precedem ou o acompanham ganham sentido.⁷⁹

Assim, o sintoma passa a ser entendido enquanto “[...] *modificação de um código cuja decifração nos escapa parcialmente.*” (PUIG-VERGÈS, 1987)⁸⁰.

A descrição objetiva deve ser diferenciada das relações estabelecidas pelo clínico entre sintomas e sinais e da significação atribuída à experiência vivida pelo paciente. No trabalho de decifração e correlação, a capacidade de empatia e as contra-attitudes também estarão em jogo.

Para a autora está em questão

⁷⁹ “[...] le symptôme s’insère dans la temporalité de la dyade observateur-observé et dans le mouvement du processus pathologique. Le symptôme présente[...] une historicité dont l’anamnèse n’est que le recueil lacunaire et indispensable ; il s’articule nécessairement à une sémiologie du développement et il n’a de valeur que dans le temps, par lequel les phénomènes qui le précèdent ou l’accompagnent prennent sens. » (PUIG-VERGÈS, 1987, p.218, grifo do autor).

⁸⁰ “[...] la modification d’un code dont le decryptage nous échappe partiellement.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.219, grifo do autor).

[...] reconhecer que *nosso modo de ser, de sentir e de fazer* se expressa no interior do que Tellenbach conceituou sob o termo “atmosférica”, esfera transversal que ele define assim: “em quase toda experiência de nossos sentidos, encontra-se um a mais que permanece não expresso. A esse a mais que excede o fato real, mas que sentimos no mesmo tempo, podemos chamar atmosférica” [...] Cada um emana portanto uma atmosfera própria [...] e desenvolve uma atitude para o “pressentimento atmosférico do próximo”. (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁸¹.

A importância crucial desse conceito, para a autora, está em introduzir as experiências dos sentidos, do sensório na interação, nas relações e, portanto, no campo da observação.

Puig-Vergès (1987) apresenta ainda o que, em uma perspectiva psicogenética, Tellenbach chama harmonia atmosférica, que pode sofrer abalos e ser transtornada nos primeiros meses de vida. Nesse caso, pode-se falar em protesto atmosférico, manifesto através de comportamentos excretórios, e em recusa de humanização atmosférica, expressa através dos modos de retenção, aí incluída a recusa à alimentação ⁸².

Essas noções teriam relevância muito especialmente quando consideramos crianças e adolescentes aos quais falta a comunicação lingüística. Junto a essas crianças, Puig-Vergès (1987) pensa que “[...] encontrar a ‘*tonalidade*’ atmosférica de uma relação com o outro não passa mais por dados objetivos; ela será reinventada para cada criança.” ⁸³.

A posição epistemológica fenomenológica recomenda então cautela: “Uma extrema prudência é de regra, pois podemos produzir, através de interpretações diretas, uma recusa

⁸¹ “[...] de reconnaître que *notre mode d’être, de sentir et de faire* s’exprime à l’intérieur de ce que Tellenbach a conceptualisé sous le terme ‘atmosphérique’, sphère transversale qu’il définit ainsi: ‘dans presque toute expérience de nos sens, se trouve un plus qui reste non exprimé. Ce plus qui dépasse ce fait réel, mais que nous sentons en même temps que lui, nous pouvons le nommer atmosphérique’ [...] Chacun dégage donc une atmosphère propre [...] et développe une aptitude au ‘flairement atmosphérique du prochain’.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.145-146, grifo do autor). Preferimos traduzir flairement por pressentimento para ao menos indicar a íntima vinculação entre esse e a experiência sensorial, especialmente as sensações olfativas.

⁸² Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.145-146.

⁸³ “[...] trouver la ‘*tonalité*’ d’une relation à l’autre ne passe plus par des données objectives; elle sera réinventée pour chaque enfant.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.146, grifo do autor).

sistemática ou, ao contrário, uma aprovação induzida por sugestão ou pela aura pessoal do observador ou do terapeuta.” (PUIG-VERGÈS, 1987) ⁸⁴.

É a partir dessa posição que a autora pode afirmar que a empatia se dá à distância e requer alguma objetividade:

A empatia é radicalmente outra, oposta à simples simpatia, à sedução e ainda mais à projeção. Ela se efetua também na distância e não na proximidade fusional, e não exclui certa objetividade. Ela permite uma apreensão de elementos significativos, se apóia sobre a capacidade de comunicação infra-verbal e explica provavelmente a rapidez com a qual se cria um elo entre algumas crianças e alguns clínicos. (PUIG-VERGÈS, 1992) ⁸⁵.

Em seguida, podemos abordar a empatia a partir de uma vertente psicanalítica.

2.5.2 EMPATIA E TATO

Em nossa Introdução, dissemos que as principais referências psicanalíticas de Puig-Vergès são Freud, Ferenczi e Bion.

Vimos também que a importância dada à descrição é tributária de uma tradição fenomenológica e que apenas a qualidade do encontro permite atribuir significação para sintomas e condutas observados. O valor do encontro concerne à tradição fenomenológica e à psicanálise.

A noção de empatia introduz uma vertente da psicanálise que nos remete a Ferenczi, autor cuja importância talvez permaneça menos evidente, pois menos citado. Porém, o fato

⁸⁴ “Une extrême prudence est de règle car nous pouvons produire, par des interprétations directes, un déni systématique ou, tout au contraire, une approbation induite par suggestion ou par l’aura personnelle de l’observateur ou du thérapeute.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.147).

⁸⁵ “L’empathie est toute autre, à l’opposé de la simple sympathie, de la séduction et encore plus de la projection. Elle est aussi dans la distance et non dans la proximité fusionnelle, et n’exclut pas une certaine objectivité. Elle permet une saisie d’éléments significatifs, s’étaye sur la communication infra-verbale et explique probablement la rapidité avec laquelle se crée un lien entre certains enfants et certains cliniciens.” (PUIG-VERGÈS, 1992, p.98).

de ser menos citado não significa menor relevância. Devemos, antes, ficar atentos a uma presença inspiradora ou orientadora, de certo modo análoga a uma imantação do texto.

No âmbito da psicanálise, todas as precauções e até mesmo certa inibição se manifestam a cada vez que é preciso considerar um quadro diferente do clássico consultório com divã. Através de suas célebres experiências clínicas e as conseqüentes críticas e autocríticas, Ferenczi foi aquele que se permitiu e ainda permite uma dessacralização do enquadre. Ferenczi alia à experiência de modificações técnicas uma consideração respeitosa e rigorosa das outras situações nas quais a abordagem psicanalítica emerge.

Como falar de psicanálise em um ambiente hospitalar? Levar em conta a vertente ferencziana em uma discussão sobre empatia merece certa justificativa, uma vez que Puig-Vergès tem o cuidado de discriminar entre suas referências teóricas e referências no âmbito da pesquisa clínica ⁸⁶.

Ferenczi (1928/1992) discute a capacidade de *sentir com* no artigo sobre a Elasticidade da técnica analítica.

Esse artigo integra um conjunto de reflexões que Ferenczi faz acerca das modificações técnicas por ele empregadas, como a hipnose, ou introduzidas, como a técnica ativa, que consistia basicamente em propor algumas tarefas ao paciente, tarefas que levariam o paciente a realizar ações desagradáveis, tal como expor-se a situações de que fugiria para evitar angústia ⁸⁷.

Ferenczi (1928/1992) faz considerações críticas acerca do que chama os erros que ele cometeu enquanto analista. A nosso ver, Ferenczi tem o enorme mérito de introduzir a franqueza na comunicação com o paciente. A imensa acuidade clínica de Ferenczi permitiu

⁸⁶ Cf. PUIG-VERGÈS, 1992, p.102.

⁸⁷ Cf. FERENCZI, 1921/1993, p.109-125.

que ele nos legasse um dado precioso: quando o analista reconhece seu erro, imediatamente há um desenvolvimento decisivo na análise. Assim a franqueza torna-se um elemento essencial na intimidade da relação entre analista e analisado. Tampouco podemos deixar de sublinhar a franqueza com que ele apresenta suas proposições técnicas e suas reflexões críticas acerca dos efeitos, das conseqüências dessas modificações.

É a partir do trabalho de Ferenczi que a análise do analista passou a ser entendida como fundamental, mas Ferenczi também passou a representar certa possibilidade de escândalo⁸⁸. O que é compreensível se lembrarmos que um dos trabalhos enfrentado pelo analista é o de afastar, ou não, discriminar, ou não, sua prática das diferentes modalidades de sugestão, o que exige do analista uma atenção permanente de modo a não exercer um poder indevido, na medida em que tal poder é um fenômeno da transferência⁸⁹.

Ferenczi (1928/1992) refere-se ao fator subjetivo, ou seja, a intuição na técnica psicanalítica. Ele introduz, então, a noção de *Einfühlung* (sentir com), que termina por ser traduzida por tato: “*O tato é a faculdade de ‘sentir com’ (Einfühlung).*” (FERENCZI, 1992, p. 27, grifo do autor).

Mas o tato não é mero sinônimo de sentir com, tato supõe escolha quanto ao momento e ao modo de comunicar-se com o paciente, ou de manter silêncio.

Tato exige frieza do analista para avaliar a situação e vigilância aguda de suas próprias reações afetivas, o analista não deve se deixar guiar apenas por seus sentimentos (FERENCZI, 1992).

Antecipando que, apesar de toda prudência, suas considerações sobre a questão poderiam ser distorcidas e vir a justificar atitudes anti-analíticas por parte de psicanalistas,

⁸⁸ Cf. BALINT, 1990; DUPONT, 1990; HAYNAL, 1994.

⁸⁹ Cf. LANDA, 2004.

Ferenczi (1928/1992, p.32) mantém a importância técnica do *Einfühlung* e descreve a posição do analista como “[...] quase [...] de uma oscilação perpétua entre ‘sentir com’, auto-observação e atividade de julgamento.”⁹⁰.

Os problemas apontados por Ferenczi pertencem à atualidade da prática cotidiana, da experiência de cada profissional no âmbito de uma clínica que tem raízes na psicanálise.

Ferenczi (1928/1992) fala em precaução e prudência, Puig-Vergès (1987) evoca várias vezes a extrema prudência.

Vimos a importância da posição epistemológica na obra de Puig-Vergès (1987) e seu cuidado quanto aos procedimentos deixa claro que ela busca reduzir os efeitos da sedução, da sugestão, da projeção.

Após termos explicitado algumas implicações de conceitos e assinalamentos clínicos ferenczianos na obra de Puig-Vergès, podemos retomar as questões concernentes às diferentes significações atribuídas ao sintoma, segundo um sistema de referências e uma época.

Verificamos que Puig-Vergès (1987) considera útil distinguir o sintoma que é ponto de impacto de uma terapêutica “[...] do sintoma psicopatológico para o qual convém descrever vários níveis, o *expresso* e o *sofrido* do lado do paciente e o *sentido* do lado do clínico. Eu não utilizo o termo ‘interpretação’ pois este se refere a um sistema que só deve intervir em um segundo tempo.”⁹¹.

⁹⁰ Esse problema quanto à técnica se reapresenta como um tema de elaboração para vários analistas. Destacamos o trabalho de N. Abraham, por sua filiação a uma vertente ferencziana. Esse autor formula a noção de ressonância que, segundo ele, distingue-se radicalmente tanto do *Einfühlung*, marcado pelo subjetivismo, quanto da observação puramente objetiva. Cf. ABRAHAM, N. 1995, p.34. Cf. LANDA, 1999, p.131-148.

⁹¹ “[...] du symptôme psychopathologique pour lequel il convient de décrire plusieurs niveaux, l’exprimé et l’éprouvé du côté du patient, et le ressenti du côté du clinicien. Je n’utilise pas le terme ‘interprétation’ car il se réfère à un système qui ne doit intervenir que dans un deuxième temps.”(PUIG-VERGÈS, 1987, p.218, grifo do autor).

Tivemos o cuidado de retomar esses assinalamentos da autora para introduzirmos uma ilustração clínica. Essa ilustração é apresentada pela autora ao considerar a linguagem e a capacidade de compreensão de crianças psicóticas. A nosso ver, tal ilustração nos permite uma apreciação de procedimentos aos quais a autora sempre retorna.

O episódio que vamos examinar transcorreu em um refeitório e diz respeito a uma menina de dez anos, a quem a autora identifica por Clara. A autora conta que há vários dias Clara vinha vomitando após cada refeição. Mantendo-se um pouco à distância, a autora observou uma refeição de Clara e nos descreve a maneira como a menina dava a garfada, enchia a boca e engolia sem mastigar, num ritmo rápido e brusco. Também observou que a nova enfermeira de referência passava freqüentemente por trás de Clara e falava com ela usando palavras breves, pontuadas por gestos bruscos.

Então Puig-Vergès (1987) acrescenta: “Percebi rapidamente que Clara nos olha. Com prudência comento a refeição. No momento em que uma enfermeira colocava tangerinas descascadas diante das crianças, eu dizia que no futuro seria necessário cortar os alimentos em pequenos pedaços.”⁹².

Puig-Vergès (1987) prossegue contando que Clara tirou da boca metade de uma tangerina e olhou para a autora, que nada falou. Em seguida Clara mordeu a fruta. A autora continuou em silêncio. Clara comeu as frutas pedaço por pedaço, lentamente⁹³.

Em nossa leitura dessa ilustração clínica, destacamos a distância física mantida para a observação, a acuidade da observação, a prudência na escolha das palavras e no modo de

⁹² “*Je m’aperçois rapidement que Clara nous regarde. Avec prudence, je commente le repas. Au moment où une infirmière posait des mandarines épluchées devant les enfants, je disais qu’à l’avenir il faudrait couper les aliments en petits morceaux.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.99).

⁹³ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.98-99.

falar, que atribuímos a uma capacidade de empatia, que teria sustentado a atitude da autora enquanto observadora.

A nosso ver, o episódio narrado pela autora nos permite considerar a hipótese de que o sintoma (os vômitos) pudesse ser talvez um sinal⁹⁴ de protesto atmosférico. O ritmo de gestos e palavras da enfermeira e o ritmo de atos de levar à boca e de engolir da criança parecem indicar uma similitude, ou talvez estivessem imbricados.

Ainda quanto à capacidade de empatia, pode-se dizer que sempre restará um mistério, entendendo-se por mistério a contribuição de uma determinada pessoa no que ela tem de irreduzível, isto é, de singularidade absoluta. Ou seja, não temos como saber o que leva a autora a encontrar com aquela criança, naquele contexto, a tonalidade de relação.

Podemos, no entanto, verificar que a tonalidade de relação tem alguns elementos discerníveis, tais como o modo de falar dirigindo-se ao ambiente e não diretamente à criança, o silêncio com que se acolhe o olhar da menina, o silêncio mantido enquanto a menina morde em pequenos pedaços a fruta. Seguindo Ferenczi, denominamos tais aspectos discrimináveis de tato psicológico.

A partir de nossa experiência podemos testemunhar o valor do silêncio mantido pela autora diante da ação da menina. Pode ser tão ocasional, e mesmo raro, que uma criança autista ou psicótica precoce olhe para seu interlocutor e demonstre com suas ações e gestos que o compreendeu e está de algum modo assimilando algo – no caso, o alimento – que podemos facilmente revelar entusiasmo, contentamento e/ou falar diretamente com a criança.

⁹⁴ O sintoma se traduz em comportamentos objetiváveis do paciente, o sinal corresponde ao saber ou ao saber fazer do clínico, isto é, ao resultado de um pensamento e uma análise clínicos. Cf. PUIG-VERGÈS (1987, p.216-227), (1992, p.51-54).

Queremos com isso chamar a atenção para um outro possível fenômeno. O olhar dirigido ao interlocutor e a ação da criança demonstrando compreensão, tal como descritos no exemplo, são manifestações que encontramos no universo das relações pessoais. Podemos sentir tal alívio frente tais gestos e ações porque eles nos devolvem a esse universo pessoal. Nessa circunstância, temos de considerar a hipótese de estarmos comemorando mais nossa liberação momentânea do universo estranho, chocante das psicoses e menos a incerta entrada da criança em um mundo humanizado.

Nesse último caso, estaríamos reagindo à criança psicótica, quer o reconheçamos ou não. Se pudéssemos apreender o que vivíamos no momento anterior ao suposto alívio, ou júbilo teríamos indicações do possível estado mental que vigorava em nossa interação com a criança. Mas isso seria uma análise do que na literatura psicanalítica se considera contratransferência. Puig-Vergès (1987) examina os efeitos das contra-attitudes na capacidade de observação e nos modos de interagir com a criança. Ela recomenda a análise das contra-attitudes apenas para as equipes que realizam trabalhos de longa duração com crianças e adolescentes psicóticos. É o que discutiremos a seguir.

2.5.3 CONTRA-ATTITUDES

Os fenômenos indicadores de reações afetivas do terapeuta, ou de qualquer profissional da equipe de atendimento, à criança psicótica são chamados de contra-attitudes pela autora.

Já adiantamos que tais fenômenos são análogos aos descritos na literatura psicanalítica sob o nome de contratransferência.

A escolha do termo contra-atitude em lugar do termo contratransferência é ditada pela prática clínica que, lembramos, se dá em ambiente hospitalar, em equipe pluridisciplinar e compreende o que autora chama de premissas ao engajamento terapêutico. Assim, a autora reserva o uso do termo contratransferência estritamente para o enquadre psicanalítico.

A importância capital desses fenômenos em uma equipe pluridisciplinar, que não compartilha de uma formação ou experiência em psicanálise, está em compreender a contra-atitude enquanto efeito de sideração das capacidades associativas do terapeuta, ou do referente, quando confrontado aos atos das crianças psicóticas.

Puig-Vergès (1987) assim define:

Para designar esses fenômenos, utilizo o termo *contra-atitude* onde os movimentos pulsionais do referente ou do terapeuta são tomados em um sistema de reação a uma ação. Com efeito, a criança ou o adolescente psicótico confronta a equipe de cuidados a uma série de ‘atuações’ que produzem um efeito de sideração das capacidades associativas do terapeuta. A intervenção na realidade contribui para explicitar as situações, canalizar uma agitação situando o que é da atuação no registro da palavra e do espaço transicional, e evitando duplas mensagens, distorções e recusas da realidade.⁹⁵

Vemos, ainda uma vez, que a autora não menciona a intervenção na realidade enquanto procedimento psicanalítico em sentido estrito, isto é, uma análise das contra-

⁹⁵ “Pour désigner ces phénomènes, j'utilise le terme *contre-attitude* où les mouvements pulsionnels du référent ou du thérapeute sont pris dans un système de réaction à une action. En effet, l'enfant ou l'adolescent psychotique confronte l'équipe de soins à une série de ‘mise en actes’ qui produisent un effet de sidération des capacités associatives du thérapeute. L'intervention dans la réalité contribue à expliciter des situations, à canaliser une agitation en situant ce qui est de l'ordre du passage à l'acte dans le registre de la parole et de l'espace transitionnel, et en évitant les doubles messages, les distorsions et les dénis de la réalité.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.147, grifo do autor).

atitudes. Para ela, a análise das contra-atitudes será útil nas instituições onde as crianças estão em tratamento de longa duração (PUIG-VERGÈS, 1987).

Ainda segundo Puig-Vergès (1987), “As *contra-atitudes* influenciam de forma maciça, dada a precocidade dos modos de expressão e de simbolização.”⁹⁶.

Poder-se-ia mesmo dizer que tanto o analista, quanto o terapeuta ou o profissional encarregado dos cuidados à criança têm a prova, ou sofrem a prova – na expressão da autora – da vigência de sentimentos de amor e de ódio (PUIG-VERGÈS, 1987).

A autora descreve, na sequência, uma situação na qual a reação, a contra-atitude dificultou ao profissional envolvido o reconhecimento de indícios significativos no comportamento e nas atitudes da criança.

A situação apresentada diz respeito a um menino bem tolerado pelas enfermeiras, apesar dos seus gritos, saltos de uma cadeira a outra e do desinteresse pelas pessoas.

Depois de algumas semanas, uma enfermeira manifestou sentimento de culpa por não suportar mais o menino. A autora observou então a chegada da criança, sem que essa a visse: sem olhar para qualquer pessoa, o menino se colocou diante da enfermeira e disparou “teu c... é vermelho”; a enfermeira corou com o insulto e ele continuou – “puah... você tem p...” e soltou um vento (PUIG-VERGÈS, 1987).

A autora observa que isso era um ritual estabelecido pelo menino, que induzia na enfermeira o que já induzira em seus instrutores⁹⁷.

⁹⁶ “*Les contre-attitudes jouent de façon massive, en raison de la précocité des modes d’expression et de symbolisation.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 223, grifo do autor).

⁹⁷ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p. 223-224.

Queremos destacar, ainda esta vez, que a atitude fenomenológica de constante retomada da posição de observador, a descrição, a capacidade de empatia, o cuidado e a prudência são os principais suportes dessa clínica em ambiente hospitalar e em equipe pluridisciplinar. Mas se esses são os procedimentos e atitudes fundamentais, poder-se-ia perguntar, onde a psicanálise se faz necessária em tal abordagem clínica?

A primeira resposta poderia ser: na formulação de hipóteses quanto aos mecanismos do funcionamento mental, ou seja, para a compreensão e interpretação do funcionamento intrapsíquico.

2.6 METAPSICOLOGIA E FUNCIONAMENTO PSICÓTICO

Em nossa discussão inicial, fizemos alguns apontamentos a respeito da pesquisa clínica que, segundo Puig-Vergès, é impelida por uma injunção paradoxal, a saber, a coexistência do imperativo terapêutico e da abordagem metodológica. Tal injunção particular da pesquisa clínica pode ser reconhecida também na maneira como os conceitos e sistematizações surgem na obra de um autor.

Ao acompanharmos um autor em suas formulações e teorizações clínicas nos deparamos, por vezes, com mudanças de concepção elaboradas ao longo do desenvolvimento de uma obra, contudo nem sempre o autor parece considerar que tais modificações possam ser tão significativas, ou radicais a ponto de justificar uma alteração de terminologia. Dir-se-ia que importa antes a evidência de uma elaboração em curso, do que a introdução de um novo quadro sintático.

Obras com essas características podem nos transmitir uma idéia de continuidade que, no entanto, nem sempre pode ser atribuída à sistematização teórica por elas veiculada. Talvez a noção de continuidade que atinge o leitor seja, primordialmente, expressão do movimento de pesquisa e elaboração que se confunde com a própria vida, isto é, com o desenrolar de um trabalho ao longo de uma vida.

Essa particularidade da pesquisa clínica torna especialmente relevantes os estudos que situam o desenvolvimento de um conjunto de contribuições de um autor, na medida em que esses trabalhos indicam, explicitam, comentam eventuais rupturas de concepção que parecem ter sido menos valorizadas em certo momento do desenvolvimento da obra do autor em questão.

No tocante à clínica psicanalítica e lembrando que a psicoterapia é parte integrante da psicanálise⁹⁸, esse movimento de interpelação constante entre as condições possíveis de observação e o imperativo terapêutico mereceria ser examinado levando-se em conta que a transmissão da psicanálise se faz através de duas vias: a transmissão oral, caracteristicamente a análise e a supervisão, e a transmissão escrita.

Embora a obra de Puig-Vergès não nos permita uma reflexão mais consistente acerca da transmissão oral em psicanálise, cabe assinalar uma possível interpenetração desse modo de transmissão na apreensão, compreensão e interpretação de textos.

Correndo o risco de uma simplificação, podemos sugerir a hipótese de que a tradição oral de algum modo favoreceria que um analista sinta-se autorizado a buscar traços de sua própria experiência clínica nos textos de diferentes autores. A partir dos traços encontrados nos textos que integram a tradição escrita, o analista pode construir seu próprio desenvolvimento clínico teórico. Essa construção pode sugerir uma continuidade entre uma e outra obra de diferentes autores. Tal continuidade pode ocorrer, mas não necessariamente. Muitas vezes nos remetemos a Freud e a outros criadores e, ao fazê-lo, destacamos uma pista, ou uma intuição, talvez um sopro de compreensão que nos possibilita encetar uma elaboração, ou um desdobramento permitindo-nos avançar na descrição e na compreensão da clínica que praticamos hoje.

De tal ponto de vista, podemos estender à obra de Freud um comentário de Canetti.

Canetti (1990, p.199) diz a respeito do destino de sua própria obra: “É como se um livro ocultasse um reservatório de segredos que, pouco a pouco, fosse sendo esvaziado, até que, por fim, todos tenham sido desvendados e nada mais haja a extrair dali. Temo a chegada desse momento, mas ele ainda não veio.”.

⁹⁸ Cf. FÉDIDA, 1999.

Compreende-se o temor do escritor, pois o esvaziamento do reservatório de segredos significa que o texto tornou-se letra morta. De um ponto de vista estritamente psicanalítico, isso implicaria em não mais encontrar a manifestação do inconsciente e, portanto, não mais existiria o que podemos denominar uma obra.

Pode-se dizer que a cada nova geração, o texto de Freud mostra algo que se revela apenas em um determinado momento a determinado leitor, embora o texto estivesse sempre ali. Nesse movimento, pode-se perder de vista o conjunto da obra de Freud. Mas, de outra parte, tal movimento corresponde a uma trajetória de aproximações, afiliações e, talvez, até mesmo adoção de teoria(s).

Esse breve comentário nos permite indicar uma modalidade de trajetória clínica e teórica que pode se verificar no desenvolvimento pessoal de alguns analistas. E talvez esse modo de apropriação de uma interpretação do texto nos permita esboçar um traço comum entre uma possível elaboração pessoal e o desenvolvimento dos diferentes modelos de funcionamento psíquico, que caracterizam as distintas escolas de psicanálise.

Para Puig-Vergès (1987) uma análise epistemológica permite reconhecer que existiria uma pseudo continuidade entre o modelo freudiano de aparelho psíquico e os modelos reconhecíveis no conjunto de contribuições do movimento psicanalítico⁹⁹.

Assim temos de considerar o modo como o pensamento clínico de Puig-Vergès se insere no campo da psicanálise e explicitar algumas das maneiras através das quais as obras dos principais autores de referência em psicanálise surgem em seu pensamento clínico.

Mencionamos em nossa primeira apresentação da obra de Puig-Vergès que suas principais referências psicanalíticas são Freud, Ferenczi e Bion, enquanto no âmbito da pesquisa clínica, ela privilegia os trabalhos de M. Mahler e colaboradores, de M. Klein e de

⁹⁹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.286-287.

pós-kleinianos. Além disso, destacamos que ela rejeita o ecletismo teórico e propõe um ponto de vista descritivo e metapsicológico do funcionamento intrapsíquico.

