

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**MARIA IZILDA SOARES MARTÃO**

**ENCONTRO COM PAIS DE FILHOS COM TRAÇOS  
AUTISTAS: COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA  
EMOCIONAL**

São Paulo  
2009

MARIA IZILDA SOARES MARTÃO

**ENCONTRO COM PAIS DE FILHOS COM TRAÇOS  
AUTISTAS: COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA  
EMOCIONAL**

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração:  
Psicologia Clínica

Orientadora:  
Profª Livre Docente: Leila Salomão de La Plata  
Cury Tardivo.

São Paulo

2009

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  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Martão, Maria Izilda Soares.

Encontro com pais de filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional / Maria Izilda Soares Martão; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2009.

353p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Pais 2. Autismo 3. Diagnóstico 4. Procedimento de desenhos-estórias 5. Aconselhamento psicoterapêutico I. Título.

BF723.P25

Maria Izilda Soares Martão

Encontro com pais de filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Aprovada em:

#### BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Ao meu marido, Valdecir,  
“se eu pudesse viver minha vida  
novamente, eu a viveria como  
a vivi porque sou feliz”  
(Rubem Alves, 2004).**

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>a</sup>. Livre Docente Leila S. C. Tardivo, por suas contribuições ao longo dessa jornada e por me acolher no APOIAR, proporcionando a realização de muitos projetos. Admiro seu entusiasmo incentivando-me a produzir e divulgando nossas produções científicas sempre com muito carinho.

Ao Prof. Livre Docente Walter Trinca, por sua paciência, sua generosidade e dedicação demonstradas durante as discussões dos casos clínicos, por suas contribuições e sugestões. Agradeço pelo incentivo à pesquisa e na busca por conhecimento, pelo acolhimento e, principalmente, pelo respeito às minhas ideias. Sinto-me privilegiada por contar com sua presença na Banca Examinadora.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Célia Blini de Lima, pelas contribuições e sugestões dadas por ocasião do exame de qualificação, pelo incentivo e por toda colaboração nos estudos, nas discussões de casos e em alguns trabalhos realizados. Tenho muita admiração e muito respeito pelo seu trabalho, além de um carinho imenso por ter me acolhido nas horas difíceis.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Audrey S. L. Souza, por suas orientações técnicas e sugestões no exame de qualificação.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Elisa M. B. Villela, por suas contribuições e sugestões nas discussões dos casos clínicos, pelo incentivo, carinho e acolhimento nos momentos difíceis.

À psicóloga Cristina Maria F. M. Prestes, por suas contribuições e sugestões nas discussões clínicas, pelo carinho, e pelos horários cedidos no grupo de supervisão.

À psicanalista Teresa Rocha Leite Haudenschild, que muito contribuiu para a minha formação e experiência na clínica com autistas e pelas contribuições científicas enviadas.

À psicanalista Maria Cecília P. da Silva, pela gentileza e por disponibilizar suas interessantes produções científicas que enriqueceram minha pesquisa.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Iara Coelho Zito Guerriero, coordenadora do CEP/SMS, e à sua equipe, por aprovar o projeto que permitiu a realização desta pesquisa.

À Sra. Regina Guise de Almeida, por agilizar os trâmites necessários à pesquisa realizada no CAPS Infantil da Mooca, em São Paulo.

À psicóloga Márcia Ramos, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Infantil da Moóca, por sua receptividade. Também a agradeço por disponibilizar as informações necessárias para esta pesquisa e o local para o atendimento aos pais, viabilizando o contato entre a pesquisadora e os casais participantes.

À diretora Viviane Bueno da Cunha e à coordenadora da Escola de Autismo, Roseneide A. A. Soares, da Fundação Municipal Anne Sullivan, por viabilizarem a realização deste estudo, intermediando o contato com os pais das crianças e dos jovens autistas, e disponibilizando o local adequado para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao Dr. Décio de Castro Alves, coordenador do Programa de Saúde Mental e à coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Santo André, por viabilizarem nosso estudo.

Aos pais, participantes voluntários desta pesquisa e, aos demais, que confiaram em meu trabalho. Sem vocês, este trabalho não se realizaria.

À psicóloga Viviane Rosa de Lima, amiga de todas as horas, pelo incentivo à realização deste projeto.

À psicóloga e amiga Wadad A. H. Leôncio, sempre continente às minhas angústias, apoiando-me e brindando-me com suas valiosas sugestões.

À amiga querida Estela do Valle, por colaborar com meu bem estar físico, e ser continente às minhas angústias.

À Nancy Marton, minha sobrinha, que gentilmente realizou a tradução do resumo deste trabalho.

Ao casal, André Ferreira Silva e Sueli B. Silva, meus sobrinhos, sacrificando suas preciosas horas de descanso e lazer pela editoração deste trabalho.

À minha mãe, irmãs, cunhados e sobrinhos, por compreenderem minha ausência nas reuniões de família, nos eventos importantes de suas vidas e pelo apoio e incentivo à minha carreira.

À pequena Heloisa, que gentilmente realizou alguns desenhos ilustrativos e, que por falta de tempo, não foi possível incluir neste trabalho.

A todos os amigos que me incentivaram nesta jornada.

Aos meus filhos, Rodrigo e Ricardo, por compreenderem meu isolamento nos finais de semana e pela colaboração com este e outros trabalhos.

Ao Valdecir, meu marido, por colaborar e incentivar minha vida profissional e por estar sempre ao meu lado

## RESUMO

MARTÃO, Maria Izilda Soares. **Encontro com pais de filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional.** 2009. 353. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esse estudo tem por propósito conhecer aspectos do psiquismo dos pais de filhos com traços autistas, decorrente da experiência clínica da autora no tratamento de crianças e pais com essas características. Todos esses temas são discutidos na introdução do estudo, bem como são apresentadas as bases teóricas sobre as quais o trabalho foi desenvolvido. Seguindo uma metodologia clínica, foram realizados 10 estudos de caso, de ambos os pais, casados, cujos filhos apresentassem traços autistas. Os mesmos foram convidados a participar e foram submetidos aos procedimentos: entrevistas clínicas e o Procedimento de Desenhos-Estórias, em cada um dos pais em separado e uma Observação Familiar. Também foram obtidos dados a partir da consulta ao prontuário da criança ou jovem na Instituição. Os resultados obtidos, na maioria dos casos, revelaram dificuldades emocionais anteriores ao casamento e ao nascimento dos filhos, as quais retrataram: aprisionamento, intolerância à frustração, desvitalização, sentimentos de menos-valia, autoinvalidação, desligamento, evasão das emoções, agitação, depressão e outros aspectos emocionais que os conduzem à paralisação e a insatisfações em suas vidas. Esses parecem ser decorrentes de dificuldades individuais e conjugais, e às quais se somaram as desencadeadas pela condição do filho. Por outro lado foram também denotados no material de nove casos, desejos de mudança e movimentos de esperança. Como conclusão pode-se dizer da necessidade que os pais, participantes desse estudo, têm em receber tratamento psicológico que possa atender às peculiaridades de cada um. Uma compreensão mais ampla dos aspectos psíquicos dos pais pode, ainda, embasar programas preventivos e interventivos, de forma a lhes fortalecer a autoestima, a esperança e os desejos de mudança. Sugere-se também o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema.

Palavras-chave: Pais. Autismo. Diagnóstico compreensivo. Procedimento de Desenhos-Estórias.

## ABSTRACT

MARTÃO, Maria Izilda Soares. **An encounter with parents of children with autistic characteristics: understanding the emocional experience.** 2009. 353. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The purpose of this study is to know better the psychological aspects of parents of children with autistic characteristics; it is the result of the clinical experience of the author in treating children and parents with these characteristics. These themes are discussed in the introduction of the study as well as the theoretical basis for the development of the study. Following a clinical methodology, 10 case studies were carried out, of both parents who were married and whose children had autistic characteristics. The subjects were invited to participate and underwent the procedures: clinical interviews, Story-Drawing - for each parent individually and Family Observation. Data was also retrieved from the child or teenager's file at his or her treating institution. The results, in most of the cases, show emotional difficulties prior to the marriage and birth of the child, which portrayed: imprisonment, intolerance to frustration, lack of vitalization, feeling of under value, auto-invalidation, detachment, emotion evasion, agitation, depression and other emotional aspects which lead them to a holt and dissatisfaction in their lives. These seem to spring from individual difficulties, marital difficulties to which the difficulties generated by the child condition were added. On the other hand, in nine cases, desires for change and hope movements were found. As a conclusion, it is clear the need of the parents who participated in this study to have psychological treatment according to their individual characteristics. A broader understanding of the psychological aspects of the parents can serve as a basis for preventive and interventional programs, thus strengthening their self-esteem, their hope and the desire for change. New research on the theme is also suggested.

Key words: parents, autism, comprehensive diagnosis, Story-Drawing Procedures.

## RÉSUMÉ

MARTÃO, Maria Izilda Soares. **Rencontre avec des parents d'enfants atteints d'autisme: en comprenant l'expérience émotionnelle.** 2009. 353. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Cette étude vise à répondre à des aspects de la psyché des parents d'enfants atteints d'autisme, à partir de l'expérience clinique de l'auteur dans le traitement des enfants et des parents avec ces caractéristiques. Tous ces thèmes sont abordés dans l'introduction de cette étude, et en complément sont présentées les bases théorique sur lesquelles le travail a été développé. En suivant une méthodologie clinique, ont été réalisées 10 études de cas, des parents, mariés, dont les enfants avaient des traits autistiques. Ils ont été invités à participer et ils ont été soumis à des procédures: d'interviews cliniques et la Procédure Dessins-Histoires, dans chaque parents en séparé et dans une Observation Familiale. Des données ont également été obtenus à partir de la consultation des dossiers de l'enfant ou de l'adolescent dans l'Institution. Les résultats, dans la plupart des cas, ont révélé des problèmes émotionnels avant le mariage et de la naissance des enfants, qui ont été démontré: le piègeage, de l'intolérance à la frustration, la dévitalisation, les sentiments de perte de valeur, d'auto-invalidation, la déconnexion, l'évitement des émotions, l'excitation, la dépression et d'autres aspects émotionnels qui conduisent à la paralysie et l'insatisfaction dans leur vie. Ils semblent être dus à des problèmes individuels et conjugaux, et qui sont ajoutés à l'état déclenché par l'enfant. D'autre part, les désirs de changement et les mouvements de l'espoir ont également été signalés dans le document de neuf cas. En conclusion, on peut dire de la nécessité que les parents, participants de cette étude, ont à obtenir un traitement psychologique qui peut répondre à des particularités de chacun. Une meilleure compréhension des aspects psychologiques des parents peuvent, pourtant, embaser des programmes de prévention et d'intervention en vue de renforcer l'estime de soi, l'espoir et les volontés de changement. Il propose également le développement de nouvelles recherches sur ce thème.

Mots-clé: Parents. Autism. Diagnostic compréhensible. Procédure des Dessins-Histoires.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
1.1	Autismo Infantil: Referências no Campo da Psiquiatria Infantil	17
1.2	Autismo Infantil: Revisão Histórica na Psicanálise	19
1.3	A Relação Familiar: Compreensão Psicodinâmica	29
1.4	Processo Diagnóstico de Tipo Compreensivo	43
1.4.1	Entrevistas Clínicas	48
1.4.2	Entrevistas Clínicas Subsequentes	52
1.4.3	Procedimento de Desenhos-Estórias	55
1.4.4	Observação familiar	58
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS</b>	61
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	62
3.1	Estudo Qualitativo	62
3.2	Participantes	65
3.3	Procedimentos e Instrumentos	66
3.3.1	Entrevistas Clínicas	67
3.3.2	Procedimento de Desenhos-Estórias	68
3.3.3	Observação Familiar	69
<b>4</b>	<b>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS CASOS</b>	70
4.1	Caso 1 - Flávia	70
4.2	Caso 2 - Fernando	85
4.3	Caso 3 - Bianca	100
4.4	Caso 4 - Roberta	123
4.5	Caso 5 – Artur e Alexandre	137
4.6	Caso 6 - Pedro	158
4.7	Caso 7 – Cesar e Ricardo	178
4.8	Caso 8 - Nicolás	203
4.9	Caso 9 - Erick	228
4.10	Caso 10 - Juliana	241

<b>5</b>	<b>QUADRO DE APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....</b>	<b>260</b>
<b>6</b>	<b>SINTESE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>262</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>281</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>287</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>292</b>
	Anexo 1.....	292
	Anexo 2.....	347
	Anexo 3.....	348
	Anexo 4.....	351

## 1 INTRODUÇÃO

Nosso interesse em apreender o funcionamento psíquico dos pais foi mobilizado durante mais de vinte anos de trabalho com crianças e adolescentes autistas graves e com outros que apresentavam traços autistas, em uma clínica multidisciplinar.

Deparamo-nos com o sofrimento e com os impedimentos que os pais de autistas vivenciam: alguns apresentavam muitas dificuldades para manter uma rotina com o filho autista (estabelecer horários, limites, local de higiene, local para se vestir), outros tratavam seus filhos com oito, dez, doze anos, como se fossem bebês (usavam chupetas, dormiam na cama dos pais, ou com a mãe; utilizavam mamadeira para se alimentar, quando já comiam alimentos sólidos, alimentavam-se só de ‘salgadinhos industrializados’ e outras guloseimas; davam banho nos filhos e os trocavam, quando eles já o faziam por si só; atendiam seus pedidos ao menor gesto ou som, temendo suas reações e atitudes). As crianças e os adolescentes, na grande maioria, eram tratados como se não tivessem qualquer condição de compreensão e autonomia, embora demonstrassem que tinham, quando era de seu interesse.

Alguns pais apresentavam uma vida muito restrita: uns não tinham com quem deixar seus filhos, outros não confiavam em ninguém. Alguns casais revezavam os cuidados do filho, quando tinham compromissos sociais, mas, geralmente, era a mãe quem ficava com o filho ou ambos. Os pais trancavam armários, onde guardavam bolachas, sucos, outros alimentos, produtos de limpeza, ferramentas ou objetos perigosos, e as geladeiras. Viviam como prisioneiros dentro de suas casas, porque as chaves das portas e portões, permaneciam escondidas dos filhos para eles não irem à rua. Conhecemos um adolescente que desligava a ‘caixa de energia’ ou ‘de alarmes’ dos supermercados, escolas, hospitais e outros lugares, com muita agilidade. Algumas crianças só andavam de táxi, recusando-se a entrar em transportes

coletivos. Houve casos em que os pais, ao conhecerem a clínica, descreviam os filhos como: exageradamente agressivos, cruéis, terríveis de serem suportados e, deparávamo-nos com uma criança que não interagia e que se mostrava angustiada quando frustrada, mas nada comparada à descrição feita. O contrário também ocorria: a criança era descrita como comportada, boazinha e outras qualificações e nos deparávamos com uma criança de difícil trato.

Havia poucos pais que, apesar do sofrimento e das dificuldades, conseguiam ter uma vida mais satisfatória: trabalhavam, viajavam, iam a restaurantes, a festas e outros eventos sociais, levavam a criança ao supermercado, ao shopping, ao sacolão e a eventos sociais.

Na clínica, recebíamos pacientes de todas as classes sociais, pois algumas empresas mantinham o tratamento das crianças. A equipe multidisciplinar constava de: psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, professor de educação física, pedagogos, estudantes de psicologia, atendentes (que ajudavam na higiene dos pacientes, e na alimentação, quando necessário) e pessoas que auxiliavam na limpeza. Alguns permaneciam meio período e outros, período integral. Todos eram atendidos em psicoterapia psicanalítica individual, com 3 ou 2 sessões na semana, trabalho pedagógico adequado ao nível de desenvolvimento (individual, em dupla ou pequenos grupos de até 4 crianças, quando eles já apresentavam melhores condições), e os demais tratamentos eram oferecidos de acordo com as necessidades individuais, em pequenos grupos ou individualmente.

Dentre os pais, algumas mães necessitavam trabalhar, mas tinham sempre o impedimento relacionado ao filho. Apesar desse fato, algumas delas buscavam realizar algum trabalho nas casas próximas, no período de permanência da criança na clínica. Outras aguardavam durante quase cinco horas sentadas na recepção da clínica, e uma mãe dormia no jardim, enquanto o filho estava sendo atendido ou, ia ao shopping. Elas alegavam ser muito trabalhoso retornar a suas casas e voltar para buscar o filho.

Uma das grandes dificuldades observadas referia-se à compreensão de alguns pais sobre a importância do trabalho multidisciplinar, especialmente a psicoterapia. Como parte do trabalho, os pais eram atendidos uma vez por mês individualmente, e surgiram algumas propostas de grupo de pais. De início, todos vinham muito animados, porém, quando os assuntos começavam a se aprofundar, eles iam se afastando do trabalho e, muitas vezes, interrompiam os tratamentos dos filhos, mesmo tendo observado algumas evoluções neles. Tentar modificar a rotina a que estavam habituados era nossa maior dificuldade, dentre outras. Exemplificando: em relação à criança dormir na própria cama ou invés da cama dos pais, havia sempre justificativas de que ela acordava à noite e chorava, ou temores de que ela poderia morrer, ou acordar e mexer em objetos ou produtos nocivos. Entretanto, posteriormente, vinha à tona, que o motivo desse fato encobria dificuldades do relacionamento conjugal, assim a criança era o impedimento utilizado para manter o casal afastado.

Outra grande dificuldade era o encaminhamento desses pais à psicoterapia. Quase todos tinham condição, pois eram subsidiados pelos convênios das empresas, ou tinham recursos financeiros próprios. Observávamos que, quando a família assumia a necessidade do trabalho efetivamente e realizava novos manejos familiares, as crianças apresentavam evoluções. Para alguns pais, a evolução da criança, era assustadora. Todos esses fatos também são observados na clínica, com nossos pequenos pacientes ‘não autistas’ mas, em menor proporção. Analogamente, seria algo como ampliar com uma lupa os fatos observados na clínica com crianças sem traços autistas.

Outros fatos se associavam: esquecimentos dos pais com os horários de terapia dos filhos, com os horários das reuniões do casal, com o grupo de pais. O médico da criança, neurologista ou psiquiatra, era de livre escolha dos pais e geralmente era quem nos enviava os pacientes.

Alguns pais se sentiam tão inseguros no início do tratamento, sendo necessário recebê-los uma ou duas vezes por semana e, ainda, atendê-los por telefone, quando se sentiam confusos ao terem de tomar alguma decisão que envolvesse a criança. Também éramos e, ainda somos, frequentemente solicitados pelas escolas regulares, para orientar os professores e seus auxiliares em como lidar com autistas, após a lei da inclusão.

Deste modo, não podemos afirmar que esses pais eram despreocupados com seus filhos, ou que não eram afetuosos. Eles buscavam tratamentos e faziam o melhor que eles podiam, mas havia aspectos e situações que estavam além das suas possibilidades, por mais simples que nos parecesse e por mais que eles desejassem contribuir.

Os psicólogos, atendiam somente a dois pacientes autistas, individualmente, sob a supervisão clínica da Dra. Tereza Rocha Leite Haudenschild (analista didata da SBPSP<sup>1</sup>, analista de criança, adolescente, e de crianças autistas) apoiados nas concepções teóricas de Winnicott, Meltzer, Tustin, Bion, Haag, Alvarez e Reid.

Os motivos expostos nos levaram a realizar um estudo compreensivo para apreender a dinâmica do casal, a relação com o filho autista e as dificuldades dos pais de se comprometerem com o processo terapêutico do filho (MARTÃO; 2002). Utilizamos Entrevistas semidirigidas e o Procedimento de Desenhos de Família com Estórias de Walter Trinka (1978) como instrumentos de exploração diagnóstica. A pesquisa ocorreu em uma escola da rede pública especializada em crianças autistas. Foram voluntários cinco casais de pais de autista, sendo que um deles tinha um segundo filho, que na ocasião teve o diagnóstico de hiperatividade.

Os resultados obtidos no estudo apontaram algumas dificuldades emocionais nos pais: conflitos emocionais decorrentes de relações de objetos deficitárias, frágeis e conturbadas, dificuldades para estabelecer contato com o mundo interior, paralisação, sentimentos de

---

<sup>1</sup> Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo

menos-valia, concretude da mente, negação ou distorção do autismo, passividade, reedição de conflitos infantis, que, de alguma forma, repercutia na interação dos pais com o filho autista, na dinâmica do casal e na parceria com o tratamento.

Em nossa defesa do Mestrado (2002) foi sugerido pela Banca Examinadora, um estudo que incluísse um número maior de pais. Sugestão que acolhemos por estar em sintonia com nosso interesse: a apreensão ampla e profunda do mundo interno de pais de autistas, suas dificuldades e vivências emocionais.

Nossa experiência clínica tem demonstrado que as tentativas de interação com essas crianças e adolescentes são difíceis e suscitam angústias intensas, porque mobilizam sentimentos de impotência, frustração, solidão e outras emoções, em quem se propõe ao contato emocional. Apoiamo-nos nas teorias que sustentam que a convivência e a qualidade da relação entre pais e filhos, independente dos déficits de contato, estará sempre permeada pelas condições emocionais dos pais, interagindo com as condições emocionais dos filhos. Consideramos que as condições emocionais dos pais serão mais favoráveis à medida que eles estiverem em sintonia com seu ‘ser verdadeiro’ e com suas emoções.

Alguns estudos, por nós realizados, têm nos mostrado que há inúmeras dificuldades em ajudar os pais, cujos filhos apresentam autismo ou traços autistas, a se aproximarem de si mesmos para encontrarem sentido em suas vidas e, assim, encontrarem meios mais favoráveis de interação ou convivência com seus filhos. Dessa forma, nosso propósito no presente trabalho, refere-se a ampliar nossos conhecimentos acerca do psiquismo dos pais de autistas. Esperamos que esse estudo viabilize intervenções mais apropriadas a ajudá-los a se relacionar consigo mesmos e com seus filhos e que estimule novas pesquisas.

Assim, para atingir nossos objetivos, realizamos estudos de casos através do Diagnóstico de tipo Compreensivo, conceito exposto por Walter Trinca (1983). Utilizamos alguns procedimentos na realização desse processo: Entrevistas Clínicas, Procedimento de

Desenhos-Estórias (TRINCA, 1976) e Observação Familiar. Tivemos acesso ao prontuário do paciente, na Instituição e realizamos uma observação lúdica da criança ou do adolescente 'autista', como procedimento de inclusão ou exclusão no estudo. Essas observações lúdicas e as análises do Procedimento de Desenhos-Estórias individuais dos pais constam dos anexos.

Faremos uma breve introdução aos conceitos de Autismo Infantil e traços Autistas, Dinâmica Familiar, Diagnóstico de tipo Compreensivo, Entrevista Clínica, Procedimento de Desenhos-Estórias, Observação Familiar, Dinâmica Familiar, Conceito de 'ser interior' e outros por nós utilizados.

Inicialmente, vamos nos reportar à classificação de autismo nos manuais de Psiquiatria a fim de situar como essa enfermidade é descrita.

## 1.1 Autismo Infantil: Referências no Campo da Psiquiatria Infantil

O transtorno autista está classificado no DSM-IV-TR™ (2003, p. 99-103), sendo uma das patologias descritas no âmbito dos Transtornos Globais do Desenvolvimento: autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner (299.00). As características diagnósticas que definem o autismo infantil referidas nesse manual reportam-se a comprometimentos no desenvolvimento ou anormalidades acentuadas quanto à **qualidade**<sup>2</sup> da interação social, da comunicação e da restrição relativa às atividades e aos interesses.

Ressaltamos os aspectos de: **comprometimento qualitativo da interação social recíproca**<sup>2</sup>, como condição que se expressa de forma ampla e persistente através da **ausência da busca espontânea pelo prazer compartilhado, pelo interesse em outras pessoas e, a**

---

<sup>2</sup>grifo nosso

**não compreensão das convenções que norteiam a interação social e a comunicação,**\* entre outros elementos que podem ocorrer com maior ou menor ênfase em cada indivíduo autista.

O Manual elenca alguns comportamentos que circunscrevem o autismo infantil: a manifestação ocorre antes dos três anos de idade, com atrasos do funcionamento normal em uma (ou mais) área: interação social, linguagem comunicativa, jogos simbólicos ou imaginativos, e, as anormalidades do desenvolvimento são percebidas já no primeiro ano de vida.

O transtorno de Asperger (299.80) obedece aos mesmos critérios diagnósticos do autismo, acrescido de dois aspectos diferenciais: a ausência de atrasos na aquisição da linguagem e a não ocorrência de atrasos significativos dos aspectos cognitivos nos três primeiros anos de vida (299.80).

A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, 1993) considera o autismo infantil um transtorno invasivo do desenvolvimento (F.84.0), classificando-o dentre os **transtornos do desenvolvimento psicológico\***. As diretrizes diagnósticas referem-se: ao ‘desenvolvimento anormal’ que ocorre antes dos três anos de idade, ao prejuízo na interação social, na comunicação e à presença de comportamento restritivo e repetitivo.

A síndrome de Asperger (F.84.5), na CID-10, contempla os mesmos requisitos de classificação do transtorno autista, diferenciando-se “por não haver nenhum atraso ou retardo global da linguagem e do desenvolvimento cognitivo.” (OMS, 1994, p. 252).

Apesar de nossos estudos não terem como objetivo o aprofundamento nas questões pertinentes à classificação psiquiátrica e tampouco a etiologia do autismo, entendemos a relevância de tais citações justamente por elas serem descritas e classificadas nesses manuais.

---

\* Grifo nosso.

## 1.2 Autismo Infantil: Revisão Histórica na Psicanálise

O autismo infantil, desde a descrição efetuada por Kanner (1943) e posteriormente pelos inúmeros estudiosos que prestaram contribuição ao tema, é alvo de controvérsias. Trata-se de um tema complexo e polêmico, dado sua natureza. As complicações ocorreram pela utilização de diferentes critérios na realização dos estudos sobre autismo, resultando em interpretações que dificultaram a sua compreensão conceitual e as condutas de tratamento mais apropriadas para as crianças e adolescentes que apresentam indicativos de autismo infantil.

Decorridos quase sete décadas de estudos e reflexões acerca do tema, encontramos-nos diante de muitas interrogações e incertezas em relação a sua etiologia e tratamento.

Neste trabalho, temos por objetivo situar o ‘autismo infantil’ e suas manifestações dentro do referencial psicanalítico, destacando alguns estudiosos que prestaram contribuições ao tema.

Mencionamos, em trabalho anterior (MARTÃO, 2002), que o termo ‘autismo’ foi utilizado por Bleuler (1911) para descrever um dos sintomas presentes nos quadros graves de esquizofrenia de adultos: afastamento da realidade e recolhimento para dentro de si.

O termo ‘autismo infantil precoce’ surgiu após um estudo realizado por Leo Kanner (1943). Ele utilizou o método descritivo para diferenciar a deficiência mental inata do autismo infantil. Esse trabalho teve relevância à compreensão da psicopatologia infantil porque Kanner (1944) foi pioneiro em descrever alguns comportamentos observados em 11 crianças portadoras de autismo infantil. Essas crianças apresentavam: isolamento intenso desde o início do desenvolvimento, a ausência ou o uso da linguagem sem significado e ‘perseveração obsessiva da mesmice’. As crianças autistas não estabelecem laços afetivos com as pessoas,

comportando-se com indiferença ou como se elas não existissem. Elas não mantêm contato visual, elas olham através das pessoas, utilizam-se delas como se elas fossem prolongamentos do próprio corpo ou objetos. As crianças autistas optam pelo uso de alguns objetos, ignorando a pessoa presente. Kanner afirmou que, no grupo de pais das crianças estudadas, havia poucos pais que os amassem. Assim, Kanner de início, inferiu que a etiologia do autismo tinha suas raízes nos fatores ambientais (ALVAREZ, 1994). Em 1973, Kanner sugere a exploração bioquímica na etiologia do autismo.

Mahler (1982), psicanalista de orientação freudiana clássica, dedicou-se ao estudo de bebês normais interagindo com suas mães e elaborou uma escala que abrange o desenvolvimento dos três primeiros anos de vida da criança. A escala possui três etapas: 1- 'fase de autismo normal' ou 'fase de indiferenciação' (de 0 a 2 meses), período em que o recém-nascido não distingue entre realidade interna e externa, assim, bebê e também não discrimina o que provém do mundo externo ou do seu interior; 2- fase simbiótica (entre 2 a 5 meses), em que há a tênue percepção do bebê de que suas necessidades instintivas e as tensões decorrentes são aliviadas pelo objeto externo. É uma fase de confusão entre: o que é a mãe (objeto externo) e o que é o bebê; 3 – fase de separação-individuação, subdividida pela autora, em quatro subfases ou etapas. A primeira subfase denominada 'diferenciação', porque o bebê, através da maturação parcial de suas funções motoras adquire maior percepção de ser um indivíduo separado de sua mãe. Este período abarca o desenvolvimento entre cinco e seis meses, e prossegue até os dez meses de idade. A subfase denominada 'exploração', tem início por volta dos dez meses e caracteriza-se pelo aumento do desempenho das habilidades motoras e exploração do ambiente (das pessoas e dos objetos inanimados). Observa-se na criança a necessidade de afastar-se da mãe por curto período de tempo e retornar ao seu encontro. A terceira subfase, denominada 'reaproximação' ocorre entre os quatorze e quinze meses e prossegue até os vinte e dois meses. A característica principal desta fase refere-se ao

prazer do domínio que a criança exerce sobre o ambiente e a expressão da ansiedade de separação decorrente da consciência de ser um indivíduo. Há por parte da criança resistência em aceitar substitutos maternos. Mahler (1982) afirma que a criança apresenta grande necessidade de partilhar com a mãe todos os aspectos de sua vida. A última subfase engloba o período entre vinte e dois e trinta e seis meses, e se caracteriza pelo incremento da comunicação verbal, do mundo de fantasia e dos critérios de realidade. Observa-se também a distinção entre o estabelecimento de representações mentais do self e as representações de objeto, as quais propiciam a constância objetal.

O resultado do estudo de Mahler, comparado com o resultado de observações de crianças psicóticas, levou a autora a concluir que perturbações na fase de ‘autismo normal’ desencadeiam o ‘autismo infantil patológico’, e que as perturbações na fase simbiótica, levam à confusão e à indiferenciação entre o ‘self’ e o ‘não-self’, culminando com a psicose simbiótica.

Esther Bick (1991) foi a primeira psicanalista a efetuar observações em bebês e suas mães, formulando o conceito de ‘identificação adesiva’, após observar que algumas crianças buscavam um contato epidérmico com a mãe como uma forma de continente. Suas descobertas contribuíram para a compreensão da dinâmica de pacientes autistas, apesar de ela não desenvolver teorias sobre autismo infantil.

Meltzer (1984), que pertenceu à Sociedade Britânica de Psicanálise, formulou uma teoria sobre autismo infantil. Ele partiu do pressuposto de que há o estado autístico propriamente dito e o estado residual ou pós-autístico. Para esse autor, no estado de autismo, há uma suspensão imediata e transitória da atividade mental, promovendo sua paralisação. Há ainda uma intensa utilização de mecanismos de segmentação, os quais têm por finalidade destituir o objeto de significado emocional. Desta maneira, o aparato psíquico, torna-se

deteriorado em seu funcionamento, passando a estabelecer relações segmentadas com o objeto, evitando tanto as angústias quanto a dor mental.

A manobra autística é o próprio estado pós-autístico ou residual. Considerada uma seqüela do autismo, ela se agrava de acordo com o grau de intensidade e de utilização. O atraso que ocorre no desenvolvimento estaria relacionado à impossibilidade da diferenciação do “self” e do objeto, sendo que este é percebido como plano, sem espessura e sem interior (MELTZER, 1984).

A etiologia do autismo, de acordo com Meltzer (1984), recai sobre os fatores intrínsecos da criança, considerando-a impedida de usufruir as experiências proporcionadas pelo objeto.

Francis Tustin, renomada psicanalista inglesa, atendeu crianças com autismo psicogênico, a partir dos anos cinquenta e supervisionou inúmeros casos atendidos por outros psicólogos. Ela, ao constatar que seus referenciais kleinianos (teórico e prático) não se aplicavam ao trabalho com crianças autistas, recorre à teoria de Mahler, para sustentar sua prática clínica (TUSTIN, 1976, 1984, 1987).

De início, a autora refere que a etiologia do autismo estaria relacionada à interação entre os fatores constitucionais, eventos da infância primitiva e à qualidade de proteção materna disponível ao bebê.

Para Tustin (1975) a patologia autista é fruto de uma “experiência de nascimento mental prematuro”, porque ocorre em uma fase do desenvolvimento primitivo na qual predominam as identificações de tipo adesivas (BICK, 1991), considerando que o bebê não tem consciência do ‘eu’ e do ‘não-eu’. Ela reconheceu o estado confusional como um estado psicótico. Nas psicoses simbióticas ou estados confusionais, ela pressupõe que as experiências de relação estabeleceram-se de uma maneira muito insegura ou inconsistente, em que a dupla

mãe-criança encontrava-se em estado de fusão e a criança já possuía um incipiente senso da consciência de separação.

Apoiada na teoria de Bick (1975), Tustin concebe o autismo como “um estado de sensação dominada e centrada no corpo que constitui a essência do self” (TUSTIN, 1984, p. 13). Ela sustenta que os objetos do mundo externo são experimentados e observados como uma parte do próprio corpo da criança e sem existência própria. Esses objetos se referem à coisas ou a pessoas.

Posteriormente, influenciada pelos estudos sobre observações de bebês desenvolvidos por Brazelton (1970), Bower (1977), Trevarthen (1979) e Stern (1986), a autora revê seu posicionamento teórico sobre a existência de um ‘estado autista primário absoluto’.

Assim, Tustin (1990) substitui o termo ‘autismo normal’ por ‘auto-sensual’ para se referir à fase normal de desenvolvimento, reservando o termo autismo somente à patologia.

Em seus últimos trabalhos (1989 e 1990), publicados em 1990 e 2006, Tustin ateu-se à compreensão dos **aspectos protetores**<sup>3</sup> do autismo: são manobras criadas pela própria criança autista com o propósito de produzir sensações corporais como girar o próprio corpo e os objetos, balançar o corpo ou parte dele, movimentos com as mãos, arrastar-se sobre as nádegas, masturbação e outras formas de movimentos estereotipados. A autora faz uma distinção da ‘masturbação usual’ por não ser acompanhada de fantasias. Ela conclui que essas manobras manipulatórias perseverativas funcionam como uma muralha protetora, mantendo-os aprisionados em um mundo próprio, isolados por essas sensações corporais que não podem ser compartilhadas com outras pessoas. Em contrapartida, uma vez construída a armadilha, não há meios de se livrar dela (TUSTIN, 2006).

O autismo é “[...] uma proteção auto-sensível de um tipo reflexo-automática, inato em todos nós, porém que pode tornar-se extremado de forma maciça e excludente que origine

---

<sup>3</sup> Grifo nosso.

uma patologia.” (TUSTIN, 2006, p. 48). Ela denomina a ‘manobra autista’ de ‘encapsulamento autista auto-gerado’ sendo uma forma de proteção para evitar a dor e o sofrimento do bebê frente à consciência de separação da mãe nutrícia. Assim, elas fazem uso excessivo do ‘encapsulamento autista auto-gerado’ como subterfúgio para se livrar das sensações relativas às experiências infantis traumáticas sentidas intoleráveis.

A partir da reformulação teórica, a autora estabelece um critério diagnóstico diferencial entre autismo e esquizofrenia infantil. Ela postula que o estado autístico é a tentativa em busca de proteção (cápsula protetora) frente às experiências sentidas pelas crianças como terroríficas. Essa ‘proteção’ é encontrada através de sensações corporais próprias (manobras autistas), auto-geradas. Além de propiciar o aprisionamento, também impede que a criança desenvolva noções de dependência do outro. Assim, “as crianças autistas constroem seu próprio exílio e colocam em si mesmas suas camisas de força.” (TUSTIN, 2006, p. 48)\*.

A esquizofrenia infantil tem, como traço diferencial, a excessiva dependência e a ilusão de se confundir no corpo de sua mãe (confusão entre ‘eu’ e ‘não-eu’).

Tustin, (1990, 2006), refere que algumas crianças psicóticas podem fazer uso do encapsulamento autista, entretanto, ela acrescenta que, concomitantemente, fazem uso de outras formas de proteção, ao passo que, as crianças autistas fazem uso exclusivo e intenso do encapsulamento. Ela afirma que o autismo descrito por Kanner é uma síndrome muito rara de ser encontrada (2006). Outra afirmação da autora diz respeito aos adultos considerados ‘normais’ terem ‘cápsulas autistas’, atuando como um aspecto da personalidade (1990).

Os termos: objetos autistas e figuras autistas também sofreram modificações conceituais. O primeiro foi denominado de ‘objetos autistas de sensação’ e o segundo, de ‘formas autistas de sensação’ (TUSTIN, 2006).

---

\*Tradução livre.

Winnicott prestou inúmeras contribuições teóricas, com suas reformulações muitas vezes polêmicas e revolucionárias, à psicanálise e à psiquiatria infantil. Ele postulou que o autismo “é uma perturbação do desenvolvimento emocional, que ocorreu tão precocemente” que algumas crianças poderão apresentar alguns aspectos que nos fazem pensar que elas são intelectualmente deficientes, enquanto outras demonstrarão sinais de ‘brilhantismo intelectual’ (2006, p. 242).

Em uma conferência proferida à Sociedade de crianças autistas de Leicester, Winnicott (1975) argumenta que ‘autismo’ não é sinônimo de enfermidade. O autor demonstra ressentimentos quanto ao uso do termo ‘autismo’, alegando que rotular uma criança em desenvolvimento é a maior falha da psiquiatria. Ele, em sua ampla prática clínica, deparou-se com ‘centenas de casos’ cujos pacientes demonstravam tendências indicativas de ‘autismo’, porém se desenvolveram favoravelmente. Assim, o autismo deixa de ser considerado uma patologia e passa a compor o rol de dificuldades pertencentes ao desenvolvimento emocional.

Ao que nos parece, há uma preocupação do autor ao rotular crianças através dos sintomas manifestos, considerando-se que tais sintomas também fazem parte do desenvolvimento normal e o que difere a patologia da normalidade é a intensidade destes sintomas. Então, Winnicott (2006) sugere a necessidade de o profissional compreender os sintomas e poder relacioná-los com as fases do desenvolvimento normal do paciente, antes de transformar o diagnóstico em um equívoco. O essencial é o exame de cada caso, observando-se e estudando-se os detalhes subjacentes. Fazendo uma analogia, a observação deve ocorrer através de ‘um microscópio’ para se detectar os aspectos ocultos. Winnicott (1975) esclarece que, no autismo, houve prejuízos ou uma distorção em alguma etapa do processo de desenvolvimento emocional e é sobre esse fator que o observador deverá se debruçar antes de rotular a criança.

Winnicott (1975) apoia-se nas suas observações, resultantes de décadas de trabalho no setor de psiquiatria infantil e na observação do desenvolvimento emocional normal de crianças, para afirmar que as nuances que compõem a história da mãe e de seu filho resultam em uma variedade de organizações emocionais que obedecem a graus de intensidade ou de sintomatologia. Ele sustenta que ‘não existe uma enfermidade denominada autismo’, entretanto, considera que o termo pode ser apropriado para designar os extremos pouco comuns de um fenômeno universal.