Temos agora de abrir, ou entreabrir esse leque de referências revelando algumas das convergências e divergências entre Puig-Vergès e os principais autores com os quais ela desenvolve alguns dos diálogos e confrontos no campo da psicanálise.

Já indicamos que o trabalho de Ferenczi parece animar, como um ímã, o texto de Puig-Vergès. Ferenczi, aliás, constitui uma referência que se transmite também através das contribuições de autores como M. Mahler¹⁰⁰. Mas não iremos além desse assinalamento, pois do contrário teríamos de fazer uma exegese da obra de M. Mahler.

Quanto à presença da obra de Freud no texto de Puig-Vergès, apenas delinearemos o que, a nosso ver, configura uma identidade freudiana da autora.

Entendemos que tal identidade pode ser apreendida através da discussão do projeto metapsicológico de Freud.

2.6.1 A MARCA METAPSICOLÓGICA FREUDIANA NA IDENTIDADE PSICANALÍTICA DE PUIG-VERGÈS

Já comentamos a importância da descrição na obra de Puig-Vergès (1987). Para ela importa apresentar os processos psicóticos em termos de primeiras descrições. Assim as hipóteses psicogenéticas a serem consideradas devem ser entendidas enquanto descrições, que nos remetem aos eixos da psicopatologia e do desenvolvimento, sendo compatíveis com a hipótese de processo etiopatogênico (PUIG-VERGÈS, 1987).

¹⁰⁰ Cf. FALZEDER, 1995.

Puig-Vergès (1987) assinala que o projeto metapsicológico freudiano permanece um esboço inacabado e pergunta, acompanhando outros autores, se essa impossibilidade de concluir tal projeto não seria própria à psicanálise, uma vez que a metapsicologia deriva da prática e a ela sempre retorna.

Segundo Puig-Vergès (1987), a metapsicologia freudiana reconhece enquanto postulados que o psíquico e a consciência não são coincidentes, que os processos psíquicos são inconscientes e apenas se revelam à consciência graças ao funcionamento de alguns órgãos, instâncias e sistemas. Ela entende que Freud concebe a teoria como expressão direta da observação possibilitada pelo enquadre, acrescida da proposição de hipóteses úteis para dar conta de relações que não podem ser objeto de observação imediata. Em outras palavras, a metapsicologia integra uma somatória dos resultados da experiência, no caso aquela especificamente dada pelo enquadre que atualmente se designa como o da psicanálise clássica, que ao ser complementada por hipóteses nos permite o acesso a um domínio de exploração de outro modo ainda inacessível.

Puig-Vergès (1987) destaca que a metapsicologia se estabelece, desde o início, enquanto uma aspiração e que tudo que dizia respeito ao inconsciente podia ser qualificado de metapsicológico¹⁰¹.

O que a seu ver constitui uma peculiaridade da teoria psicanalítica, que a caracteriza desde sua gênese, é ser concebida e entendida como uma hipótese incessantemente verificada, cujo controle se dá pelo exame do pensamento e pela crítica à que é submetida pela experiência analítica. Essa concepção teria levado Freud a definir a metapsicologia como expressão da superestrutura especulativa da psicanálise, ou seja, a entender que

¹⁰¹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.259.

formulações podem ser deixadas, substituídas ou modificadas, tão logo sua insuficiência seja demonstrada (PUIG-VERGÈS, 1987).

Puig-Vergès (1987) acrescenta:

Como toda explicação depende do contexto histórico, do estado das técnicas de observação, de experimentação e de combinação das idéias abstratas concernentes ao conjunto dos fatos visados, somos confrontados com o problema da transposição de métodos científicos já constituídos para uma ciência nova e da validade da síntese hipóteses-fatos, o que ultrapassa a realização da metapsicologia e entra na ordem epistemológica.¹⁰²

Assim Puig-Vergès (1987) entende a metapsicologia como um procedimento de descrição e explicação de processos psíquicos revelados pela análise. Ela destaca, ainda, que o projeto contemporâneo de metapsicologia visa à elaboração de um modelo que sintetizaria todos os princípios da teoria psicanalítica.

Lembrando que o conhecimento científico depende de uma análise progressiva dos fatos observados e que esses são correlativos do método que os revela, a autora entende que a explicação fornecida pela metapsicologia permanece parcial, pois exposta a dificuldades de ordem técnica e a uma falta de sistematização relacionadas ao postulado freudiano de um paralelismo psico-fisiológico (PUIG-VERGÈS, 1987).

A seu ver, seria próprio da metapsicologia impelir a pesquisa no sentido de novas descobertas, uma vez que os meios de investigação atuais não permitem elucidar através da observação direta os fatos e fenômenos em consideração (PUIG-VERGÈS, 1987).

Como se pode notar, Puig-Vergès (1987) entende a metapsicologia como um projeto necessariamente inacabado e, ao mesmo tempo, como um procedimento original de

¹⁰² “Comme toute explication dépend du contexte historique, de l’état des techniques d’observation, d’experimentation et de combinaison des idées abstraites intéressant l’ensemble des faits envisagés, nous sommes confrontés au problème de la transposition de méthodes scientifiques déjà constituées à une science nouvelle et de la validité de la synthèse hypothèses-faits, ce qui dépasse la réalisation de la métapsychologie et entre dans l’ordre épistémologique.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.260).

descrição aplicado a todos os processos mentais segundo três modos bem definidos – o econômico, o tópico e o dinâmico.

Para a autora os pontos de vista tópico e econômico destacam-se como hipóteses úteis, explicações parciais, que se acrescentam à realidade da descrição dinâmica dos processos psíquicos observados no decurso da análise (PUIG-VERGÈS, 1987).

A respeito da condição de realização do projeto metapsicológico, Puig-Vergès (1987) assinala que:

Conhecemos o grau de validade e de incerteza desses diversos modos e os obstáculos com os quais se chocam. Apesar disso, o interesse da teoria psicanalítica permanece o *retorno permanente ao fato concreto*, o que nos autoriza a efetuar novas elaborações.¹⁰³

Puig-Vergès (1987) considera, então, algumas correspondências entre fenomenologia e psicanálise.

Segundo essa autora importa para a metapsicologia a observação dos sentidos que um fato adquire na história do indivíduo, ao passo que a observação dos dados da conduta seria de menor relevância. Ela entende que para Freud o psiquismo é portador de sentido e, assim, conhecer o sentido equivale a conhecer um fenômeno em sua intencionalidade e evolução (PUIG-VERGÈS, 1987).

Esse modo de conceber o psíquico leva Puig-Vergès (1987) “[...] a postular uma correspondência entre psicanálise e fenomenologia, uma vez que a psicanálise se apresenta

¹⁰³ “Nous connaissons le degré de validité et d’incertitude de ces divers modes et les obstacles sur lesquels ils butent. Malgré cela, l’interêt de la théorie psychanalytique reste son retour permanent au fait concret, ce qui nous autorise à effectuer de nouvelles élaborations.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.263, grifo do autor.).

em seus diversos pontos de vista, como *um movimento indo do sentido à significação*, [...] do símbolo à sua interpretação.”¹⁰⁴.

Puig-Vergès (1987) pensa que tal concepção aproxima a psicanálise da fenomenologia da consciência latente, mas, de outra parte, essas se diferenciam quanto aos procedimentos técnicos e a delimitação dos problemas.

Essa diferenciação é, a nosso ver, decisiva para compreender o que chamamos de uma identidade freudiana manifesta no trabalho da autora.

Puig-Vergès (1987) considera que a interpretação fenomenológica do inconsciente enquanto um saber latente, que não encontra formulação devido à ação do recalque, dissimula uma parte das observações freudianas. O saber latente é passível de se tornar consciente, mas para Freud o inconsciente não se reduz ao recalcado, o inconsciente é também o somático e permanece vastamente inacessível à consciência.

Para a autora, a originalidade da perspectiva metapsicológica reside na metodologia empregada e no retorno ao vivido como forma de verificação. Assim ela entende que

As sistematizações metapsicológicas devem ser julgadas em função das condições de possibilidade da situação analítica e não enquanto conceitos teóricos de uma ciência especulativa. (PUIG-VERGÈS, 1987)¹⁰⁵.

Portanto a metapsicologia implica em retorno sistemático à experiência como modo de verificação, permanecendo solidária ao fato concreto revelado seja pelo método de associação, no caso de adultos, seja pelo jogo e a atividade espontânea, no caso de crianças.

¹⁰⁴ « [...] à postuler une correspondance entre psychanalyse et phénoménologie car la psychanalyse se présente dans ses divers points de vue, comme un mouvement allant du sens à la signification [...] du symbole à son interprétation. » (PUIG-VERGÈS, 1987, p.264, grifo do autor).

¹⁰⁵ “Les conceptualisations métapsychologiques doivent être jugées en fonction des conditions de possibilité de la situation analytique et non en tant que concepts théoriques d’une science speculative.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.265).

Sublinhando ainda uma vez que as fronteiras do cognoscível são sempre as atuais, Puig- Vergès (1987) nos adverte que

A metapsicologia contemporânea não pode continuar a ser elaborada à distância dos fatos, pois ela se funda sobre a psicanálise concreta, ela deve levar em consideração as mudanças técnicas das últimas décadas e o alargamento do campo de exploração dos fenômenos psíquicos [...] [o que] nos coloca a obrigação de rever um certo número de conceitos para melhor explicitar os obstáculos encontrados.¹⁰⁶

A autora refere-se especialmente às modificações técnicas concernentes à psicoterapia e ao primado da observação direta do desenvolvimento inicial, enquanto contribuições que tornaram possível uma outra explicação da gênese do psiquismo e do desenvolvimento normal. A partir do trabalho de revisão de alguns conceitos feito à luz das contribuições mencionadas, ela acrescentará algumas proposições para a compreensão do desenvolvimento psicopatológico (PUIG-VERGÈS, 1987).

¹⁰⁶ “*La métapsychologie contemporaine ne peut continuer à s’élaborer à une certaine distance des faits; puisqu’elle se fonde sur la psychanalyse concrète, elle doit prendre en considération les aménagements techniques de ces dernières décennies et l’élargissement du champ d’exploration des phénomènes psychiques [...] nous met dans l’obligation de revoir certain nombre de concepts pour mieux expliciter les obstacles rencontrés.*”(PUIG-VERGÈS, 1987, p.266-267).

2.6.2 A EXPERIÊNCIA COTIDIANA E OS DIFERENTES NÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO

Puig-Vergès (1987) constrói seu texto de modo a acompanhar os diferentes níveis de elaboração de um pensamento clínico e favorecer a apresentação de questões concernentes à organização psicótica em função do momento do desenvolvimento no qual o processo psicótico se manifesta.

Assim sendo, seu texto está organizado de acordo com uma cronologia própria à abordagem clínica. Nesse percurso o leitor é apresentado às diferentes etapas do trabalho, às questões com que se depara o clínico desde o primeiro contato com a criança e ao longo do processo de orientação diagnóstica pluriaxial visando uma compreensão do funcionamento intrapsíquico. A rigor, essa é a seqüência temporal do trabalho, pois a compreensão do funcionamento intrapsíquico exige uma interfecundação entre clínica e teoria, uma síntese de elementos recolhidos ao longo do tempo, a partir de um diagnóstico multiaxial e evolutivo. Além do mais, a compreensão do funcionamento intrapsíquico supõe reflexão e sistematização do que a criança, ou o adolescente vive cotidianamente na unidade de hospitalização.

Não podemos esquecer que a história vivida cotidianamente pela criança é uma história construída levando-se em conta elementos de observação e elementos da experiência de diferentes profissionais que integram a equipe.

Tais elementos fornecem o que a autora denomina *níveis de interpretação*, que podem influir nas decisões quanto ao tratamento. Para ela importa também diferenciá-los do *ato de interpretação* propriamente dito, através do qual o terapeuta explicita a seu paciente o sentido de suas condutas (PUIG-VERGÈS, 1987).

A autora assinala que as interpretações não são exclusivamente verbais, tampouco estão restritas às reuniões de trabalho. Assim as atitudes, os gestos do profissional junto à criança expressam sua compreensão ou interpretação. Em outras palavras, entram em jogo a capacidade de empatia, as contra-atitudes, o sistema teórico e as opções ideológicas do profissional.

Puig-Vergès (1987) constata que a atitude de focalizar a atenção sobre a experiência do dia a dia é mais acessível a todos os membros da equipe do que a capacidade de evidenciar, ou interpretar mecanismos psicológicos atuantes. Assim, levando em consideração a multiplicidade de observações e interpretações, faz-se necessário poder notar e diferenciar o que seria do funcionamento psicótico daquilo que é reativo, isto é, discernir entre patologia do si - mesmo e fenômenos reativos.

A autora sublinha, mais uma vez, que para favorecer esse trabalho devemos nos manter atentos para evitar explicações ou interpretações portadoras de uma noção de causalidade e referidas a um sistema teórico estreito (PUIG-VERGÈS, 1987).

Além de esboçar um panorama do modo como Puig-Vergès (1987) organiza seu texto em um movimento de encadeamento que parte do nível clínico e chega a uma abordagem conceitual e epistemológica, queremos com essas considerações situar a escolha que nos orientará no percurso que ainda temos a desenvolver.

Em nossa abordagem, as discussões a seguir estarão centralizadas em torno a dois autores: M. Mahler e W. Bion. Isto é, não acompanharemos a obra de Puig-Vergès (1987) como se estivéssemos em uma espécie de estrada asfaltada, que nos permitisse flanquear com algum conforto o percurso por ela traçado. Se couber a analogia, seguiremos rotas que convidam o viajante à paradas e ao reconhecimento de alguns marcos simbólicos.

Entre os motivos que sustentam nossa escolha mencionamos o fato de que Mahler e Bion estão referidos a diferentes modelos do funcionamento intrapsíquico, de modo que podemos acompanhar através da apresentação de alguns aspectos do trabalho desses autores uma mudança conceitual, que Puig-Vergès (1987) identifica como passagem de um sistema conceitual no qual as diferenças entre o normal e o patológico são principalmente diferenças de grau e quantitativas, para um sistema teórico onde a diferença seria de qualidade e, portanto, haveria uma ruptura entre o registro psicopatológico e o registro do desenvolvimento normal.

Esses distintos modelos teóricos guardam íntima associação com diferentes problemas clínicos, ou diferentes modos de explorar uma questão clínica. São modelos referenciados pela experiência clínica e que, uma vez formulados, alteram nossa apreensão dos fenômenos que observamos na clínica, ao mesmo tempo em que são testados, colocados à prova por essa mesma experiência.

Dentre as repercussões imediatas desses modelos na prática clínica, destacamos as questões referentes ao uso da interpretação e, principalmente, ao modo de usar a experiência emocional do próprio terapeuta, ou do psicanalista.

Finalmente temos de assinalar a importância dos trabalhos de M. Mahler na obra de Puig-Vergès e um aspecto da transmissão escrita que nos é particularmente significativo. Em nossa experiência de atendimento a crianças psicóticas e autistas, vivemos uma situação na qual de maneira quase espontânea aceitamos estabelecer um procedimento sistemático de entrevistas com a mãe e o pai de uma criança na presença da criança. Não conseguíamos formular claramente à época dos acontecimentos o porquê dessa escolha, mas por prudência e respeito a um sentimento, que se manifestava no contexto de atendimento, mantivemos durante algum tempo essa modalidade de entrevista. Por motivos

concernentes à organização e orientação geral de trabalho, essa forma de atendimento foi interrompida. Frente uma carência interna de conhecimento, ou de elaboração conceitual da experiência clínica em curso, aceitamos tanto quanto nos era possível essa mudança de encaminhamento. Os desdobramentos daquela situação nos permitiram entender que nossas dúvidas quanto à nova orientação não só permaneciam, mas se intensificavam. O resultado se apresentou na forma de um impasse e de interrupção do atendimento. Essa ruptura pôde se efetivar em termos razoáveis com a mãe da criança, na medida em que estava preservada com ela alguma possibilidade de conversa franca, de modo que ela pôde anunciar sua escolha pela possibilidade de tratamento em outra instituição (sic). Com o pai da criança isso não foi possível, de maneira que a ruptura se revestiu de forte colorido emocional e, de nossa parte, de manifestação de contra-atitude, para nos mantermos no quadro de referências de Puig-Vergès. Essa experiência subsistiu como uma espécie de corrente subterrânea que por vezes aflorava, até que a leitura de Puig-Vergès (1992) nos permitiu identificar naquela criança sinais de uma psicose ou de um funcionamento psicótico simbiótico e, mais ainda, encontramos a recomendação de atendimento conjunto criança-parceiro simbiótico. Esse foi um dos motivos que nos levou à leitura de *Aux sources de la Psychose* e que, afinal, co-determinou a escolha do tema desta Dissertação.

Devem-se aos trabalhos de M. Mahler e colaboradores, como veremos a seguir, a descrição do sintoma simbiótico patológico, da intricação das diversas síndromes psicóticas e a proposição de atendimento conjunto criança-parceiro adulto simbiótico, nos casos de crianças psicóticas simbióticas.

2.6.3 UMA REFERÊNCIA INELUDÍVEL: A OBRA DE M. MAHLER

A obra de M. Mahler tem lugar decisivo no trabalho de Puig-Vergès (1987), surge como uma interlocução que perpassa seu texto e foi tema de uma publicação específica dessa autora¹⁰⁷.

A partir do seu trabalho com crianças psicóticas, concebido inicialmente como um estudo da esquizofrenia da infância, Mahler (1982,1983) desenvolveu um projeto de pesquisa do processo de separação-individuação.

Ela relata que a partir de 1964, passou a dedicar-se exclusivamente ao projeto de separação-individuação em crianças normais e suas mães medianas, enquanto o projeto da psicose infantil passou a ser de responsabilidade de M. Furer (MAHLER, 1983).

Puig-Vergès (1987) tributa à obra de M. Mahler a generalização da noção de fase autística, a primeira descrição do sintoma simbiótico patológico, assim como a noção de diversidade, em termos psicodinâmicos, das síndromes psicóticas bem como da intricação dessas no desenvolvimento da criança psicótica¹⁰⁸.

Segundo Puig-Vergès (1987) a descrição do sintoma simbiótico patológico levou Mahler a formular hipóteses acerca da universalidade da origem simbiótica da condição humana e da necessidade de um processo de separação-individuação.

Mencionamos que Puig-Vergès (1987,1992) assinala reiteradamente a importância dos trabalhos de observação da criança e do desenvolvimento normal, da psicanálise e psicoterapias de crianças psicóticas.

Os trabalhos de observação de lactentes, crianças e do desenvolvimento normais considerados pela autora são, mais especificamente, aqueles realizados no âmbito das

¹⁰⁷ Cf. PUIG-VERGÈS, 1993.

¹⁰⁸ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.267, 270, 276.

pesquisas em psicologia do desenvolvimento¹⁰⁹ e, no campo da psicanálise, os trabalhos de M. Mahler.

Anna Freud e D.W.Winnicott fornecem contribuições pontuais, uma vez que Puig-Vergès (1992) considera que a pesquisa sobre as psicoses não é essencial no desenvolvimento dos trabalhos desses autores¹¹⁰.

Já os trabalhos desenvolvidos a partir do método de observação de lactentes e família de Esther Bick não chegam a ser diretamente considerados.

Puig-Vergès (1987) faz duas menções à importância da observação de criança em ambiente familiar, na primeira ela cita ter feito observações a pedido de pais de crianças e, já em sua Conclusão, ela aponta para a importância desse tipo de observação, porém sem maiores esclarecimento sobre sua própria experiência e sem referência ao método de E. Bick¹¹¹.

A nosso ver, no entanto, cabe assinalar que F. Tustin¹¹² e D. Meltzer¹¹³ reconhecem a importância do trabalho e do método de E. Bick para o desenvolvimento de suas próprias concepções. As contribuições de Tustin e de Meltzer no âmbito do autismo são consideradas por Puig-Vergès (1987,1992) a partir da perspectiva fornecida pelas teorias de Bion.

A primeira menção à M. Mahler, que destacamos, diz respeito à questão apontada em nossa seção anterior, ou seja, à capacidade de estabelecer hipóteses interpretativas para os fatos observados corriqueiramente, pois Puig-Vergès (1987) considera que o trabalho de

¹⁰⁹ Ibid. , p.273.

¹¹⁰ Id. , 1992, p.102.

¹¹¹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, n.1, p. 135 e n.1, p.368.

¹¹² Cf. HAAG, G. **Rencontres avec Francès TUSTIN**. À publier par la REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE, 1992.

¹¹³ Cf. MELTZER (1979, p.197-209) e (1994, p. 26-57).

M. Mahler estabelece correspondências entre comportamentos, condutas e os mecanismos psíquicos subjacentes¹¹⁴.

A possibilidade de estabelecer tais correspondências derivaria, segundo a própria Mahler (1982, p.57, grifo do autor), de uma hipótese básica segundo a qual o comportamento do bebê seria

[...] um reflexo de sua elaboração intrapsíquica daquela inevitável e predeterminada separação do estado anterior de “unidade dual” com a mãe, ditada pela diferenciação e individuação maturativas.

A nosso ver, a noção de unidade dual é decisiva na obra de Mahler.

Puig-Vergés (1987) não explora especialmente essa questão. Ela enfatiza, sim, que o termo simbiose é usado por Mahler para designar uma condição intrapsíquica, faz uma ou outra menção à noção de unidade dual e reconhece que o uso desse termo em Mahler remete ao conceito de unidade primária de Th. Benedek¹¹⁵.

Entendemos que a noção de unidade dual está relacionada a um tema tão vasto que sua discussão nos retiraria dos objetivos do presente trabalho. Por isso apenas deixaremos consignadas umas poucas formulações feitas por Mahler (1982) acerca do tema, para ao menos indicar a possibilidade de que essa noção tenha talvez contribuído para a definição da metodologia de pesquisa desenvolvida por Mahler e colaboradores.

No quadro do desenvolvimento normal, M. Mahler (1982, p.54) assinala que “O ambiente do bebê consiste inicialmente na unidade dual mãe-bebê [...] É na esfera da interação e comunicação pré-verbal da ‘unidade dual’ que os traumas cumulativos [...] podem ocorrer dentro do ‘ambiente médio esperado’.”.

¹¹⁴ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, n.2, p.71.

¹¹⁵ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.270.

Para Mahler (1982) a tarefa de humanização passa pelo processo normal de separação-individuação.

Mahler (1982, p. 107) entende separação e individuação como “[...] processos evolutivos interligados e não como processo único. Ambos podem prosseguir de modo divergente, como resultado de um atraso na evolução de qualquer dos dois.”.

Ela descreve quatro subfases que seriam características do processo separação-individuação normal.

Antes de apresentar de modo sucinto a descrição dessas subfases, convém destacar que Puig-Vergès (1987) sublinha, em várias passagens, que não devemos esquecer que denominações como *fase autística normal* ou *fase simbiótica normal* são expressões metafóricas, ou analogias usadas por Mahler para fins de descrição. Assim como Klein, Tustin, ou Bion lançam mão de outras expressões com a finalidade de descrever fatos da observação. Em termos metapsicológicos, como vimos em nossa apresentação do projeto metapsicológico freudiano, esses termos são passíveis de modificação, podendo mesmo ser abandonados em função de eventuais ampliações de horizonte quanto aos recursos de observação disponíveis.

Em acordo com essa posição de Puig-Vergès (1987), passamos à descrição das fases autista e simbiótica normais e das subfases do processo de separação-individuação.

2.6.3.1 AUTISMO NORMAL, SIMBIOSE E AS SUBFASES DO PROCESSO SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO

Mahler (1982, p.66) qualifica as primeiras semanas de vida extra-uterina de período de *autismo normal* em uma metáfora da condição do recém-nascido, na qual os períodos de

sono “São reminiscências daquele estado primal de distribuição da libido predominante na vida intra-uterina, que se assemelha ao modelo de um estreito sistema mônade, auto-suficiente em sua satisfação alucinatória do desejo.”.

Recorrendo à metáfora do ovo de pássaro, já empregada por Freud, Mahler (1982, p.67) diz que em suas primeiras semanas “[...] o bebê aparenta um estado de primitiva desorientação alucinatória no qual a satisfação das necessidades pertence à sua própria e onipotente órbita *autista*.” (Grifo do autor.).

Para Mahler (1982) a expressão *simbiose* também tem valor metafórico e, nesse sentido, a principal característica da simbiose humana social seria a fusão psicossomática ou *ilusória* ¹¹⁶ com a representação da mãe. Essa fusão é onipotente e concerne especialmente à ilusão do bebê quanto aos limites comuns dos integrantes da unidade dual. Isto é, do ponto de vista do observador ou do ponto de vista realista da mãe não há simbiose e, sim, dois indivíduos real e fisicamente separados. ¹¹⁷

No *estádio simbiótico* propriamente dito, o bebê começa a perceber que a gratificação provém de um objeto parcial.

Mahler (1982) entende que por volta do segundo mês, o bebê começa a desenvolver a percepção do objeto gratificador e a romper a denominada concha autística das primeiras semanas de vida extra-uterina.

No apogeu da *fase simbiótica* que Mahler (1982) localiza por volta dos quatro, cinco meses de vida, ocorre a *diferenciação* ou, metaforicamente falando, o rompimento da órbita simbiótica comum mãe-bebê.

A *diferenciação* configura a primeira subfase do processo separação-individuação.

¹¹⁶ O destaque é nosso.

¹¹⁷ Puig-Vergès (1987) acrescenta que com o termo simbiose Mahler refere-se à vida cognitivo-afetiva, no sentido dado por Piaget, quando a diferenciação entre o *self* e a mãe ainda não está definida.

Para Mahler (1982) a diferenciação seria, entre outros fatores, resultante de uma evolução ontogenética do sensorio, de modo que a atenção do bebê dirige-se mais para fora durante os crescentes períodos de vigília, em contraste com os primeiros meses de simbiose quando a atenção do bebê estivera mais concentrada de modo cenestésico e dentro de uma órbita simbiótica.

A mencionada evolução ontogenética traz implicações de tal relevância para Mahler (1982) que temos de registrar a questão das representações do ego corporal dentro da matriz simbiótica e do deslocamento do investimento libidinal predominante no sentido do centro para a periferia do corpo, antes de prosseguir a descrição das subfases do processo de separação-individuação.

Mahler (1982, p.68) considera que

[...] as representações do corpo contidas no ego rudimentar servem de mediador entre as percepções internas e externas [...] O ego corporal contém duas espécies de auto-representação: há um núcleo interno da imagem corporal, com um marco delimitador voltado para o interior do corpo, separando-o do ego, e um extrato externo de “engramas” sensorio-perceptivos, que contribui para os limites do “self-corporal”.