Deste modo, a etiologia das dificuldades do desenvolvimento recai sobre o intercâmbio entre alguns fatores: a história do desenvolvimento emocional e a interação do processo de maturação de cada criança entrelaçada aos cuidados ambientais que favorecem ou dificultam o processo de maturação. As falhas que ocorrem nesta etapa desencadeiam ‘catástrofes’ de cunho particular para o bebê.

Winnicott (2006) reconhece que alguns bebês apresentam desenvolvimento satisfatório, ainda que tenham recebido cuidados insatisfatórios ou precários, devido às suas tendências herdadas. Entretanto, o fator de maior peso para o desenvolvimento emocional, ou seu fracasso repousa na qualidade dos cuidados primários, ou na provisão ambiental. E sobre esse fato o autor escreve:

[...] de início, o bebê necessita da atenção plena de sua mãe e geralmente é o que ele recebe; e, neste período se alicerçam as bases da saúde mental, que se estabelece detalhadamente, mediante o esforço permanente através da continuidade de uma rotina de cuidados que contém os elementos essenciais. (p. 253)\*

Alvarez (1994) concebe a etiologia do autismo relacionada à interação entre fatores inatos e ambientais. Ela sustenta que as relações de objeto ocorrem a partir de possibilidades de interação, tanto por parte do bebê quanto da mãe. Estas são responsáveis pelos processos

---

\* Tradução livre.

que podem resultar em crescimento, mudança e inovação na qualidade emocional da mente, ou, por aqueles que culminem em deterioração do desenvolvimento, fazendo com que certas partes da mente permaneçam perdidas.

Alvarez (1994) tece conjecturas sobre alguns casos de autismo estarem relacionados: tanto à depressão, vivenciada pela mãe, quanto à dificuldade do bebê em não poder diferenciar a não responsividade momentânea da mãe, da performance de uma mãe indiferente, fria e insensível. Entretanto, a autora não descarta a possibilidade de que há “[...] desde o começo [...] em seu cérebro algo de frágil que o torna tão vulnerável.” (ALVAREZ, 1994, p. 30)\*.

Há um trabalho desenvolvido na clínica Tavistock, em Londres, com crianças autistas ou com defasagens de desenvolvimento (Ibid.), cuja preocupação dos profissionais que o desenvolvem concentra-se na busca e compreensão das características individuais que estes pacientes apresentam, naquilo que os distingue: as diferenças peculiares que compõem o ‘seu autismo’ (ALVAREZ; REID, 1999).

As autoras (Idem), referendadas por Bion, sustentam a ideia de as crianças autistas possuírem uma parte da personalidade intacta, não-autista, e que essa parte se entrelaça com o autismo. Esta parte não-autista (parte saudável) pode fazer um uso patológico ou abusivo dos sintomas autistas, ou pode se opor a eles e fazer esforços para reduzir a sua influência. Afirmam ainda que “o estado da mente autista flutua de momento a momento no interior de qualquer indivíduo com autismo.” (p. 3).

As autoras concebem o autismo como “[...] uma condição severa que afeta crianças de maneira maciça em seu desenvolvimento mental e emocional.” (ALVAREZ; REID, 1999, p. 1). Estas crianças não se relacionam emocionalmente de forma normal com as pessoas; não se comunicam de forma usual, não brincam e quase sempre apresentam rituais e comportamentos repetitivos (Ibid.). Dessa forma, o autismo é visto “[...] como uma disfunção

de intersubjetividade (BARON-COHEN, 1992; TREVARTHEN et al., 1996; ALVAREZ; REID, 1999), como a falta de senso de outras pessoas”, pois estas crianças apresentam impedimentos “do senso normal de curiosidade baseado na emoção e no desejo de relações interpessoais.” (p. 2). As crianças autistas “[...] parecem não ter um senso suficiente de que há um mundo no qual há pessoas com mentes que poderiam ser interessantes para elas e interessadas nelas.” (p. 1). Esta condição, que parece estar ausente nas crianças autistas, é primordial para o desabrochar da mente humana, permitindo ocorrerem pensamentos, lembranças de experiências e uma inter-relação entre ambos para que se desenvolva a vida de fantasia (ALVAREZ; REID, 1999).

Quando o desenvolvimento segue seu curso usual, as habilidades sociais e de comunicação e a interação compartilhada manifestam-se muito cedo na vida dos bebês, em consonância com cada etapa do desenvolvimento. Estas aquisições norteiam e proporcionam condições para a criança imaginar, interpretar e reconhecer sentimentos e intenções em outras pessoas, possibilitando a comunicação verbal e o “faz de conta”. Suas ações adquirem uma intenção e elas podem reconhecer o que é similar e o que é diferente. Estes fatos apontam para o desenvolvimento de um mundo interior (ALVAREZ; REID, 1999).

As crianças autistas não possuem um mundo interno rico em experiências e fantasias e um lugar onde guardá-las. Elas não demonstram recursos para interagir de forma ‘viva’ com outras pessoas e se afastam de possibilidades em que novos pensamentos podem proporcionar-lhes novas experiências. Reid (1999) conjectura sobre a possibilidade de existência de um mundo interno, apesar de ele se encontrar inacessível, ainda que de forma frágil ou instável.

Atualmente, na literatura psicanalítica e nos congressos sobre autismo, é usual a utilização dos termos ‘traços autistas’ e ‘características autistas’ ao referir-se ao diagnóstico da criança. Essa nova designação vem ocorrendo porque há variação na intensidade do uso

desses aspectos pela criança, e também pela raridade de se encontrar crianças como as descritas por Kanner. Tustin (2006) e Alvarez (1992) referiram-se à intensidade no uso de manobras autistas e objetos autistas pelas crianças com autismo.

### **1.3 A Relação Familiar: Compreensão Psicodinâmica**

*[...] A maturidade não é uma conquista estática. Em situações críticas da vida, emergem em todo o indivíduo aspectos do funcionamento primitivo, de natureza psicótica. A intensidade e permanência destes estados gerarão maior ou menor grau de transtornos adaptativos e estão ligados às experiências infantis. Se, em um momento regressivo, o sujeito puder retornar a uma base afetiva 'suficientemente boa', resgatará a tranqüilidade para seguir em frente.*

Pereira (2008, p. 88)

Temos por objetivo compreender a dinâmica do casal, sob a óptica psicanalítica e outros referenciais teóricos. Um conceito largamente empregado por autores de diferentes linhas teóricas de que toda família tem início com a união de duas pessoas (um casal) e, posteriormente, nela se incluem os filhos.

Considerando que o foco do nosso estudo é retratar a vivência emocional dos pais, faremos um breve relato sobre algumas teorias que se referem às relações conjugais e à parentalidade.

O casamento, ou a união entre duas pessoas pode contribuir para o desenvolvimento da personalidade, ou para a elaboração de conflitos emocionais primitivos do casal. As

escolhas do parceiro são permeadas por fatores inconscientes e, dentre esses, deparamo-nos com aspectos saudáveis e patológicos. A escolha do parceiro contempla: os impulsos, as fantasias e os mecanismos defensivos de cada pessoa. Compartilham desse ponto de vista, Andolfi et al. (1989), Anton (1998), Menghi (1989), Pincus e Dare (1981).

No casamento, estão implícitos dois contratos: o primeiro diz respeito àquilo que é conhecido e, portanto, consciente. O segundo refere-se ao contrato secreto ou desconhecido referentes aos aspectos da infância, como medos e anseios inconscientes que se configuram em uma re-inscrição dos conflitos infantis (PINCUS; DARE, 1981).

Para atingir a diferenciação, encontrar o espaço pessoal e a própria identidade, o indivíduo necessita vivenciar um longo processo que envolve trocas com o outro, crescer e ter conhecimento sobre si. Entretanto, podem ocorrer escolhas que, ao invés de proporcionar a individuação, promovam outras formas de relações, as quais têm por finalidade dificultar a diferenciação ou manter estados de fusão ou confusão (MENGHI, 1989).

O sistema familiar é um sistema dinâmico e, portanto, sujeito a constantes mudanças. As mudanças que ocorrem com maior frequência dentro de um sistema familiar referem-se a nascimentos de filhos, filhos saindo de casa, menopausa, morte de pessoas da família, enfermidades incuráveis (físicas ou mentais) em pessoas da família e outros, e requerem um processo de adaptação e elaboração por parte das pessoas envolvidas nestes processos (ANDOLFI, 1979; SOIFER, 1994).

Meyer (1983), afirma que podemos perceber a vida psíquica de uma pessoa como o resultado do estabelecimento e do desenvolvimento de objetos internos, ou seja: a vida psíquica ‘contém as relações objetais’ e as manifesta verdadeiramente. Para ele, a vida mental nada mais é do que a expressão da experiência emocional vinculada às relações de objeto juntamente com as defesas oriundas desta experiência.

O autor afirma “[...] que a dinâmica do relacionamento do casal tem a propensão de tornar-se a dinâmica familiar.” Portanto, o casal “[...] é de fato o ‘veículo de transporte’ das expectativas e necessidades que foram cunhadas numa situação ancestral.” (p. 21-22). Mais adiante, ele argumenta que o casal é uma fonte de dinâmica e o bebê, antes mesmo de seu nascimento, está incluído nas fantasias dos pais. Após o nascimento, as demandas do bebê provocam alterações na dinâmica do casal. Como o relacionamento é uma via de mão dupla, essas alterações repercutem no bebê. O casal tenta manter vivas as suas fantasias e expectativas através do bebê. Portanto:

[...] é no interior da família nuclear, através de seus participantes, que podem ser feitas tentativas no sentido de trazer à tona para recuperá-los, os objetos temidos e amados, conflitantes, ambivalentes, bons e maus, que controlam os objetos do mundo interior e que se originam na família ancestral. (MEYER, 1983, p. 21-22).

Finalizando, conclui Meyer (1983) que o conflito internalizado de um indivíduo pode ser externalizado através de conflitos interpessoais entre os membros de uma família. Por se tratar de um fenômeno inconsciente, os familiares tanto colaboram para a manutenção das fantasias, que estão contidas nesse fenômeno, quanto criam mecanismos defensivos que têm por função a complementaridade para apoiar a fantasia inconsciente.

Maria Cecília P. da Silva (2006), refere que há um “aparelho psíquico familiar, que é genético e estrutural e tem a função de ‘uma matriz de sentido’ para conter e servir de “sustentáculo primário às psiques dos indivíduos que nascem no seio de uma família.” (p. 226).

Todos os autores citados até o momento têm em comum a ideia da constituição familiar como resultante do desenvolvimento emocional individual de cada indivíduo que compõe o casal. Assim, a dinâmica do casal retrata a interação dos aspectos emocionais

individuais da dupla. É neste cenário vivo, originado pela dinâmica do casal, que se insere o nascimento de filhos e desabrocha a parentalidade.

A “parentalidade é produto do parentesco biológico e do processo de tornar-se pai e mãe” e seu significado direciona-se “[...] para além da procriação e da função biológica.” Ele objetiva contemplar: “[...] a função parental e a ideia de parentesco, e a história de origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento” (SILVA, Maria, 2008, p.9).

No início, compete à mãe dedicação intensa ao seu bebê e abdicar de sua individualidade para oferecer cuidados que promoverão o desenvolvimento e o bem estar dele. É através dos primeiros contatos entre mãe e bebê, que ambos vão configurando as bases para uma interação que satisfaça as necessidades reais e emocionais do bebê. É de extrema importância que a mãe esteja em um estado emocional regredido (WINICOTT, 1993), para compreender as necessidades de seu bebê, nomeá-las e lhe proporcionar condições física e psíquica tranquilizadoras. O autor também se refere à importância do pai como provedor e sustentáculo às necessidades da mãe, sua esposa, considerando que a existência de um bebê depende de um casal, que está inserido em um contexto emocional e social (WINNICOTT, 1982).

Poderíamos descrever as ideias de inúmeros outros autores que se reportam à dinâmica do casal e suas repercussões no desenvolvimento da criança. Entretanto, optamos pela descrição de alguns trabalhos que vêm sendo realizados, no âmbito da clínica, com crianças muito prejudicadas em seu desenvolvimento emocional e suas famílias.

Alguns trabalhos que vêm sendo desenvolvidos com pais de crianças autistas consistem em ajudá-los a readquirir suas condições emocionais, melhorar a autoestima, lidar com a culpa sentida, com a impotência, com a frustração e outras emoções que causam impactos em suas vidas. Outros, com a intenção de prevenir as manifestações de desânimo e

outros sentimentos nos pais, propõem identificar os elementos que poderão se configurar nos impedimentos de contato.

A grande confusão sobre a etiologia do autismo começou quando Kanner (1943) afirmou que, no grupo de pais de 11 crianças autistas, poucos amavam seus filhos. Daí decorreram teorias de que os pais das crianças autistas eram frios e intelectuais. Talvez, o grande equívoco ocorrido referiu-se que aqueles “pais não afetuosos”, mesmo representando a maioria daquele pequeno grupo estudado, de fato não representava “a grande maioria dos pais de crianças autistas” e, tampouco, que esse aspecto (falta de amor?) constatado naqueles pais, fosse o causador da patologia autista. A psicanálise se propõe a intervir no âmbito do impedimento que os autistas têm em compartilhar de interações sociais.

Nossa experiência clínica tem nos mostrado que os pais apresentam impedimentos variados que contemplam desde dificuldades com a rotina de vida até dificuldades emocionais pessoais e conjugais e, nosso objetivo consiste na apreensão do psiquismo deles e, se possível, aliviar o sofrimento e os impedimentos demonstrados (MARTÃO, 2002). Investigar e compreender o sofrimento humano e contribuir de alguma forma para aliviá-lo, consiste em um dos compromissos do psicólogo enquanto clínico e pesquisador, e da psicologia como ciência (TARDIVO, 2007).

Solis-Ponton (2004) afirma: “[...] a criança constrói e parentaliza os pais ao mesmo tempo em que ela se constrói. Mesmo que dependa da mãe, como vimos, ela não é um receptáculo passivo dos cuidados maternos.” (p. 32).

Tustin (2006) descreveu sobre sua experiência no contato com os pais de alguns de seus pacientes autistas. Ela não atendia os pais quando tinha a criança como paciente, porém, ela relata que recebia correspondência que eles lhe enviavam, durante o processo ou após o término, para mantê-la informada dos progressos e da condição do paciente. Ela cita também na p. 91, uma carta que ela (Tustin) endereçou a uma mãe de um de seus pacientes,

esclarecendo a adaptação da técnica psicanalítica no atendimento da criança autista e às reações do paciente.

Rustin (2000), diretora de estudos de pós graduação da Clínica Tavistock, em Londres, ressalta a importância dos cuidados oferecidos aos pais dos pacientes que recebem tratamento. A autora refere que na qualidade dos cuidados oferecidos aos pais, insere-se a atitude de 'boas relações' entre os profissionais que estão envolvidos com a criança: “[...] profissionais de saúde, de educação e de serviço social.” (p. 11). Ela sustenta a importância de um trabalho habilidoso com os pais como uma condição fundamental na eficácia da intervenção dada à criança e, na contribuição ao tratamento, oferecida pelos pais, após se sentirem compreendidos e apoiados.

Alvarez (1999) refere-se à necessidade de realizar um trabalho com os pais de crianças autistas, ou com características autistas brandas, alegando que eles precisam ser contidos em suas angústias relativas ao ritmo e as exigências que a criança possa suportar. A autora também refere que o nível de trabalho desenvolvido com os pais depende das condições emocionais que eles apresentam: *“se os pais não estão numa posição depressiva, é inútil falar numa linguagem depressiva; é mais eficiente usar a linguagem da posição esquizoparanoide”* (p.69). Na colocação de Alvarez, há um alerta sobre a necessidade de escuta e de adaptação no 'trato com os pais', por parte do profissional.

Reid (1999), através de sua experiência com famílias de crianças autistas, corrobora a necessidade de observar a dinâmica familiar, pois o importante, segundo a autora, é identificar a natureza das dificuldades na família, para que se possa intervir terapêuticamente no sentido de resgatar alguma possibilidade de interação entre a criança autista e sua família. A autora desenvolve um trabalho na Clínica Tavistock, que tem como procedimento a avaliação prolongada da criança e da família. Poderíamos descrevê-la como uma observação participativa, pois, Reid, desde o primeiro encontro, faz intervenções com o objetivo de

restabelecer a interação entre pais-criança-irmãos. Tivemos a oportunidade de assistir a um vídeo do trabalho de Reid, ao participarmos de um Workshop de Autismo na Clínica Tavistock. Trata-se de uma psicóloga muito sensível e habilidosa no manejo dos impedimentos na interação entre a criança e seus pais (MARTAO, 1999).

Amy, psicóloga de grupo e de família, de base psicanalítica, atua na clínica e no âmbito hospitalar do setor público de psiquiatria infanto-juvenil em Paris. A autora (2001), através de sua experiência clínica com famílias de autistas, afirma que tanto um bebê pode ‘reagir mal’ diante das dificuldades emocionais da mãe (independente da natureza dessas dificuldades) e apresentar sequelas, quanto uma mãe cuja ‘disponibilidade maternal’ seria inquestionável, pode sucumbir com um bebê “... *insatisfeito ou indiferente que, parece rejeitá-la*” (AMY, 2001, p. 83).

Amy (2001) sugere ao psicólogo que deseja ajudar os pais, a importância de recuperar a auto-confiança deles, sem minimizar os impedimentos da relação com a criança e tampouco a patologia apresentada. A autora sustenta que os pais têm de compreender que “... *um bebê é um ser humano por inteiro que pode, ele também, participar do fracasso da comunicação*” (p. 81). Assim, ela posiciona-se desfavorável aos profissionais ou teorias que responsabilizam as mães pelos impedimentos de comunicação do filho (autismo), porque não há explicações científicas que dêem conta dessa questão.

Amy (2001) utiliza-se da terapia familiar, como técnica útil ao tratamento, considerando ‘o conjunto da família’ como um ‘ser em sofrimento’. O termo família contempla: a criança, os pais, os irmãos e, os avós quando eles convivem com o núcleo familiar.

Laznik é psicanalista, trabalha com crianças no Centre Alfred Binet e co-anima da equipe Préaut: prevenção do autismo, e vem desenvolvendo um extenso trabalho de formação de médicos da rede pública para o diagnóstico precoce de indícios de perturbações mentais no

bebê, entre outras atribuições. Ela está envolvida em uma pesquisa de larga escala, para detectar os sinais preditivos que poderiam se configurar posteriormente, em autismo.

Laznik (2004) trabalha com bebês a partir de dois meses de idade, focando a relação pais-bebê, sem preocupar-se com a etiologia do autismo. Ela tem obtido êxito em seus trabalhos preventivos, buscando indícios de dificuldades de contato na relação pais-bebê. Há também registros, de que seu trabalho clínico obteve êxito na reversão de alguns pacientes com autismo infantil em crianças maiores, de 4 anos de idade. A autora compartilha com as ideias de Amy, de que uma mãe pode ocasionar prejuízos ao seu bebê, dependendo de suas condições emocionais, entretanto, um bebê também pode provocar desorganização na mãe, mostrando-se indiferente.

Silva é psicanalista, coordenadora do grupo de pais-bebês do Centro de Atendimento Psicanalítico da SBPSP<sup>4</sup> coordenadora e supervisora do Setor de Saúde Mental do departamento de Pediatria da UNIFESP<sup>5</sup> dentre outras atribuições. A autora et al. (2008), realizam um trabalho de intervenções nas relações pais-bebê (0 a 3) diante de dificuldades vinculares iniciais que se apresentam na dupla, inclusive para detecção de quadros de risco ou patologias graves como os transtornos de desenvolvimento. Esse trabalho contempla as manifestações autistas e outras.