O investimento libidinal predominante desloca-se, portanto, das sensações cenestésicas, entero-proprioceptivas para a periferia, isto é, para o sensorio-perceptivo.

Esse deslocamento representa, para Mahler (1982, p.69) “[...] um pré-requisito essencial para a formação do ego corporal. Outro passo paralelo é a expulsão, por projeção, da energia agressiva destrutiva não neutralizada para fora dos limites do eu - corporal.”.

As sensações internas, viscerais, proprioceptivas, constituem o *núcleo do self*, enquanto o sensorio-perceptivo corresponde à película externa do ego, contribuindo para a demarcação de limites entre o *self* e o mundo objetal (MAHLER, 1982).

Podemos acompanhar, através dessas formulações de Mahler (1982), um processo de deslocamento de investimento libidinal das sensações viscerais, proprioceptivas, que permanecem como núcleo inconsciente do ego corporal, em direção à periferia, isto é, aos órgãos sensoriais e entre esses a pele, como uma superfície externa do ego corporal.

Essas breves considerações nos permitem retomar o assinalamento de Puig-Vergès (1987) de que o inconsciente, no sentido freudiano, é também o somático e talvez deixar mais clara a importância, para essa autora, do conceito de patologia do Si - mesmo, enquanto abalo do si - mesmo visceral e do si - mesmo corporal, que ela considera psicogeneticamente anteriores à elaboração superegóica e ao ego.

Podemos, agora, retomar a descrição das subfases do processo separação-individuação.

É na *subfase de diferenciação* que os bebês passam a praticar experiências de fuga corporal da mãe. Nas crianças que tiveram uma *experiência simbiótica ótima* a curiosidade e a admiração dão a característica da inspeção que elas fazem dos estranhos e do exame de partes do corpo da mãe (MAHLER, 1982).

Ainda de acordo com Mahler (1982) a esse período justapõe-se o período de *exploração inicial*.

A segunda subfase denominada *exploração* subdivide-se em dois períodos. O *período de exploração inicial* tem por marco a capacidade do bebê em deslocar-se engatinhando, levantando ou endireitando-se, ainda que com apoio, e assim separar-se fisicamente da mãe.

Para Mahler (1982, p.100) a distância psicológica ótima seria a que permite ao bebê liberdade e oportunidade de explorar a certa distância física da mãe. Essa distância estaria sob controle ativo do bebê que, observa Mahler (1982), retorna periodicamente para junto

do corpo da mãe, como ponto estável no qual o bebê cansado, enfraquecido, recupera-se para prosseguir suas explorações. A capacidade de manter-se ligado à presença física da mãe através das modalidades de percepção à distância mostra-se significativa para a regulação da ansiedade de separação.

Segundo Mahler (1982), esse período abrange dos sete, dez meses até os quinze ou dezesseis meses e o fenômeno descrito de retorno do bebê para as proximidades do corpo da mãe foi denominado por Furer *reabastecimento emocional*.

A capacidade de locomoção em posição vertical, juntamente com o incremento de outras funções autônomas, define o início do segundo período dessa subfase denominado *exploração propriamente dita*.

A caminhada em posição vertical constitui o que Mahler (1982, p.108) chama de “[...] o maior passo para a individuação humana”, pois essa postura dá acesso a um novo mundo perceptual. Em um período de seis a oito meses, isto é dos 10-12 aos 16-18 meses de idade, a catexia libidinal desloca-se significativamente a serviço do ego autônomo e suas funções. Em consequência, a criança parece como que intoxicada com suas próprias capacidades e com a grandeza de seu mundo.

Mahler (1982, p. 102) considera que essa alegria se relacionaria também com a “[...] exaltação de fugir à absorção da órbita materna [...] [e] a constante fuga do bebê para ser perseguido e agarrado pela mãe transforma seu temor de ser por ela engolfado, de passivo em ativo.”.

A partir da capacidade de locomoção em posição vertical e sem apoio, pode-se assinalar um incremento do critério de realidade, isto é, um investimento libidinal crescente na realização de atividades motoras e na exploração de um ambiente em expansão, exploração que abrange tanto o humano quanto o inanimado (Mahler, 1982).

Tendo em vista a importância que algumas das características da criança nessa subfase podem tomar na interação com a mãe, destacamos a relativa exaltação da criança, sua facilidade para entrar em estado de isolamento tão logo perceba a ausência da mãe e sua relativa insensibilidade para ferimentos ou quedas.

A terceira subfase é denominada *reaproximação*. O marco inicial dessa subfase estaria no domínio adquirido pela criança da locomoção em posição ereta. Essa subfase pode ser situada dos quinze aos vinte e dois meses, ou mesmo avançar o segundo ano de vida (MAHLER, 1982).

Com o controle da locomoção, a maturação física alcançada e o progresso cognitivo da criança, sua atenção e os investimentos libidinais passam por alterações. O lactente tem agora maior consciência de sua separação da mãe e com isso crescem a necessidade e o desejo de partilhar suas experiências com ela (MAHLER, 1982).

Essa renovada necessidade manifesta-se em conduta *sedutora* para com a mãe, o que para essa última contrasta fortemente com a alegria, a facilidade em aceitar o afastamento da mãe e a insensibilidade características da subfase anterior.

Mahler (1982, p. 111) aponta o rápido avanço da individuação ao mesmo tempo em que a criança, cada vez mais consciente da separação, “[...] começa a empregar e acionar todos os tipos de defesa, parte internalizados, parte ainda dirigidos do exterior, com o objetivo de resistir à separação da mãe.”.

Mahler acrescenta o que, a nosso ver, configura um importante teste da realidade vivido pela criança. Ela diz:

Não importa quão insistentemente o bebê tente coagir a mãe; ambos não mais funcionarão efetivamente como unidade dual; isto significa que ele não mais consegue partilhar com a mãe da ilusória onipotência parental. (MAHLER, 1982, p.111).

Essas características permitem à autora afirmar que essa subfase conduz a uma dolorosa encruzilhada à qual denomina *crise de reaproximação* (MAHLER, 1982).

Podemos entender a importância crucial dessa subfase. Juntamente com a realização de tantas conquistas e aquisições, acompanhadas da alegria e do júbilo anteriormente descritos, a criança estaria, a nosso ver, às voltas com uma verdadeira perda intrapsíquica: a perda do funcionamento efetivo da unidade dual.

Essa subfase pode trazer manifestações tempestuosas e Mahler (1982) refere-se à tarefa evolutiva cumprida nessa subfase como *tremenda*.

Segundo Mahler (1982, p.117) “Pressões orais, anais e da genitalidade precoce, assim como conflitos, encontram-se e acumulam-se nesse importante marco do desenvolvimento da personalidade.”.

As principais ansiedades dessa subfase ganham o incremento do início do desenvolvimento do superego. Ou seja, o medo do abandono e da perda do objeto é complicado pela internalização das demandas parentais, resultando em uma hipersensibilidade quanto à aprovação e desaprovação dos pais (MAHLER, 1982).

Conseqüentemente, a disponibilidade emocional da mãe joga um papel decisivo, mesmo crucial e Mahler (1982, p. 111) refere-se à questão nos seguintes termos: “Dos dados até aqui acumulados, podemos afirmar energeticamente que a continuada disponibilidade emocional da mãe é essencial para que o ego autônomo da criança alcance capacidade funcional ótima.”.

Finalmente, destacamos a *perseguição* da mãe pelo bebê, que parece ser obrigatória por volta dos quinze aos vinte meses de idade (MAHLER, 1982).

Mahler (1982, p.111) considera que “[...] uma perseguição moderada por parte da criança após o processo de ‘rompimento’ abre caminho a certo grau de constância objetal no decorrer do terceiro ano.”.

A quarta subfase, diferentemente das demais, pode ter seu início assinalado, mas não encontra um fim: as questões e tarefas a realizar se estendem pela vida.

Mahler (1977) denomina essa subfase de *consolidação da individualidade e início da constância do objeto emocional*. Essa subfase está associada aos fenômenos observados no terceiro ano de vida.

Ela considera que as tarefas principais consistem em atingir uma individualidade, que em alguns aspectos estaria definida para toda a vida, e obter certo grau de constância de objeto (MAHLER, 1977).

Constância de objeto significa para Mahler (1977) manutenção da representação do objeto de amor ausente e unificação dos objetos bom e mau em uma representação total. Nesses termos, a constância de objeto supõe a fusão das pulsões agressiva e erótica e a mitigação do ódio quando a agressão é intensa (MAHLER, 1977).

Esse é um processo complexo e multideterminado, cujos determinantes prévios seriam a confiança e a segurança proporcionadas pela agência realizadora de necessidades ainda na fase simbiótica, o reconhecimento gradual de que a satisfação provém do objeto total e a aquisição cognitiva da representação simbólica interna do objeto permanente, no sentido de Piaget (MAHLER, 1977).

Mahler (1977) constata que durante o terceiro ano de vida ocorrem muitos processos complexos que parecem tornar a constância de objeto uma conquista algo fluída e reversível.

Com o desenvolvimento da linguagem verbal, as outras modalidades de comunicação vão sendo paulatinamente substituídas, embora a linguagem gestual do corpo e a afetomotilidade continuem em grande evidência: “Dessa forma, a quarta subfase se caracteriza pelo desdobramento de funções cognitivas complexas: comunicação verbal, fantasia e teste de realidade.” (MAHLER, 1977, p.146).

A complexidade dos processos atuantes leva, então, Mahler (1977) a considerar que as estruturas internas relativas à constância de objeto e à unificação da imagem do eu representam o início do processo contínuo de desenvolvimento.

2.6.3.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE PSICOSE SIMBIÓTICA E AUTISMO INFANTIL NA OBRA DE M. MAHLER

Em nossa apresentação das subfases do processo separação-individuação, destacamos apenas alguns dos aspectos concernentes ao desenvolvimento normal. Assim, deixamos de registrar possíveis paralelos ou distinções concernentes à psicopatologia.

No texto de Mahler (1982) as descrições e considerações sobre o desenvolvimento normal se alternam, entretecem, são acrescentadas ou contrapostas às descrições e conceituações relativas às condições patológicas.

Verificamos um retorno constante às questões referentes à psicose da infância que, em certo sentido, podemos atribuir ao fato de Mahler ter se dedicado primeiramente à pesquisa das psicoses e só tardiamente ter se voltado para a pesquisa do desenvolvimento

normal, inclusive como recurso para verificar seus estudos anteriores sobre as psicoses da infância¹¹⁸.

Sobre esse ponto particular, Puig-Vergès (1987) assinala que a diferenciação entre autismo de Kanner e síndrome simbiótica passa a ser formulada por Mahler a partir da década de 1950, época na qual inicia um estudo sistemático da psicose infantil.

Segundo Puig-Vergès (1987), a partir de 1959 Mahler realiza o estudo comparativo de bebês normais e suas mães.

Ainda de acordo com essa autora, podemos entender a teoria de Mahler como uma construção genética de valor descritivo, a partir da observação direta e em referência ao desenvolvimento da relação de objeto (PUIG-VERGÈS, 1987).

Na apresentação que se segue, privilegiamos uma descrição geral de questões e conceitos relativos às síndromes simbióticas e ao autismo infantil.

Puig-Vergès (1987) afirma que os conceitos explorados por Mahler são complementares aos dos estádios de desenvolvimento da libido, à teoria genética do desenvolvimento pulsional e seus efeitos de estruturação sobre o desenvolvimento do ego, com particular ênfase no estado de narcisismo primário descrito por Freud.

Ela acrescenta que “[...] Mahler se baseia sobre as particularidades do crescimento maturativo do aparelho do ego (no decurso do segundo e terceiro ano), crescimento pré-ordenado e independente das influências do ambiente [...]” (PUIG-VERGÈS, 1987)¹¹⁹.

Essa formulação merece um esclarecimento, pois afirmar que o crescimento se faz independente das influências do ambiente sugere, no mínimo, uma contradição. A nosso

¹¹⁸ Cf. MAHLER, 1982, p.13.

¹¹⁹ “[...] Mahler se base sur les particularités de la croissance maturative de l’appareil du moi (au cours des deuxième et troisième années), croissance préordonné et indépendante des influences de l’environnement[...].” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.282).

ver, Puig-Vergès (1987) possivelmente estaria se referindo ao conceito de *funções autônomas do ego e esfera do ego livre de conflitos*.

A esse respeito, Mahler (1982, p.48) assinala que

Uma das hipóteses fundamentais para nossa pesquisa diz que funções (autônomas) do ego, como memória, critério de realidade, integração locomotora, cognição, etc., segundo Hartmann (1939, 1952), essenciais para o desenvolvimento da autonomia do ego e pertencentes à esfera livre de conflitos, necessitam da disponibilidade libidinal da mãe [...].

Um pouco mais adiante, Mahler (1982, p. 53) explicita que “Hartmann propôs a adoção da expressão ‘esfera do ego livre de conflito’ em lugar de ‘aquele conjunto de funções que a qualquer momento exercem seus efeitos fora da região de conflitos mentais’ [...]”.

Desse modo, supomos que a colocação de Puig-Vergès (1987) a respeito de um crescimento maturativo independente de influências ambientais tenha um sentido próximo ao proposto por Hartmann, segundo Mahler (1982).

Mahler (1982) relata que seu estudo da psicose simbiótica indicou a possibilidade de a esquizofrenia da infância poder ser rastreada até o segundo semestre do primeiro ano de vida. Para ela, no período entre o segundo semestre e o segundo ano de vida, mais especialmente no segundo ano, a criança psicótica não pôde usar o parceiro materno da unidade dual como auxiliar do ego, nem como proteção contra estímulos excessivos, tampouco como farol de orientação no mundo da realidade¹²⁰.

Essa impossibilidade, derivada de perturbações ou da falta da relação simbiótica, é apontada por Puig-Vergès (1987) como núcleo da psicose infantil e uma vez que tais

¹²⁰ Cf. MAHLER, 1982, p.54-55.

perturbações podem ocorrer em diferentes fases do desenvolvimento, Mahler descreve uma complexa sintomatologia.

Em decorrência seja da falta, seja de perturbações da relação simbiótica, não ocorre a diferenciação das pulsões ou a diferenciação entre pulsões, ego, objeto e sujeito nas psicoses precoces da infância (PUIG-VERGÈS, 1987).

Para Puig-Vergès (1987) essa formulação leva Mahler a concluir que não há regressão da criança psicótica a nenhuma fase conhecida do desenvolvimento.

Puig-Vergès (1987) acrescenta então:

Para a compreensão da organização da personalidade futura, o traço dominante do processo psicótico parece ser o fato de o processo de individuação permanecer truncado [...] As deficiências do ego na psicose infantil e a distorção do sentimento de identidade vão, portanto, se fazer notar igualmente no esquema corporal e na percepção.¹²¹

Assim as diferenças individuais quanto às síndromes estão relacionadas às diversas fases, ou subfases nas quais se deram perturbações, ou falhas, e aos mecanismos ativos que se opõem à retomada do desenvolvimento. Ou seja, temos de considerar uma pluralidade de síndromes psicóticas associadas às diferentes subfases do processo de separação-individuação (PUIG-VERGÈS, 1987).

Puig-Vergès (1987) destaca ainda que Mahler, tendo por suporte a observação das interações, insiste nas potencialidades intrapsíquicas da criança e na possibilidade de transtornos patológicos impedirem seu desenvolvimento.

Diante dessas questões, Puig-Vergès (1987) pensa que alguns processos psicóticos parecem marcados por desvios muito precoces do processo de separação-individuação, pela

¹²¹ “Pour la compréhension de l’organisation de la personnalité future, le trait dominant du processus psychotique semble être l’inachèvement de l’individuation [...] Les déficiences du moi dans la psychose infantile et la distorsion du sentiment d’identité vont donc se remarquer au niveau du schéma corporel et de la perception.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.277).

inadequação das potencialidades da criança para estabelecer a relação com a mãe o que a leva a considerar que

*A individualização das diferenças é característica não da fase, mas da história da relação mãe-criança, os períodos de crise podem estar ligados à angústia da criança ou ainda à indisponibilidade da mãe.*¹²².

Quanto ao autismo infantil precoce, Puig-Vergès (1987) nota que M. Mahler usa indiferentemente os termos síndrome e psicose e entende o autismo de Kanner como defesa psicótica frente à impossibilidade de simbiose vital com a mãe, ou seu substituto.

Puig-Vergès (1987) sublinha que, do ponto de vista de Mahler, o autismo precoce de Kanner está associado a perturbações orgânicas¹²³ tão intensas que destroem a percepção da mãe enquanto pólo vivo de orientação no universo da realidade. Os mecanismos autísticos emergiriam posteriormente a tal catástrofe, sendo a alucinação negativa o principal mecanismo de sustentação dessa condição. As atividades auto-eróticas são substituídas pelas atitudes auto-agressivas e destrutivas, que corresponderiam a uma tentativa de sentir-se vivo.

Ela assinala ainda que Mahler estabelece uma distinção entre *síndrome autística* e *retirada autística*.

A síndrome autística se caracterizaria pela perda da dimensão animada e, conseqüentemente, traz a marca da rigidez e da inflexibilidade, enquanto a retirada autística

¹²² “*L’individualisation des différences est caractéristique non de la phase, mais de l’histoire de la relation mère-enfant, les périodes de crise pouvant être rattachées à l’angoisse de l’enfant ou encore à l’indisponibilité de la mère.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.275, grifo do autor).

¹²³ A expressão usada por Puig-Vergès (1987, p.278) é *détresse ‘organismique’*, que significaria abandono, desamparo orgânico extremo. Nas traduções em português de Mahler (1982, 1983) encontramos as expressões *perturbação orgânica* e *perturbação orgânica*. Optamos por manter a expressão *perturbação orgânica* para nos mantermos em um quadro conceitual compartilhado.

é entendida como defesa temporária, que atenderia à finalidade de repouso e recuperação do ego, por exemplo, no decorrer de um tratamento (PUIG-VERGÈS, 1987) ¹²⁴.

Podemos, a respeito, nos remeter ao texto de Mahler (1983) para explicitar algumas indicações, a nosso ver, de particular relevância.

Mahler (1983) entende que a fisiologia, mais que a psicologia, deve orientar a compreensão do desenvolvimento mais precoce ¹²⁵.

Segundo Mahler (1983, p.77) “Parece que, com a existência de grandes e crônicos estados de perturbação orgânica, ficam prejudicados o progresso em direção à experiência do ‘eu’ e do amor objetal, bem como do critério de realidade.” ¹²⁶.

Ela pensa que, para que o desenvolvimento normal seja possível, “[...] os estímulos enteroceptivos e propioceptivos não devem ser tão intensos e persistentes a ponto de impedir a formação de estrutura [...]” (MAHLER, 1983, p.53).

Com essa consideração, relativa a fatores associados a uma predisposição, Mahler (1983) retoma um assinalamento de Freud segundo o qual um estímulo doloroso e constante pode tornar-se semelhante a um instinto impedindo, no limite, o surgimento da repressão ¹²⁷.

Lembrando que o parceiro simbiótico tem função de pára-choque contra estímulos internos e externos, de organização e orientação, Mahler (1983) remete-se a formulações de Hermann e Bak. De acordo com esses autores, “[...] a predisposição à psicose origina-se daquelas primeiras situações de tensão fisiológica que se sucedem ou estão ligadas, às incompatibilidades psicofisiológicas da unidade mãe-bebê [...]” (MAHLER, 1983, p.53).

¹²⁴ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p. 278-279.

¹²⁵ Cf. MAHLER, 1983, p.63.

¹²⁶ Stern (1992) atribui à Mahler a expressão *angústia orgânica* que a seu ver capta adequadamente a *angústia fisiológica*. Cf. STERN, 1992, p.181.

¹²⁷ Cf. MAHLER, 1983, p.76.

Para considerar o que seriam tais incompatibilidades, Mahler (1983, p.63) vale-se de uma ampliação dos conceitos de objeto e de relação a partir da qual é possível “[...] falar de qualquer coisa como um objeto que, no campo da inter-reação, fisiologicamente ou de outra maneira, influencia o organismo *in utero* ou na vida extra-uterina, como meio ambiente.”.

Mahler (1983) refere-se, então, às pesquisas e hipóteses acerca da compatibilidade rítmica das inter-reações respiratório-vasculares entre mãe e feto e entre a unidade dual mãe-neonato. Segundo essas hipóteses, a referida compatibilidade poderia ser entendida como configuração chave que impeliria “[...] o sujeito a tornar-se eventualmente cômico (perceber) do objeto [...] [e] É de esperar-se que as incompatibilidades naquela área contribuam para o fracasso precoce dos processos de libidinização.” (MAHLER, 1983, p.63).

Para Mahler (1983) podem ocorrer situações de super-estimulação enteroproprioceptiva, causada por doença ou por um ambiente materno adverso, de tal gravidade que não só prejudicariam a formação do ego, como atingiriam a própria capacidade primitiva de distinguir o animado do inanimado.

Tais “[...] variações e reações catastróficas parecem constituir os agentes patogênicos no *autismo infantil precoce*.” (MAHLER, 1983, p.54, grifo do autor).

Podemos deixar, por ora, tais considerações para avançar na apresentação das principais diretrizes terapêuticas formuladas por M. Mahler e colaboradores.

2.6.3.3 O CONCEITO DE UNIDADE DUAL E A TERAPIA CONJUNTA

Na presente etapa de nosso trajeto, vamos considerar alguns fundamentos das modificações técnicas propostas por Mahler para o tratamento de crianças psicóticas e uma adaptação, descrita e empregada por Puig-Vergès (1987), da primeira etapa do método de tratamento pesquisado por Mahler e colaboradores.

Considerando a importância da noção de unidade dual para a compreensão do tratamento proposto por Mahler e adotado, em grande parte, por Puig-Vergès (1987), devemos fazer uma longa incursão pela obra de Mahler abandonando, por um momento, os trabalhos de Puig-Vergès (1987), que não tratou a questão mais detidamente, o que entendemos ser necessário para um acompanhamento rigoroso do tratamento desenvolvido.

Assim utilizamos como fonte de referência especialmente Mahler (1982,1983), livros compostos por artigos escritos em diferentes datas. Em nossa discussão, apresentamos uma formulação teórica que explicita um fundamento da terapia conjunta, para depois introduzir alguns dados da experiência clínica que levaram M. Mahler a pesquisar essa modalidade de tratamento, também denominada *projeto tripartido*¹²⁸.

Mahler (1982) informa a respeito do projeto de pesquisa realizado no *Masters Children's Center*, que esse envolvia o estudo de dois grupos: um grupo constituído por crianças psicótico-simbióticas entre três e cinco anos, aproximadamente, e suas mães, que tinham participação ativa no tratamento, e um segundo grupo composto por crianças normais e por suas mães, que Mahler denomina medianas.

As crianças desse segundo grupo eram observadas desde os quatro, cinco meses de idade até os trinta e seis meses, sob contínua atenção de suas mães, e o período de

¹²⁸ Cf. MAHLER, 1983.

observação abrangia, por hipótese, o período em que o bebê emergia da fase simbiótica e atravessava o processo normal de separação-individuação (MAHLER, 1982).

Mahler (1982, p.47) observa nas crianças psicóticas simbióticas mecanismos autistas secundários e considera que, qualquer que tenha sido a perturbação a desencadear o quadro psicótico, a criança psicótica simbiótica é, de acordo com sua hipótese,

[...] apenas um indivíduo pela metade, alguém cuja condição pode ser estudada de maneira ótima somente através de uma restauração tão completa quanto possível da unidade original mãe-filho. Precisamos ser capazes de aprender continuamente acerca dos dois parceiros da primitiva unidade dual mãe-filho, estudando a interação da criança psicótica e sua mãe.

Mahler (1983) estabelece procedimentos distintos para o tratamento de crianças autistas e de crianças psicóticas simbióticas. Mas, nos dois tipos, o primeiro esforço terapêutico reside em implicar a criança em uma experiência simbiótica, que promova a reexperiência de estádios primitivos do desenvolvimento visando favorecer que a criança seja, na medida do possível, capaz de atingir um nível de relacionamento objetal mais elevado.

Mahler (1983) entende que a criança autista tem de ser atraída de sua concha e, para isso, a abordagem deve ser gradual, deve se dar através de objetos inanimados e o terapeuta pode fazer uso de recursos, ou estratégias tais como música, atividades rítmicas e estimulação prazerosa dos órgãos dos sentidos.

Puig-Vergès (1987) comenta que a principal dificuldade terapêutica, nesses casos, está em a criança, ou o lactente vir a aceitar cuidados atenciosos do parceiro humano, seja esse a mãe ou o terapeuta, pois disso depende o investimento em um princípio materno vivido como basicamente bom o que permitiria à criança chegar a familiarizar-se com a

realidade. Ela acrescenta, ainda, que para Mahler, as terapias conjuntas não seriam indicadas para crianças autistas precoces¹²⁹.

Já para a criança psicótica simbiótica, Mahler (1983) destaca a importância de permitir à criança um exame da realidade à sua maneira e em seu próprio tempo, com o apoio de um adulto compreensivo, de preferência a mãe ou a terapeuta enquanto mãe substituta.

Esse primeiro esforço terapêutico demanda um longo período de trabalho, ao qual se segue outro longo período antes de serem alcançados níveis mais elevados do desenvolvimento da personalidade (MAHLER, 1983).

Mahler (1983, p.39) avalia que “Este contínuo apoio emprestado ao ego pode ter de prolongar-se por uma existência.”.

Mahler (1983) constatou que a presença da mãe, dentro da situação terapêutica, mostrou ser bem tolerada pela criança e proveitosa para o terapeuta, pois as mães dessas crianças, mesmo não sabendo satisfazer as necessidades de seus filhos, compreendem bastante bem suas comunicações não verbais, auxiliando o terapeuta a compreender as assim chamadas senhas de comunicação.

O método proposto consiste, então, em sessões de que participam a mãe, a terapeuta, a criança e um psiquiatra supervisor¹³⁰. Tais sessões duram de duas a três horas. A mãe e a terapeuta são mutuamente colaboradoras: a mãe ajudando a compreender os sinais, as senhas não verbais da criança e a terapeuta estabelecendo procedimentos que, supostamente, estimulariam o desenvolvimento do relacionamento simbiótico de gratificação das necessidades (MAHLER, 1983).

¹²⁹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.279.

¹³⁰ Nessa proposta, a supervisão fica a encargo de um homem enquanto a terapia é assumida por uma mulher.

Nessa etapa do tratamento, a terapeuta não interpreta as condutas da criança ou da mãe. Os procedimentos adotados pela terapeuta estão orientados no sentido de oferecer à criança os cuidados de um ego auxiliar, cuidados que se inscrevem, portanto, em um princípio materno.

Mahler (1983, p.97) entende que “Desse modo, acreditamos libertar a criança do sentimento de ser vítima passiva de mal-estar e descargas corporais e com isto auxiliamo-la a prosseguir em direção ao funcionamento ativo e independente.”.

Mahler (1983, p.96) também assinala que a participação no tratamento favorece as mães terem experiências de alívio, inicialmente trazido pelo entendimento intelectual de condutas do filho, de gratificação e de sentimentos encorajadores associados à possibilidade de vir a estabelecer algum “[...] controle sobre aquilo que anteriormente fora para ela um desesperado, irrecuperável e incontrolável problema.”.

Mahler (1983) relata que essa modalidade de tratamento surgiu de experiências clínicas que a convenceram da inadequação dos tratamentos convencionais que expõem as crianças a situações de grupo¹³¹.

Em diversas passagens, Mahler (1983) nos dá notícias de crianças que regrediram de modo catastrófico para uma organização autística secundária e mesmo para um estado de catatonia. Sua conclusão, a respeito de um paciente que regrediu para um estado catatônico, foi que a criança ficara aterrorizada ao ter de compartilhar seus parceiros simbióticos, no caso duas professoras, com outras crianças¹³².

¹³¹ Cf. MAHLER, 1983, p.93.

¹³² *Ibíd.*, p.101.

Essas situações levaram Mahler (1983) a desistir de um projeto de escola maternal terapêutica para crianças psicóticas em idade pré-escolar¹³³ e a afirmar que qualquer pressão no sentido da criança autista manter contato social, ou no sentido da criança simbiótica funcionar de modo separado precisa ser cuidadosamente evitada, pois essas pressões desencadeiam reações catastróficas¹³⁴.

2.6.3.4 ENTREVISTAS CONJUNTAS: EXEMPLO DE UMA POSSÍVEL ADAPTAÇÃO

Puig-Vergès (1987) reconhece a importância da entrevista conjunta e de seu valor dinamizante a partir do trabalho de Mahler e constata que a contribuição da mãe para a pesquisa da ação terapêutica parece ser refutada por numerosos clínicos.

A seu ver, a decisão de não interpretar e o apoio do terapeuta à criança, permitindo a realização de atos que diminuem, descarregam sua angústia, constituem o principal e mais original aspecto do tratamento, além de favorecer a evolução da relação terapêutica (PUIG-VERGÈS, 1987).

Puig-Vergès (1987) empenhou-se em adaptar as técnicas de Mahler, em especial a parte introdutiva (não interpretativa) às condições de trabalho de que dispunha.

Vamos acompanhar algumas considerações e exemplos de Puig-Vergès (1987) concernentes aos procedimentos em entrevista conjunta lactente-mãe.

A autora menciona já ter apresentado, em um outro trabalho, situações onde a mãe, ou mesmo o pai, colaborou para a compreensão de gritos, condutas, palavras no período prévio ao terapeuta assumir a continuidade do trabalho (PUIG-VERGÈS, 1987).

¹³³ *Ibíd.*, p.95.

¹³⁴ *Ibíd.*, p.40.

Uma vez que seu trabalho se dá em um enquadre hospitalar, Puig-Vergès (1987) procura favorecer que a criança esteja rodeada de objetos familiares e mesmo de animais durante as entrevistas conjuntas.

Ela apresenta, então, uma situação que considera rara na qual teve de traduzir para a mãe os comportamentos da criança (PUIG-VERGÈS, 1987).

Essa situação também nos parece importante por evidenciar como Puig-Vergès busca uma adequação dos procedimentos às características particulares de uma criança, ou de uma situação familiar.

Trata-se, no caso, de Véronique, bebê de doze meses, internada na unidade de psiquiatria infantil, cuja observação Puig-Vergès (1987) iniciara ainda quando a criança estava no serviço de pediatria.

A primeira adaptação feita nesse caso consistiu em receber os pais de Véronique em separado.

Como já assinalamos, Puig-Vergès (1987) propõe que se receba o lactente, ou a criança sem fala juntamente com os pais. Mas para Véronique a entrevista conjunta só tornou-se possível depois que uma relação com Puig-Vergès foi estabelecida. (PUIG-VERGÈS, 1987).

A partir disso, Véronique deixou de chorar em presença da mãe, mas pouco se interessava por ela: ficava sentada no chão e jogava violentamente os objetos contra a parede (PUIG-VERGÈS, 1987).

Puig-Vergès (1987) descreve que, durante a entrevista conjunta, Véronique às vezes roçava as pernas da autora e depois esboçava um movimento de escalada para subir em seus joelhos.

A autora comenta, então, que a mãe de Véronique manifestava-se sempre de modo a evidenciar sua falta de compreensão da conduta da filha, a incomunicabilidade da criança e que essa fazia progressos com outro. Essa atitude da mãe de Véronique, segundo a autora, divergia do que se costuma observar com crianças psicóticas, nas quais existe uma síndrome simbiótica, pois geralmente o parceiro adulto simbiótico compreende, ou explica ao menos algumas condutas da criança (PUIG-VERGÈS, 1987).

Puig-Vergès (1987) assinala que toda iniciativa de Véronique em direção à sua mãe, devia ser primeiramente *traduzida pelos cuidados* dedicados pela autora ao bebê. Isso parecia tranquilizar a mãe que, então, tolerava a aproximação da filha¹³⁵.

Em um exemplo desse tipo de situação, a autora descreve que Véronique descobriu que suas unhas desenhavam zebruras nas pernas da autora. Seus movimentos, que inicialmente eram furtivos, foram se tornando progressivamente mais notáveis e, depois de ter se assegurado de que esse jogo não provocava reação em Puig-Vergès, Véronique fez o mesmo com sua mãe. A mãe, no entanto, gritou: “ela me arranhou!”. Depois de ter visto que Puig-Vergès estava igualmente “arranhada”, a mãe admitiu tratar-se de um jogo¹³⁶.

Podemos verificar, nesse exemplo, uma atitude clínica onde se destacam a ausência de interpretações, uma receptividade tolerante aos atos do lactente, que poderia indicar até mesmo certa passividade de parte do clínico, no exercício de uma função terapêutica durante o período de hospitalização prévio ao estabelecimento de um projeto terapêutico de longo prazo.

¹³⁵ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p. 136. Grifo do autor.

¹³⁶ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.136-137.

Essa receptividade nos indica uma discrição quanto à expressão de manifestações verbais e de afeto por parte do clínico, em especial da linguagem gestual, corporal e, no caso de falar, do tom de voz.

Entendemos que a discrição vincula-se à extrema prudência, que Puig-Vergès (1987, 1992) recomenda para o exercício de uma clínica junto a lactentes e crianças autistas ou psicóticas.

A autora assinala que a situação observada na entrevista conjunta de Véronique e sua mãe, na qual a criança só pôde permitir-se algumas condutas junto ao genitor vivido como perigoso após tê-las experimentado sobre o profissional de referência, é mais comum em crianças mais velhas, que apresentam uma psicose precoce com formação secundária de carapaça autista (PUIG-VERGÈS, 1987).

Essa última observação de Puig-Vergès nos permite retomar algumas das consignas que introduzimos ao considerar a observação prolongada.

Dissemos, então, da importância em individualizar a criança tanto em relação à sua história familiar, como em relação à vida cotidiana na instituição. Apontamos, também, que o diagnóstico pluriaxial se faz a partir de diferentes perspectivas, ou níveis diagnósticos. Um dos pré-requisitos para o clínico realizar a tarefa diagnóstica seria conhecer o desenvolvimento normal, assim como a psicopatologia da criança e da família.

Ao notar que Véronique vivia uma situação mais comumente observada em crianças mais velhas e com um quadro psicopatológico específico, a autora procura encontrar pontos de reparo que auxiliam a tarefa diagnóstica.

O conhecimento dos processos de desenvolvimento normal, dos pontos de vista psicomotor, cognitivo, afetivo, daria ao clínico ensejo para identificar e situar, por exemplo, em relação à idade, diferentes características de uma criança psicótica. Um conjunto de

características observado ao longo do tempo, permitiria ao clínico tentar delinear uma configuração particular, a qual favoreceria compreender que o desenvolvimento da criança psicótica se dá por setores.

Puig-Vergès (1992) constata que, nos casos de autismo e psicoses precoces, os diferentes setores do desenvolvimento evoluem independentemente e o resultado é um “[...] *desenvolvimento por setor que não é nem progressivo, nem harmonioso, mas pontuado de atrasos, paradas, saltos e regressões.*”¹³⁷.

Para ilustrar esse modo de desenvolvimento, selecionamos uma outra observação feita a respeito de Véronique.

Puig-Vergès (1987) assinala que Véronique apresentava uma mímica de apelo descrita em bebês de quatro meses de idade e que só apareceu após dois meses de hospitalização, assim como manifestava uma outra mímica mais freqüente em lactentes de quinze a dezoito meses de idade¹³⁸.

O conhecimento do desenvolvimento normal permite à Puig-Vergès (1987) descrever e compreender o desenvolvimento singular de cada criança. O desenvolvimento normal permanece então como uma referência que permite, por analogia, traçar uma evolução particular, ou seja, nunca é usado no sentido de estabelecer metas ou ideais de desenvolvimento, nunca é entendido como padrão a ser alcançado ou recuperado.

Nesse sentido podemos reencontrar a lição de M. Mahler, quanto aos efeitos deletérios que a pressão de expectativas e exigências tem sobre as crianças autistas e as psicóticas simbióticas.

¹³⁷ “[...] *ce développement par secteur n’est ni progressif ni harmonieux, mais ponctué de retards, d’arrêts, de bonds et de régressions.*” (PUIG-VERGÈS, 1992, p.94, grifo do autor).

¹³⁸ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.247.

Assim Puig-Vergès (1992) recomenda, uma vez mais, extrema prudência para evitar manobras desastradas que favoreçam que a criança venha a se fixar em uma forma deficitária¹³⁹.

Com essas considerações chegamos ao último tópico que nos falta desenvolver a respeito da importância dos trabalhos de M. Mahler na obra de Puig-Vergès e esse concerne à crítica conceitual de algumas formulações teóricas de Mahler.

2.6.3.5 *FUNCIONAMENTO NORMAL E PROCESSOS PSICOPATOLÓGICOS: CONTINUIDADE OU RUPTURA?*

Puig-Vergès (1987) considera o emprego de termos da psicopatologia na descrição do funcionamento normal “[...] um *artefato da observação* ligado a uma concepção psicopatológica herdada do século XIX.”¹⁴⁰

De acordo com tal concepção, normal e patológico diferenciar-se-iam em uma relação essencialmente quantitativa e não qualitativa.

Segundo Puig-Vergès (1987), Freud mantém-se nessa tradição e entende que a diferença entre normal e patológico deve-se, principalmente, à diferença quanto ao investimento das pulsões, à força dos conflitos e à importância dos contra-investimentos.

Para ela, a concepção freudiana da normalidade estaria, portanto, caracterizada pelo lugar atribuído à *energia*, ou seja, o aspecto quantitativo (PUIG-VERGÈS, 1987).

A seu ver, o fato de diversas correntes da psicanálise e da psicopatologia formularem suas sistematizações a partir dessa mesma concepção de base acarretaria e

¹³⁹ Id., 1992, p.94-95.

¹⁴⁰ “[...] un *artefact d’observation* lié à une conception psychopathologique héritée du dix-neuvième siècle.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.274, grifo do autor).

manteria “[...] *uma ilusão de uma continuidade entre o patológico e o normal.*” (PUIG-VERGÈS, 1987) ¹⁴¹.

Assim Puig-Vergès (1987) considera lamentável o emprego de termos da psicopatologia para caracterizar uma fase, ou etapa do desenvolvimento normal e lembra que termos tais como autismo normal, posição esquizoparanóide, entre outros, devem ser considerados metafóricos, ou analogias empregadas para descrever fatos da observação. Ela afirma então que

Nós nos separaremos da hipótese segundo a qual a evolução de uma criança normal pode ser compreendida a partir de mecanismos empregados por uma criança apresentando transtornos psicopatológicos. ¹⁴².

Para Puig-Vergès (1987), as pesquisas e os trabalhos em psicologia do desenvolvimento e em pediatria, realizados nos últimos anos, não permitem sustentar a idéia de que o recém-nascido mantenha-se em uma concha autística ¹⁴³. Os resultados de tais pesquisas levam a considerar a existência de talentos inatos, de competências precoces do lactente e a entender o bebê tanto como um pólo emissor como um pólo receptor de estímulos. As indicações são, portanto, no sentido de uma passagem de uma organização

¹⁴¹ “[...] *l’illusion d’une continuité entre le pathologique et le normal.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.26, grifo do autor).

¹⁴² “*Nous nous détachons de l’hypothèse selon laquelle l’évolution d’un enfant normal peut être comprise à partir de mécanismes dont use un enfant présentant des troubles psychopathologiques.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.274).

¹⁴³ A esse respeito lembramos que Stern (1992), já em seu prefácio, situa Mahler e colaboradores como um dos grupos de interlocução que o auxiliaram na formulação de alguns aspectos científicos de seu trabalho e com o qual manteve conclusões divergentes. Uma das principais divergências de Stern (1992) quanto aos desenvolvimentos em psicanálise e, em particular, com Mahler refere-se à formulação de etapas normais do desenvolvimento em termos de *autismo normal* e *simbiose normal*. De acordo com Stern (1992) o bebê normal jamais é autista e os dados de observação não apóiam uma etapa de autismo ou de simbiose normal. Ele cita uma comunicação pessoal na qual Mahler, ciente das questões envolvidas na transposição de termos da psicopatologia para o desenvolvimento normal e das pesquisas mais recentes teria mudado sua conceituação sugerindo que a fase inicial poderia ter sido chamada de *despertar*, o que Stern (1992) considera muito próximo do termo *emergência*, que é por ele empregado. Cf. STERN, 1992, p. 209-216.

biológica para uma organização psicológica mais precoce do que supõem alguns teóricos da psicanálise.

Quanto à teoria de M. Mahler, Puig-Vergès (1987) comenta que essa teoria não leva em conta as pesquisas sobre as competências e potencialidades do lactente. Mas se as hipóteses de autismo normal e da psicose como impossibilidade de superar um estágio arcaico, ou como retorno aos estágios arcaicos, não se verificam, o processo de separação-individuação mantém-se do ponto de vista epistemológico e mostra-se compatível com as observações de diferentes correntes psicogenéticas e com a pluralidade de interpretações psicanalíticas.

Puig-Vergès (1987) entende que as possibilidades atuais de observação do lactente, a noção de multifatorialidade na etiopatogenia e o abandono dos discursos dogmáticos permitiriam pensar o ser humano tendo em consideração noções de diferença, divergência, descontinuidade e ruptura.

A seu ver a obra de Bion introduz uma diferença qualitativa entre normal e patológico e o modelo proposto a partir dessa apreciação do qualitativo corresponderia a uma ruptura epistemológica (PUIG-VERGÈS, 1987).

Temos, assim, de nos voltar para as contribuições de Bion e suas repercussões na obra de Puig-Vergès (1987).

2.7 UMA QUESTÃO DELICADA: AS DIFERENTES LÍNGUAS EMPREGADAS NA CLÍNICA

Puig-Vergès (1987) articula as contribuições de Bion sob a égide da ruptura: a ruptura quanto a um modelo no qual o fator quantitativo tem primazia. Esta constatação implica em uma ruptura quanto a considerar do âmbito da interpretação apenas aquilo que concerne à linguagem verbal do paciente. Em diversas passagens do texto, a autora refere-se à importância dada por Bion à necessidade de reconhecer sintomas e fenômenos cuja diferenciação em relação à norma seria mais de ordem qualitativa que quantitativa e à sua recomendação de interpretar gestos, mímicas e atitudes, além da fala e dos silêncios do paciente, ou do analisando. Ela considera o exame que Bion faz do qualitativo uma ruptura epistemológica ¹⁴⁴.

A questão levantada por Puig-Vergès (1987) e para a qual as teorias de Bion são decisivas diz respeito às possibilidades que o terapeuta teria, ou não teria, de alcançar o pensamento da criança, ou do adolescente quando não se tem garantia de mediação da fala.

Puig-Vergès (1987) tem por hipótese, derivada do trabalho que ela realizou com crianças e adolescentes, que “[...] *em todos existe uma atividade de pensamento e que uma ‘linguagem interior’ pode emergir, mesmo nas crianças sem linguagem verbal.*” ¹⁴⁵.

Ela considera que o autista sem linguagem verbal desenvolve um pensamento a ser decifrado e, uma vez que para o paciente seu pensamento é indizível, a função de mediação está restrita à fala do terapeuta (Puig-Vergès, 1987) ¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.212, n.3, p. 226 e p.329.

¹⁴⁵ “[...] *chez tous existe une activité de pensée et qu’un ‘langage intérieur’ peut émerger, même chez les enfants sans langage verbal.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.317-318, grifo do autor).

¹⁴⁶ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.318 e p.329.

A partir desse comentário, Puig-Vergès (1987) retoma suas reflexões sobre a linguagem empregada na clínica e sobre o trabalho de decifração, ou seja, de interpretação. Ela interroga se a tradição psicopatológica e psicanalítica que privilegia a dimensão do discurso não terminaria por velar uma parte da vida psíquica e por confundir categorias do pensamento, da linguagem e da língua da clínica (PUIG-VERGÈS, 1987) ¹⁴⁷.

A respeito da denominada língua da clínica, cujo desenvolvimento seria contemporâneo à emergência do olhar clínico no início do século XIX, Puig-Vergès (1987) destaca que essa se constitui enquanto uma linguagem cuja principal função é informar. Ela considera importante manter a distinção entre *sintomatologia* (coleta dos sintomas) e *semiótica* (análise das relações entre sinais e sintomas), pois o sintoma pertence ao domínio do visível, é elemento de base da doença e sua linguagem, enquanto o sinal pertence ao domínio da inteligibilidade e implica para o clínico o confronto com as dificuldades para explicar e interpretar.

Puig-Vergès (1987) aponta que tanto na clínica médica como na clínica psiquiátrica verifica-se, em todas as épocas da história da medicina, uma oscilação quanto à importância que se atribui ao estudo da doença ou do doente. Ela verifica que no campo psiquiátrico e psicanalítico o interesse pela nosografia mostra-se renovado, também como decorrência de necessidades concernentes ao âmbito da Saúde Pública.

Em tal contexto, Puig-Vergès (1987) indaga as condições de criação de uma linguagem clínica na qual o valor de informação esteja respeitado.

¹⁴⁷ Uma vez que em nosso trabalho estamos examinando somente as principais referências de Puig-Vergès (1987) no campo da psicanálise, apenas indicamos que essa discussão leva a autora a empreender uma significativa incursão à filosofia, com particular destaque para Wittgenstein e Austin, assim como ela faz uma incursão à obra de Nietzsche para discutir o conceito de Si - mesmo enquanto *cogito corporal*.

Nesse sentido, a autora retoma os usos de uma *linguagem cognitiva*, que ela designa como *língua da clínica*, de uma *linguagem emotiva*, da qual a poesia é expressão, e interroga as relações que eventualmente se estabelecem entre esses usos e a exigência de comunicação em toda e qualquer consulta.

Puig-Vergès (1987) introduz, então, um debate epistemológico concernente à diversidade das funções da linguagem e à discussão de termos como compreender, explicar, entender, interpretar, que sustentam a atividade clínica.

A partir dessa discussão, Puig-Vergès (1987) diferencia a *língua clínica*, enquanto sistema, convenção compartilhada que atenderia às necessidades de comunicação, a *língua do clínico*, ou seja, o discurso fragmentado em uma pluralidade de intenções e de interlocuções, e a *língua do paciente*, linguagem imediata, natural, que é parte integrante do discurso clínico.

Para Puig-Vergès (1987) a língua do paciente está exposta ao “[...] risco de tornar-se uma linguagem codificada em proveito de um outro, nos termos desse outro (o terapeuta), em particular quando se trata de crianças com essa rapidez surpreendente que têm as crianças que ainda não possuem a língua, de adquiri-la por uma espécie de ‘adivinhação’ de ‘compreensão originária’ [...]”.¹⁴⁸

Essas distinções e esse risco levam Puig-Vergès (1987) a afirmar que a construção de uma língua clínica que atendesse às necessidades de comunicação impõe o trabalho de

¹⁴⁸ “[...] risque de devenir un langage codé à l’intention d’un autre, dans les termes de cet autre (le thérapeute), en particulier lorsqu’il s’agit d’enfants qui ne possèdent pas encore la langue, de l’acquérir par une sorte de ‘divination’ de ‘compréhension originnaire’ [...]”. (PUIG-VERGÈS, 1987, p.213).

distinguir “[...] os aspectos descritivos, metapsicológicos e epistemológicos, pois essa língua não poderia obedecer às mesmas regras da linguagem imediata.”¹⁴⁹.

Ao longo de nosso trabalho assinalamos a importância, na clínica exercida por Puig-Vergès, da atitude de fidelidade à descrição fenomenológica, portanto do cuidado quanto a preservar o quadro a ser observado, do rigor quanto a sustentar uma atitude prudente e das reiteradas advertências no sentido de o clínico não se deixar parasitar por contra-attitudes. Dissemos também que esse conjunto de atitudes, tributário de uma disciplina de pensamento, define uma atitude responsável e, portanto, ética. A nosso ver, suas considerações sobre as diferentes linguagens que encontramos e exercemos no âmbito da clínica favoreceriam ao terapeuta indagar-se acerca dos diferentes destinatários e da diversidade de intenções que colorem suas falas, interpretações, relatos, publicações. Essas questões colocam em jogo bem mais que as alterações que o respeito ao sigilo impõe à divulgação da experiência clínica. Tais questões concernem ao sentido, à expressão que damos, ou encontramos para atitudes e comportamentos de crianças sem fala e, principalmente, ao risco de nossas comunicações, publicações se organizarem dogmaticamente, de modo a preservar uma suposta coerência teórica e, conseqüentemente, o pertencer a um determinado grupo.

Puig-Vergès (1987) considera particularmente necessária a análise da linguagem cotidiana, com seus equívocos, seus usos correntes, suas ambigüidades. Para avançar essa análise, Puig-Vergès (1987) recorre à obra de Austin e, em especial, a Wittgenstein e

¹⁴⁹ “[...] nous distinguons les aspects descriptifs, métapsychologiques et épistémologiques car cette langue ne saurait obéir aux mêmes règles que le langage immédiat.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.213).

entende que as teorias de Bion nos permitem apreender os sentidos dos pensamentos psicóticos¹⁵⁰.

2.7.1 COMUNICAÇÃO E CONFUSÃO DE LÍNGUAS NO TRABALHO CLÍNICO

Para Puig-Vergès (1987) a língua clínica, que se pretende informativa, revela-se, no entanto, uma linguagem equívoca por transmitir uma pluralidade de sentidos. Ela entende que a concomitância dos diversos usos da língua clínica (convenção compartilhada, discurso fragmentado, linguagem mediada pela interpretação, linguagem imediata do paciente) resulta em incompreensão, imprecisão e contradição tanto no que se refere à comunicação de pesquisas, como no trabalho com famílias e com crianças.

Seus assinalamentos nos permitem retomar alguns aspectos de nossa experiência aos quais nos referimos, em nossa Introdução, como momentos cruciais de impasse, seja no trabalho junto à criança e sua família, seja na comunicação entre profissionais. Em tais situações pudemos sentir e sofrer as importantes conseqüências do uso de diferentes linguagens no decurso de um trabalho em instituição. Sabemos que, em um enquadre institucional, necessidades administrativas e mesmo a burocracia podem, por vezes, prevalecer sobre necessidades evidenciadas pela clínica. Pode-se dizer que nessas ocasiões a linguagem administrativa, ou a burocrática terminaria por afetar diretamente a tomada de decisões clínicas por parte da equipe e, sobretudo, o abandono, por parte do terapeuta encarregado, de algumas perspectivas de tratamento. Tal abandono seria devido ao choque entre linguagens que expressam diferentes necessidades: as necessidades que emergem do

¹⁵⁰ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.377.

contato com o paciente e a decisão administrativa que, tendo de levar em conta outros fatores, termina por privilegiar aqueles mais distantes da experiência clínica.

Também fizemos menção ao trabalho de Bion (1975) referente às experiências em grupo e ao mito da Torre de Babel, enquanto mito relacionado aos problemas de comunicação.

Ainda que os fenômenos que se manifestam em grupos ou em instituições configurem todo um âmbito específico de investigação, não podemos deixar de assinalar que a comunicação e a eventual confusão de linguagens e de línguas é um problema que também concerne à técnica psicanalítica e à psicoterapia.

Podemos lembrar, a respeito, algumas formulações de Bion (1988) sobre a comunicação e, em especial, a comunicação científica, assim como aquelas concernentes ao funcionamento do par psicanalítico e o grupo, que podem ser entendidas como contribuições às questões da comunicação entre analista e analisando, entre psicanalistas, entre instituições psicanalíticas e o mundo não psicanalítico, que examinaremos em seguida

¹⁵¹.

Na vertente teórica que remonta às contribuições de Ferenczi, a questão das línguas em psicanálise, seja entre paciente e analista, seja entre analistas, por exemplo, ganha relevo com os trabalhos de Fédida e, no cenário da língua portuguesa do Brasil, com o trabalho de Landa (1999) ¹⁵².

Em várias ocasiões, Landa vem apontando o texto de Ferenczi (1933/1992) – Confusão de língua entre os adultos e a criança – como um texto seminal da psicanálise,

¹⁵¹ Cf. BION, 1973 e MELTZER, 1998.

¹⁵² Fédida desenvolve a questão em diferentes textos. Cf. FEDIDA (1996, 1999).

que irriga inclusive as correntes kleinianas e lacanianas, permitindo e alicerçando avanços clínicos e metodológicos em psicanálise¹⁵³.

Ferenczi (1933/1992) enfrenta, nesse artigo que tem por subtítulo A linguagem da ternura e da paixão, um problema técnico concernente à regressão ao infantil e à análise de um fator traumático. O trauma diz respeito especificamente ao que ele denomina confusão de línguas. A situação traumática que Ferenczi examina na relação transferencial é a dos jogos eróticos entre criança e adulto de confiança da criança, do abuso, da violência e estupros sofridos na infância.