O atendimento é realizado por uma dupla de terapeutas e as sessões consistem em: apreensão “do sintoma da criança e suas formas de funcionamento, o fenômeno inter e transgeracional, o ambiente que cerca o cuidado parental, a personalidade dos pais, os aspectos familiares e a dimensão sócio-cultural” (p. 4). Os relatos dos pais são de livre escolha da parte deles, e os terapeutas buscam compreensão nas ‘motivações inconscientes e conscientes dos comportamentos expressos’ da apreensão dos fenômenos relacionados ao sintoma (SILVA, Maria et al., 2008).

---

<sup>4</sup> Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo

<sup>5</sup> Universidade Federal do Estado de São Paulo

Almeida, Silva e Marconato (2008) em seu trabalho clínico com famílias de autistas, a dupla parental “refere-se a pais-analista/profissionais, funcionando como uma ‘rede-base de continência’ e a inclusão da função parental de gerar esperança e amor, tolerar angústia depressiva e promover a capacidade de pensar segundo a concepção de Meltzer e Harris” (p.3).

Todos os trabalhos descritos estão alicerçados na Psicanálise e têm, em comum, a ideia de que independente da etiologia do autismo, ou de outros impedimentos relacionais, o objetivo é dar conta do sofrimento humano que decorre das dificuldades nos relacionamentos entre criança-pais ou criança-família.

Nossa experiência no trabalho com autistas e ou ‘déficits de desenvolvimento relacionados à interação social’ (ALVAREZ, 1994), mostrou-nos a importância de considerar as dificuldades reais, concretas e legítimas vivenciadas por pais e irmãos de crianças ou adolescentes e, até mesmo de jovens adultos que apresentam manobras autistas.

Constatamos que a condição ‘autista’ expõe a família e o indivíduo a situações de constrangimento no âmbito social sob várias circunstâncias. A criança ou o adolescente ‘autista’ geralmente tem uma aparência de ‘normalidade’ no que diz respeito aos seus aspectos físicos, porém, tem impedimentos em lidar com situações de frustração, fato que dificulta sua compreensão de que há algumas normas necessárias ao convívio social. Havia uma criança autista na clínica que, quando ia a restaurantes, pegava alimentos de sua preferência servidos em outras mesas. Assim, essas e outras atitudes que as crianças autistas apresentam são vistas pelos observadores que desconhecem os fatos, como ‘falta de educação’ ou ‘a não imposição de limites pelos pais’.

Dentre as inúmeras vivências que tivemos, recordamo-nos de um garoto autista, na média adolescência que, ao caminhar pela praia, ficava nu e, muitas vezes, abaixava o biquíni ou as sungas de outras pessoas desconhecidas que estivessem ao seu redor. Outro adolescente,

com 14 anos de idade, estando em um ônibus e, não encontrando lugar, sentou-se no colo de um rapaz que, imediatamente, reagiu agredindo o adolescente autista. Sua mãe, para defendê-lo, revidou a agressão, ocasionando o comparecimento dos envolvidos à delegacia. Estes fatos retratam algumas das dificuldades que os pais e familiares de portadores de autismo enfrentam na rotina de suas vidas.

Os comportamentos estranhos ou bizarros, repetitivos muitas vezes acabam por afastar as pessoas ou, ao contrário, atrair a curiosidade delas a ponto de elas fazerem verdadeiros interrogatórios aos pais sobre a ‘doença’ da criança. Outras vezes apresentam atitudes de benevolência que constroem igualmente os pais. Alguns pais, para evitarem essas situações constrangedoras, optam pelo isolamento do filho ou pelo próprio isolamento social. Além do constrangimento inferimos que sentimentos de culpa, vergonha, impotência entre outros, acentuam a restrição dos pais.

A ausência de escolas especializadas ou as condições deficitárias de alguns trabalhos no setor público, a dificuldade de encontrar profissionais qualificados ou tratamentos especializados para atender a esses pacientes e, principalmente a seus pais; a insuficiência de tratamentos multidisciplinares nos serviços de saúde e educação, público ou privado, os custos onerosos dos tratamentos particulares, os riscos e incertezas sobre a evolução do paciente ou sobre os benefícios que poderão advir comparados com os investimentos relativos ao tempo e custos despendidos, são fatores que colocam os pais em situações de impasse e que geram sofrimentos. Esses são os fatores que constituem a realidade objetiva dos pais.

Em consequência, os pais cujos filhos apresentam autismo, têm suas vidas limitadas e com prejuízos no relacionamento do casal. Entretanto, fazemos uma indagação sobre a possibilidade da condição autista ser mais um agravante no que se refere aos conflitos do casal e aos impedimentos individuais dos pais. Em trabalhos anteriores (MARTÃO, 2002; MARTÃO; LEONCIO; TARDIVO, 2004, 2005; MARTAO; TARDIVO 2006, 2007;

MARTÃO; TARDIVO; LIMA, V., 2008) constatamos que as dificuldades de relacionamento entre o casal, geralmente precede o nascimento do filho autista, na maioria dos casos estudados. Verificamos também que há uma tendência de afastamento do casal após descobrirem o autismo do filho. Esta constatação é decorrente do número de autistas que tem pais separados, constituindo-se na grande maioria.

Através de nossa experiência clínica e do relato da experiência de outros profissionais que trabalham com autistas, constatamos os impedimentos que ocorrem nos pais em participarem de grupos de família e de psicoterapia individual, quando esses serviços são disponibilizados. Muitas vezes, os pais apresentam justificativas concretas, entretanto, há indícios de dificuldades de lidar com os próprios sentimentos.

Em nossa dissertação de mestrado, constatamos dificuldades emocionais individuais nos pais das crianças autistas, anteriores ao nascimento do filho e que foram exacerbadas após o casamento dos pais e a constatação do autismo (MARTÃO, 2002).

Faremos referência ao atendimento de um casal de pais, cujo filho autista realizava psicoterapia e outros tratamentos multidisciplinares em uma Clínica especializada em autismo infantil. Em um dos encontros com os pais de uma criança autista, a mãe mencionou suas dificuldades em sair sozinha com o filho, temendo que ele soltasse de suas mãos e corresse desenfreadamente. Ela propôs ao marido, presente no encontro, a incumbência de caminhar com o filho pelas ruas, considerando que o marido, até por sua estrutura física teria maiores condições de manter a segurança da criança. O marido, frente à tarefa proposta pela esposa respondeu: “será que vocês (esposa e psicóloga) não percebem que eu não tenho condições de colaborar com você e tampouco com ele?”. Os pais referidos eram empenhados no tratamento do filho e demonstravam carinho e dedicação à criança. O pai fazia alguns passeios com o filho, de carro, e o filho apreciava a companhia do pai, mas ele não podia assumir e compartilhar com a esposa a responsabilidade de algumas tarefas do filho. Essa e outras

situações que surgiram no contato com muitos pais nos levaram a refletir sobre outros impedimentos emocionais nos pais que se agravavam na medida em que as dificuldades com os filhos autistas se intensificavam.

Fávero (2005) realizou uma pesquisa para averiguar a sobrecarga emocional em famílias de crianças autistas. A pesquisa avaliou vinte mães com idade média de 40 anos, cujos filhos são autistas. Esses apresentam idade média de 11 anos. Nesse estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevistas semi-estruturadas, Inventário de sintomas de Stress para adulto de Lipp (ISSL), Escala de modos de enfrentamento de problemas (EMEP), Inventário Beck de depressão, Escala de qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e um questionário para identificar o perfil sócio-demográfico e cultural das participantes. Os resultados obtidos afirmam que: 65% das mães participantes apresentam estresse, uma mãe apresentou disforia e duas outras apresentaram depressão.

Quanto às atitudes de enfrentamento, os resultados revelaram que: 45% das participantes utilizam estratégias com foco religioso e pensamento fantasioso; 35% das participantes têm seus focos dirigidos ao problema. A autora conclui, em seu estudo, que as dificuldades das mães no trato com seus filhos referem-se às dificuldades relacionadas ao meio ambiente (FÁVERO, 2005).

Lima, V. e Heleno (2007) realizaram um estudo para verificar a eficácia adaptativa e o equilíbrio psíquico em uma mãe de autista. As autoras utilizaram: entrevista clínica preventiva (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO, proposta por Simon, 1970) e o Teste das Relações Objetivas de Herbert Phillipson (TRO).

Os resultados obtidos no estudo demonstraram: vivências de aprisionamento da mãe em um mundo próprio, desvitalização e depressão (dados da entrevista). Os resultados da EDAO apontaram: sério comprometimento nos setores afetivo relacional e da produtividade, predominância de aspectos negativos (ambientais e constitucionais) e uma pequena

percentagem de respostas adequadas. A conclusão apontou para uma adaptação ineficaz grave. O resultado do TRO retratou: predomínio do medo de contato com o mundo interno, sentido como desorganizado, confuso e povoado por objetos perseguidores, aspectos considerados característicos da posição esquizoparanóide. Foram identificados outros aspectos: fragilidade do ego e predomínio de mecanismos defensivos como: a identificação projetiva adesiva e a escotomização. As autoras concluem que os cuidados destinados ao autista devem ser extensivos à família e, neste caso particular, à mãe.

O modo como o indivíduo lida com o mundo externo tem uma estreita ligação de como ele lida com o seu mundo interno (WINNICOTT, 1993). Partindo deste pressuposto, as reações dos pais podem estar relacionadas não só ao impacto do autismo dos filhos, mas a outros fatores emocionais e ambientais próprios, pois o impedimento interno busca no ambiente um meio de expressão. Assim, nosso interesse dirige-se à apreensão das condições emocionais desses pais, pois somente com essa compreensão, poderemos pensar em ajudá-los, talvez realizando adaptações ou manejos mais sensíveis de lidar com o sofrimento e com os impedimentos que eles retratam.

Nosso objetivo, nesse estudo, refere-se a compreender a dinâmica psíquica dos pais, o que inclui a apreensão das vivências emocionais, dos impedimentos e do sofrimento por eles retratados. Na busca dessa compreensão, encontramos ressonância na proposta teórica e clínica de Walter Trinca (2007), sobre o ‘ser interior’ que vem ampliar o conceito de Diagnóstico Compreensivo (Idem) e alguns conceitos da Psicanálise, por nós utilizados.

Trinca (2007) sustenta que “[...] uma das bases da vida mental repousa no contato com o ‘ser interior’.” (p. 106) e acrescenta que “[...] a compreensão da dinâmica psíquica e as suas perturbações” torna-se possível através do estudo do distanciamento de contato (p. 106).

O autor descreve o ‘ser interior’ como um ‘potencial de existência’, um ‘núcleo essencial’ que o indivíduo possui e que lhe imprime singularidade e unicidade (TRINCA,

2007). O ‘ser interior’ é alicerçado pelas forças vitais e tem a função de promover o desenvolvimento emocional, a integração e o bem estar do indivíduo. A influência do ‘ser interior’ no desenvolvimento emocional do indivíduo, dá-se através da sua interlocução com o self. Se a interlocução for bem sucedida, o self é fortalecido pela energia vital e pela flexibilidade propagadas pelo ‘ser interior’. Assim, o self promove mudanças e adaptações favoráveis à vida, mantendo viva a essência do ser. Caso contrário, o self, enquanto instância psíquica que contém os elementos que compõem a personalidade, menos o ‘ser interior’, fica submetido às forças pulsionais, favorecendo a manifestação de patologias e de conflitos emocionais.

Trinca (2007) concebe o self como instância psíquica mediadora entre o ‘ser interior’ e as forças pulsionais, e, como depositário de forças que se opõem, torna-se um campo de conflitos. Portanto, o sucesso ou o fracasso da interlocução entre self e ‘ser interior’ consiste no grau de distanciamento ou de contato entre ambos, considerando que a estruturação do self também está atrelada à influência de outros fatores: o ambiente, as relações de objeto, a intolerância à frustração, a supressão de emoções e outros aspectos do indivíduo.

Apoiado nas concepções resumidamente descritas acima, Trinca (2007) elabora um eixo que representa o ‘contínuo de contato com o ser interior’. Esse eixo possibilita obter uma visão panorâmica “da situação de contato com o ser interior”, pois contempla situações mentais decorrentes, desde um contato restrito até àquelas cujo contato é amplo. Através de sua amplitude, o contínuo, permite situar o funcionamento mental de cada indivíduo, em um de seus inúmeros pontos.

O contínuo referido por Trinca (2007) busca dimensionar os diferentes graus de contato com o ‘ser interior’, pois esse é o elemento que “[...] vai determinar a organização particular, a dinâmica específica, a qualidade dos conteúdos e as condições internas do self, resultando em formas que vão desde um self fragmentário até um self inteiro e abrangente.”

(p. 72). O autor afirma que esse “modelo não se refere exclusivamente à situação atual do paciente, e sim aos processos de comprometimento que acontecem desde o início do desenvolvimento emocional.” (p. 371). Segundo o autor, ele também é útil na apreensão da personalidade ‘sadia’, mas “tenta pôr em evidência os padrões básicos que tendem a ser adotados com prioridade pelos indivíduos e que resultam em sofrimentos psíquicos” (p. 371), e que podem ser revertidos através de uma escuta e um manejo que possibilite ao indivíduo maior aproximação com o seu ‘ser interior’ (TRINCA, 2007).

Trinca (2007) criou esse modelo do contínuo, buscando articular e integrar alguns conceitos psicanalíticos (pulsão de morte, espaço potencial, núcleo do self, sensorialidade do self, patologias do vazio e outros) formulados por renomados psicanalistas: Freud, Klein, Winnicott, Bion e outros, propondo uma Psicanálise mais integrada.<sup>6</sup>

#### **1.4 Processo Diagnóstico de Tipo Compreensivo**

O diagnóstico compreensivo proposto por Trinca (1983) é uma modalidade de avaliação dinâmica e estrutural que se propõe a apreender e compreender, de forma ampla e profunda, o conjunto de dados obtidos através de estudos de casos.

Trinca (1983) sustenta que o processo diagnóstico contempla uma variedade de fatores provenientes da interação das forças que são determinantes na constituição das ‘dinâmicas intrapsíquicas’, ‘intrafamiliares’ e ‘sócio-culturais’, juntamente com os aspectos que compõem o processo de desenvolvimento do indivíduo. O resultado dessa complexa interação aponta para as dificuldades de ajustamento do indivíduo e para seus aspectos saudáveis.

---

<sup>6</sup> O ser interior na psicanálise (Walter Trinca)

A vantagem na utilização do referido processo, principalmente em estudos de casos, apoia-se na necessidade de: “[...] encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém.” (TRINCA, 1983, p. 15).

Essa forma de avaliação permite o uso concomitante de outros referenciais, considerando que cada processo possui problemas específicos e requer metodologia apropriada para a sua compreensão. Esta modalidade favorece a visão total do indivíduo ou, em situações específicas, pode-se dar ênfase a aspectos específicos como: psicomotores, cognitivos e outros, sem perder o panorama global do indivíduo.

O Processo Diagnóstico do tipo Compreensivo (Ibid.) engloba alguns fatores estruturantes que possibilitam uma análise eficiente e abrangente do conteúdo emocional do indivíduo. É, através destes fatores, que se compõe o quebra-cabeça do panorama psíquico, possibilitando a visão do todo para o profissional.

O autor (1983) sugere oito fatores que considera estruturantes na organização do Processo Diagnóstico de tipo Compreensivo: 1 – esclarecer o significado dos sintomas; 2- focar a dinâmica emocional inconsciente; 3- efetuar um amplo levantamento de dados e informações sobre os vários aspectos da personalidade do paciente; 4- obter uma compreensão psicológica global do paciente; 5- identificação dos aspectos ‘centrais’ ou ‘nodais’; 6- a utilização do julgamento clínico na análise dos dados; 7- submeter o processo diagnóstico ao julgamento; 8- Dar preferência aos métodos e técnicas que se fundamentam através da associação livre.

Há outros fatores que merecem destaque por exercerem influência na estruturação do diagnóstico compreensivo: a) a experiência profissional, a formação humanística e o desenvolvimento emocional do psicólogo; b) a percepção e a compreensão na relação

psicólogo-paciente, especificamente no que tange à observação e à apreensão dos fenômenos emocionais inconscientes (transferências e contratransferências); c) ter uma visão da personalidade do indivíduo como ‘única e indecomponível’, enquanto uma ‘estrutura total e organizada’ com ‘experiências subjetivas’ em detrimento de influências cujas concepções são: ‘associalistas, elementaristas, deterministas e mecanicistas’.

Dessa forma, o diagnóstico de tipo compreensivo apresenta-se como um recurso útil nos dizeres de Trinca (1983) para:

[...] a avaliação global da personalidade; a determinação da natureza, intensidade e relevância dos distúrbios; a orientação psicológica ao paciente, aos pais e responsáveis, à escola, etc.; o fornecimento de subsídios a demais profissionais; indicações e encaminhamentos terapêuticos; a definição do tipo de intervenção psicoterapêutica; a determinação dos objetivos, áreas relevantes e intensidade da intervenção psicoterapêutica (planejamento psicoterapêutico); o prognóstico do caso; o prognóstico da evolução terapêutica; a pesquisa psicológica, etc. (p. 23).

Para facilitar a estruturação do diagnóstico compreensivo, Trinca propõe um roteiro a ser seguido: dados de identificação do paciente, contrato ou enquadre do processo, entrevistas clínicas, entrevista de anamnese, outros procedimentos de investigação da personalidade, testes psicológicos, exames adicionais, entrevistas devolutivas e encaminhamentos quando estes se fizerem necessários.

Além dos fatores estruturantes, Trinca (1985) sugere cinco categorias que norteiam os princípios teóricos do processo diagnóstico compreensivo: 1- conhecimentos sobre os processos intrapsíquicos embasados pela teoria psicanalítica; 2- conhecimentos sobre os processos de desenvolvimento e maturação, especialmente àqueles que se referem aos aspectos emocionais (Spitz, Mahler e Winnicott); 3 - compreensão sobre a dinâmica familiar e sua interação com a vida psíquica do paciente, considerando a relação mãe-bebê, a internalização das figuras parentais e os fatos do mundo externo que atuam durante a vida do

paciente e contribuem na formação dos conflitos; 4- compreensão sobre as relações psicólogo-paciente, que contêm os fenômenos transferenciais e contratransferenciais; 5- conhecimento acerca das teorias que fundamentam as técnicas de exame psicológico, com base na teoria psicanalítica e, corroboradas através da experimentação e da pesquisa.

Considerando a exposição dos fatores teóricos, gostaríamos de retomar alguns pontos de maior relevância para o êxito do Diagnóstico Compreensivo. Concordamos com as ideias de Trinca que o aprofundamento da investigação através desse método depende das condições de desenvolvimento profissional e pessoal do psicólogo que o utiliza. A capacitação do psicólogo permitirá que ele: efetue um amplo apanhado de informações e dados sobre o paciente; compreenda a queixa ou sintomas relatados e discrimine dentre esses dados, quais são os de maior relevância, utilizando-se do “pensamento clínico” (Ibid.).

No Diagnóstico Compreensivo, o psicólogo necessita conhecer a teoria psicanalítica, através de uma formação sólida e consistente, ter ‘sensibilidade humana’ para observar os acontecimentos e tudo o que emerge no campo relacional e ‘experiência clínica’ para avaliar e compreender os dados em um estudo de caso, através do ‘julgamento clínico’ (TRINCA, 1984).

Uma outra condição faz-se necessária, além das referidas por Trinca, sugerimos a importância da análise pessoal do profissional, para que ele tenha condições de identificar e utilizar os fenômenos transferenciais e contratransferenciais que surgem no decorrer do processo. Entendemos que o autor considera essencial a inserção da análise pessoal na formação do psicólogo, entretanto, optamos por ressaltá-la dada a sua relevância como fator indispensável ao desenvolvimento pessoal e profissional.

Os procedimentos que mais se adaptam ao diagnóstico compreensivo são aqueles que, através de sua flexibilidade e por se constituírem semiestruturados ou não estruturados, facilitam a expressão das dificuldades emocionais dos pacientes. Eles são fundamentados de

acordo com o princípio da técnica de associação livre utilizada por Freud (1912), dentre eles se destacam: os jogos do Rabisco (WINNICOTT, 1972), a Observação Lúdica ou Hora do Jogo (ABERASTURY, 1962), o Procedimento de Desenhos-Estórias (TRINCA, 1976), o Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias (TRINCA, 1986). Esses procedimentos facilitam a expressão emocional de adultos, adolescentes e crianças, e a avaliação é feita através da livre inspeção do material conforme foi proposto por Tardivo (1997). A base para a análise desses instrumentos consiste na experiência psicanalítica do profissional. Portanto, é a flexibilidade desses instrumentos aliada à capacitação do profissional que estimulam o emergir e a expressão do mundo interno e das dificuldades emocionais.

Outro fator fundamental ao êxito do Processo Diagnóstico de tipo Compreensivo refere-se à clareza acerca dos objetivos da avaliação diagnóstica. Sem definir os objetivos, torna-se impossível efetuar a escolha adequada dos procedimentos a serem utilizados. A escolha dos instrumentos e dos procedimentos deve estar condicionada ao domínio do profissional sobre a técnica de aplicação e de avaliação dos mesmos.

Para complementar essa descrição, faremos uma breve introdução aos conceitos de ‘pensamento clínico’ e ‘julgamento clínico’ por serem recursos úteis à organização, à compreensão e à interpretação dos dados obtidos.

O pensamento clínico foi sistematizado por Trinca (1983, 1985) e classificado em quinze formas distintas que são as mais utilizadas nos processos diagnósticos:

- 1- apreensão do objeto presente, dado;
- 2- identificação dos objetos semelhantes aos da experiência anterior;
- 3- analogia entre as partes constituintes de um mesmo objeto;
- 4- pensamento classificatório;
- 5- recorrência à teoria;
- 6- dedução;
- 7- prova de hipótese;
- 8- denominador comum;
- 9- pistas indicativas de solução;
- 10- articulação das partes entre si;
- 11- exclusão das alternativas menos verossímeis em um processo de tentativas;
- 12- visão simultânea de conjunto;
- 13- fechamento;
- 14- imagens intuitivas e
- 15- o sentir em contexto mais abrangente. (TRINCA, 1983, p.18).

Através da investigação psicológica, busca-se desvendar o que está ocorrendo (qual é o problema) com o indivíduo e que resulta em: perturbações, desajustamentos ou sofrimento. Para se obter uma resposta coerente e condizente para compreensão do problema, Trinca (Ibid.) sustenta que ‘o pensamento deverá percorrer vários caminhos’. Estas vias percorridas e que possibilitam ao profissional apreender o conflito do indivíduo denominam-se ‘pensamento clínico’.

Os dados obtidos através das entrevistas clínicas, os dados oriundos da observação do paciente e aqueles advindos de outros instrumentos psicológicos utilizados no processo diagnóstico só serão interpretados através do ‘pensamento clínico’ se o psicólogo puder utilizar seus conhecimentos, sua sensibilidade humana e sua experiência clínica através do ‘juízo clínico’ (TRINCA, 1984). O autor se refere ao ‘juízo clínico’ como uma: “[...] consequência natural da permissão que o psicólogo se concede de usar os recursos de sua mente para avaliar os dados de um caso, e é o que decide, em última instância, sobre a importância e significado dos dados.” (p. 20-21).

### **1.4.1 Entrevistas Clínicas**

A técnica de entrevista é reconhecida como um instrumento científico por possuir ‘procedimentos próprios’ e ‘regras empíricas’, sendo passível de aplicação e verificação simultaneamente ao se aplicar o conhecimento científico. Refere-se a uma técnica em que coexiste a função de investigador e de profissional (BLEGER, 1980).

Bleger (Idem) denomina as entrevistas utilizadas no campo da psicologia de entrevistas psicológicas. Tavares (2000) a denomina de entrevista clínica e a define como:

[...] um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduos, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas. (TAVARES, 2000, p. 25).

As entrevistas clínicas podem ser classificadas de acordo com os objetivos quanto à sua utilização. Daremos destaque a três tipos de entrevistas: entrevista inicial, entrevistas subsequentes e entrevistas devolutivas (SANTIAGO, 1984).

A entrevista inicial é o primeiro encontro que ocorre entre o psicólogo e o paciente e tem, como objetivo, realizar uma ampla e profunda investigação sobre os sintomas relatados e sobre os fatos e os conteúdos que emergem na situação relacional (fenômenos transferenciais e contratransferenciais, o tipo de comunicação verbal e não-verbal). O êxito na realização desta entrevista consiste na possibilidade de o psicólogo estar atento a esses conteúdos e permitir ou facilitar a expressão dos mesmos (SANTIAGO, 1984).

Bleger (1980) sugere a entrevista aberta como técnica a ser utilizada no primeiro encontro. Esta sugestão se apoia no pressuposto de favorecer o emergir e a compreensão de alguns aspectos da estrutura da personalidade particular do paciente, através da forma e do conteúdo relatado. A livre escolha do conteúdo e, a estruturação dada à queixa, demonstram as angústias e as defesas utilizadas no momento da comunicação e proporcionam compreensão acerca da pessoa que solicita a entrevista. Esta modalidade de entrevista permite efetuar perguntas e intervenções, possibilitando maior flexibilidade durante o trabalho.

Bleger (1980) diferencia, no campo da entrevista psicológica, a entrevista destinada à pesquisa, que se configura na busca de resultados científicos e necessita de que o pesquisador/investigador motive o entrevistado (sujeito).

Bleger (Idem) estabelece diferenças entre entrevistas e anamneses. A entrevista tem o caráter de investigação para se obter inúmeros dados sobre o comportamento e a

personalidade do paciente através da escuta, da vivência e da observação. As anamneses se configuram como uma pesquisa ampla e detalhada de dados, previamente estabelecidos, com o objetivo de se obterem noções da situação atual, da história do paciente, de sua doença e de sua saúde. Se as informações não forem fornecidas pelo paciente, compete ao psicólogo extrair essas informações dele.

Rolla (1971 apud SANTIAGO, 1984) salienta a importância da devida identificação do psicólogo e do paciente, e a necessidade de o psicólogo ser claro e objetivo quanto aos propósitos do processo e, se possível, esclarecer todas as dúvidas pertinentes à situação. Ele recomenda, ao psicólogo, informar ao paciente que tomará nota dos dados relatados e os comunicará (ao paciente) ao final da entrevista.

Por se tratar do primeiro contato entre o psicólogo e o paciente, o autor recomenda a necessidade em se manter alguns elementos constantes: 1- esclarecer os objetivos do trabalho; 2- esclarecer o papel do psicólogo; 3- determinar o local e o horário das entrevistas; 4- duração aproximada do trabalho; 5- honorários cobrados. Modificações relacionadas aos itens citados podem produzir ansiedades ou outras reações que trarão interferências ao processo de avaliação (ROLLA, 1971 apud SANTIAGO, 1984).

Para que se obtenha uma investigação satisfatória, é necessário que o psicólogo se abstenha de ideias pré-concebidas sobre o paciente e que ele mantenha o objetivo do trabalho, efetuando reflexões sobre os fenômenos e sentimentos que ocorrerem durante a entrevista. Os fenômenos referentes à transferência, à contratransferência, aos mecanismos de defesa, e a outras reações emocionais, despertadas no psicólogo, devem ser utilizadas para a compreensão dos tipos de vínculos que o paciente estabelece em seus relacionamentos e qual a relação que existe entre essas formas de vinculação e a queixa relatada (Santiago, 1984). Para dar conta desta tarefa, é necessário que o psicólogo tenha uma consistente formação profissional teórica, boa capacidade de observação, saiba manejar a contratransferência e

adote uma postura flexível, respeitando os temas eleitos pelo paciente no decorrer da entrevista (BLEGER, 1980; TRINCA, 1984).

Nas situações que envolvem o atendimento de crianças, a solicitação da entrevista é efetuada pelos pais e estes devem ser considerados também como ‘pacientes’. Em tais situações, verificam-se quais são as demandas e as expectativas dos pais sobre o problema da criança e sobre o processo de avaliação.

Santiago (1984) recomenda que se esclareçam aos pais as diferenças entre o processo diagnóstico e o processo terapêutico, para que os pais não alimentem expectativas de eliminar os sintomas e os conflitos através do processo diagnóstico. É importante lembrar-lhes que o processo diagnóstico é realizado em um período previamente delimitado, com a finalidade de investigação psicodinâmica e que permite a compreensão sobre a dinâmica psíquica do paciente, a elucidação dos sintomas, o prognóstico e o encaminhamento necessário. Caso contrário, os pais podem manter falsas expectativas de que o psicólogo se encarregará de solucionar a situação que os incomoda em tão pouco tempo.

O psicólogo deverá esclarecer as expectativas (manifestas e latentes) dos pais quanto aos objetivos da situação diagnóstica através de assinalamentos, possibilitando-lhes tomar consciência sobre o objetivo do trabalho que está sendo realizado. Para que isto ocorra, é essencial que o psicólogo tenha clareza de seu papel na situação diagnóstica e possa ‘ouvir’ as ideias e as expectativas oriundas dos pais (SANTIAGO, 1984).

Outra situação que merece ser abordada junto aos pais refere-se às faltas ou atrasos nas entrevistas, pois podem configurar temores e ansiedades que interferem na investigação diagnóstica (Ibid.).

Caso a criança acompanhe os pais na primeira entrevista, o autor recomenda que ela participe, e seja convidada a falar sobre o assunto abordado pelos pais. Nesta situação, o psicólogo deve se limitar à queixa relatada e se abster de levantar dados sobre a história da

criança e outros fatos que poderão provocar angústias intensas. Tanto os pais quanto a criança deverão ser informados que terão conhecimento sobre os resultados obtidos através do processo (Ibid.).

De acordo com Santiago (1984), a primeira entrevista efetuada através da técnica aberta, torna-se uma ‘situação paradoxal’ porque “[...] a objetividade decorre justamente da possibilidade de se incluir o subjetivo como elemento de análise.” (p. 71).

A primeira entrevista pode ser realizada com a família e, neste caso, o objetivo é averiguar que papel é desempenhado por cada um dos seus membros e quais são as atitudes de cada membro para com o paciente (SANTIAGO, 1984).

#### **1.4.2 Entrevistas Clínicas Subsequentes**

Pela impossibilidade de se esgotar uma investigação referente aos sintomas ou conflitos relatados na primeira entrevista, faz-se necessário realizar algumas entrevistas subsequentes. Estas entrevistas permitem ao profissional aprofundar os aspectos de maior relevância, elucidar os sintomas, confirmar ou refutar as hipóteses levantadas na primeira entrevista e formular outras hipóteses (BLEGER, 1980; SANTIAGO, 1984).

Knobel (1977) e Santiago (1984) sustentam a necessidade de se obter a história de vida da criança (história cronológica biopsicossocial ou anamnese e a história da família) até o momento da consulta. Para esses autores, a história da criança tem início no momento da concepção. Para outros, a história da criança começa desde o momento em que se inicia o relacionamento do casal (ABERASTURY, 1979).

Santiago (1984) salienta que o fundamento do diagnóstico tem suas bases na inter-relação dos dados e na maneira como os pais retratam esses dados no decorrer da entrevista: a

escolha dos fatos narrados, a forma da narrativa, as expressões físicas e as emoções devem ser consideradas como pistas indicativas das dificuldades emocionais. A justificativa que dá suporte à investigação familiar refere-se ao fato de a criança estar inserida em uma situação familiar e que suas dificuldades emocionais estão relacionadas à dinâmica familiar. Tratar as dificuldades da criança desvinculada da família seria o mesmo que afirmar que ela se desenvolveu sozinha, sendo a única responsável pelos seus sucessos ou fracassos.

A autora (1984) sustenta que a função do psicólogo, no decorrer das entrevistas, refere-se a desenvolver um pensamento clínico, estabelecer conexões entre os dados fornecidos e outros aspectos que permeiam os encontros, selecionando os dados que considera de maior relevância (julgamento clínico) para a compreensão diagnóstica.

A quantidade de entrevistas vai depender das peculiaridades de cada paciente ou dos pais e da queixa relatada (SANTIAGO, 1984).

As entrevistas devolutivas têm como objetivo dar conhecimento ao paciente ou aos pais, no caso da avaliação de crianças, da conclusão diagnóstica ou da compreensão que o psicólogo obteve no decorrer do processo diagnóstico e efetuar encaminhamentos quando se fizer necessário. A criança, enquanto paciente, também deverá receber esclarecimentos sobre suas dificuldades, porque ela tem capacidade para sentir, pensar e compreender o que se passa com ela (Ibid.). É importante lembrar que de acordo com o Código de Ética dos psicólogos, o paciente tem o direito a essa informação.

É possível e esperado que o psicólogo possa efetuar alguns assinalamentos no decorrer das entrevistas, desde que sua compreensão tenha significado, ou seja, elucidar situações ou fatos que culminem na evolução do processo diagnóstico (Ibid.).

A entrevista devolutiva deverá ser conduzida de forma cautelosa e o psicólogo deverá discernir quais os aspectos de importância que ele poderá comunicar ao paciente e aos pais, considerando as condições emocionais dos mesmos (SANTIAGO, 1984).

Os atrasos, as faltas, ou a necessidade de se evitar o foco na entrevista devolutiva, requerem reflexões por parte do psicólogo, porque geralmente estão relacionados ao medo do conteúdo a ser devolvido, como fantasias de serem acusados, julgados e condenados pelas falhas que cometeram ou ainda pela presença de inúmeras outras fantasias (OCAMPO, 1999; ARZENO, 1995).

O psicólogo, ao comunicar os resultados, tem uma atitude ativa e se depara com algumas dificuldades: adequar a sua linguagem à compreensão do paciente, expressar-se com clareza e se fazer compreender. Arzeno adverte que, para o psicólogo atingir esses objetivos, necessita ter uma ampla e profunda compreensão do paciente e do grupo familiar (no caso de o paciente ser uma criança) e da mobilização de alguns aspectos da sua própria personalidade no decorrer do processo de avaliação (OCAMPO, 1999; ARZENO, 1995).

A entrevista devolutiva sintetiza as informações que o psicólogo obteve em todas as etapas do processo, juntamente com as observações verbais e não-verbais do paciente e dos pais, inclusive no decorrer da entrevista devolutiva. Portanto, o psicólogo deve focar sua atenção no 'aqui-agora' e integrar todos os elementos de que dispõe para informar o paciente sobre seus aspectos patológicos, os adaptativos (SANTIAGO, 1984; ARZENO, 1995), aos quais acrescentamos os recursos de que ele dispõe e muitas vezes desconhece. Entendemos que aspectos adaptativos nem sempre se configuram em aspectos saudáveis. Aspectos adaptativos saudáveis referem-se ao uso dos recursos de que o paciente dispõe em prol de condições emocionais mais satisfatórias.

Compete ao psicólogo decidir sobre as informações que podem ser recebidas e processadas pelo paciente no momento da devolutiva. Esta modalidade de entrevista põe fim a um processo cuja duração é limitada, portanto é necessário que o psicólogo saiba lidar com 'vínculos breves' (SANTIAGO, 1984; OCAMPO, 1974; ARZENO, 1995).

As autoras <sup>7</sup> não recomendam a utilização de muitas entrevistas devolutivas, propondo dois encontros. O primeiro encontro é aquele destinado a fornecer ao paciente a compreensão sobre o seu funcionamento psíquico, prognóstico e tratamentos. O segundo encontro tem por finalidade avaliar o alcance da compreensão e a repercussão dos resultados que foram comunicados. Elas sustentam que esse encontro é importante porque é possível sanar possíveis dúvidas e verificar quais foram as decisões tomadas.

As autoras salientam que podem ocorrer ‘efeitos terapêuticos’ como resultado do processo diagnóstico, entretanto, o psicólogo deve ter clareza sobre as diferenças, as peculiaridades e o alcance relacionados ao processo de psicoterapia e ao processo diagnóstico.

Finalizando, Arzeno (1995) recomenda que, nas avaliações de crianças, quando o encaminhamento terapêutico se fizer necessário, que seja discutido primeiro com os pais, e que a criança seja informada após o consentimento desses. Ela justifica seu critério de comunicação como uma tentativa de não aumentar os conflitos familiares.

### **1.4.3 Procedimento de Desenhos-Estórias**

O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) foi proposto por Walter Trinca, em 1972, como um instrumento auxiliar no diagnóstico psicológico. Desde sua introdução e utilização, esse instrumento sofreu algumas alterações referentes aos seus critérios iniciais. De início, contemplava a faixa etária de cinco a quinze anos de idade, posteriormente foi ampliada a sua utilização para crianças a partir dos três anos de idade e também para adultos e idosos.

A utilização atual do Procedimento de Desenhos-Estórias abarca da clínica psicológica a outras áreas: escolar, da saúde, social e da família, corroborando sobre o crescente interesse que o Procedimento de Desenhos-Estórias tem despertado em psicólogos e pesquisadores.

---

<sup>7</sup> Santiago (1984); Ocampo (1974; Arzeno (1995).

Fato este que se evidencia através da publicação dos inúmeros livros, artigos de revistas, teses de doutorado, dissertações de mestrado e apresentações em congressos. Dentre esses trabalhos, citaremos alguns autores: Leôncio, 2002; Martão, Leoncio e Tardivo, 2004, 2005, 2006; Tardivo, 1985; Trinca, A., 2003; Trinca, W., 1976, o que comprova a eficácia de tal procedimento na exploração profunda da personalidade, possibilitando a compreensão das vivências emocionais de crianças, adolescentes e adultos, tanto na avaliação diagnóstica quanto em processos de psicoterapia.

O Procedimento de Desenhos-Estórias é uma técnica projetiva de investigação da personalidade, que reúne dois recursos: desenhar livremente e contar estórias. O autor refere que a fundamentação teórica deste instrumento está alicerçada nas teorias e nas práticas psicanalíticas, nas técnicas projetivas e na entrevista clínica (TRINCA, 1997) e descreve alguns pilares que dão sustentação à sua fundamentação:

[...] a) quando a pessoa é colocada em condições de associar livremente, essas associações tendem a se dirigir para setores nos quais a personalidade é emocionalmente mais sensível; b) a pessoa pode revelar seus esforços, disposições, conflitos e perturbações emocionais ao completar ou estruturar uma situação incompleta ou sem estruturação; c) diante de estímulos incompletos ou pouco estruturados, há uma tendência natural de o sujeito realizar uma organização pessoal das respostas, desde que para isso tenha liberdade de composição; d) quanto menos diretivo e estruturado for o estímulo, maior será a probabilidade do aparecimento de material pessoal significativo; e) havendo setting adequado, o cliente pode, nos contatos iniciais, comunicar os principais problemas, conflitos e distúrbios psíquicos que o levaram a procurar ajuda; f) no atendimento psicológico, os desenhos e as fantasias aperceptivas são modos preferenciais de comunicação da criança e do adolescente do que a comunicação verbal indireta, g) quando o sujeito realiza determinada seqüência, em repetição, de provas gráficas ou temáticas, ocorre um fator de ativação dos mecanismos e dinamismos da personalidade, alcançando-se maior profundidade e clareza. (p. 17-18).

O autor recomenda a aplicação deste Procedimento, com propósito de investigação dos aspectos dinâmicos da personalidade, em pacientes que apresentam dificuldades

emocionais, sejam eles: indivíduos normais, neuróticos ou psicóticos. A aplicação ocorrerá de acordo com as normas usuais propostas por Trinca, descritas no anexo 2 .

Vem se evidenciando a relevância deste Procedimento no Diagnóstico Psicológico de tipo Compreensivo e que, atualmente trata-se de um instrumento que concorre em condições de igualdade com os demais testes projetivos e as entrevistas clínicas.