Ferenczi (1933/1992, p.101-102) diz que as seduições incestuosas geralmente ocorrem da seguinte maneira:

[...] a criança tem fantasias lúdicas, como desempenhar um papel maternal em relação ao adulto. O jogo pode assumir uma forma erótica mas conserva-se, porém, sempre no nível da ternura. Não é o que se passa com os adultos se tiverem tendências psicopatológicas [...] [eles] Confundem as brincadeiras sexuais com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual [...].

Ou seja, o adulto tomou a manifestação da criança como reflexo simétrico e equivalente da sua própria passionalidade.

Ferenczi (1933/1992) acrescenta que o adulto sedutor pode vir a aderir, com certa facilidade, a uma moral ou a princípios religiosos rígidos no que seria um esforço de sua parte para, na expressão usada pelo autor, salvar a alma da criança. Nesse caso, assinalamos que o esforço despendido pelo adulto implica em perpetuação de um vínculo de natureza violenta com a criança.

Ele descreve, então, o que veio a ser o conceito de identificação com o agressor:

¹⁵³ Cf. LANDA, 1999, p.221-229.

[...] a personalidade ainda fracamente desenvolvida reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a introjeção daquele que a ameaça e agride. (FERENCZI, 1933/1992, p.103, grifo do autor).

A esse cenário, Ferenczi (1933/1992, p.103) acrescenta um momento posterior no qual “[...] as relações com uma segunda pessoa de confiança – no exemplo escolhido, a mãe – não são suficientemente íntimas para que a criança possa encontrar ajuda junto dela [...]”.

Ferenczi (1933/1992, p.103) descreve a condição da criança em desenvolvimento como “[...] incapaz de suportar a solidão, se lhe falta a proteção materna e considerável ternura.”. Ele retoma uma concepção de Freud sobre a capacidade de amor objetal ser precedida de um estágio de identificação e qualifica esse momento como “[...] estágio do amor objetal passivo, ou estágio da ternura.”¹⁵⁴.

Ferenczi (1933/1992, p.103) entende que, no estágio da ternura, as fantasias infantis de amor de objeto podem ganhar forma lúdica ao mesmo tempo em que a dependência infantil de ternura maternal permanece vital para a forma e o destino da personalidade da criança. Ele afirma que em tais casos de identificação com o agressor chegou-se “[...] a uma forma de personalidade feita unicamente de id e superego [...]”.

Importa-nos destacar, para o desenvolvimento de nossa discussão, o alcance da observação feita por Ferenczi acerca das próprias condições que tornam possível uma análise e um momento particular desse processo, a regressão. Segundo Ferenczi (1933/1992), em tais momentos de regressão, notar-se-ia uma acuidade especial do paciente para com a sutileza dos desejos e tendências do analista.

Essa acuidade, no entanto, não encontra expressão em formas mais diretas de comunicação e Ferenczi (1933/1992, p. 98, grifo do autor) verifica que “Em vez de

¹⁵⁴ Cf. FERENCZI, 1933/1992, p.103.

contradizer o analista, de acusá-lo de fracasso ou de cometer erros, os pacientes *identificam-se com ele*.”.

Queremos sublinhar essa possibilidade de identificação com o analista, ou com o terapeuta enquanto fenômeno que pode se manifestar em relações humanas nas quais se verifica uma dissimetria equiparável à existente entre a condição adulta e a condição infantil.

O texto de Ferenczi (1933/1992) nos permite retrair uma linha de progresso clínico, na qual podemos inserir as considerações feitas por Puig-Vergès (1987) acerca da língua do clínico enquanto linguagem equívoca e o risco da língua do paciente vir a ser uma linguagem codificada nos termos do terapeuta.

Nesse contexto, a regra de prudência ganha sentido pleno: “Uma extrema prudência é de regra uma vez que podemos produzir, por interpretações diretas, uma recusa sistemática ou, pelo contrário, uma aprovação induzida por sugestão ou pela aura pessoal do observador ou do terapeuta.” (PUIG-VERGÈS, 1987) ¹⁵⁵.

Podemos agora examinar mais detidamente a obra de Bion enquanto uma das principais referências teóricas de Puig-Vergès (1987, 1992).

2.7.2 ATAQUES AO ELO, IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA E FUNÇÃO ALFA

¹⁵⁵ “Une extrême prudence est de règle car nous pouvons produire, par des interprétations directes, un déni systématique ou, tout au contraire, une approbation induite par suggestion ou par l’aura personnelle de l’observateur ou du thérapeute.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p. 147).

As referências à obra de Bion podem ser acompanhadas ao longo de todo o percurso efetuado por Puig-Vergès (1987), mas a autora reserva seu conjunto mais significativo de considerações para a discussão epistemológica.

Puig-Vergès (1987, 1992) assinala que a experiência clínica de Bion foi diretamente com pacientes adultos, que manifestaram diversas formas clínicas de psicose da adolescência, e que seu conhecimento sobre autismo e psicoses da infância se limitava àquele obtido enquanto supervisor de psicanalistas de crianças, entre os quais Tustin, Meltzer e Isaacs¹⁵⁶. Para atender às finalidades de nossa apresentação e discussão, optamos por acompanhar algumas proposições de Bion (1988) em detalhe e, em especial, os artigos Ataques ao elo de ligação e Uma teoria sobre o processo de pensar. Esta referência nos fornece um plano conceitual, ou um esquema, que nos permite introduzir algumas formulações básicas para uma apresentação inicial do pensamento de Bion. A partir disso é possível e por vezes necessário o recurso a outros textos desse autor e, particularmente, a alguns comentários que encontramos em Meltzer (1998) e a Hinshelwood (1992) como obra de consulta e referência.

A primeira contribuição de Bion que destacamos concerne aos ataques aos elos de ligação. Puig-Vergès (1987) entende que

A evolução deficitária e desorganizadora é *a regra* [...] porque o processo psicótico é caracterizado por esse ataque contra os elos, *conjunção* que Bion já evocava e que é correlativo à emergência do Si - mesmo.¹⁵⁷

Os ataques aos elos de ligação estão descritos em Bion (1988), que examina as fantasias de ataques ao seio, como protótipo de todos os ataques a objetos, e o uso da

¹⁵⁶ Cf. PUIG-VERGÈS (1987, p.343) e (1992, p.103).

¹⁵⁷ “*L’évolution déficitaire et désorganisatrice est la règle dans le processus psychotique [...] parce que le processus psychotique est caractérisé par cette attaque contre les liens, conjonction que Bion évoquait déjà et qui est en rapport avec l’émergence du Soi.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.286, grifo do autor).

identificação projetiva, como mecanismo para livrar a psique dos fragmentos do ego resultantes da destrutividade. Especificamente suas observações visam elucidar o ataque à função que os objetos têm de estabelecer ligações, mais que o ataque ao objeto propriamente. Isso pressupõe que para Bion (1988) o objeto parcial a considerar não corresponde a um órgão anatômico, mas ao funcionamento do órgão. Essa distinção importa na medida em que Bion (1988) avalia que a psicanálise revela não os restos de uma catástrofe antiga, mas uma catástrofe ativa e sem resolução.

Considerar a catástrofe dinamicamente implica entender a transferência em termos de exteriorização de relações de objeto internas sob a pressão do impulso e da angústia ¹⁵⁸.

Os ataques aos elos de ligação são desencadeados pela parte psicótica da personalidade e implicam em deterioração do desenvolvimento, uma vez que a destruição do elo de ligação bebê-seio resulta em grave desordem do impulso a ser curioso, do qual depende toda a aprendizagem (BION, 1988).

Ao referir-se à parte psicótica da personalidade, Bion (1988) coloca um problema central, ao qual dedicamos os assinalamentos necessários para prosseguirmos o trabalho de explicitação das referências de Puig-Vergès (1987).

Puig-Vergès (1987) encontra no pensamento kleiniano conceitos que, a seu ver, permitem uma compreensão do desenvolvimento psicótico. Dentre esses conceitos, a autora destaca que existe uma relação de objeto parcial desde as primeiras experiências da vida e que os processos de clivagem são mais precoces do que considera M. Mahler. A clivagem entre objeto bom e objeto mau permite ao ego emergir do caos e o bebê entra na posição esquizoparanóide, no curso da qual o ego se opõe aos objetos ideal e perseguidor e às partes

¹⁵⁸ Cf. MELTZER, 1998, p.34.

boas e más do Si - mesmo. O mundo de fantasia é um mundo caracterizado por sua concretude¹⁵⁹.

A respeito dos processos de clivagem e da vida fantasmática do lactente, Puig-Vergès (1987) destaca que para S. Isaacs

[...] o processo primário jamais rege a totalidade da vida psíquica visto que, *desde os primeiros dias, a prova da realidade coexiste ao phantasma*. Os phantasmas mais primitivos ligados à experiência sensorial consistem em interpretações afetivas de sensações corporais. As palavras constituem um meio tardio para expor o mundo fantasmático. É pelo símbolo que se estabelece o elo entre phantasma (inconsciente) e mundo externo.¹⁶⁰

Corremos o risco de apresentar essa citação, cujas proposições suscitam muita controvérsia, no intuito de oferecer uma descrição, no âmbito kleiniano, da dualidade psíquica, que estaria atuante desde os primeiros dias de vida e, assim, destacar a noção de coexistência de uma atividade de fantasia e de uma atividade de exame de realidade, muito primitiva, talvez mesmo inicial.

Mantendo em questão se essa dualidade pode ser colocada em termos de uma oposição entre consciente e inconsciente, como sugere o trecho citado, queremos sublinhar a idéia de coexistência de teste de realidade e atividade de fantasia para prosseguirmos em nossa apresentação de Bion¹⁶¹.

¹⁵⁹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.294-295, p.301.

¹⁶⁰ “[...] le processus primaire ne régit jamais la totalité de la vie psychique puisque, dès les premiers jours, l’épreuve de la réalité coexiste au phantasme. Les phantasmes les plus primitifs liés à l’expérience sensorielle consistent en des interprétations affectives de sensations corporelles. Les mots ne sont qu’un moyen tardif pour exposer le monde fantasmatique. C’ est par le symbole que s’établit le lien entre phantasme (inconscient) et monde externe.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.341, grifo do autor). Puig-Vergès preserva, na passagem citada, uma grafia proposta por Isaacs que distingue phantasia, phantasma e fantasia: as duas primeiras formas são reservadas para processos inteiramente inconscientes e a última para os sonhos e os devaneios. Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.295, n.1.

¹⁶¹ Em termos freudianos, seria possível aproximar a coexistência de teste de realidade e atividade de fantasia às noções de ego-realidade do início e ego prazer. Cf. FREUD, 1915/1996, LAPLANCHE; PONTALIS, 1977, p.191-194.

Quando Bion (1988) considera a relação com a função e refere-se às partes psicótica e não-psicótica da personalidade, ele está examinando as relações vigentes entre dois modos de funcionamento coexistentes: o modo estabelecido a partir do recalque e o modo estabelecido a partir do mecanismo de identificação projetiva.

Queremos destacar que o exame das relações possivelmente vigentes entre esses dois modos leva em conta a intensidade e a violência das emoções e dos mecanismos empregados. Em outros termos, os três níveis do modelo metapsicológico freudiano são considerados, mas o exame da qualidade dos vínculos e dos modos como esses se organizam é privilegiado.

Também assinalamos que Bion (1988) entende o processo de pensar como resultante de dois desenvolvimentos. O primeiro desenvolvimento seria o dos pensamentos, o segundo seria o do aparelho de pensar.

Em linhas gerais, o desenvolvimento dos pensamentos se dá no sentido de uma *preconcepção* (expectativa inata, ou conhecimento a priori de seio) que, em conjunção com uma realização (a experiência ao seio enquanto gestalt de cuidados), resulta em uma *concepção* e no sentido de uma *preconcepção* que, unida a uma frustração, transforma-se em *pensamento*. Frente a uma nova experiência, a concepção estabelecida pode voltar a funcionar como uma *preconcepção* engendrando uma construção hierárquica de pensamentos sofisticados e teorias ¹⁶².

Um aspecto essencial desse modelo é que para Bion (1988, p.102) “As concepções, portanto, estarão invariavelmente associadas a uma experiência emocional de satisfação.”.

¹⁶² Remetemos aos verbetes dedicados à obra de Bion. Cf. HINSHELWOOD, 1992.

Essa formulação de Bion permite a Puig-Vergès (1987) afirmar que “[...] do meu ponto de vista, *o afeto se integra ao sistema de representação do si corporal* [...]”¹⁶³.

Também é essa formulação que elucida a afirmação de Puig-Vergès (1987) segundo a qual os ataques aos elos de ligação são correlativos à emergência do Si - mesmo.

O segundo desenvolvimento a que Bion (1988) se refere é do aparelho de pensar. No modelo proposto por Bion (1988) o processo de pensar seria imposto à psique pela pressão dos pensamentos.

Os desenvolvimentos psicopatológicos podem estar relacionados ao colapso no desenvolvimento dos pensamentos, ou ao colapso no desenvolvimento do aparelho de pensar ou ao colapso nos dois desenvolvimentos (BION, 1988).

O fracasso, ou sucesso no desenvolvimento de pensamentos depende, segundo Bion (1988), da capacidade do bebê em tolerar frustrações. Para descrever tal processo, Bion (1988) recorre à metáfora do tubo digestivo e propõe uma função, formulada em termos insaturados e à qual denomina função alfa. Em uma analogia com o processo digestivo, a função alfa converte os dados sensoriais em elementos armazenáveis fornecendo à psique material para pensamentos oníricos. O desenvolvimento da função alfa implica em diferenciação entre elementos conscientes e inconscientes (Bion, 1988).

Ao propor esse modelo, Bion (1988) estabelece uma distinção entre identificação projetiva e identificação projetiva realista. Ele afirma que a sobrevivência do bebê é afetada por sua própria personalidade e pelo manejo que a mãe faz da personalidade do bebê e de outros elementos do ambiente e acrescenta:

Se mãe e bebê se ajustarem mutuamente, a identificação projetiva, através do emprego de um senso de realidade rudimentar e frágil, passará a exercer

¹⁶³ “[...] de mon point de vue, *l’affect s’intègre au système de représentation du soi corporel* [...]” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.342, grifo do autor)..

papel destacado no manejo em questão; a identificação projetiva, que em geral é uma fantasia onipotente, funciona neste caso de modo realista. Estou inclinado a crer seja esta a sua forma normal. (BION, 1988, p.105).

Na forma realista, a identificação projetiva manifesta-se como conduta premeditada, mas se a mãe não puder tolerar tais projeções, restará ao bebê apenas o recurso da identificação projetiva contínua e exacerbada, o que acarreta o malogro do desenvolvimento da função alfa e impossibilita a diferenciação entre elementos conscientes e inconscientes (BION, 1988).

Bion (1988) usa o termo consciência no sentido freudiano de órgão sensorial para a percepção de atributos psíquicos e descreve a capacidade materna de receber e modificar as sensações projetadas pelo bebê em termos de *capacidade de reverie*, capacidade essa entendida como “[...] órgão receptor da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo.”¹⁶⁴.

Hinshelwood (1992, p.414) apresenta a função alfa em termos bastante elucidativos:

[...] se tudo corre bem, as impressões sensórias são convertidas, através do acasalamento com preconceções, em pensamentos utilizáveis; isto distingue aquelas frustrações toleráveis que podem ser usadas para desenvolver o pensar (elementos-alfa) de outros conteúdos mentais que são sentidos como apropriados para evacuação (elementos-beta).

O mecanismo empregado para livrar a psique de elementos-beta é a identificação projetiva.

Essa formulação de Hinshelwood (1992) permite indicar que os elementos-beta enquanto conteúdos não digeridos evacuados através da identificação projetiva poderiam

¹⁶⁴ A definição de consciência empregada por Bion (1988) é particularmente relevante diante das questões suscitadas pela citação que apresentamos de Isaacs, apud PUIG-VERGÈS, 1987. Por esse motivo, transcrevemos a citação completa de Bion (1988, p.106) “*A limitada consciência definida por Freud, que ora uso para definir a consciência rudimentar do bebê, não está vinculada a um inconsciente. Todas as impressões quanto ao self têm valor igual; são todas conscientes.*”.

vir a se transformar em elementos-alfa, desde que tudo corra bem. Ou seja, o processo de pensar poderia ser aproximado da própria noção de processo psíquico e, conseqüentemente, da vida.

Ao investigar a deterioração dos processos de desenvolvimento em pacientes esquizofrênicos, Bion (1988) afirma que os ataques são dirigidos contra o aparelho de percepção, ou mais precisamente, contra o que o autor denomina, valendo-se de Freud, *órgão sensorial da realidade psíquica*, apto a perceber todos os equivalentes mentais dos órgãos sensoriais¹⁶⁵.

Os ataques resultam não em simples cisão, mas em fragmentação dado o emprego continuado dos mecanismos de cisão e identificação projetiva. Os fragmentos de personalidade expelidos continuam a ter existência como *objetos bizarros* e a personalidade é progressivamente esvaziada da capacidade de pensar¹⁶⁶.

Mas como distinguir identificação projetiva realista da identificação projetiva enquanto mecanismo correlacionado a diversas modalidades patológicas?

Apenas o receptor da identificação projetiva pode estabelecer essa distinção que, portanto, depende da capacidade de reverie da mãe, ou do analista, ou do terapeuta.

Em desenvolvimentos ulteriores, Bion aproxima a capacidade de reverie à sua descrição de um estado de mente sem memória e sem desejo. Isso poderia ser aproximado, em uma descrição fenomenológica, de um estado em que a mãe não ama, nem odeia o filho, ela apenas se descobre tentando compreender como o filho sente, ou pensa. Amor, ódio e conhecimento, no sentido acima descrito, constituem para Bion as três

¹⁶⁵ Cf. BION, 1988, p.145.

¹⁶⁶ Cf. HINSHELWOOD, 1992, p.390.

potencialidades do elo de ligação continente, isto é, do que recebe a impressão sensorial, a emoção, a experiência, o pensamento¹⁶⁷.

O reconhecimento do uso realista ou patológico da identificação projetiva depende, então, de uma decisão, de um pensamento do analista, ou do terapeuta a respeito de sua própria experiência enquanto receptor da identificação projetiva. Esse exame é, portanto, um exame dos fenômenos que se manifestam na intimidade da relação analista, ou terapeuta e paciente.

A descrição de Bion de uma realidade psicótica constituída por objetos bizarros corresponde para Puig-Vergès (1987)

[...] ao modo de funcionamento dos pré-adolescentes e adolescentes expostos à irrupção do processo psicótico, pois implica um desenvolvimento simbólico e cognitivo do paciente pouco compatível com o que conhecemos da evolução das psicoses precoces.¹⁶⁸

A respeito do conceito de identificação projetiva, Puig-Vergès (1987) afirma que “[...] Bion modificará o alcance [dessa noção] fazendo desta um mecanismo essencialmente patológico, enquanto M. Klein o concebia como patológico apenas por excesso, ou seja, em termos *quantitativos*.”¹⁶⁹

Puig-Vergès (1987) destaca dois conceitos pós-kleinianos que a seu ver designam modos de identificação que seriam qualitativamente patológicos. Esses conceitos são os de identificação projetiva, tal como formulado por Bion, e de identificação adesiva, proposto por E. Bick e retomado por Meltzer. Segundo Puig-Vergès (1987), isso atesta “[...] a

¹⁶⁷ Cf. HINSHELWOOD, 1992, p.415.

¹⁶⁸ “[...] au mode de fonctionnement des pré-adolescents et adolescents en butte à l’irruption du processus psychotique car il suppose chez le patient un développement symbolique et cognitif peu compatible avec ce que nous connaissons de l’évolution des psychoses précoces.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.297).

¹⁶⁹ “[...] Bion modifiera la portée en en faisant un mécanisme essentiellement pathologique, alors que M. Klein ne le concevait que comme une pathologie par excès, c’est-à-dire en termes quantitatifs.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.296).

ruptura epistemológica essencial para a evolução de nossa compreensão dos fenômenos psicopatológicos.”¹⁷⁰.

Ao destacar a identificação projetiva enquanto um modo de identificação qualitativa e essencialmente patológico, Puig-Vergès (1987) nos deixa uma interrogação acerca da possibilidade de uso realista da identificação projetiva. No entanto, como não dispomos de dados da autora referentes ao tratamento de adolescentes, em enquadre terapêutico estrito, que pudessem nos dar subsídios para elucidar a questão e tampouco possamos esperar esse esclarecimento diretamente do trabalho junto a crianças autistas e psicóticas precoces, temos de manter a questão em aberto.

Para avançar a questão da ruptura epistemológica efetivada por Bion, recorreremos então a Meltzer (1998) e à noção de identificação adesiva.

2.7.3 FUNÇÃO ALFA E GRADE: MODELO DIGESTIVO E MODELO QUÍMICO

O texto de Meltzer (1998) percorre a obra de Bion e revela alguns elementos chave para a compreensão de seu desenvolvimento. Ele discute os métodos de observação e as formulações de Bion no intuito de traçar a continuidade do método clínico e do pensamento de Freud a Melanie Klein e a Bion.

Para Meltzer (1998) importa considerar as formulações de tais autores não enquanto teorias científicas, mas como metáforas úteis para a descrição de fenômenos. Ele esclarece que a noção de continuidade não se sustenta no plano teórico e que o modelo da mente proposto por Bion, como que sobreposto aos de Freud e Klein, oferece ao analista

¹⁷⁰ “[...] la rupture épistémologique essentielle à l’évolution de notre compréhension des phénomènes psychopathologiques.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.296).

instrumentos conceituais para observar e estudar uma área à qual o modelo freudiano e o kleiniano não favoreciam o acesso.

Recorremos a Meltzer (1998) no intuito de esclarecer o sentido da ruptura epistemológica a que se refere Puig-Vergès (1987) e selecionamos, para tanto, a noção de função alfa e a grade de Bion como momentos de elaboração que nos permitem acompanhar a mudança de um modelo para outro, de uma analogia para outra.

Meltzer (1998, p.30) afirma que Bion “[...] observa o que se passa no consultório como se fosse um sonho [...]” e que em seu trabalho com psicóticos Bion ampliou sua capacidade de observação dando maior atenção às ações do paciente durante a sessão¹⁷¹.

Os artigos de Bion (1988) Ataques ao vínculo e Uma teoria do pensar, que abordamos anteriormente, integram uma série de artigos que Meltzer (1998) considera quase como ponto de passagem, na medida em que apresentam os germes da nova teoria e, ao mesmo tempo, devem ser lidos tendo por pano de fundo os artigos anteriores.

Segundo Meltzer (1998), nesses artigos Bion expande até o limite da ruptura conceitos como o de objeto parcial (do sentido de análogo ao recorte anatômico para o sentido de função, isto é, da fisiologia) e de complexo de Édipo (destacando a importância da esfinge, do orgulho insolente em descobrir a verdade e, portanto, reconhecendo a importância da curiosidade infantil para aprender). Ao passar da anatomia para a fisiologia, Bion descreve a relação do bebê com o seio em termos de vínculo, ou elo que corresponde à função mental *aprender*.

Como já pudemos assinalar o fracasso em aprender seria decorrência do uso excessivo do mecanismo de identificação projetiva. Mas, acrescenta Meltzer (1998), se esse

¹⁷¹ Cf. MELTZER, 1998, p.35.

fracasso está associado ao excesso, portanto a um fator quantitativo, Bion destaca o conteúdo emocional e a motivação para tal emprego e esses se devem ao ódio às emoções.

Bion (1988, p. 98) diz que “[...] este ódio redundando no recurso à identificação projetiva de todo o aparelho perceptivo, inclusive do pensamento embrionário, que forma o elo de ligação entre as impressões sensoriais e a consciência.”.

Temos, portanto, o que Meltzer (1998, p.58) denomina “[...] atribuição de um valor de natureza qualitativa à noção de Melanie Klein de identificação projetiva ‘excessiva’ [...]”.

Meltzer (1998) considera o aspecto mais decisivo do artigo “Uma teoria do pensar” a restrição do sentido de consciência à formulação freudiana de consciência enquanto órgão sensório para a percepção de qualidades psíquicas. Ele entende que essa formulação permite a Bion apresentar o desamparo mental do bebê e sua dependência da mãe como condição originária para o pensar. A partir daí, Bion concebe a função alfa enquanto aparato necessário para a criação de elementos essenciais para o pensar e recorre à metáfora do aparelho digestivo, sugerindo que a falta de verdade seria análoga à privação de alimento¹⁷².

Meltzer (1998) afirma, então, que a função alfa vai operar nas impressões sensórias e emoções existentes, isto é, conscientes para o paciente. E esclarece que “Presumivelmente, as ‘impressões sensórias’ são impressões da mente operando sobre dados sensórios já ordenados neurofisiologicamente [...]” (MELTZER, 1998, p.62).

Os três tipos de vínculos, ou seja, amor, ódio e sede de saber, estão no cerne das experiências emocionais. A função alfa é aplicada às percepções dessas experiências,

¹⁷² Cf. MELTZER, 1998, p.53-54, p.58.

abastece o aparelho mental com verdades e, assim, favorece o aprender com a experiência (MELTZER, 1998).

Para Meltzer (1998, p. 77) Bion “[...] coloca a emoção bem no centro do crescimento mental através do aprender pela experiência [...]”.

Vimos que a função alfa transforma os dados das impressões sensórias e emoções em elementos disponíveis para os pensamentos oníricos.

Para Meltzer (1998), Bion tem de considerar, então, como se daria a construção de um aparato de pensar, que empregue esses pensamentos de maneira a produzir verdade. A grade corresponde à formulação de Bion desse aparato de pensar e Meltzer (1998) vai considerá-la especialmente como um método de exposição e não como um instrumento idealizado para ser utilizado no que qualifica como revisão meditativa, ou jogo psicanalítico.

Na formulação da função alfa o modelo digestivo evoca qualidades e quantidades: a consciência é o órgão sensorio voltado para os atributos psíquicos, o ódio move os ataques, a onisciência e a onipotência diferem qualitativamente da razão; concomitantemente temos o emprego excessivo da identificação projetiva, a violência das emoções e as funções hipertrofiadas.

Para Meltzer (1998) a grade enquanto formulação de um aparato de pensar capaz de gerar verdades necessárias para a mente, como o alimento é necessário para o corpo, tem por modelo e analogia a química e, especificamente, a tabela periódica.