O Procedimento de Desenhos-Estórias pode ser aplicado com o objetivo de auxiliar nas intervenções terapêuticas, porque permite a identificação de ‘focos conflitivos’ que produzem os sintomas. Corroborando essas afirmações, Ana Maria Trinca (2003), criou um método de intervenção terapêutica breve, utilizando o Procedimento de Desenhos-Estórias, com o objetivo de compreender e aliviar as angústias das crianças que aguardam, no hospital, o momento de serem submetidas à cirurgia.

Assim, o Procedimento de Desenhos-Estórias possibilita ao profissional obter uma visão integradora do indivíduo, permitindo a compreensão e a extensão do conflito e não somente sua classificação. Proporciona, nos dizeres de Trinca, a busca do profissional no sentido do “seu próprio alargamento mental para apreender a experiência íntima de cada pessoa e para alçar os sentidos particulares de cada existência individual, lançando luz, se possível, no foco da problemática da existência humana.” (1976, p. 20).

Essa modalidade utiliza-se da teoria psicanalítica, considerando os fenômenos manifestos e latentes que permeiam a relação entre duas ou mais pessoas.

O autor parte do pressuposto de que os conflitos e os sintomas, que produzem o sofrimento ou as dificuldades de adaptação, são resultantes da complexa interação entre as forças provenientes do mundo interno e da realidade externa. Portanto, é necessário que se faça uma investigação que a um só tempo, possa dar conta da complexidade dos fatores envolvidos na dinâmica das referidas forças e compreender como o indivíduo utiliza seus recursos para lidar com seu mundo interno.

Essa modalidade de avaliação permite ao psicólogo, detectar o conflito, através da apreensão dos pontos ‘centrais’ ou ‘focais’ das angústias e fantasias inconscientes subjacentes e também possibilita a percepção dos aspectos saudáveis do indivíduo. Portanto, é um método que prima por uma investigação e uma compreensão global da personalidade do indivíduo (TRINCA, 1997).

O Procedimento de Desenhos-Estórias foi escolhido por facilitar o acesso à vida psíquica, uma vez que mobiliza os focos essenciais de angústias e favorece a comunicação das vivências emocionais, das necessidades internas e dos desejos inconscientes do indivíduo, de forma espontânea.

#### **1.4.4 Observação familiar**

*A família, qualquer que seja sua constituição, é o núcleo primordial que recebe e contém a criança, o lugar onde ela realiza a experiência de existir como um ser em si mesmo. Representa a primeira vivência de contato com o mundo, que chega a ela pelo toque, o olhar, as sensações, o amor, o prazer, a frustração. Os pais são o suporte preferencial em que a criança deposita seus afetos e ansiedades, seus primeiros objetos de relação, que constituirão modelos para o resto de sua vida.*

Lima, C. (1997, p. 221-22)

A teoria psicanalítica tem várias vertentes quando o assunto diz respeito ao desenvolvimento emocional de uma criança. Winnicott (1975) sustenta que, o desenvolvimento emocional se alicerça na interação de múltiplos fatores: fatores constitucionais, fatores do ambiente, principalmente no que diz respeito aos cuidados oferecidos ao bebê nos primeiros anos de vida (provisão ambiental – Winnicott, 1983) e aos

fatores sociais. Essas ideias são defendidas por Spitz, Tustin, Alvarez, Reid, outros e, por nós compartilhadas.

Considerando a importância da família na complexidade da dinâmica nela estabelecida e, na perpetuação de algumas dificuldades relacionais entre a família, a criança ou o adolescente, optamos por introduzir o procedimento de observação familiar. Esse procedimento permite a observação e a compreensão do panorama de interação que nela se insere.

A observação familiar recebe outras denominações: Soifer (1983) a denomina de entrevista diagnóstica familiar. Ela se refere ao campo de atuação desta, afirmando que o psicólogo poderá formular algumas hipóteses a partir de sua utilização. Essas hipóteses dizem respeito ao diagnóstico dinâmico da família; o diagnóstico estrutural e dinâmico de cada membro que a compõe; o prognóstico individual e a indicação terapêutica.

Para essa autora (1983), através da observação diagnóstica familiar, ainda é possível: apreender a 'modalidade de interação' e a forma de comunicação que se estabelece entre seus membros e verificar a atuação dos pais, que ocorre através de dois desdobramentos. O primeiro diz respeito às suas funções, enquanto adultos; e o segundo os coloca frente aos seus aspectos infantis ou os mais primitivos, do início de seu desenvolvimento emocional.

Os dados obtidos através da entrevista diagnóstica familiar permitem ao psicólogo estabelecer correlações entre os dados da história do paciente infantil e os dados observados na hora lúdica individual. Essa inter-relação fornece os elementos necessários na utilização do 'julgamento clínico' para averiguar as condições de os pais colaborarem ativamente na modificação das situações emocionais geradoras de conflitos na família e no sintoma da criança. A interação entre esses dados favorece a compreensão sobre a interação conflituosa que se estabeleceu entre os pais e os filhos, possibilitando aos pais refletirem sobre as dificuldades emergentes e proporem modificações. Pode-se constatar, ainda, a existência de

conflitos do casal e detectar possíveis enfermidades mentais em um dos pais. A autora sustenta, respaldada por sua experiência clínica, que pôde comprovar que as encenações da família durante a entrevista diagnóstica correspondem à dinâmica da vida real (SOIFER, 1983).

Lima, C., (1997) utiliza a observação familiar como um procedimento útil no diagnóstico familiar e como procedimento interventivo nas terapias de família. Através dos atendimentos à família, é possível efetuar alguns assinalamentos sobre situações que dificultem a comunicação e a interação familiar.

Na realização da observação familiar, segundo Lima, C. (1997) e Soifer (1983), são úteis a seleção de alguns materiais que normalmente devem se adequar à constituição familiar, à idade das crianças e adolescentes e, à consigna dada, diz respeito à liberdade da família em utilizar os materiais oferecidos.

A nossa inclusão da observação familiar teve o objetivo de apreender a configuração psicodinâmica que se estabelece na relação da família que tem em seu seio, uma criança ou adolescente com traços autistas.

As condutas manifestas que ocorrerem neste procedimento, tais como, dificuldades, inadequações na interação, bem como atitudes que favorecem o contato, referentes ao relacionamento dos indivíduos que compõem essas famílias, possibilitarão reflexões juntamente com os participantes e, posteriormente, ao serem agregados aos dados obtidos nos demais procedimentos utilizados.

## 2 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS

O objetivo desse trabalho é compreender o funcionamento psíquico dos pais: as vivências emocionais e as dificuldades de pais de crianças e adolescentes que apresentam traços autistas ou autismo. Esta ideia surgiu como reflexão dos resultados obtidos junto à dissertação de Mestrado (MARTÃO, 2002).

Considerando a relevância dos resultados obtidos em trabalhos anteriores (MARTÃO, 2002; MARTÃO; LEONCIO, TARDIVO, 2003, 2004, 2005; MARTAO; TARDIVO, 2006, 2007), e as dificuldades de interação entre os pais e seus filhos que apresentam autismo ou, traços autistas, optamos por ampliar e aprofundar nosso estudo.

Para atingir nosso objetivo, ampliamos o número de participantes e introduzimos outros procedimentos que nos permitirão obter uma compreensão mais abrangente e profunda sobre o psiquismo individual dos participantes, a dinâmica do casal e o contato entre pais e filho 'autista'.

Este estudo justifica-se porque há carência de pesquisas que retratam as condições emocionais dos pais de autista ou com traços autistas.

A prática clínica e alguns estudos, por nós realizados, têm nos mostrado que há inúmeras dificuldades em ajudar os pais a se aproximarem de si mesmos e de estabelecerem relações mais favoráveis com seus filhos autistas. Dessa forma, esperamos que os conhecimentos obtidos, por meio deste trabalho, possibilitem medidas preventivas e interventivas para minimizar as dificuldades relatadas pelos pais e que favoreçam suas relações com os filhos.

## 3 MATERIAIS E MÉTODOS

### 3.1 Estudo Qualitativo

Os dados relevantes deste estudo foram apreendidos através dos aspectos emocionais retratados por cada um dos cônjuges, do relato de fatos que permearam suas vidas desde que se conheceram, antes, durante a gravidez e o parto, nos primeiros anos de vida dos filhos, até o momento do estudo, e da observação da dinâmica do casal. Tentamos apreender as possíveis interferências da vida emocional individual dos pais no relacionamento conjugal.

Realizamos estudos de casos, utilizando o método clínico de tipo qualitativo (Tardivo, 2003), embasado pela Psicanálise.

O método qualitativo mostra-se favorável para apreender os fenômenos onde e quando eles aparecem e permite o levantamento de hipóteses para cada um dos casos estudados. Por meio deste método, é possível detectar os fatores emergentes na situação de avaliação, observar e apreender alguns aspectos que permanecem constantes no decorrer de cada processo e verificar se esses fatores, constantes em um processo manifestam-se nos demais. Trata-se de um método flexível com relação às hipóteses iniciais, possibilitando a mudança das mesmas em consonância com a análise de dados dos demais casos e favorece a construção de significados para o conjunto de dados observados (SILVA, 1993).

O método qualitativo não se preocupa com mensuração ou quantificação dos dados, porque percebe o fenômeno estudado como um objeto de conhecimento que está sujeito às interferências do pesquisador (Ibid.).

Trinca (1999) sustenta que, em uma pesquisa clínica, o fundamento que propicia consistência sobre estender a conclusão a outros grupos se respalda em “detectar os focos ‘nodais’ inconscientes que se repetem em cada caso e, de modo similar, de caso para caso em um conjunto de casos.” (TRINCA, A., 2003, p. 74).

Simon (1993) ao se referir à pesquisa em psicanálise afirma que o investigador pode utilizar-se de instrumentos projetivos para verificar hipóteses teóricas em psicanálise, desde que reúna condições para apreender o material oriundo dos mesmos, através de seus conhecimentos, como psicanalista, trazendo contribuições para ambas às áreas: à psicanálise e aos métodos projetivos.

Nosso estudo objetivou apreender o mundo interno, as vivências emocionais e as dificuldades dos pais, e a interferência destas nas relações com o filho autista. Para atingir nossos objetivos, utilizamos o Diagnóstico do tipo Compreensivo (TRINCA, 1983), com os recursos do pensamento clínico (Idem, 1985).

Silva (1993) caracteriza o método de pesquisa como psicanalítico se o pesquisador preservar características consideradas essenciais por manter a “emergência do significado submerso”. Esta condição só é possível se efetuarmos a investigação como algo novo que precisa ser descoberto a respeito da qual não se tem nenhum conhecimento prévio, nenhuma resposta conhecida.

O conhecimento que irá emergir nesta situação deverá ser percebido, circunscrito, caracterizado e, finalmente, nomeado. Assim, teremos uma representação que pode se referir ao “fato identificado”, aos novos fatos e, somente então, deverá ser articulado com a teoria, a psicanálise. A este enredamento do conhecimento adquirido que abrange a possibilidade de observação dos fatos, sua caracterização e posterior relação teórica é que se denomina “pesquisa científica” (Ibid.).

Tardivo (2007) referendada por Bleger (1975) refere que a psicologia é a ciência que estuda todas as manifestações do ser humano. Assim, a pesquisa em psicologia clínica deve ter como objetivo a compreensão do ‘fenômeno humano’ que o investigador se propôs a observar. Entretanto, a autora esclarece que compreender o fenômeno humano equivale a encontrar um significado para ele, o que difere de buscar sua etiologia. Para atingir esse objetivo é necessário considerar que o indivíduo observado insere-se em um contexto sócio-cultural que abarca: a família, a comunidade e a sociedade. Desta forma, o ‘fenômeno humano’ a ser observado também deve ser considerado dentro do contexto em que ele ocorre.

Outro fato relevante na pesquisa em psicologia clínica para Tardivo (2007) diz respeito ao profissional na sua função de investigador, que deverá circunscrever os fatos observados, considerando a investigação como um processo no qual ele também está inserido já que o mesmo é composto pela interação entre ‘observador e observado’.

Tardivo (2007) compartilha das ideias de Winnicott (1978) referindo que a compreensão de uma manifestação ou ‘fenômeno humano’ é um processo que ocorre sempre em uma relação: indivíduo-mãe ou indivíduo-ambiente. Acrescentamos que o ‘fenômeno humano’ ocorre numa relação indivíduo-pais.

Ao realizar nosso estudo, pensamos que, ao retratar as dificuldades e as vivências emocionais dos pais cujos filhos apresentam traços autistas e apreender como eles interagem com seus filhos, poderemos contribuir para implementar formas de intervenção que resultem em benefícios tanto dos pais quanto dos filhos.

### 3.2 Participantes

O grupo foi composto por 20 pessoas, dez casais, configurados no modelo tradicional de família: pais e filhos convivendo no mesmo espaço físico e, tendo em comum a vivência de serem pais de crianças ou adolescentes ‘autistas’.

O Procedimento de Desenhos-Estórias e as Entrevistas clínicas subsequentes foram realizados individualmente com cada participante. A Entrevista Inicial e a Entrevista Devolutiva foram realizadas com o casal participante, devido às condições emocionais dos filhos. A observação familiar ocorreu com os integrantes da família que comparecem ao encontro.

Os casais foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre as condições de participação e avaliação, estando eles, o responsável pelas Instituições participantes e o pesquisador de acordo com as exigências éticas e legais.

Os contatos e a avaliação dos participantes foram efetuados através das Instituições que disponibilizaram um local adequado para o atendimento e, informações adicionais sobre os pais, as crianças e os adolescentes.

A escolha dos participantes ocorreu por meio da solicitação do pesquisador às Instituições e do convite feito aos pais, sendo a adesão ao estudo, voluntária.

Todos os casais estão vinculados às Instituições que recebem crianças e adolescentes autistas para tratamentos: psiquiátrico, psicológico, interação psicossocial ou pedagógico. As Instituições que colaboraram com nossos estudos estão situadas na capital e região da grande São Paulo.

As crianças ou adolescentes com manobras autistas são atendidos, em sua grande maioria, por equipe multidisciplinar. Nessas instituições, há atendimentos destinados aos pais,

no que se refere às suas dificuldades em lidar com filhos. Os tratamentos à criança ou ao adolescente variam de acordo com a demanda de cada caso e com a proposta de trabalho de cada Instituição. Alguns poucos pais fazem tratamento psicoterápico nos serviços disponibilizados pelo município.

Essa pesquisa foi submetida e aceita nos Comitês de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do IPUSP e das Secretarias de Saúde dos Municípios onde as Instituições participantes estão sediadas, conforme documentos em anexo (Anexo 3).

Os participantes da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em anexo (Anexo 4).

Assim, neste estudo foram utilizadas algumas Entrevistas Clínicas com os pais e, quando necessário, com outras pessoas que convivem com a criança ou o adolescente autista, para levantamento de dados relevantes ao tema. Levamos em consideração o fato desses participantes serem voluntários ao estudo das vivências e dificuldades emocionais de pais cujos filhos apresentam traços autistas (TUSTIN, 1990) e, portanto, não apresentarem uma demanda própria.

### **3.3 Procedimentos e Instrumentos**

Utilizamos alguns instrumentos e procedimentos: Entrevistas Clínicas abertas, Procedimento de Desenhos-Estórias, Observação familiar e pesquisa nos prontuários dos pacientes (na Instituição) para obter dados sobre os casais e sobre a criança ou o adolescente, e informações dadas pelos profissionais que atuam com a criança ou adolescente.

### 3.3.1 Entrevistas Clínicas

A Entrevista inicial foi realizada em alguns casos com o casal e, em outros, separadamente com o pai ou com a mãe de acordo com as disponibilidades dos participantes. Esta entrevista teve por finalidade esclarecer os objetivos e as etapas do presente estudo e colocar o pesquisador à disposição para qualquer relato ou esclarecimento do interesse dos pais. De modo geral, obtivemos um panorama dos aspectos emocionais do pai, da mãe e do casal. Surgiram questões pertinentes às dificuldades concretas relacionadas ao filho, as ideias que os pais possuem sobre autismo, as expectativas dos pais sobre o futuro dos filhos, dados sobre a história de vida dos pais, sobre o relacionamento do casal, como ocorre a relação com o filho e outras dificuldades reais ou emocionais relacionadas ao participante, ao casal e à família (ABERASTURY, 1992; TAVARES, 2000).

As entrevistas subsequentes (SANTIAGO, 1984) foram realizadas individualmente com cada participante. O método de Entrevista aberta foi utilizado durante todo o processo, permeado por questionamentos para esclarecimento de dados considerados relevantes ao presente estudo e por alguns assinalamentos, quando se fez necessário. O número de entrevistas buscou atender às necessidades de conhecer o casal e sua história, sendo consideradas as demandas dos pais. Em alguns casos, foram necessários vários encontros, além dos previstos inicialmente, para dar conta das angústias e da necessidade de se colocar dos pais.

Com essa modalidade de entrevistas, obtivemos dados sobre a história de vida dos participantes, incluindo informações sobre sua família de origem e a família atual, relacionamentos sociais e afetivos, relacionamento do casal desde o namoro, no início do

casamento, na gravidez, após o nascimento do filho até o momento do estudo, suas dificuldades em geral, acontecimentos relevantes, expectativas sobre os filhos, dados sobre a história de vida da criança ou do adolescente autista e, principalmente, sobre seus sentimentos por serem pais de uma criança ou adolescente autista. Por meio da entrevista aberta, foi possível identificar as condições emocionais individuais dos pais, a dinâmica e a inter-relação do casal com o filho autista (ABERASTURY, 1992).

### **3.3.2 Procedimento de Desenhos-Estórias**

Escolhemos o Procedimento de Desenhos-Estórias “D-E” (TRINCA, 1976), por considerá-lo um instrumento útil na compreensão da vida emocional dos participantes, uma vez que ele permite observar determinados aspectos conscientes e inconscientes da personalidade e, mais especificamente, a compreensão da estrutura e da dinâmica na qual o sujeito está inserido.

O material necessário à aplicação desse procedimento é de fácil aquisição.

A interpretação dos dados foi realizada através da livre inspeção do material (TARDIVO, 1997; TRINCA, 1984), de forma global (TARDIVO, 1997; TRINCA, 1997), juntamente com os dados obtidos nas entrevistas clínicas, a experiência clínica e os conhecimentos teóricos do psicólogo.

Foram utilizadas até duas sessões com a duração de uma hora cada para a realização deste procedimento. Alguns participantes não conseguiram fazer os cinco desenhos em duas sessões, sendo considerados para material de análise o número de desenhos e estórias por eles produzidos.

Quando observada, em alguns participantes, a mobilização de angústias que interferiram na execução deste procedimento, foram feitas intervenções, por parte do pesquisador, no sentido de propiciar, ao participante, espaço para se colocar sobre os sentimentos mobilizados pelo instrumento, naquele momento.

### **3.3.3 Observação Familiar**

Foi estabelecido um encontro para esse procedimento. O objetivo principal consistiu em apreender como ocorre a relação entre os membros da família e desta para com a criança ou o adolescente com traços autistas. Foi disponibilizada: uma sala com uma mesa e cadeiras equivalente ao número de pessoas da família, uma caixa lúdica e materiais gráficos (ABERASTURY, 1992). Foram registrados todos os comportamentos possíveis e as verbalizações que ocorreram, assim que a sessão foi encerrada.

Neste procedimento, houve interferência do pesquisador no sentido de estimular a participação dos componentes da família para utilizarem o material disponível e, na medida do possível, foram feitos assinalamentos que favoreceram a interação entre os pais e os filhos.