Meltzer (1998) lembra que na história da tabela periódica as comparações de peso, valência e propriedades de combinação resultaram em uma classificação descritiva. Posteriormente, pôde-se verificar que a ordenação periódica baseava-se na estrutura interna

dos átomos e, com isso, a tabela passou a ser utilizada para um delineamento estrutural (MELTZER, 1998).

A analogia com a tabela periódica permite supor que os elementos psicanalíticos, como os elementos da química, mantêm entre si relações dinâmicas em função de componentes estruturais ainda não passíveis de observação. Ou, em outras palavras, a descrição dos fenômenos observáveis sugere propriedades análogas às de peso, massa, mas o fator quantitativo pode ser pensado, então, em termos equiparáveis aos conceitos de catalisador e, posteriormente, ao de massa crítica ¹⁷³.

Podemos verificar, assim, que Bion afasta-se progressivamente de uma concepção do econômico que formula a acumulação de estímulos, de excitação ou o emprego excessivo de mecanismos de defesa como fator determinante para as diferenças de grau e para as mudanças de qualidade observadas.

Meltzer (1998) assinala que Bion recorreu à filosofia para definir os eixos e os componentes dos eixos da grade ¹⁷⁴.

E Meltzer (1998, p.141) ainda destaca que “[...] retrospectivamente fica claro que Bion teve um período de romance com o sonho matemático de um mundo preciso e quantificável [...]”.

Porém, acrescenta Meltzer (1998, p.142) “O fracasso do vértice matemático em conter a violência da emocionalidade da vida mental e a iminente explosão desse continente [...] levou a seu abandono em favor do vértice religioso.”.

Bion (1973) retoma, então, noções que formulara ao considerar os fenômenos que ocorrem nos grupos. Em linhas gerais, entende-se por vértice religioso a investigação das

¹⁷³ Cf. MELTZER, 1998, p.80-86, p.153.

¹⁷⁴ Cf. MELTZER, 1998, p.83-85.

relações entre o místico e o grupo ao qual pertence. O místico é entendido no sentido do indivíduo excepcional (gênio, messias, místico) cuja contribuição ameaça a coerência e a identidade de um grupo. O místico, portanto, pode ser um cientista, um pensador excepcional que apresenta, transmite uma idéia de valor messiânico que traz a possibilidade de ruptura do status quo do grupo. Frente à ameaça de ruptura, o grupo faz uso de diferentes modalidades de reação na tentativa de conter a ruptura e estabilizar o grupo. Os conflitos se estabelecem entre os adeptos da idéia messiânica, que pode romper o equilíbrio existente, e os representantes, os encarregados da conservação da ordem vigente.

Ao considerar esse potencial conflito no indivíduo, Bion (1973) coloca a questão em termos de decisão: trata-se da personalidade decidir incluir ou excluir certas características e, caso falhe em tal decisão, incluir ou excluir a percepção de sua própria existência.

Em outras palavras, os conflitos envolvem a recepção, ou não, a inclusão, ou exclusão de uma experiência. Caso ocorra a inclusão, como essa se dá e o que promove? O que deriva da decisão de excluir? Esses termos sugerem conflitos que dizem respeito a valores.

Bion (1973) formula o problema em termos de valores tais como peso da decisão, percepção da responsabilidade, aversão ao peso da decisão. Estamos considerando um mundo que é mais ou menos rico, ou esvaziado de valores, ou seja, de qualidades.

Bion formulará as modalidades, que podem ser estabelecidas entre a decisão de incluir ou excluir e suas decorrências, em termos de relações entre continente e conteúdo.

Meltzer (1998, p.142) observa a esse respeito que “A quantidade realmente foi retirada de seu trabalho. Agora tudo é qualidade [...]”.

E acrescenta: “À medida que seu foco está colocado no relacionamento continente e conteúdo, no indivíduo e em seu relacionamento com o grupo, o pavor da mudança, e a

tendência dessa em manifestar-se como uma catástrofe, é apresentado mais claramente [...]” (MELTZER, 1998, p.151).

A partir desse modelo, a tarefa do psicanalista seria compartilhar com o paciente a experiência emocional do momento, buscando receber identificações projetivas, através de uma disciplina que o leve à capacidade de reverie, e também favorecer o desenvolvimento de novas idéias, que trazem riscos para o paciente e para o analista (MELTZER, 1998).

Para o paciente o risco pode ser descrito em termos de uma ruptura de como ele percebe sua própria existência, seu próprio existir, para o analista trata-se de tolerar a angústia

catastrófica compartilhada com seu paciente e os sentimentos de depressão e perseguição que, em geral, acompanham uma interpretação correta¹⁷⁵.

Finalmente, as contribuições de Bion permitem compreender o que Meltzer (1998, p.161) denomina “[...] elemento de *mindlessness* [ausência de mente] nos fenômenos obsessivos, no fetichismo e em áreas bidimensionais das relações de objeto.”.

O conceito de identificação adesiva, que apresentamos a seguir, nos permite compreender o que seria uma área de bidimensionalidade.

2.7.4 IDENTIFICAÇÃO ADESIVA E DESMANTELAMENTO

Para Puig-Vergès (1987) a concepção de Bion de um modelo de engendramento construído em torno da identificação projetiva, entendida como atividade de pensamento originário, é compatível com os dados mais recentes sobre o desenvolvimento inicial, segundo os quais o bebê é tanto um pólo receptor quanto emissor de estímulos.

¹⁷⁵ A esse respeito remetemos à formulação de interpretação mutativa. Cf. STRACHEY, 1997.

Puig-Vergès (1987) assinala que o modelo de Bion da relação mãe-bebê foi considerado por H. Segal, que reformulou a importância da identificação projetiva na formação precoce do símbolo, propondo que essa modalidade de identificação forma elementos simbólicos de natureza concreta devido à natureza mutuamente destrutiva da relação continente-contido¹⁷⁶.

Para Puig-Vergès (1987) esse pensamento concreto é a principal característica que se nota na adolescência nos casos de psicoses precoces e de psicoses da segunda infância.

De acordo com Puig-Vergès (1987), as crianças autistas precoces apresentam um modo de comunicação sensório-perceptiva anormal que pode ser interpretado em termos de patologia do Si. Ainda segundo a autora, a obra de Meltzer fornece as primeiras elaborações relativas a tal patologia¹⁷⁷.

Puig-Vergès (1987) destaca, então, um estado mais primitivo que a identificação projetiva que permite compreender o estado autístico. Ela entende que o conceito de identificação adesiva, tal como formulado por E. Bick e retomado por Meltzer,

[...] designa a relação estabelecida com a superfície do corpo do objeto antes de o objeto ser concebido como tendo um interior; isso repousa sobre a hipótese de uma posição anterior à posição esquizoparanóide, ponto de fixação do autismo infantil; esse tipo arcaico deixa o sujeito na fusão, no corpo a corpo, na imitação das funções corporais ou mímicas. As distinções animado-inanimado não são feitas; a existência separada do objeto não é reconhecida. O mecanismo de defesa utilizado é o *desmantelamento* das capacidades do self para ligar as diversas informações sobre o objeto, recebidas dos diferentes órgãos sensoriais [...]. (PUIG-VERGÈS, 1987).¹⁷⁸

¹⁷⁶ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.342.

¹⁷⁷ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.301-302.

¹⁷⁸ “[...] designe la relation établie avec la surface du corps de l’objet avant que l’objet ne soit conçu comme ayant un intérieur; ceci repose sur l’hypothèse d’une position antérieure à la position schizo-paranoïde, point de fixation de l’autisme infantile; ce type archaïque laisse le sujet dans la fusion, le corps à corps, l’imitation des fonctions corporelles ou mimiques. Les distinctions animé-inanimé ne se font pas; l’existence séparée de l’objet n’est pas reconnue. Le mécanisme de défense utilisé est le démantèlement des capacités du self à relier les diverses informations sur l’objet, reçues des différents organes sensoriels [...]”. (PUIG-VERGÈS, 1987, p.297-298, grifo do autor).

Em sua tese principal Bick (1991) formula a hipótese de que em sua forma mais primitiva, as partes da personalidade são sentidas como não tendo nenhuma força de ligação entre si e devem ser mantidas unidas de um modo que é vivenciado passivamente, tendo a pele como limite; a função interna de conter as partes do self dependerá da introjeção de um objeto externo sentido como capaz de realizar tal função e, posteriormente, a identificação do bebê com essa função do objeto substitui o estado não-integrado dando origem à fantasia de espaços internos e externos.

Bick (1991, p.195) destaca que, no estado não-integrado, a necessidade de um objeto continente “[...] parece gerar uma busca frenética por um objeto – uma luz, uma voz, um cheiro ou outro objeto sensorio – que possa prender a atenção e desta forma ser vivenciado ao menos momentaneamente, como um objeto que mantém unidas as partes da personalidade.”.

Para Bick (1991, p.195) o objeto continente ótimo “[...] é o mamilo na boca juntamente com a mãe que segura a criança, fala com ela e tem um cheiro familiar.”.

A esse respeito, Hinshelwood (1992, p.408) destaca que “Bick demonstrou que o bebê tem de lutar pela capacidade de introjetar e que essa capacidade é uma conquista conjunta do bebê e da mãe.”.

Ainda segundo Hinshelwood (1992, p.408), a observação de bebês permitiu a E. Bick compreender que “[...] o contato epidérmico estimula a experiência (fantasia inconsciente) de um objeto que contém as partes da personalidade tanto quanto o mamilo na boca o faz.”.

Ou, em outras palavras, a introjeção de um objeto continente primário permite ao bebê identificar o objeto introjetado com sua pele (HINSHELWOOD, 1992).

Em artigo póstumo, Bick (1986/1998) observa, a respeito da importância da experiência de estar contido, que um bebê pode agarrar-se de diferentes maneiras quando a mãe não o contém: “Agarrando-se, seja pelo olhar, as orelhas ou o tocar, os órgãos servem de ventosa como a boca que se fixa ao mamilo. Nesse estado precoce, parece não haver diferenciação entre as diversas funções; todas são utilizadas como ventosas para colar-se.”

¹⁷⁹.

Bick (1991) utiliza-se de material clínico para a descrição da formação de *segunda pele*.

Meltzer (1979) considera a formação de segunda pele como um esforço compensatório da autocontenção patológica quando prevalece a bidimensionalidade, de tal modo que a identificação adesiva permite explorar a relação com a bidimensionalidade “[...] enquanto a identificação projetiva é, por excelência, o mecanismo da identificação narcisista em um mundo tridimensional.” ¹⁸⁰.

Para Bick (1991) tais esforços compensatórios seriam decorrentes quer de falhas na adequação do objeto real, quer de ataques ao objeto em fantasia que, num caso ou no outro, prejudicam a introjeção.

Para apresentar a noção de posição e identidade adesiva, recorreremos ao trabalho de Haag (2002).

Sabemos que Esther Bick (1901-1983) publicou um número restrito de artigos e sua obra, em grande medida, se insere na tradição da transmissão oral da psicanálise, característica que compreensivelmente dificulta a apreciação e avaliação de seu trabalho.

¹⁷⁹ “En s’agrippant, que ce soit par le regard, les oreilles ou le toucher, les organes servaient de ventouse comme la bouche qui se fixe au mamelon. A ce stade précoce, il ne semble pas y avoir de différenciation entre les différentes fonctions; elles sont toutes utilisées comme ventouses pour se coller.” (BICK, 1986/1998, p.149).

¹⁸⁰ “[...] mientras que la identificación proyectiva es, por excelencia, el mecanismo de la identificación narcisista en un mundo tridimensional.” (MELTZER, 1979, p. 201).

Nesse sentido o livro *La Méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille*, de M. Haag (2002) e vinte contribuições, nos é particularmente caro por reunir numerosos fragmentos do ensino oral de E. Bick, juntamente com contribuições de seus alunos e amigos, além de apresentar minuciosos comentários justapostos à reprodução do artigo de E. Bick, no qual ela expõe seu método de observação¹⁸¹.

Ao colocar em foco as vicissitudes do estabelecimento de um espaço interno Bick (apud HAAG, 2002) considera que:

*[...] falar dessa primeira fase é falar verdadeiramente do nível biológico [...]. É combater para sobreviver e o único meio para sobreviver nesse primeiro nível é colar, aderir, é por aí que se adquire uma identidade [...] 'identidade adesiva' por que não há segundo objeto, há somente alguma coisa à qual agarrar-se, colar [...] e quando não se pode [agarrar], cai-se aos pedaços.*¹⁸²

Estamos, portanto, na iminência de vivências catastróficas e as angústias neonatais primitivas, frente à ausência de objeto continente, seriam as de queda sem fim, liquefação e despedaçamento para as quais a adesividade constitui a principal forma de defesa¹⁸³.

Bick (apud HAAG, 2002) entende que essa vivência inicial configura uma posição, no sentido kleiniano do termo, “[...] à qual retornamos a cada etapa crítica da vida onde

¹⁸¹ À propos et à partir de l'oeuvre et de la personne d'Esther Bick, foi concebida como obra em dois volumes, da qual *La Méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille* constitui o primeiro deles. Michel Haag é seu principal autor e assina a organização do volume juntamente com Geneviève Haag. As contribuições dos demais autores estão reconhecidas ao longo do texto. O segundo volume não foi, até o momento, publicado.

¹⁸² “[...] en parlant de cette première phase est d'en parler vraiment au niveau biologique, vous savez. C'est combattre pour survivre, et le seul moyen pour survivre à ce premier niveau est de coller, adhérer, c'est par là que vous acquérez une identité [...] c'est 'identité adhésive' parce qu'il n'y a pas de second objet, il y a seulement quelque chose à quoi vous vous agrippez, à quoi vous collez, vous voyez, et quand vous ne pouvez pas, vous tombez en morceaux.” (HAAG, 2002, p. 191, grifo do autor). Haag (2002) reproduz, em tal capítulo, a introdução à técnica de observação feita a ele e Anik Maufras du Châtelier por E. Bick, em 1977. Por isso, o estilo oral de Bick está preservado.

¹⁸³ As considerações acerca de “catástrofe” e do “agarrar-se” como recurso de sobrevivência nos remete às contribuições de I. Hermann. Discípulo de Ferenczi, a obra de Hermann teria deixado marcas, ou rastros, no pensamento psicanalítico de autores como Balint, Spitz, Bowlby, Winnicott. Para uma apresentação das contribuições de Hermann remetemos o leitor a N. ABRAHAM (1995, p. 311-352).

*perdemos nossa identidade, para nos agarrar, colar por oposição a estar contido no interior de si.”*¹⁸⁴.

Para Bick importa estabelecer uma distinção entre “aderir, colar” e “segurar, pegar”, pois ela entende que a adesão é bidimensional, ao passo que pegar, segurar, enlaçar tem a terceira dimensão, ou seja, espaço interno e, portanto, é possível introjetar e projetar (HAAG, 2002).

A compreensão que Bick tem da passividade com que se vive, inicialmente, a coesão de partes da personalidade, sendo a tridimensionalidade uma aquisição, uma construção do espaço contido no interior do *self*, fornece o que Geneviève Haag (2002) considera uma chave essencial para compreender o autismo.

Para G. Haag (2002) a experiência clínica junto a crianças autistas permite compreender que a não confecção, ou a ruptura da circularidade envolvente (a função da pele enquanto continente envolvente) constitui um dos transtornos importantes vividos pelas crianças autistas.

Quanto ao desmantelamento, que Puig-Vergès (1987) considera o principal mecanismo de defesa em casos de autismo precoce, recorreremos às formulações de Meltzer (1979).

Meltzer (1979) afirma que os processos dissociativos empregados nos ataques ao vínculo não permitem compreender um estado autista ao qual o autor denomina *desmentalizado*.

Meltzer (1979) diferencia, então, os processos dissociativos do *desmantelamento*:

¹⁸⁴ “[...] parler d’une position adhésive à laquelle nous revenons à chaque étape critique de notre vie où nous perdons notre identité, pour nous agripper, nous coller, par opposition à être tenu à l’intérieur de soi.” (HAAG, 2002, p. 189, grifo do autor).

O desmantelamento ocorre mediante o recurso passivo de permitir que os diversos sentidos, específicos e gerais, internos e externos, circunscrevam-se ao objeto mais estimulante do momento. [...]

Estamos então sugerindo a existência de certa capacidade para suspender a atenção [...] que permite aos sentidos vagar, cada um dirigido ao objeto mais atrativo no momento.¹⁸⁵

Esse recurso, que Meltzer (1979) considera ocorrer de forma mais passiva que ativa, é comparado, em uma analogia, a um deixar cair os azulejos de uma parede por falta de cimento, ou pela ação do tempo, ou por outros fenômenos aos quais não se teria dado atenção¹⁸⁶.

A atenção possibilita a conjunção dos dados sensoriais em um senso comum e, analogamente, sua suspensão permitiria que a organização mental passivamente caísse em pedaços, de tal modo que essa forma de retirada do mundo não resulta em ansiedade persecutória, ou desespero, pois não requer violência contra o self, nem contra o objeto (MELTZER, 1979).

Podemos, agora, apresentar a descrição de uma situação de atendimento clínico que entendemos ilustrar a noção de bidimensionalidade.

¹⁸⁵ “El desmantelamiento ocurre mediante el recurso pasivo de permitir que los diversos sentidos, específicos y generales, internos y externos, se adscriban al objeto más estimulante del momento. [...] Estamos entonces sugiriendo la existencia de cierta capacidad para suspender la atención [...] que permite a los sentidos vagar, cada uno dirigido al objeto más atractivo del momento.” (MELTZER, 1979, p.26).

¹⁸⁶ Cf. MELTZER, 1979, p.26.

2.7.5 BIDIMENSIONALIDADE – DESCRIÇÃO DE UMA SITUAÇÃO OBSERVADA

A descrição que apresentamos refere-se ao atendimento de uma criança autista no âmbito do curso de especialização. Pretendemos, através dessa ilustração, apenas registrar uma das possíveis maneiras de apreender o que, em determinado momento, nos sugeriu um fenômeno indicativo de um estado bidimensional.

Ao longo de aproximadamente dois anos, observamos uma criança cujo atendimento era de nossa responsabilidade. Pudemos observar que essa criança permanecia muitas vezes absorta em atividades como empurrar cadeiras, deslizar pequenos objetos pelas paredes da sala, girar objetos colocados no chão, puxar e empurrar gavetas, tirar as gavetas de seus rodízios, erguer prateleiras até o limite de altura que ela era capaz de alcançar e espalhar objetos pela sala. Essas atividades resultavam em uma sala mais ou menos desarranjada, desorganizada, desfeita. O grau que a desordem atingia dependia de como percebíamos sua condição momentânea e de nossa capacidade continente. Assim, o principal trabalho estava em conseguir, ou não, a atenção da criança.

Um dos recursos de que me vali, naquele período, foi de segurar a mão da criança e, mantendo-a ao meu lado, recolher as coisas espalhadas e devolvê-las aos seus lugares, situação da qual a criança muitas vezes tentou se livrar, mas que chegou a acompanhar com algum interesse. Outro recurso era o de tentar introduzir uma possibilidade de jogo. Assim, quando a criança, na posição de engatinhar, empurrava uma caixa de madeira pelo chão, eu podia agachar atrás da caixa e mostrar parcialmente meu rosto propondo uma brincadeira de esconde-esconde. Geralmente eu falava ou cantarolava ao tentar estabelecer alguma interação com ela.

A situação que particularmente nos chamou a atenção para o que, posteriormente, reconhecemos enquanto uma indicação de estado bidimensional, dizia respeito à impossibilidade mostrada pela criança de empunhar e girar a maçaneta da porta. Ela se dirigia à porta, deslizava a mão pela maçaneta e, em seguida, tentava usar minha mão como instrumento para abrir a porta. Ela mostrava-se, então, incapaz de realizar os gestos da mão em garra, segurar o objeto mantendo-o no côncavo da mão e girá-lo.

Podemos imaginar como esse gesto impossível resultaria em uma superfície corporal (a mão) pela qual deslizam os objetos, ou da qual os objetos caem indefinidamente. Escapar entre os dedos é uma das formas de expressão de que nos valem para as situações de vida onde algo, ou uma oportunidade ao alcance da mão nos escapa por um triz, ou por um fio deixamos de agarrar. No caso da criança autista, não há recurso aos jogos lingüísticos. Observamos a impossibilidade concreta de articular um gesto, de articulação de objetos. O recurso e a defesa daquela criança, diante de um estado que imaginamos como análogo a esvair indefinidamente, era tentar empregar uma parte do corpo da terapeuta como uma extensão útil de si mesmo.

2.8 ALGUMAS NOTAS SOBRE ORIENTAÇÃO E PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Pudemos acompanhar Puig-Vergès (1987) em seu exame das possibilidades de compreender a atividade de crianças psicóticas precoces ou autistas, que perderam ou não tiveram acesso à linguagem verbal e verificamos que a autora considera que essas crianças têm uma atividade de pensamento e apresenta a hipótese de uma linguagem interior vir a emergir.

Nos casos de autismo infantil primário, para os quais a fala parece inacessível, a autora pensa que haveria uma verdadeira ausência de linguagem, talvez mesmo de linguagem interior. Mas, acrescenta Puig-Vergès (1987) “A observação atenta e o tratamento dessas crianças não nos autoriza a lhes negar o acesso a uma atividade de pensamento onde se interpenetram *esquemas de ação, memorização e categorias de língua.*”¹⁸⁷.

Para Puig-Vergès (1987) esse pensamento, ou proto-pensamento, guarda capacidade de memória e potencial criativo e a linguagem emocional traduz-se em gestos, atitudes, mímicas, gritos, choros que expressam o caos, ou a organização da atividade mental. No entanto, a potencialidade inventiva é permanentemente ameaçada pela ruptura dos elos de ligação e pode ser exaurida pelas repetições e estereotipias¹⁸⁸.

Para essas crianças o sentido das palavras é dado pelo timbre de voz, sonoridade e a música da fala (PUIG-VERGÈS, 1987).

¹⁸⁷ “L’observation attentive de ces enfants et leur prise en charge ne nous autorise plus à leur dénier l’accès à une activité de pensée où s’interpénètrent schèmes d’action, mémorisation et catégories de langue.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.352, grifo do autor).

¹⁸⁸ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.351-354.

Puig-Vergès (1987) interroga-se a respeito de como proceder junto a essas crianças, que parecem estar em desacordo com os processos da vida e ameaçam a qualidade de vida dos que lhes estão próximos.

Ela reitera que a orientação terapêutica é um imperativo frente ao sofrimento, uma resposta à demanda legítima de uma família. Mas quando consideramos os casos mais graves, o tratamento não pretende alcançar uma cura e, sim, uma melhor condição, um melhor estado ou um outro modo de estar (PUIG-VERGÈS, 1987).

A seu ver, o que importa “[...] *é que a criança possa emergir de seu mundo alienado, sem para tanto se transformar em autômato, repercutindo os atos aprendidos ou a linguagem injetada.*” (PUIG-VERGÈS, 1987) ¹⁸⁹.

Nesse sentido, a escolha terapêutica deve ser guiada pela apreciação do funcionamento intrapsíquico da criança, pois seria um erro utilizar-se das mesmas atitudes, das mesmas abordagens para uma criança que se encontra em um período autístico ou em um período simbiótico¹⁹⁰.

Mencionamos, anteriormente, a intricação das diversas síndromes como uma noção introduzida por M. Mahler e que essa autora, no tocante ao autismo, utiliza indistintamente os termos psicose e síndrome.

Puig-Vergès (1987) assinala que devemos a F. Tustin a descrição das diversas formas da síndrome autística, bem como a compreensão de que diferentes estados autísticos podem ocorrer na mesma criança. As contribuições de Tustin são decisivas para orientar as possibilidades de tratamento.

¹⁸⁹ “[...] *est que l’enfant puisse émerger de son monde aliéné, sans pour autant se transformer en automate, répercutant les actes appris ou le langage injecté.*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.375, grifo do autor).

¹⁹⁰ Cf. PUIG-VERGÈS (1987, p.375), (1992, p.115).

Puig-Vergès (1987) pensa que a intricação das síndromes justifica a necessidade de particularizar a análise do sensório e de seus componentes relacionais, o que a levou a desenvolver a utilização de objetos-coisas, objetos-utensílios e, eventualmente, de objetos-brinquedos como índices de evolução do estado psíquico e suportes terapêuticos¹⁹¹.

Quando a síndrome autística predomina, de início aparecem atividades auto-sensuais (como chupar a língua), depois as atividades-traço (espalhar saliva, por exemplo); as atividades centradas nos objetos surgem à medida que a criança adquire autonomia motora e vai do manejo de objetos-coisas (botões, tecidos, entre outros) à manipulação e mesmo utilização de objetos-mecânicos (como aparelho de som, computador) (PUIG-VERGÈS, 1992).

Assim diferentes abordagens devem ser escolhidas de acordo com a compreensão que se tem a respeito do funcionamento intrapsíquico predominante na criança, em um determinado momento de sua história.

Quando predomina uma síndrome autística, a criança pode vir a se beneficiar de uma abordagem feita muito progressivamente, com objetos inanimados, e de atitudes do terapeuta que não lhe sobrecarreguem a sensibilidade. Em caso de psicoterapia, essas crianças podem ser favorecidas pela modalidade de atendimento individual (PUIG-VERGÈS, 1987, 1992).

Já as crianças para as quais o funcionamento predominante é o simbiótico, a relação com o terapeuta pode se estabelecer mais rapidamente e a prova de realidade deve ser feita pela criança em seu próprio ritmo, gradualmente e sem pressões. No entanto, a abordagem inicial deve incluir o parceiro simbiótico da criança, pois essa relação lhe é necessária e a

¹⁹¹ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.279-282.

criança não pode evoluir se tal relação é brutalmente interrompida. Em tais casos, a indicação terapêutica a privilegiar seria a terapia conjunta (PUIG-VERGÈS, 1987, 1992).

Puig-Vergès (1987) destaca que a participação do parceiro simbiótico da criança não exclui o outro genitor do tratamento. O período de trabalho prévio à definição de um tratamento de longa duração inclui a realização de entrevistas conjuntas regulares pais-crianças.

Para Puig-Vergès (1987) importa

[...] *restaurar uma função de acolhimento parental*, atacada pela psicose da criança e pelas crises familiares, o que é diferente da escuta do discurso familiar ou da prática da terapia familiar [...] A presença dos pais no decurso do tratamento é uma etapa indispensável de todo tratamento de alcance psicoterapêutico.¹⁹² ¹⁹³.