Faremos a seguir a descrição dos casos. Os nomes dos participantes são fictícios e alguns dados foram alterados para preservar suas identidades.





























































































































































































































































































































































































## 5 QUADRO DE APRESENTAÇÃO DOS CASOS

<b>1º. CASO - FLÁVIA</b>			
Idade	8 anos	Ordem Familiar	3º. Filho (1irmã e 1 irmão)
Mãe	Marinalva	Idade	32 anos
Profissão	Dona de Casa	Escolaridade	1º. série-E. Fundamental
Pai	Nilson	Idade	38 anos
Profissão	Carpinteiro	Escolaridade	4º. série-E. Fundamental
<b>2º. CASO - FERNANDO</b>			
Idade	7 anos	Ordem Familiar	2º. Filho (1 irmã)
Mãe	Jovina	Idade	32 anos
Profissão	Dona de Casa	Escolaridade	3º. série-E. Fundamental
Pai	Antonio	Idade	31 anos
Profissão	Ajudante Geral	Escolaridade	Não alfabetizado
<b>3º. CASO - BIANCA</b>			
Idade	11 anos	Ordem Familiar	3º. Filha (2 irmãs)
Mãe	Aparecida	Idade	49 anos
Profissão	Dona de Casa	Escolaridade	Cursou Ensino Médio
Pai	Carlos	Idade	46 anos
Profissão	Administrador	Escolaridade	Ensino Médio
<b>4º. CASO - ROBERTA</b>			
Idade	13 anos	Ordem Familiar	Filha única
Mãe	Carmem	Idade	43 anos
Profissão	Dona de Casa	Escolaridade	4º. série-E. Fundamental
Pai	Júlio	Idade	45 anos
Profissão	Pedreiro	Escolaridade	4º. série-E. Fundamental
<b>5º. CASO - ARTUR e ALEXANDRE</b>			
Idade	15 e 9 anos	Ordem Familiar	1º. e 2º. Filho
Mãe	Ivete	Idade	43 anos
Profissão	Cabeleireira	Escolaridade	2º. série-Ensino Médio
Pai	Oswaldo	Idade	42 anos
Profissão	Operacional	Escolaridade	Ensino Médio
<b>6º. CASO - PEDRO</b>			
Idade	12 anos	Ordem Familiar	Filho único
Mãe	Teresa	Idade	44 anos
Profissão	Dona de Casa	Escolaridade	4º. ano Psicologia
Pai	Luís	Idade	42 anos
Profissão	Tecnólogo	Escolaridade	Superior Incompleto

<b>7º. CASO - CÉSAR E RICARDO</b>			
Idade	18 e 12 anos	Ordem Familiar	1º. e 3º.Filho ( 2 irmãos)
Mãe	Inês	Idade	45 anos
Profissão	Dona de Casa	Escolaridade	Superior Incompleto
Pai	Otávio	Idade	47 anos
Profissão	Professor	Escolaridade	Superior Completo
<b>8º. CASO - NÍCOLAS</b>			
Idade	7 anos	Ordem Familiar	2º. Filho ( 1 irmão )
Mãe	Taís	Idade	35 anos
Profissão	Autônoma	Escolaridade	Ensino Médio
Pai	Eduardo	Idade	37 anos
Profissão	Artista plástico	Escolaridade	1º. Ano de Ensino Médio
<b>9º. CASO - ERICK</b>			
Idade	8 anos	Ordem Familiar	2º. Filho (1 irmão)
Mãe	Adriana	Idade	27 anos
Profissão	Dona de Casa	Escolaridade	E.Fundamental
Pai	Isaías	Idade	27 anos
Profissão	Aux. Administrativo	Escolaridade	8ª. série-E. Fundamental
<b>10º. CASO - JULIANA</b>			
Idade	8 anos	Ordem Familiar	1º. Filha (1 irmã)
Mãe	Tânia	Idade	38 anos
Profissão	Dona de Casa	Escolaridade	6º. série-E.Fundamental
Pai	Jair	Idade	37 anos
Profissão	Representante Comercial	Escolaridade	Mobral

## 6 SÍNTESE E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados desse estudo considerou os aspectos apreendidos nos 10 casos analisados, e que tiveram maior relevância na apreensão do psiquismo dos pais participantes. Os dados foram organizados resumidamente em três grupos. Os dados que constam nos dois primeiros grupos foram extraídos da entrevista inicial e das entrevistas subsequentes, sendo elencados em ordem decrescente de relevância. Os dados do terceiro grupo referem-se aos aspectos emocionais assimilados por meio dos três procedimentos utilizados, retratando as vivências emocionais e as dificuldades dos pais, com maior amplitude e profundidade. Faremos a seguir a discussão dos resultados obtidos:

### A. Aspectos de maior relevância no grupo masculino (Pais)

#### 1. *Queixas trazidas espontaneamente (manifestas):*

- sem queixas: participação em colaboração à ciência;
- obter a confirmação do diagnóstico do filho e buscar tratamento;
- sobrecarregado com a dependência da esposa;
- preocupação com o futuro dos filhos;
- preocupação com a própria saúde;
- preocupação com os conflitos entre a esposa e o filho mais velho, e divergências de conduta na educação dos filhos; e
- preocupação com os benefícios que a instituição poderia proporcionar ao filho.

#### 2. *Queixas subsequentes (manifestas e latentes):*

- conflitos e insatisfações no relacionamento conjugal;

- insatisfação com a própria vida;
- depressão;
- vida restrita;
- insegurança;
- divergências de conduta em relação aos filhos;
- descuido com a aparência;
- dificuldades em cumprir horário;
- doenças em geral;
- medo em relação ao próprio futuro;
- excesso de dedicação ao trabalho; e
- situações específicas relacionadas ao autismo do filho.

3. *Outros aspectos emocionais retratados:*

- intolerância ou baixa tolerância à frustração;
- submissão à vida e/ou às dificuldades;
- conformismo à vida e/ou às dificuldades;
- paralisção;
- resignação à vida e/ou às dificuldades;
- desligamento;
- apatia;
- autoinvalidação;
- depressão;
- desvitalização;
- aprisionamento ao passado;
- agitação;
- desorganização;
- mania;
- vazio existencial;
- recursos internos insuficientes ou ausentes;
- angústias;
- desvalia;
- inferioridade;

- desânimo (na expressão física);
- ausência de iniciativa para tomar decisões;
- medos frente a mudanças e dificuldades;
- desamparo;
- desesperança frente aos problemas e/ou à vida;
- insatisfação com o trabalho;
- ressentimentos;
- desesperança no relacionamento conjugal;
- prazer com o trabalho;
- autoimagem denegrida;
- evasão;
- cisão;
- negação da realidade ou das emoções;
- distorção da realidade ou das emoções;
- evacuação das emoções;
- formação reativa;
- projeção;
- idealização;
- racionalização;
- desejos de desenvolvimento do filho;
- desejos de ascensão profissional;
- desejos de encontrar subsídios no ambiente e ter uma vida mais amena;
- desejos de estudar e ter uma profissão;
- desejos de ascensão material;
- desejos do diagnóstico do filho ser falso;
- desejos de melhorar a autoestima, a confiança em si;
- desejos de ter iniciativa e impor limites à família de origem; e
- desejos de descobrir a ‘falta’ interior.

## **B. Aspectos relevantes no grupo feminino (Mães)**

1. *Queixas trazidas espontaneamente (manifestas):*
  - conflitos ou insatisfações conjugais;

- insatisfação com a própria vida;
- não dar conta dos filhos e dos afazeres domésticos;
- medos de sair sozinha; e
- conflito no relacionamento com o filho: agressões físicas e verbais.

2. *Queixas subsequentes (manifestas e latentes):*

- conflitos e insatisfações no relacionamento conjugal;
- insatisfações com a vida que tinha;
- depressão (pouca vitalidade);
- descuido com a aparência;
- vida restrita;
- dificuldades com (todos) os filhos;
- dificuldades em dar conta dos compromissos assumidos;
- dificuldades e outros assuntos relacionados ao filho 'autista';
- divergências de conduta em relação aos filhos;
- dificuldades de cumprir horário;
- excesso de trabalho do cônjuge;
- medo de enlouquecer; e
- medo de perder o controle.

3. *Outros aspectos emocionais retratados:*

- intolerância ou baixa tolerância à frustração;
- paralisção;
- resignação;
- apatia;
- desvitalização;
- desfocalização;
- agitação;
- mania;
- aprisionamento ao passado;

- desorganização;
- depressão;
- submissão;
- conformismo;
- angústias intensas e sofrimento;
- menos-valia;
- decepções com a vida em geral;
- autoimagem denegrada, distorcida, prejudicada;
- desamparo;
- inseguranças;
- impedimentos em ter iniciativa;
- incerteza sobre seus recursos;
- ressentimentos;
- hostilidade: manifesta e/ou latente;
- inexistência;
- dependência;
- medos de autonomia;
- evasão;
- negação da realidade ou das emoções;
- distorção da realidade ou das emoções;
- supressão das emoções;
- evacuação das emoções;
- racionalização;
- desejos de estudar e/ou trabalhar;
- desejos de expansão emocional;
- mudar a vida que tem, se expressar;
- ambição; e
- ter uma vida mais amena.

A seguir discorreremos sobre esses resultados. Lembramos que todos os pais participantes desse estudo aderiram voluntariamente, fato que justificaria a ausência de uma demanda própria, pelo menos de início.

Constatamos que a adesão do grupo masculino foi inferior ao número de pais convidados, como também inferior às adesões femininas. Entretanto, os resultados desse estudo apontaram demandas tanto dos pais quanto das mães.

Chamou-nos a atenção a natureza das demandas trazidas nas queixas espontâneas no grupo masculino. Na primeira entrevista não foram mencionadas as dificuldades dos pais em relação ao filho 'autista'. Dentre dez participantes, quatro vieram a título de colaboração, sem demanda própria, e os demais tinham como demandas: obter esclarecimentos sobre o diagnóstico do filho e buscar tratamento; sentimento de sobrecarga com a dependência da esposa; e preocupação com o futuro dos filhos, com a própria saúde, com os conflitos entre a esposa e o filho 'problema', com as divergências de opinião na educação dos filhos e com os benefícios que a Instituição poderia proporcionar ao filho.

Em relação ao teor das queixas espontâneas do grupo feminino, ocorreram resultados divergentes. Os resultados desse estudo apontaram: conflitos ou insatisfações conjugais; insatisfação com a própria vida; não dar conta dos filhos e dos afazeres domésticos; medos de sair sozinha; e conflito no relacionamento com o filho (agressões físicas e verbais). Fatos que denotaram maior envolvimento das mães com os motivos ou conflitos que lhes causavam sofrimento emocional. Inicialmente, pareceu que o grupo masculino mostrou-se mais resistente ou racional, com exceção de um pai cujo tema versou sobre suas reais e precárias condições de saúde, e de outro que relatou sua preocupação em relação ao futuro dos dois filhos autistas.

Nas queixas subsequentes, latentes ou manifestas, verificamos que os pais manifestaram outras demandas. A de maior destaque referiu-se aos conflitos e insatisfações no relacionamento conjugal. Dentre os participantes, quatro utilizaram os encontros para comentar sobre as dificuldades conjugais; três deles trouxeram as dificuldades por meio de suas insatisfações gerais ou inferidas nos conteúdos subjetivos; dois participantes situaram-

nas no passado; e apenas um, não fez nenhuma referência às dificuldades do casal. A segunda demanda dos homens referiu-se às insatisfações gerais com a própria vida.

O grupo feminino apresentou as mesmas demandas que o grupo masculino em relação às duas primeiras queixas relatadas.

Comparando os resultados referentes às queixas subsequentes nos dois grupos, masculino e feminino, averiguamos que o tema de maior relevância referiu-se aos conflitos e insatisfações no relacionamento conjugal. Tema proferido por todas as mulheres e pela maioria dos homens.

Outro fato que surpreendeu-nos reportou-se ao início do conflito conjugal. As dificuldades de relacionamento, na grande maioria, coincidiram com o início da convivência (casamento). As justificativas masculinas consistiram em: dúvidas se deveriam ou não se casar; dúvidas dos próprios sentimentos em relação à companheira; disputa pelo comando da nova família; nascimento de filhos; casamentos decorrentes de gravidezes, não necessariamente do filho autista; e, nos casos de coincidir ser o primeiro filho (autista), os pais desconheciam a patologia, recaindo as impossibilidades sobre as novas exigências e as novas responsabilidades assumidas.

As insatisfações femininas respaldaram-se: nas mudanças de comportamento dos maridos após o casamento; na falta ou pouco envolvimento nos assuntos do casal ou da família atual; no envolvimento de pessoas da família de origem na relação do casal; na dedicação ou dependência do marido à família de origem; no nascimento de filhos, somando-se maior responsabilidade e trabalho doméstico; em abrir mão da profissão e dos estudos; nas dificuldades e instabilidades financeiras; no excesso de trabalho do cônjuge; no relacionamento extraconjugal do parceiro; e em outras carências emocionais em relação ao cônjuge. De um modo geral, as mulheres situaram suas insatisfações desde o início do relacionamento e com permanência até o término do presente estudo.

A insatisfação com a própria vida também foi retratada pelas dez mulheres e por oito homens, dentre os participantes. Os homens desse grupo referiram que suas insatisfações eram decorrentes de conflitos no relacionamento conjugal; empregos indesejáveis; condições deficitárias em manter a família; e sentirem-se restritos em ter vida social, lazer e atualização profissional, ocupando o segundo lugar no ranking das queixas masculinas. As mulheres mantiveram os mesmos argumentos utilizados no conflito conjugal e acrescentaram: o fato de terem suas vidas restritas, a sensação de desânimo, o descuido com suas aparências, a depressão, a obesidade e outras doenças, as dificuldades em dar conta dos compromissos assumidos, as dificuldades para resolver as questões afetivas no relacionamento e o fato de assumirem maior responsabilidade que os maridos sobre os filhos.

As dificuldades com os filhos foram mencionadas pela maioria das mulheres. Três mães afirmaram que o filho 'normal' era causa de maior dificuldade, por este se impor aos limites estabelecidos pela família. Embora esse tema tenha permeado o relato das mães, não foi dada a ele tanta ênfase quanto àqueles sobre as dificuldades de relacionamento conjugal e as insatisfações com a própria vida. Pareceu que de fato o sofrimento retratado pelas mulheres desse grupo de mães repousava nas insatisfações pessoais e nos conflitos conjugais. Não houve divergências de resultados entre as mães que trabalhavam e aquelas que se dedicavam exclusivamente ao lar e aos filhos.

Referindo-se ao autismo dos filhos, o grupo feminino fez alguns comentários relacionados às dificuldades para controlá-los em lugares públicos; à seletividade na alimentação deles; à falta de limites; à ausência de verbalização de sentimentos e de necessidades; às reações exageradas frente às frustrações; ao temor pelo futuro dos filhos; ao sentimento de culpa; ao autismo tido como uma missão divina; às idas e vindas a médicos; às dificuldades e dúvidas sobre tratamentos e escolas; à necessidade de fazer escolhas por eles; e,

especialmente, às dificuldades de obter tratamentos e escolas públicas para os filhos adolescentes após os 15 anos de idade.

No grupo masculino as dificuldades com os filhos apareceram em forma de: ter fantasias de serem os responsáveis pelo ‘autismo’ do filho; temor em relação ao futuro; insatisfações quanto aos resultados obtidos nos tratamentos dos filhos; sentimentos de tristeza em relação as suas defasagens; não aceitação do problema; e o autismo ser considerado como uma missão divina.

Os elementos que ocuparam o terceiro lugar, dentre as mulheres, versaram sobre: a restrição vivida, depressão, não dar conta dos compromissos assumidos e descuido com a própria aparência. Outros aspectos detectados com a mesma prevalência foram: a dificuldade para cumprir os horários agendados; a desorganização e impossibilidades quanto aos compromissos assumidos, e, em alguns casos, manter a própria rotina; o excesso de compromissos sentidos como desagradáveis ou penosos; e os impedimentos para modificar algumas situações reais e emocionais, individuais.

Em relação ao grupo masculino, a restrição vivida e os sentimentos de insegurança foram retratados na mesma proporção das insatisfações com a própria vida ocupando o segundo lugar na categoria “queixas subsequentes”.

As divergências de conduta em relação aos filhos, autistas e não autistas, ocuparam o quarto lugar nos grupos feminino e masculino. Temos como hipótese que essas divergências estão relacionadas à percepção que os pais têm de seus filhos, aceitando-os como um outro ser diferente deles, ou como um ser semelhante a si próprio, e, neste caso, a percepção está alicerçada nas projeções dos aspectos infantis dos pais.

Lembramos que os aspectos emocionais elencados no grupo 3 foram apreendidos na análise de todos os procedimentos utilizados. Teceremos alguns comentários apoiados na apreensão dos aspectos psicodinâmicos dos participantes e dos impactos em suas vidas.

Marinalva (caso 1), Jovina (caso 2), Carmem (caso 4) e Adriana (caso 9) retrataram alguns aspectos comuns: apatia, dependência de seus maridos e familiares, estado depressivo, medos, dificuldades para cuidar de si e resignação. Pareceu que esses aspectos invadem a mente dessas mães mobilizando desvitalização e paralisação frente às dificuldades e a algumas emoções. Constatamos que na base dessas manifestações encontra-se o medo de inexistência. Marinalva, Jovina e Adriana apresentaram críticas severas (super-egoícas) sobre si mesmas, denotando terem recursos próprios, e uma percepção de não disporem de recursos, como se a força vital estivesse deficitária, frouxa, flácida, impedindo-as de lidar com suas insatisfações. O fato de identificarem as insatisfações já denota algum recurso. Os dados apontam que Marinalva, Carmem e Jovina vivenciaram depressão na gravidez, enquanto que Adriana pareceu desligar-se das emoções desde menina. Adriana não expressou seus sentimentos ao relatar alguns fatos de sua vida e tampouco fez menção de perspectiva de futuro e sonhos. Nos breves relatos sobre seus sentimentos, ela não pôde se apropriar deles efetivamente evadindo-os. Ela provoca no observador a impressão de ser muito frágil, como um vaso de cristal que pode trincar ao menor ruído e, ao mesmo tempo, como um objeto sendo arrastado pela força da natureza.

Carmem (caso 4) tem uma percepção distorcida de si, se sente sem recursos para ser continente de suas emoções. Ela apresenta-se com bom humor, entretanto, os dados obtidos apontam que suas insatisfações e desinteresse pela vida a conduzem à apatia e resignação. Carmem teve perdas significativas (aborto, um bebê prematuro que foi a óbito) que exacerbaram seus sentimentos de menos-valia. Ela não pôde elaborar o luto relativo a essas perdas. Carmem se evade de frustração e suprime a sua agressividade. Desse modo, ela espera do ambiente uma adaptação favorável as suas necessidades. Ela acredita que com a ajuda do ambiente poderá recuperar a força vital que se encontra deficitária. As insatisfações no relacionamento conjugal são mencionadas, mas não há movimentos no sentido de solucioná-

las. Ela sente-se paralisada e impedida de refletir sobre esses acontecimentos, pois assim evita o contato com a frustração e outras emoções, daí decorre a desvitalização. Os seus recursos estão dirigidos aos cuidados da filha e da família, sendo despendidos grandes esforços.

Comparando a intensidade dos aspectos retratados por essas quatro mulheres, Adriana, a mais jovem das mães (27 anos), denota maiores dificuldades emocionais do que as demais. Ela aparentou em muitos momentos ter desistido da vida, demonstrando imensa resignação. Sua força vital se esvaiu quase que por completo, impedindo-a de reclamar ou sonhar. Ela cuida dos filhos com a ajuda do marido e da escola, com muito esforço. Estamos diante de um quadro depressivo grave.