Podemos assim verificar que não existe uma forma unívoca de tratamento e que toda terapêutica deve ser individualizada, levando-se em consideração as particularidades do contexto familiar e social. Além disso, as terapêuticas são adequadas apenas a um momento da evolução da criança e por um período determinado (PUIG-VERGÈS, 1987).

Puig-Vergès (1987) assinala que Tustin, Mahler e Meltzer estão entre os raros clínicos que situam no tempo as modalidades de intervenção com as quais trabalham¹⁹⁴.

A autora destaca, ainda, a necessidade de o terapeuta refletir com a família as implicações do modo de ser da criança, bem como fornecer alguns elementos de informação, tendo em vista a duração do tratamento de uma criança psicótica e as

¹⁹² “[...] *restaurer une fonction d'accueil parental*, mise à mal par la psychose de l'enfant et des crises familiales, ce qui est différent de l'écoute du discours familial ou de la pratique de la thérapie familiale [...] La présence des parents au cours du traitement est une étape indispensable de tout traitement à visée psychothérapeutique.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.313, grifo do autor).

¹⁹³ Anne Alvarez (2004) destacou que não é suficiente que os pais estejam em análise, sendo importante um trabalho com os pais especificamente a respeito do que é ser pai, trabalho que pode ser realizado pelo próprio analista da criança (informação verbal). Informação fornecida em Seminário Clínico realizado na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo em 14-04-2004.

¹⁹⁴ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.277 e p.374.

dificuldades que podem advir seja de um progresso terapêutico, seja do risco de evolução deficitária (PUIG-VERGÈS, 1987).

A respeito do risco de evolução deficitária, Puig-Vergès (1987) considera a importância de elaborar técnicas preventivas que evitem ou reduzam os déficits, pois uma vez instaurados os mecanismos deficitários parecem se estruturar de modo irreversível. Assim a autora destaca a importância de os clínicos manterem-se atentos a esse risco, que é especialmente danoso e quando atinge vários setores do desenvolvimento pode ter um efeito de aflição ou de sideração da capacidade do observador¹⁹⁵.

Vimos em nossa discussão sobre as contribuições de M. Mahler, que Puig-Vergès (1987) considera a decisão de não interpretar e o apoio do terapeuta à criança, permitindo-lhe a realização de atos que diminuem sua angústia, o principal aspecto do tratamento proposto por Mahler e mencionamos, há pouco, a importância da restauração de uma função de acolhimento parental. Assim não nos surpreende que a autora enfatize a importância de uma função educativa exercida pelo terapeuta.

Puig-Vergès (1987) assinala que Mahler insiste a esse respeito, pois a seu ver a tarefa terapêutica deve se fazer através da função cognitiva: “M. Mahler e F. Tustin reafirmaram recentemente [que] para as psicoses precoces, o *tempo educativo* (no sentido amplo e não o aspecto de treinamento) deve ser revalorizado, mesmo se permanece distinto da atividade psicoterapêutica.” (PUIG-VERGÈS, 1987) ¹⁹⁶.

¹⁹⁵ Ibid., p. 284-286.

¹⁹⁶ “M. Mahler e F. Tustin l’ont réaffirmé récemment pour les psychoses précoces, le *temps éducatif* (au sens large et non pas l’aspect dressage) doit être revalorisé, même s’il reste distinct de l’activité psychothérapique.” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.374, grifo do autor).

E Puig-Vergès (1987) acrescenta que “[...] negligenciar o acesso a um dos códigos do mundo, a educação, equivale [...] a recusar à criança psicótica o direito de existir (mesmo se nós sabemos que essa existência só pode ser concebida acompanhada).”¹⁹⁷.

Quanto ao trabalho em equipe pluridisciplinar, temos a destacar que também nesse âmbito o trabalho é orientado pela atitude de observação e descrição minuciosa, enquanto suportes de uma clínica que busca encontrar um código de comunicação adaptado a cada criança.

Daí a importância em preservar uma coerência no tratamento e a preferência por atribuir a um profissional a responsabilidade pelas entrevistas com os pais, as entrevistas ou as seqüências de observação com a criança, a coordenação das atividades, pois trata-se de favorecer que o período de hospitalização seja um tempo terapêutico (PUIG-VERGÈS, 1987). Para a autora, a multiplicidade de terapias e, conseqüentemente, de exames envolvendo um número demasiado de pessoas em contato com a criança favorece a projeção de sentimentos contraditórios, a construção de resistências e de contra-attitudes. As decisões quanto à realização de exames e intervenções específicas, assim como a decisão pela indicação de um tipo de tratamento de longa duração são tomadas no curso de reuniões do pessoal diretamente encarregado, reuniões usualmente consagradas a uma só criança (PUIG-VERGÈS, 1987).

Puig-Vergès (1987) considera que para as crianças psicóticas precoces, além do acompanhamento pelo terapeuta principal, uma abordagem corporal pode vir a servir de intermediação para uma psicoterapia, caso a criança tenha suficiente potencial lingüístico. As terapias de mediação corporal, como a abordagem psicomotora e relaxamento, requerem

¹⁹⁷ “[...] *négliger l'accès à l'un des codes de ce monde, l'éducation, équivaut selon moi à refuser à l'enfant psychotique le droit à exister (même si nous savons que cette existence ne se conçoit qu'accompagnée).*” (PUIG-VERGÈS, 1987, p.374).

a mediação pela palavra e pelo toque do outro, o que a criança pode não tolerar. A autora observa que as crianças geralmente são mais atraídas por pôneis e cavalos, pois ser carregada por um desses animais proporciona à criança sensações corporais distintas da relação com o adulto¹⁹⁸.

Finalmente assinalamos que Puig-Vergès (1987) reconhece a importância das atividades de lazer e das atividades educativas, desde que estejam respeitadas as possibilidades da criança. Ela destaca a frequência com que essas atividades são designadas como terapias ocupacionais e os riscos que, a seu ver, essa concepção traz, pois

Em uma época onde [...] tudo é qualificado pelo termo “terapia” [...] o que é da ordem do lazer, da educação ou da higiene corporal é “desvitalizado” se uma intenção terapêutica forçada contribui apenas para evitar todo contato emocional com a criança e seus pais. Esses modos de intervenção utilizando por mediação o corpo, a palavra ou a arte, sem ser em si mesmos terapêuticos, têm efeitos terapêuticos indiretos; eles são dificilmente controláveis e a escolha de um verdadeiro projeto psicoterapêutico deve ser reconsiderada periodicamente. (PUIG-VERGÈS, 1987)¹⁹⁹.

Para Puig-Vergès (1987) é um engano supor que existe a possibilidade de escolher um projeto psicoterapêutico entre uma multiplicidade de terapias. A escolha de fato recai sobre a necessidade, ou não, de quimioterapia associada a métodos denominados, de acordo com as diferentes referências teóricas de uma equipe, comportamentais, reeducativos, educativos ou psicoterapêuticos.

¹⁹⁸ Cf. PUIG-VERGÈS, 1987, p.150.

¹⁹⁹ “A une époque où [...] tout est qualifié du terme de ‘thérapie’[...]ce qui est de l’ordre du loisir, de l’éducation ou de l’hygiène corporelle est ‘dévitalisé’ si une intention thérapeutique forcenée ne contribue qu’à éviter tout contact émotionnel avec l’enfant et ses parents. Ces modes d’intervention utilisant pour médiation le corps, la parole ou l’art, sans être en eux-mêmes thérapeutiques, ont des effets thérapeutiques indirects; ils sont difficilement contrôlables et le choix d’un véritable projet psychothérapeutique doit être reconsidéré périodiquement.”(PUIG-VERGÈS, 1987, p.151, grifo do autor).

Lembrando que toda intenção terapêutica tem por veículo a língua, Puig-Vergès (1987) sublinha a importância do clínico, ou do psicoterapeuta abandonar os jargões. As formas de comunicação devem ser buscadas na riqueza da linguagem cotidiana, nas palavras coloridas pelos afetos e impressões da experiência e despidas dos terrores que elas podem veicular, pois é a qualidade e a confiabilidade da relação que sustenta a palavra que poderá ajudar a criança psicótica a existir.

2.9 DESCRIÇÃO SUMÁRIA E DISCUSSÃO DE UMA SITUAÇÃO CLÍNICA

Ao nos aproximarmos do final deste trabalho, talvez fosse útil e oportuno introduzir as interrogações e inquietações que desencadearam este percurso acadêmico e que constituíram um momento clínico de intenso impacto emocional. O recurso a uma situação clínica desencadeante de um longo processo de elaboração serve para testemunhar o poder da transformação, analítica e intelectual, que nos ocorreu e nos levou à busca de referências em que pudéssemos apoiar primeiro a questão e depois alguns elementos do trajeto a percorrer. Nesse sentido, a autora de referência deste trabalho e alguns dos autores que citamos nos foram de grande utilidade pela convergência que pudemos reconhecer com nosso próprio percurso.

O caminho que efetuamos nesta Dissertação estudando as principais contribuições teóricas, metodológicas e clínicas de Puig-Vergès (1987, 1992) nos permite retomar uma das situações clínicas de onde efetivamente partimos e assinalar como as elaborações da autora favorecem a compreensão de questões clínicas, indicando alguns pontos de inflexão, de mudança em nossa trajetória profissional.

Apresentamos a seguir alguns excertos de um processo diagnóstico realizado no âmbito do curso de especialização: uma criança sobre quem recaiu o diagnóstico de um funcionamento psicótico. Ao considerarmos as diretrizes propostas por Puig-Vergès (1987), faremos comentários que têm, para nós, o valor de uma construção retrospectiva²⁰⁰.

A criança em questão era um menino de cinco anos incompletos a quem chamaremos José.

²⁰⁰ Para maior clareza de apresentação, os excertos de descrição da situação vivida junto à criança estão em destaque.

Em breves linhas, o processo de diagnóstico psicológico abrangia dois âmbitos do trabalho clínico:

- procedimentos clínicos tais como entrevista inicial com os pais, entrevistas com a criança e novas entrevistas com os familiares, apresentação e discussão dos dados em supervisões, elaboração de relatórios;
- apresentar para a criança e seus familiares os profissionais da equipe que viessem a trabalhar diretamente com a criança ou a família; explicitar aspectos da organização e funcionamento da instituição naquilo que dizia respeito diretamente às possibilidades de atendimento da criança, além de mediar, quando necessário, as interações entre familiares e demais profissionais da equipe de atendimento; ser o interlocutor, na condição de representante da equipe, junto a profissionais de outros programas ou instituições.

O processo diagnóstico que estamos considerando durou mais de dois meses. A sequência de procedimentos foi iniciada com uma entrevista com os pais, em seguida foram realizadas três entrevistas com a criança e, em acordo com a orientação recebida em supervisão, uma série de entrevistas com as pessoas da família que mantinham uma função materna junto à criança, no caso a própria mãe e uma irmã do menino.

A decisão por um número significativo de entrevistas com os familiares de José foi estabelecida em supervisão para favorecer que o levantamento de dados de anamnese se tornasse uma ocasião de vinculação dos responsáveis pela criança com o serviço, do qual eu era a representante.

Essa decisão foi tomada considerando-se apontamentos feitos pelo profissional responsável pela triagem, a primeira entrevista diagnóstica que realizamos com os pais de José e elementos surgidos durante a primeira entrevista com a criança que, a partir do

registro da contratransferência, nos permitiram estabelecer uma primeira hipótese diagnóstica sobre uma possível dificuldade de encontrar lugar afetivo para essa criança na vida da mãe e, talvez, da família. Esses dados permitiram supor que os responsáveis pela criança teriam dificuldade em estabelecer e manter uma modalidade de tratamento que, tudo indicava, seria de longa duração²⁰¹.

. Pode-se dizer que, nesse sentido, os procedimentos adotados favoreceram uma vinculação da mãe e da irmã de José com a equipe, pois durante o período de cerca de dois anos em que fizemos o acompanhamento do caso, os familiares de José faltaram poucas vezes aos atendimentos e na maioria dessas ocasiões nos avisaram por telefone. O empenho dessas pessoas merece ser considerado à luz das suas condições culturais e econômicas de migrantes do norte do país – para empregar uma expressão usada pela mãe de José – vivendo com poucos recursos na região sul da metrópole de São Paulo. Elas toleraram uma pesada tarefa não apenas considerando as dificuldades materiais, inclusive de tempo de deslocamento necessário para chegar à instituição, mas, principalmente, porque José não apresentou nenhuma forma de desenvolvimento positivo.

A mãe de José falou a respeito da ausência de melhora (sic) do filho em reunião, à qual eram convidados todos os familiares das crianças atendidas, juntamente com profissionais e coordenadores da equipe. A opinião da mãe de José era compartilhada pelos profissionais que trabalhavam diretamente com o menino.

²⁰¹ Cf. BLEGER (1982). Esse autor considera contratransferenciais todos os fenômenos que surgem no entrevistador, no campo psicológico configurado pela entrevista, e que devem ser utilizados como instrumentos técnicos de observação e compreensão. Verificamos que entre esse autor e Puig-Vergès há uma discrepância no uso do termo (contratransferência). Puig-Vergès (1987), como já vimos, reserva esse termo para o quadro analítico, preferindo o de contra-attitudes para o quadro institucional. Mantivemos a referência a Bleger (1982) para explicitar um referencial de que nos valíamos à época da situação que descrevemos.

A entrevista era semanal e a sequência de entrevistas foi a seguinte: entrevista inicial com os pais, três entrevistas com a criança, quatro entrevistas com a mãe, duas entrevistas com a irmã encarregada de cuidados maternos, uma entrevista de encerramento do processo diagnóstico à qual compareceu a irmã de José.

A respeito das entrevistas com a mãe e com a irmã de José podemos adiantar que essas foram realizadas de modo a favorecer uma narrativa de vida. Dissemos, em nome da equipe, que José nos parecia capaz de vir a se desenvolver, se soubéssemos oferecer os recursos adequados a ele. Uma vez que elas conviviam com ele, enquanto nós passaríamos apenas algumas horas por semana com o menino, podiam nos ajudar a perceber como favorecer o seu desenvolvimento.

Tendo José como referência para as narrativas de vida, solicitei a cada uma delas que descrevesse seu cotidiano, contasse sua vida antes de virem a São Paulo, portanto antes de José nascer, e a vida com ele.

As entrevistas com a criança foram realizadas em uma sala cujo mobiliário consistia, basicamente, de armário embutido, mesa com gavetas, uma pequena mesa de plástico com cadeiras para crianças, algumas cadeiras e colchonetes. No armário estavam disponíveis uns poucos brinquedos, em sua maioria, já muito usados e quebrados. Por isso, levava para a sala, a cada sessão, alguns dos brinquedos que ficavam guardados em outra dependência da instituição.

Em uma descrição muito sucinta de alguns comportamentos e características de José, destacamos que ele não falava e batia na própria cabeça com as mãos fechadas, com certa frequência. Ele levava brinquedos e objetos menores até a boca e os batia contra a face maior dos dentes situados na frente e, até onde podíamos observar, sem tocá-los com os lábios. Outras vezes, batia os objetos contra a testa e aproximava-se de coisas maiores,

como as cadeiras, de modo a conseguir bater os dentes contra as mesmas. Dava corridinhas pela sala, aparentemente a esmo²⁰².

Desde a primeira sessão de observação, eu me dirigia a ele de modo a me apresentar e apresentar tudo que considerasse significativo. Assim, falava com ele contando o que iríamos fazer, ou o que eu estava prestes a fazer, caso isso implicasse em contato físico entre nós. Dizia o que ele podia e não podia fazer e anunciava a proximidade da hora de nos despedirmos.

Desse modo, em meio a todos os momentos de ignorância e obscuridade, começou a se estabelecer um tênue início de comunicação não-verbal compartilhada. Para dar um exemplo do que considero ser essa forma de comunicação, narro um episódio da primeira sessão.

Durante a primeira sessão de observação, ele subiu na mesinha e ficou na altura da janela, sendo que estávamos no terceiro andar do prédio. Enquanto ele subia, eu me dirigi até a janela dizendo: - José, menino, você não tem noção de perigo... você acabou de chegar e eu não quero que você vá embora tão cedo e não quero, de jeito nenhum, que você saía pela janela... então, enquanto você olha pela janela, eu fico aqui assim, olha! E me postei ao seu lado, com o braço em diagonal impedindo o livre acesso à janela.

Ele ficou algum tempo olhando para fora e depois pareceu estar com dificuldades para descer da mesinha. Dramatizei a cena falando:

²⁰² Se considerarmos os Critérios Diagnósticos do DSM – IV, a classificação seria Transtorno Autista.

“como fazer para descer? Acho que posso ajudar você assim...”

Segurei-o pelas axilas e o coloquei no chão. Ele riu e repetiu a seqüência subir – descer.

A respeito de nossa experiência de relato de entrevistas, ou sessões de atendimento de crianças autistas, gostaríamos de assinalar que a elaboração necessária à escrita introduz necessariamente uma ordenação, uma coerência que, se formos considerar o nível fenomenológico da experiência clínica, corresponderia apenas aos momentos de compreensão, ou de interação entre o terapeuta e a criança.

A experiência vivida em presença de uma criança, no caso específico José, pode vir a ser um período onde há momentos em que o tempo parece estagnar-se e estamos frente a comportamentos, condutas que parecem não ter sentido e podem ter um efeito de fragmentação de nossas capacidades de atenção e compreensão.

A linguagem informativa de que nos valem em nossas comunicações profissionais, assegura uma coerência e uma clareza que não corresponde necessariamente à experiência clínica em sua integralidade. Essa é uma das dificuldades com que nos deparamos para apresentar o relato desses atendimentos e uma das características do fazer clínico que torna, a nosso ver, questionável apresentar um caso como exemplo, isto é, como modelo.

Quando consideramos essas questões tendo em mente os dois tempos da clínica, ou seja, o aqui – agora da experiência junto ao paciente e o período posterior no qual, na ausência do paciente, fazemos nossas anotações, supervisões, relatos, temos interposto o trabalho de elaboração.

Podemos dizer que Freud (1912/1996) examina questões técnicas a partir de considerações sobre a memória, isto é, sobre a capacidade de lembrar o que foi dito nas sessões de psicanálise realizadas ao longo de um dia de trabalho.

Nesse artigo Freud (1912/1996) considera a atenção flutuante a partir de dois modelos para a conduta e o trabalho do analista. Esses modelos são o do cirurgião e o do aparelho de telefone. O modelo do cirurgião, que abandona seus sentimentos e concentra-se em seu objetivo único, põe em destaque a firmeza, o domínio, a penetração; já o modelo do aparelho telefônico se distingue pela receptividade à escuta e aos fenômenos associados ou desencadeados pela condição de ouvinte, que é de certo modo uma condição passiva. A receptividade permite ao analista reconstruir o que determinou as associações livres do paciente, mas também o expõe aos derivados de seu próprio inconsciente que foram, de diferentes modos, evocados pelo paciente. Daí a recomendação de análise para o analista e, mais ainda, a indicação de um trabalho, uma análise que não termina, pois está em curso a elaboração de pontos cegos do analista.

Quando o trabalho com o paciente expõe o terapeuta a um de seus pontos cegos e se o terapeuta aceita o abalo que isso pode implicar em sua experiência, tem início um processo de elaboração do qual se desconhece o fim. O desenvolvimento desse trabalho pode se dar em uma sessão de análise, ou de supervisão como pode estender-se e levar o profissional a encetar um trabalho de elaboração metapsicológica e teórica. Assim podemos dizer que ao reconhecer a instauração de um caso, o analista reconhece também o prosseguimento do seu desenvolvimento enquanto analista.

Ao longo de seu trabalho, o terapeuta pode retornar várias vezes a esse tipo de material e encontrar formulações diferentes para aquela experiência o que, voltamos a destacar, torna ainda mais problemática a apresentação de material clínico como modelo.

Podemos encontrar em Bion (1988), Fédida (1988), nos artigos que citamos de Ferenczi, para ficarmos no âmbito dos textos de alguns dos autores que consideramos neste percurso, reflexões sobre esse modo de construir o conhecimento psicanalítico.

A experiência com José foi, nesse sentido, uma das que nos levaram a encetar uma revisão de alguns pressupostos e também uma das situações onde a clínica nos colocou frente a um ponto cego que, na linguagem de Puig-Vergès (1987), nos deixou no registro das contra-attitudes, da sideração das capacidades associativas.

O episódio a que nos referimos ocorreu quando da terceira sessão de observação.

José e sua mãe haviam chegado cedo para a entrevista, e, enquanto esperávamos no corredor do ambulatório que a sala fosse desocupada, ele examinava os objetos que eu tinha nas mãos e pegou um dos brinquedos de plástico, que eu carregava e ele conhecia das sessões anteriores.

Como eu estivesse de costas para a sala, ele foi o primeiro a ver a porta ser aberta e precipitou-se para dentro.

Fui atrás dele, segurei-o e pedi desculpas aos ocupantes da sala: uma profissional e seu paciente, um menino mais velho que José, que ainda se preparava para deixar a sala.

A colega respondeu-me fazendo, ao mesmo tempo, um comentário dirigido ao seu paciente. Ela disse algo como: “assim ele (o paciente) aprende a guardar as coisas na hora”.

O menino mais velho, num movimento inesperado, foi para cima de José. Tive de proteger José, muito menor que o outro menino, segurando-o junto a mim. O outro menino saiu, então, correndo da

sala, tentou morder os seios da mãe de José, que estava no corredor e que recuou surpresa. Finalmente, o menino mais velho jogou-se no chão do corredor sendo, então, auxiliado por sua própria mãe.

Durante a entrevista, José foi repetidamente até a mesinha tentando alcançar a janela, eu acompanhava seu movimento posicionando-me junto à janela, com o braço colocado de modo a impedir o livre acesso ao vão e dizia: “Lembra? Não pode.” Ele olhava para mim e interrompia a ação de subir.

Próximo ao final dessa entrevista, eu estava sentada perto da mesinha. Ele andou em direção à mesinha, debruçou-se sobre a mesma e então se voltou em minha direção com a boca aberta e se deteve antes de tocar em mim.

Aquela terceira hora de entrevista ocorreu sob o impacto afetivo do episódio anterior ao início da sessão. Aquele episódio teve tal impacto em mim que não consegui falar a respeito do mesmo, quando José, a seu modo, recolocou-me frente às questões suscitadas pelo acontecido.

O episódio envolvendo o garoto mais velho repercutiu, naquela ocasião, como uma experiência de sinistro (*Unheimliche*)²⁰³.

Podemos considerar tal episódio apenas a partir da minha experiência pessoal. De tal maneira, pode-se dizer que fui confrontada com o retorno de algo que um dia me fora familiar, mas de há muito se tornara estranho.

²⁰³ Freud denomina *Unheimliche* – ou sinistro – à experiência de vivenciar complexos infantis reprimidos e aparentemente superados que são subitamente reanimados. CF. FREUD (1919/1994).

No episódio descrito, lembrando que estamos no vértice de uma descrição fenomenológica, o afeto vivido foi de um espanto indizível. Isso abalou minha capacidade de entrar em contato com o que acontecia com José e, conseqüentemente, fez com que eu deixasse literalmente no ar seu ato de aproximar-se de mim com a boca aberta – prestes a morder ou engolir – e que ele, significativamente, interrompeu. Na ocasião, não tive palavras para amparar ou traduzir sua ação.

Essa sucinta apresentação de excertos de um processo diagnóstico nos permite apontar alguns procedimentos comuns à nossa experiência e àqueles de Puig-Vergès (1987,1992), mas principalmente assinalar onde se dão as diferenças, as divergências entre a experiência que vivemos e o método de epistemologia clínica comparativa proposto pela autora.

O substrato comum está no modo de proceder nas entrevistas com familiares, ao longo das quais privilegiamos as narrativas de vida e não recorremos ao uso de interpretações, e em um vocabulário comum ao campo da psicanálise usado para a formulação de hipóteses diagnósticas.

As diferenças de procedimento são evidentes: a entrevista inicial foi com os pais e não com a criança, a criança não esteve presente nas entrevistas com os familiares, usamos brinquedos para tentar interagir com a criança desde a primeira entrevista, não realizamos nenhuma entrevista conjunta.

As diferenças quanto aos recursos empregados pelo terapeuta também são óbvias, pois fizemos referência ao uso da contratransferência.

Duas são as principais lições que essa experiência nos legou. A primeira diz respeito às condições minimamente necessárias para que as capacidades de observação e auto-observação estejam preservadas, o que nos levou a questionar as condições de uso do

recurso à contratransferência em uma circunstância de trabalho na qual a psicanálise não é um referencial compartilhado. Conseqüentemente, nos perguntamos também sobre as condições de inserção de uma prática clínica em uma equipe multiprofissional e, mais genericamente, acerca das condições de transmissão de um saber clínico fundado na psicanálise.

O outro legado daquela experiência diz respeito à importância da educação da sensibilidade. Segundo Puig-Vergès (1987), a educação da sensibilidade passa por um conhecimento aprofundado do desenvolvimento normal, da psicopatologia da criança e da família e dos diferentes referenciais teóricos, mas não apenas isso.

A educação da sensibilidade requer capacidade de entrar em contato com formas e linguagens infra-verbais que em nós, os adultos, tiveram por destino o recalque, em maior ou menor grau e extensão.

A capacidade de empatia, a preservação de capacidades de intuição são formas atuantes, portanto vivas, de recursos anímicos que estão fora do âmbito das forças coercitivas, sejam essas as forças do recalque, ou das manifestações do ódio às emoções, do qual nos fala Bion (1988).

A partir da obra de Puig-Vergès (1987), percorremos algumas indicações e assinalamentos feitos por autores como Ferenczi, Bion, Mahler, Bick que nos permitem entrever diferentes modos de educação da sensibilidade.

Ferenczi, por exemplo, surpreende pela sinceridade com que aborda e critica suas experiências clínicas. Já Bick (apud Haag, 2002) propõe um método de observação de bebês como parte integrante da formação de analistas e terapeutas de crianças.

De diferentes maneiras, esses autores nos apontam a importância de desenvolver ou preservar uma capacidade que Puig-Vergès (1987) denomina capacidade de ressonância²⁰⁴.

Nos apontamentos feitos à época dos acontecimentos descritos, as hipóteses que nos ocorriam para o ato de José bater as coisas contra a superfície dos dentes eram de que assim ele produzia som com os dentes, mas fora do interior da cavidade oral, o que nos sugeria uma contenção da mordida, do uso dos dentes para penetrar. Ao mesmo tempo, nos intrigava como isso poderia lhe dar alguma noção de si – mesmo ou das coisas, uma vez que ele tocava as coisas com uma parte rígida e pouco sensível, não com os lábios, por exemplo.

Essas hipóteses, no entanto, foram pouco exploradas à época e isso devido, em alguma medida, aos efeitos das reações suscitadas pelo contato com as crianças psicóticas, dos quais apresentamos um exemplo de situação que resultou em sideração das capacidades associativas do terapeuta.

Para encerrar essa consideração retrospectiva, queremos assinalar nossa reserva quanto ao eventual uso de um conhecimento atual para lamentar, diminuir, atacar experiências realizadas previamente. Nesse caso, estaríamos apenas na face negativa da idealização e essa é uma facilitação à qual não cedemos.

A obra de Puig-Vergès (1987) e o percurso que realizamos, do qual resulta esta Dissertação, tem o valor de indicar uma mudança. Essa inflexão de rumo de modo algum envolve especulações de como teria sido melhor se tivéssemos tais conhecimentos no passado e se isso nos teria poupado de uma ou outra experiência mal sucedida, ou de um fracasso terapêutico. Ao contrário, a obra de Puig-Vergès (1987) adquire relevância

²⁰⁴ Puig-Vergès (1987) usa esse termo apenas uma vez, na passagem que citamos anteriormente. Cf. ABRAHAM, 1995, para uma discussão do termo.

exatamente por termos conhecido dificuldades, insucessos e mesmo fracassos terapêuticos. Assim, o que está em jogo não é o que teria sido, mas que profissional nos tornamos e as possibilidades ainda desconhecidas que a prática e o saber clínico nos abrem.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste percurso, gostaríamos de destacar alguns pontos que nortearam o desenvolvimento de nossa Dissertação e que, ao longo da preparação deste texto, impuseram-se como particularmente significativos.

Em nosso ponto de partida temos a experiência no âmbito de um curso de especialização, no qual atuamos como psicóloga clínica. Diante da intensidade e da complexidade do que pudemos observar e viver naquela ocasião, rapidamente constatamos que as inquietações suscitadas nos impeliam a buscar novas referências teóricas e técnicas. Assim o trabalho de Dissertação nos favoreceu pensar e refletir dentro de um quadro de rigor acadêmico uma particular experiência clínica vivida em uma equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, o encontro com a obra de Nielle Puig-Vergès foi particularmente significativo, pois em alguma medida suas principais referências teóricas no campo da psicanálise – Freud, Ferenczi e Bion – correspondem a alguns autores clássicos, que integram o âmago de nossa formação e experiência teórica como psicanalista de crianças e adultos.

Os desenvolvimentos teóricos e as orientações metodológicas de Nielle Puig-Vergès, a partir desses autores, bem como seu acurado e rigoroso tratamento fenomenológico e sua vasta experiência clínica fazem de sua obra, a nosso ver, uma referência nesse campo.

Ao longo do nosso texto nos esforçamos por destacar as contribuições fundamentais de Puig-Vergès, a começar pela tensão da coexistência do imperativo terapêutico e da abordagem metodológica, na qual nem um, nem outro desses elementos pode ser

desconsiderado ou minimizado, sob pena de perdermos seja a orientação terapêutica, seja a orientação metodológica e, portanto, sacrificando o progresso clínico.

A partir desse elemento paradoxal, que impele a pesquisa clínica, a autora nos conduz à necessidade de uma atitude descritiva minuciosa e sempre prestes a ser refeita a cada mínima alteração introduzida. Essa posição da autora e seu ensinamento nos permitem criar uma disciplina de pensamento que suporta a prática clínica.

A prática clínica derivada de tal disciplina de pensamento torna possíveis atitudes como receber a criança antes de encontrar os pais e escutá-los na presença da criança, mesmo quando essa não possui linguagem.

Através dessa disciplina profissional e metodológica, o respeito à criança como pessoa surge no campo das relações do terapeuta com a criança e a família como uma evidência em si mesma.

A atitude descritiva da autora, radicada no campo da fenomenologia, culmina com o face a face com a criança, o que não deixa de lembrar o conceito fundamental de Lévinas – o face a face – em que, para ele e também para a autora, os dois homens em presença se afetam um ao outro. Essa atitude permite que a empatia, conceito seminal em um determinado campo psicanalítico, apareça possibilitando ao terapeuta desenvolver, em uma primeira instância, uma observação prolongada e, a partir dessa, propor um desenvolvimento terapêutico.

A observação prolongada desloca a preocupação do terapeuta do campo do imediatismo do diagnóstico nosológico para o campo da apreensão de um desenrolar do movimento psicopatológico no tempo. Tal deslocamento de foco da nosologia clássica acarreta a mudança de uma preocupação classificatória para a percepção do curso de um processo no qual o terapeuta terá de inserir-se.

Verificamos que a inserção do terapeuta, de acordo com esse posicionamento epistemológico fenomenológico e psicanalítico, tem como principais suportes a atitude fenomenológica de constante retomada da posição de observador-participante, a descrição e a capacidade de empatia como recursos para a compreensão.

O cuidado e a prudência, tantas vezes mencionados por Puig-Vergès, derivam da experiência clínica e de um conhecimento que nos foi legado seja por uma tradição fenomenológica, seja por uma tradição psicanalítica, na qual se inserem, entre outros autores, os trabalhos de M. Mahler e de alguns pós-kleinianos como F. Tustin, D. Meltzer e, a nosso ver, E. Bick.

Para esses autores, a criança autista, ou a psicótica, é muito sensível aos afetos do outro, particularmente do adulto, que são percebidos como perigosos e inibem a potencialidade da criança para pensar.

O cuidado e a prudência integram, assim, a atitude clínica em respeito à singularidade do outro e em respeito à investigação a ser realizada. Trata-se, para a autora, de investigar e discernir os fenômenos relativos à adaptação daqueles relativos à patologia do si-mesmo – conceito de Puig-Vergès.

A distinção entre fenômenos adaptativos e fenômenos relativos à patologia do si-mesmo permite avaliar as dificuldades, a ruptura, a qualidade do transtorno vivido pela criança, assim como seus recursos e suas potencialidades de modo a favorecer a escolha de um projeto terapêutico adequado às condições e circunstâncias vividas por uma determinada criança, em um momento particular de sua história.

A autora abandona a noção estrita de causalidade, considera as hipóteses psicogenéticas descrições que remetem aos eixos da psicopatologia e do desenvolvimento sendo compatíveis com a hipótese de processo etiopatogênico.

A evolução autística ou a psicótica precoce estaria relacionada a um abalo do si-mesmo visceral e corporal, que induz uma construção progressiva desviante e processos de identificação com objetos inanimados.

No desenvolvimento de nosso percurso, pudemos fazer algumas incursões especialmente às obras de Ferenczi, Mahler, Bion, Meltzer e Bick que nos permitiram considerar alguns aspectos cruciais da experiência clínica com crianças autistas ou psicóticas precoces, assim como algumas das questões concernentes ao trabalho em equipe.

Na vertente da obra ferencziana, assinalamos as pesquisas e contribuições quanto à técnica com especial destaque para a noção de empatia e a confusão de línguas entre criança e adulto, analista e paciente e entre analistas, ou entre pesquisadores.

As considerações de Ferenczi a respeito da noção de empatia, de tato psicológico e da confusão de línguas desvelam alguns fenômenos da intimidade da relação analista e paciente que, posteriormente, foram desenvolvidos por diferentes autores sob a égide da noção de contratransferência.

O exame dos fenômenos da contratransferência ganha particular relevância nos desenvolvimentos no âmbito da escola kleiniana, devido à importância nuclear do conceito de identificação projetiva. Pudemos verificar algumas implicações das formulações de Bion, que entende a identificação projetiva como forma privilegiada de comunicação, quando se manifestam dificuldades para pensar e distúrbios da capacidade de pensar.

Em outra vertente da psicanálise, a importância da relação analista e paciente, ou terapeuta e paciente, traduziu-se em pesquisas sobre os fenômenos que caracterizariam e afetariam a unidade dual. Nessa vertente, encontram-se os trabalhos conduzidos por Mahler que, a nosso ver, atribui um lugar central à noção de unidade dual – conceito instaurado por Imre Hermann, retomado e desenvolvido por M. Mahler.

Ao considerar as psicoses precoces, Mahler pensa os fenômenos concernentes à unidade dual a partir de uma perspectiva onde o terapeuta é um observador que, simultaneamente, tem a função de auxiliar os integrantes de uma particular unidade dual a restabelecerem alguma possibilidade de desenvolvimento no sentido da individuação e, conseqüentemente, da relação de objeto em um nível superior de elaboração.

Como decorrência de suas hipóteses de trabalho e de sua experiência clínica, Mahler afirma a importância da participação do parceiro adulto, geralmente a mãe, no trabalho terapêutico. A mãe surge como portadora de um conhecimento significativo para o terapeuta que, na função de investigador dos fenômenos e das vicissitudes do processo separação-individuação, abstém-se do recurso à interpretação e busca favorecer uma melhor regulação mútua entre a criança e seu parceiro simbiótico adulto.

Puig-Vergès considera a terapia conjunta uma contribuição particularmente original e decisiva de Mahler, embora a realização dessa modalidade de trabalho envolva maior complexidade e dificuldade para o clínico.

Puig-Vergès nos apresenta uma adaptação dessa modalidade de atendimento às condições de trabalho de que ela dispunha na instituição hospitalar.

A obra de Puig-Vergès nos impeliu a examinar detidamente os trabalhos de Mahler. Essa eventualidade surgiu em um momento particularmente significativo, pois nos permitiu compreender um episódio de nossa experiência clínica, ao qual já nos referimos, onde a impossibilidade de dar continuidade ao atendimento conjunto mãe-criança resultou em impasse terapêutico. Assim o lugar que a obra de M. Mahler tem nos desenvolvimentos de Puig-Vergès, a incursão e discussão que pudemos efetuar relativamente às contribuições de Mahler correspondem, em nossa prática clínica, a um marco simbólico.

Entendemos por marco simbólico uma experiência onde encontramos tanto o sinal de uma catástrofe, como o registro do encontro de uma verdade que nos permite receber o dia presente como um dia novo, isto é, um tempo que o poema de Lorca, em nossa epígrafe, nos mostra despido das realidades conhecidas.

Lembramos assim a definição de símbolo proposta por Ferenczi: a perspectiva da catástrofe e a comemoração por ter sobrevivido. Em uma linguagem próxima aos termos sugeridos por Ferenczi e por Bion, esclarecemos que a noção de catástrofe não está associada a eventos de proporções grandiosas, mas aos acontecimentos que impõem uma mudança que, no entanto, nem sempre podemos ou somos capazes de realizar. Além disso, estamos indicando que compreendemos ser a elaboração de um eventual ponto cego do analista, ou do terapeuta o que nos fornece condições para tolerar uma condição, ou um momento de trabalho que Bion qualifica como sem memória e sem desejo.

Na linguagem do poema de nossa epígrafe, isso pode ser entendido como o trabalho que nos custa aceitar que o dia se vá impregnado de nós mesmos e o trabalho que nos custa receber o dia que se apresenta desconhecido.

Os assinalamentos que fizemos das elaborações teóricas de E. Bick não descuram o fato de que essas se apóiam sobre dados originados pelo método de observação de bebês em suas famílias, além daqueles obtidos em um enquadre específico de psicanálise. Sabemos que o método de observação de bebês foi originalmente apresentado como um método para a formação de psicanalistas e terapeutas de crianças. Para esse método, a observação de bebês é também ocasião de um prolongado exercício no qual são examinadas as vivências, as emoções que afetam o observador durante as sessões de observação, período durante o qual ele deve renunciar à possibilidade de fazer interpretações.

Trazemos esses aportes no contexto de nossas considerações finais para destacar que o uso da contratransferência depende de uma disciplina de trabalho e de condições favoráveis à observação dos fenômenos de transferência e contratransferência, ou seja, de modalidades de enquadre que favoreçam tal exame. A nosso ver, a importância desse comentário está em reconhecer e diferenciar aquilo que é da transferência e, conseqüentemente, da contratransferência enquanto fenômeno humano e, portanto, fenômeno universal, da situação de pesquisa e trabalho terapêuticos, nos quais esses fenômenos passam a ser tema de uma sistematização.

Queremos com isso, chamar a atenção para níveis distintos de compreensão da experiência humana e da experiência pessoal. Espera-se que no dia a dia uma pessoa possa usar e desenvolver maximamente suas possibilidades e recursos vitais e, obviamente, isso concerne também às pessoas que são profissionais da chamada área psi. Mas, por vezes, nos deparamos com algumas propostas que aparentemente colocam em prática o que Meltzer (1998) mostrou constituir uma possibilidade quase que infinita da psicanálise investigar todas as coisas e nada explicar. Meltzer (1998) claramente está referindo-se à psicanálise como um método científico de investigação e descrição. Nós estamos chamando a atenção para colocações talvez entusiastas, talvez um pouco apressadas e os riscos de uma psicologização da vida, equivalente aos riscos de uma medicalização da vida. Ambos são riscos que nos colocam no âmbito da ideologia. Estamos empregando a noção de ideologia no sentido estrito de idéia simplificadora apresentada como formulação que explica e resolve problemas e aspectos complexos da vida humana e do mundo, tal como nos mostra Arendt (1989).

Esse é um dos riscos para os quais nos alertam autores como Pierret (1986), Uchôa et al.(2000) ao assinalarem a importância das análises contextualizadas e das considerações de ordem econômica no âmbito da Saúde Pública.

Essa questão se aplica também à Psicologia clínica e à Psicologia da Saúde. Assinalamos, em nosso percurso pela obra de Puig-Vergès, que é próprio da investigação metapsicológica impelir a pesquisa no sentido de novas descobertas, devido à insuficiência de meios de observação direta dos fatos em consideração. Vimos também que essa investigação requer um constante exame pelo pensamento, uma constante verificação imposta pela experiência clínica e pelo confronto com as pesquisas realizadas nas diferentes áreas do conhecimento concernentes ao tema. Isso requer disciplina e coerência baseadas em um posicionamento epistemológico. Desse modo consideramos que a eventual inserção de um profissional, que exerce um saber clínico, em uma equipe pluridisciplinar, ou de um trabalho clínico em uma instituição do sistema de Saúde, deveria contemplar a explicitação de tal posição epistemológica e, conseqüentemente, situar as práticas clínicas.

Em outras palavras, estamos examinando a publicação do trabalho clínico, no sentido dado por Bion (1988) ao fazer um jogo de palavras e assinalar que publicação é equivalente à ação pública. Essa é uma dimensão social do trabalho clínico e, nessa medida, pode ser considerada uma dimensão política, mesmo quando nos limitamos ao âmbito de um grupo, ou de uma instituição.

Acompanhando Puig-Vergès temos de avaliar, então, as possíveis conseqüências das escolhas teóricas e ideológicas do clínico, visto a pluralidade de interlocuções e destinatários de suas comunicações.

Na intimidade da relação terapêutica, os riscos são de que o profissional se mostre refratário à experiência do face a face, ou que termine confundindo o registro da

experiência clínica com registros tais como o das necessidades administrativas, de garantia de um sistema teórico ou de um grupo ao qual pertence, entre outras eventualidades.

A observação das manifestações de fenômenos de contra-attitudes integra, em alguma medida, a pesquisa da patologia do si-mesmo favorecendo a recuperação de possibilidades terapêuticas, nas vezes em que essas foram comprometidas pelas reações desencadeadas no profissional frente à precocidade dos fenômenos e as modalidades de comunicação possíveis às crianças autistas e psicóticas.

O método de epistemologia clínica comparativa proposto por Puig-Vergès nos oferece uma alternativa de trabalho em equipes pluridisciplinares, nas quais a formação em psicanálise ou mesmo a experiência psicanalítica não constituem um substrato comum. A contigüidade e a continuidade das observações, ou seja, o exame das observações realizadas pelos diferentes integrantes da equipe encarregada dos cuidados à criança e a observação prolongada feita pelo clínico responsável pelo caso, fornecem elementos em diversos níveis diagnósticos. As perspectivas diagnósticas privilegiadas pela autora permitem organizar o material fornecido pela observação e a escuta de modo a favorecer que se estabeleça um conhecimento a respeito da criança, que leva em consideração sua idade, a cronologia dos acontecimentos, o lugar onde ela vive.

A importância que a autora confere à atitude fenomenológica de observação e descrição surge como recurso que permite ao clínico responsável garantir uma distância mínima, porém necessária, para preservar a capacidade de empatia e, com isso, as possibilidades de exame dos fenômenos relativos à adaptação, ao processo psicótico e às contra-attitudes.

Assim a disciplina de pensamento e a fidelidade à descrição fenomenológica sustentam uma atitude responsável e, portanto, ética.

Como decorrência dessa atitude responsável, o clínico aceita examinar com os pais da criança o projeto terapêutico e seu trabalho favorece o restabelecimento de uma função de acolhimento parental. Daí o recurso a uma etapa, considerada essencial ao trabalho, na qual se privilegia o procedimento de entrevistas conjuntas.

A obra de Puig-Vergès nos oferece parâmetros para organizar o atendimento de crianças e adolescentes autistas, ou psicóticos em equipe pluridisciplinar, de modo a situar as distintas formações clínicas que têm expressão na equipe. As intervenções dos diferentes profissionais são organizadas coerentemente em respeito ao imperativo terapêutico e à abordagem metodológica, visando favorecer, portanto, uma melhor condição de ser, ou de estar para a criança e sua família. A possibilidade de uma organização coerente requer também o exame das vicissitudes do trabalho – dentre as quais destacamos as contra-attitudes e a confusão de línguas – enquanto fenômenos associados ao processo psicótico, ou enquanto obstáculos ao processo diagnóstico e à orientação terapêutica decorrente.

Como pudemos verificar nessa abordagem pluridisciplinar, o conhecimento dos diferentes registros teóricos, a coerência e a organização das intervenções estão a serviço de escolhas feitas em função de cada criança. Estamos, portanto, longe de confundir trabalho em equipe pluridisciplinar com justaposição de relatórios ou exames em um prontuário, ou arquivo.

Podemos considerar o método proposto por Nielle Puig-Vergès uma contribuição fecunda para o trabalho em equipe, uma alternativa aos riscos de um profissional ou uma equipe, apesar de toda boa vontade, vir a praticar um atendimento caótico. Nos momentos ou períodos em que prevalece certo caos no atendimento, perde-se a possibilidade de examinar necessidades que emergem do contato com o paciente, com o conseqüente abandono de perspectivas de tratamento. Como pudemos reiteradamente assinalar, a

vulnerabilidade das crianças autistas ou psicóticas aos afetos dos outros, particularmente dos adultos, faz com que os episódios de caos no atendimento aumentem o risco de agravamento do estado das crianças e isso pode ocorrer apesar de toda boa vontade do profissional, ou da equipe.

A demanda do paciente, seja esse uma família ou um indivíduo, contém certa esperança e cabe ao terapeuta acolher, encontrar lugar para o sofrimento e para a esperança daqueles que o procuram. Cumpre ao saber clínico, na acepção dada por Puig-Vergès (1992), portanto aos diferentes profissionais que exercem uma prática clínica, encontrar métodos e abordagens que, se não garantem a qualidade de um trabalho, certamente permitem manter, ou reencontrar a chama da esperança. Isso paradoxalmente significa tolerar certa inquietação e exigência de constante exame e verificação de suas práticas.

REFERÊNCIAS²⁰⁵

- ABRAHAM, N. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Editora Escuta, 1995. 439 p.
- ARENDT, H. Ideologia e terror: uma nova forma de governo. In: _____. **Origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p. 512-531.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência. In: _____. **DSM – IV Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.37-119.
- BALINT, M. Introdução ao diário de S. Ferenczi. In: FERENCZI, S. **Diário clínico**. São Paulo: Martins Fontes, 1990. p. 1-3.
- BELMONTE, P.R. et al. A busca de novos modelos em saúde mental. In: _____. **Temas de saúde mental: textos básicos do CBAD**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998. p. 33-37.
- BETTELHEIM, B. **A Viena de Freud e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 273p.
- BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/>
- BICK, E. A experiência da pele em relações de objeto arcaicas. In: SPILLIUS, E. B. **Melanie Klein: desenvolvimento da teoria e da técnica**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. v.1, p.194-198.
- _____. (1986) Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces. In : WILLIAMS, M. H. (Org.) **Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick**. Larmor-Plage : Editions du Hublot, 1998. p.141-152.
- BION, W.R. **Atenção e interpretação: uma aproximação científica à compreensão interna na psicanálise e nos grupos**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1973. 142p.
- _____. **Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1975. 186p.
- _____. **Estudos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1988. 154p.
- BLEGER, J. **Psicohigiene y psicologia institucional**. 3. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1974. 211p.

²⁰⁵ De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Temas de psicología:** entrevista y grupos. 13. ed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1982. 117p.

CANETTI, E. **O jogo dos olhos:** história de uma vida: 1931-1937. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. 306p.

CARVALHO, M.M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n.1, p.151-166, 2002.

DE MARCO, M.A. Psicologia da saúde. In: _____. **A face humana da medicina:** do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.71-76.

DUPONT, J. Prefácio. In: FERENCZI, S. **Diário clínico.** São Paulo: Martins Fontes, 1990. p.11-27.

FALZEDER, E. Introdução. In: FREUD, S. **Sigmund Freud & Sándor Ferenczi:** correspondência. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1995. v. 1/2, p. 11-26.

FÉDIDA, P. A angústia na contratransferência ou o sinistro (a inquietante estranheza) da transferência. In: _____. **A clínica psicanalítica:** estudos. São Paulo: Editora Escuta, 1988. p.67-94.

_____. O esquecimento do assassinato na psicanálise. In: _____. **O sítio do estrangeiro.** São Paulo: Editora Escuta, 1996. p. 25-63.

_____. A psicoterapia na psicanálise hoje. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v.32, n.58/59, p. 79-92, 1999.

FERENCZI, S. (1921) Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. In: _____. **Obras Completas:** Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p.109-125.

_____. (1928) Elasticidade da técnica psicanalítica. In: _____. **Obras Completas:** Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 25-36.

_____. (1933) Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: _____. **Obras Completas:** Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 97-106.

FREUD, S. (1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. In: _____. **Obras Completas.** Buenos Aires: Amorrortu editores, 1996. v. 12, p.111-119.

_____. (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. In: _____. **Obras Completas.** Buenos Aires: Amorrortu editores, 1996. v. 14, p.113-134.

_____. (1919) Lo ominoso. In: _____. **Obras Completas.** Buenos Aires: Amorrortu editores, 1994. v. 17, p.219-251.

GESELL, A. O ciclo do desenvolvimento da criança. In: _____. **A criança dos 0 aos 5 anos**. São Paulo: Martins Fontes, 1985. p. 15-27.

HAAG, M. et al. **La méthode d'Esther Bick pour l'observation régulier et prolongé du tout-petit au sein de sa famille**. Paris: Autoédition, 2002. 445p.

HAYNAL, A. Introdução. In: FREUD, S. **Sigmund Freud & Sándor Ferenczi: correspondência**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1994. v. 1/1, p.33-56.

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento kleiniano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

HYMAN, R. Para obter os fatos. In: _____. **Natureza da investigação psicológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. p. 50-88.

KANNER, L. Os distúrbios autísticos de contato afetivo. In: ROCHA, P. S. **Autismos**. São Paulo: Editora Escuta; Recife, PE: Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem, 1997. p. 111-170.

KERBAUY, R. R. Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.

LANDA, F. **Ensaio sobre a criação teórica em psicanálise**: de Ferenczi a Nicolas Abraham e Maria Torok. São Paulo: Editora UNESP: FAPESP, 1999. 319p.

_____. Y a-t-il une théorie de la formation du psychanalyste dans une perspective ferenczienne? **Le coq Heron**, Paris, n. 178, p.99-106, 2004.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 4.ed. Lisboa: Moraes Editores, 1977.

LO BIANCO, A. C. et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, R. **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, p. 17-100.

LORCA, F. G. **Canciones**: 1921-1924. Madrid: Alianza Editorial, 1982. 193p.

MAHLER, M.; PINE, F.; BERGAMN, A. A quarta subfase: consolidação da individualidade e o início da constância do objeto emocional. In: _____. **O nascimento psicológico da criança**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977. p.138-150.

MAHLER, M. **O processo de separação-individuação**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1982. 189p.

_____. **As psicoses infantis e outros estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 157p.

MELTZER, D. et al. **Exploración del autismo**: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1979. 215 p.

MELTZER, D. **A apreensão do belo**: o papel do conflito estético no desenvolvimento, na violência e na arte. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1994. 312p.

_____. Conferência: “Dream life”. In: FRANÇA, M. O. A.F.; MARRA, E.S. **Meltzer em São Paulo**: seminários clínicos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 15-28.

_____. **O desenvolvimento kleiniano III**: o significado clínico da obra de Bion. São Paulo: Editora Escuta, 1998. 182p.

PIERRET, J. Les significations sociales de la santé: Paris, l’Essone, l’Herault. In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. **Le sens du mal**: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris: Editions des Archives Contemporaines, 1986. p. 217-255.

PSYCHOSE. In: DICTIONNAIRE DE LA PSYCHANALYSE. Paris: Encyclopaedia Universalis et Albin Michel, 1997. p. 678-695.

PUIG-VERGÈS, N. **Aux sources de la psychose**: corporeité et pensée psychotique. Paris: Hommes et Groupes Editeurs, 1987. 402 p.

_____. **Autisme et psychoses precoces**. Lausanne: Editions de l’Institut de Perfectionnement, 1992. 152p.

_____. **Margaret S. Mahler**: une vie, une oeuvre. Marseille: Hommes et perspectives, 1993. 208p.

ROMANO, B. W. **O psicólogo clínico em hospitais**: contribuição para o aperfeiçoamento do estado da arte no Brasil. 1997. 133 f. Livre Docência – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

STERN, D. N. **O mundo interpessoal do bebê**: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 275p.

_____. **A constelação da maternidade**: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212p.

STRACHEY, J. Contribuição à teoria dos resultados terapêuticos da psicanálise. **Boletim Científico SPRJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 685-713, 1997.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G. Conceitos. In: _____. **Planejamento em Saúde**, v. 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998/2002. p.11-17. (Série Saúde & Cidadania).

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO. In: CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: Descrições

clínicas e diretrizes diagnósticas, 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996. p.367-369.

UCHOA, E.; ROZEMBERG, B.; PORTO, M. F.S. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, 2000, Rio de Janeiro. **Série Fiocruz: eventos científicos**, 2. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2000. p. 15-26.

YAMAMOTO, O.H.; TRINDADE, L.C.B. de O.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 217-246, 2002.