Em síntese, essas mães (Marinalva, Jovina, Carmem e Adriana) necessitam de ajuda para um contato emocional mais efetivo consigo próprias. Elas retrataram diferentes intensidades no sentimento de inexistência. Soubemos, posteriormente, que o estado depressivo de Adriana intensificou-se e que ela desistiu do tratamento psicológico após as primeiras sessões. Carmem permaneceu um período maior em tratamento psicológico desistindo após dois meses. Manteve-se em sua resignação. Marinalva, 12 meses após o estudo, teve um 'surto psicótico' necessitando de internação hospitalar durante 20 dias e após esse período demonstrou apatia e intensa desvitalização, recusou alimentação por vários dias, sendo hospitalizada novamente.

Constatamos alguns aspectos emocionais semelhantes nos maridos de Marinalva, Jovina, Carmem e Adriana, os quais serão descritos a seguir.

Nilson (caso 1) retratou: apatia, desânimo, pouca iniciativa, descuido da aparência, resignação e conformismo frente as suas insatisfações. Ele dispunha de alguma vitalidade para cuidar dos filhos, buscar tratamentos e escola para a filha autista, realizar pequenos trabalhos esporádicos e dar conta de algumas necessidades concretas da família. Ele se apropriou da autoimagem distorcida, resignando-se com suas insatisfações pessoais e profissionais, e com

seus medos de enfrentar uma readaptação funcional. Nilson coloca-se como pouco capaz e utiliza-se de subterfúgios (aposentar-se, aposentar a filha por incapacidade e receber ajuda de programas de televisão) para evadir-se de suas angústias esperando que o ambiente lhe proporcione meios de sobrevivência, ainda que precários. Há desânimo e resignação quando a questão refere-se ao exame de seus recursos.

Antonio (caso 2) demonstrou: retraimento ao falar de si, fragilidade emocional, sentimentos de desamparo, autoimagem prejudicada, insegurança, vida restrita e indícios de depressão. Ele abdicou de suas necessidades de realização pessoal e profissional, tendo frustrações daí decorrentes. A decisão de sua vida profissional e pessoal encontra-se suspensa. A sua vitalidade foi direcionada ao trabalho e aos cuidados dos filhos e da esposa.

Antonio, apesar de ser analfabeto, tem um trabalho estável e sustenta a família. Ele se sente frágil emocionalmente, mas não se deixa abater. Ele alimenta expectativas de estudar e ter uma profissão. Ele não tem certeza sobre os recursos de que dispõe e dos movimentos de enfrentamento de algumas dificuldades.

Júlio (caso 4) retratou desligamento de suas emoções, resignação à vida que tem, sem sequer mencionar qualquer insatisfação ou prazer em relação a si próprio. Não mencionou objetivos, expectativas futuras e tampouco se referiu ao alcoolismo. Pareceu não se dar conta da insatisfação conjugal da esposa e de outras necessidades emocionais que ela apresenta. Ele demonstrou preocupação e carinho com a filha. A única manifestação de desejo de Júlio referiu-se a possibilidade de a filha vir a falar corretamente. Os dados obtidos sobre Júlio apontam um funcionamento mental da ordem da equação simbólica.

Isaias (caso 9) tem uma visão distorcida de si, autoataca, desvaloriza os seus recursos e não expressou desejos de mudanças, sonhos ou expectativas de si próprio em relação ao presente e ao futuro. Mostrou-se insatisfeito com a vida em geral e seu trabalho é realizado como algo desagradável e penoso.

Comparando-se os dados apreendidos entre Nilson, Carlos e Isaias, pareceu ser Isaias o mais prejudicado emocionalmente, pela paralisação de vários aspectos de sua vida. Ele não buscou o tratamento em psicoterapia, por nós sugerido. Quanto a Júlio, demonstrou estar anestesiado aos problemas e às emoções.

Constatamos alguns aspectos emocionais semelhantes nos casos 3 e 10. As mães, Aparecida (3) e Tânia (10), aparentaram estado de depressão, desânimo, apatia e aprisionamento às insatisfações sentidas em relação à vida que têm. Elas trabalharam até dois anos após o casamento. Ambas se sentem sobrecarregadas pelas responsabilidades domésticas, pelos cuidados e pelos compromissos das filhas. Aparecida e Tânia abdicaram de si a favor da família. Aparecida focou suas insatisfações no relacionamento conjugal, e Tânia nas atribuições domésticas e na dedicação às filhas. Elas se sentem submetidas à rotina e não vêem possibilidades de mudança. Teceram comentários sobre o trabalho que têm com as filhas 'autistas', mas o estado emocional retratado remete a outras dificuldades da vida. Aparecida e Tânia utilizaram-se dos encontros quase que exclusivamente para falarem de si.

Ressaltamos que apesar de aspectos emocionais semelhantes, a dinâmica individual retratada apresenta especificidades. Aparecida (caso 3) ao submeter-se vive um dilema: manter-se submetida ou cuidar da própria vida. Esse conflito gerou ressentimentos que foram se acumulando ao longo dos anos. Constatamos que há manifestação de explosividade, ora latente, ora manifesta. Aparecida projeta no ambiente (marido, sogra) a responsabilidade por seus fracassos, e exime-se de refletir sobre a parte que lhe cabe nas insatisfações e dissabores que vivencia. Talvez, Aparecida acabe se submetendo por não discriminar que pode conviver com a família, respeitando seus limites e suas necessidades. Possivelmente ela acredita que se cuidar de si própria terá que abdicar da família. O excesso de compromisso assumido com as filhas, com a casa e com o marido tem como objetivo impedi-la de cuidar de si e dos vínculos consigo própria, e de refletir sobre sua condição.

Tânia (10) abdicou de si e só lhe restou a exaustão e as insatisfações gerais com a vida que tem. Ela referiu-se a conflitos conjugais superados (relação extraconjugal do marido). Predominou a desvitalização e a paralisação, sem mencionar os ressentimentos. Analogamente, pareceu recém resgatada dos escombros de um desabamento emocional, necessitando se fortalecer e posteriormente avaliar a extensão dos danos, para depois decidir como dará conta deles.

Os maridos das referidas mulheres, Carlos (3) e Jair (10), apresentam em comum o desligamento das emoções. Jair com maior intensidade do que Carlos. Eles se apresentaram como colaboradores à ciência, aparentemente sem problemas ou dificuldades. Têm uma teoria de que cuidar dos filhos e da casa são atribuições da mulher e, assim, negam as necessidades delas e das filhas, e se evadem dessa situação que poderia confrontá-los com suas fragilidades, suscitando suas angústias. Eles dedicam-se exclusiva e excessivamente ao trabalho. Ambos, ao entrar em contato com as emoções, tiveram fantasias de que iriam enlouquecer. A dedicação excessiva ao trabalho sugeriu favorecer o desligamento das emoções.

Carlos é um profissional bem sucedido e sente-se realizado com o que faz, dando-nos a impressão 'como se' vivesse imune às dificuldades, sentindo-se 'blindado' às emoções. Carlos supre as necessidades econômicas familiares e administra os bens adquiridos. A família vive com conforto, as filhas estudam em escolas particulares e realizam outras atividades complementares. Carlos encontrou um jeito de apaziguar o sofrimento interno: sofre pelas questões da humanidade. Carlos pareceu bem adaptado às questões profissionais.

Jair é um homem rude e não supre as necessidades financeiras da família, pois ainda tem dívidas relacionadas à falência do comércio que teve. Vivem com dificuldades, embora ele concentre todos os seus esforços no trabalho. Jair afirmou ser muito ambicioso. Ele alimenta sonhos irrealis, estabelecendo metas e mantém-se na ilusão de alcançá-los

brevemente, estipulando um curto período de tempo para tais aquisições. O desligamento demonstrado por Jair é tão grande que, após ouvir as queixas da esposa em relação ao estresse que ela se encontra, propôs como solução que ela trabalhasse com ele, sem dimensionar como fariam com as filhas pequenas e com os compromissos delas. Jair não pôde refletir sobre as necessidades da esposa e se haveria algum meio de ele colaborar com ela. Deu a impressão de ver no emprego, ou na empresa, possibilidades muito idealizadas, analogamente ao canto da sereia.

As condições emocionais apreendidas na dinâmica desses casais retratam: a evitação ou evasão das dificuldades de relacionamento conjugal e das insatisfações pessoais. Todos expressaram paralisação frente a algumas emoções. As esposas (mães) identificam o sofrimento e algumas de suas causas. Já os maridos (pais) negam todo e qualquer problema presente, fruto do impedimento de contato com o que realmente pensam e sentem (parecem blindados). Assim, as dificuldades individuais e conjugais vão tomando dimensões cada vez maiores pelo não enfrentamento, e as insatisfações vão aumentando. O contato emocional, por sua vez, vai se deteriorando.

Ivete (caso 5) e Inês (caso 7) apresentaram alguns aspectos convergentes: têm dois filhos com diagnóstico de autismo. Elas demonstraram estados de agitação, desfoque, alheamento, confusão, poucos limites, dificuldades para cumprir horários, e assumem compromissos além de suas possibilidades. Seus relatos foram confusos, especialmente quando o assunto referia-se ao desenvolvimento dos filhos. Ambas utilizaram os encontros para falar de si. Elas responsabilizam o ambiente pelas dificuldades e insatisfações. Têm uma autoimagem de desvalia e apresentam insatisfação com o que são de fato.

Ivete (caso 5) focou sua queixa nas dificuldades de relacionamento conjugal. Houve um momento em que ela se deu conta de que reclamar das insatisfações não iria ajudá-la. Entretanto, aponta como solução a mudança das atitudes do marido. Com isso, ele passa a ser

o responsável pelas dificuldades dela e assim ela exime-se das mesmas. Ivete trabalha bastante e descreve-se como uma pessoa muito ambiciosa. Ela mora em uma região 'classe A' e acaba comprometendo quase toda a renda familiar. De início, Ivete causa boa impressão sobre si, porém ao se colocar demonstra a agitação mental em que se encontra. Estado este corroborado pelos dados apreendidos por meio dos procedimentos utilizados. Os recursos internos apresentados são, em parte, destinados à sobrevivência e em parte utilizados para negar a realidade interna e externa.

Ivete nega a realidade e as emoções. Houve relatos que sugeriram 'delírio'. O autismo dos filhos é concebido ora como uma graça divina, protegendo-os do envolvimento com drogas (distorção da realidade), ora ela responsabiliza o marido (e as atitudes explosivas dele) como fato desencadeador do autismo. Constatamos que diante da hostilidade, da onipotência e do estado de mania demonstrados há uma mulher com intensa fragilidade emocional, uma autoimagem desvalida e intolerância à frustração.

Inês demonstrou autonomia nas decisões familiares, em sua vida pessoal e conjugal. Ela administra os recursos financeiros e as situações relacionadas aos filhos. A sua dificuldade consiste no temor de perder o controle. Inês não se dá conta da insatisfação do marido em relação as suas atitudes e tampouco menciona o afastamento do casal. Há percepção da dispersão que ocupa sua mente, em alguns momentos ela tenta manter o controle, mas, em outros, prevalece o descontrole, o desenfoque de si. Inês sintoniza com as situações que lhe são agradáveis e desconsidera as vivências desagradáveis (evasão). Apesar de toda a confusão, busca tratamento para os filhos, dirige e cuida de outras pessoas. A grande dificuldade consiste em ficar em contato com os aspectos que ela não aprecia, não tolera e que lhe causam sofrimento e frustração, impedindo-a de cuidar de si. Fatos que comprometem o contato com alguns aspectos da realidade.

Oswaldo (caso 5) e Otávio (caso 7) retrataram grande sofrimento, insatisfações no relacionamento conjugal e insatisfações com a própria vida. Têm uma baixa autoestima e um quadro depressivo. Eles se sentem desconsiderados por suas esposas e sentem não ocupar o lugar que lhes é de direito no seio da família. Ambos concentram seus esforços no trabalho e na família, abdicando de si.

Oswaldo reconhece suas dificuldades e que necessita de ajuda para lidar com seu temperamento explosivo, com suas insatisfações e com a insegurança reinante. Ele assume maior responsabilidade pelo tratamento dos filhos. Há grande fragilidade interna, sente-se insatisfeito com quase tudo na vida: casamento, trabalho e paternidade. Sente que fracassou. Não vê possibilidades de mudança, pois se sente paralisado, tomado pelas angústias e pela explosividade.

Otávio sente-se bem com seu trabalho e nele concentra todos seus esforços. Focou suas insatisfações no relacionamento conjugal. Sente-se impotente como homem e perante a vida que tem, submetendo-se à esposa. Contudo, não reconhece que delegou a ela todas as responsabilidades da família. Sente-se preso ao passado e não vislumbra possibilidades de mudança. Entra em depressão ao se deparar com dor e perdas, sem elaborá-las. Não aceita o problema mental do filho mais velho (César) e não percebe que ao delegar todas as responsabilidades de suas insatisfações à esposa, não pode refletir sobre si e menos ainda sobre as dificuldades. Ele não vê perspectivas de mudança em sua vida, porque parte do princípio de que Inês é quem deverá mudar.

Os casais dos casos (5) e (7) demonstraram grandes dificuldades em lidar com frustrações e com as emoções advindas. Igualmente retrataram desejos de esperança e de mudanças em suas vidas.

Teresa (caso 6) e Thaís (caso 8) têm em comum: recursos internos, desânimo, aprisionamento em relação às situações da vida e descuido com a aparência. Sentem-se

angustiadas pelo impedimento de transformar suas ideias e seus projetos em ações, e por adiar decisões importantes em suas vidas, como as insatisfações pessoais e com o casamento.

Teresa verbalizou com propriedade os movimentos internos que a impediam de utilizar sua força vital: “me sinto uma morta-viva, mas eu não quero morrer”, em outro momento ela falou: “a liberdade que eu queria é dentro de mim, acho que fiquei presa dentro de mim, em alguma coisa”. Depois afirmou: “tento resolver dentro de mim, mas, parece que estou numa água suja, sem me movimentar”. E, finalmente, quando comentou: “que o filho autista frequenta uma escola período integral e ela continua sentindo-se aprisionada e impedida de ir atrás de seus objetivos e de realizar mudanças em sua vida”, embora não tenha que dedicar-se a ele com exclusividade.

Thaís (caso 8) retratou uma força vital pouco eficiente para lidar com as situações que lhe causam frustração. Ela utiliza parte de seus recursos internos para criar um mundo ideal, o qual serve de refúgio quando as frustrações a assolam. Desse modo, Thaís transita de um mundo real para um mundo ideal quando se depara com frustração, angústia e sofrimento. Entretanto, há uma parte dessa força vital que é direcionada ao trabalho e a suprir algumas necessidades dos filhos. Faremos a seguir considerações sobre Luís e Eduardo, maridos de Teresa e Thaís, respectivamente.

Luís (caso 6) tem noção da realidade e das dificuldades e gostaria de se sentir imune aos atropelos da vida, encontrando um ambiente que favorecesse essa condição. Ele consegue refletir sobre suas questões emocionais, admite perder muito tempo nessas reflexões e sente-se impedido de por em prática as possíveis soluções que ele encontra em pensamento. Uma boa parte da força vital de Luís destina-se à resolução das situações da família de origem.

Eduardo (caso 8), de início, pareceu ‘tirar de letra’ qualquer dificuldade, inclusive deu-nos a impressão de ter superado a dura realidade enfrentada quando criança (separado da mãe aos 6 anos reagiu com depressão). Para dar conta desse imenso sofrimento, criou uma

proteção afastando-se do contato consigo próprio. Esse afastamento emocional causou-lhe a sensação de uma 'falta' interior. Ao se despojar das emoções e de seus outros recursos, o mundo interno transformou-se em um vazio que o ameaça. Negar as frustrações, minimizar os problemas ou as dificuldades foi o meio encontrado para evitar a angústia oriunda do vazio interior. Eduardo identifica-se com o filho autista poupando-o de frustração.

Esses aspectos emocionais individuais provocam o impedimento de resolução das insatisfações pessoais e do casal, gerando maiores insatisfações.

Considerando as peculiaridades das dinâmicas individuais e de cada casal, constatamos que há aspectos emocionais nos pais que atuam na mobilidade psíquica, resultando em diferentes intensidades de paralisação emocional. Nesse sentido, os pais sentem-se impedidos de pensar e de realizar mudanças em alguns aspectos essenciais de suas vidas. A não resolução das situações de conflito provoca insatisfações, o não reconhecimento de si mesmos e o enfraquecimento de seus recursos.

Constatamos também que, na maioria dos casos, as dificuldades emocionais são individuais e anteriores ao casamento e ao nascimento dos filhos. Foram apreendidos nos pais participantes alguns recursos utilizados na vida prática, no trabalho, na subsistência da família e nos cuidados dos filhos. Recursos estes que também variam de acordo com as questões emocionais apontadas em suas análises individuais. Foram retratados desejos de mudança e de esperança. Faremos a seguir algumas considerações teóricas sobre os aspectos apreendidos.

## 7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaríamos de lembrar que os pais participantes desse estudo, trabalham, têm uma família constituída nos moldes tradicionais: pai, mãe e filhos, todos habitando o mesmo espaço. Os filhos autistas frequentam algum tipo de tratamento ou escola especializada disponíveis na rede de serviços públicos. Esses pais trabalham, cuidam da casa e dos filhos, e aderiram ao estudo voluntariamente, o que obviamente evidencia a presença de alguns recursos. Entretanto, nosso estudo deteve-se à análise das suas dificuldades emocionais por duas razões: primeiro, porque os pais sentem-se submetidos às dificuldades, e para que os resultados obtidos venham implementar programas de prevenção e tratamentos aos pais.

Iniciaremos pelo entendimento daquilo que supostamente seria uma condição adulta e que permite ao indivíduo ‘ser’ ele mesmo: ser adulto implica em ser flexível, conviver com as incertezas, com as contradições internas e externas, e em aceitar o princípio da realidade em ‘todos os setores da vida’, considerando a frustração como elemento que permeia toda a existência (MARX; SILVA, 2008).

Pereira (2008) considera que “a adulez é construída desde os primórdios da infância, ou mesmo antes, através do inconsciente dos pais e da cultura.” (p. 78). O autor sustenta que por meio da interação entre os fatores hereditários e pela forma como as relações primitivas foram constituídas pode-se “traçar o perfil do personagem que estreará nos palcos da fase adulta, compreender suas escolhas e, quem sabe, prever os resultados.” (p. 78).

E, como contraponto, temos que considerar que a fase adulta, mesmo em condições favoráveis de desenvolvimento, não garante ao indivíduo livrar-se das dificuldades que provocam os conflitos, a dor e a angústia (MOURA, 2008). Contudo, “uma grande dor poderá ser tolerada, mediante um registro progresso de repetidos acolhimentos das necessidades de prazer.” (MOURA, 2008, p. 75). Assim, desenvolver maiores ou menores condições de lidar com a realidade interna e externa é um fenômeno que depende também da história de vida do indivíduo.

Chamou-nos a atenção a coexistência de aspectos contraditórios apreendidos na vida emocional dos participantes: de um lado, esses estados emocionais que os impedem de encontrar soluções mais favoráveis às próprias dificuldades, causando-lhes sofrimento, insatisfações e muitas restrições, e de outro, a existência de recursos internos que se encontram inacessíveis, pouco acessíveis, pouco desenvolvidos, ou estão direcionados aos

aspectos objetivos da vida. A grande maioria dos pais, deste estudo, tem uma percepção de si distorcida, prejudicada, ou irreal. Algumas dificuldades não são enfrentadas mesmo quando reconhecidas e, em alguns casos, tampouco são identificadas.

Se tomarmos as histórias de vida (dos pais), sob o olhar das afirmações de Marx e Silva (2008), de Pereira (2008) e de Moura (2008), constataremos que esse grupo de pais deparou-se com situações emocionais ‘traumáticas’ e de não acolhimento durante seus desenvolvimentos emocionais.

Verificamos que Nilson (1), Antonio (2), Aparecida (3), Eduardo (8) e Jair (10) tiveram uma infância desprovida de cuidados ambientais e emocionais: famílias humildes e numerosas, moradias precárias, doenças e perdas, e assumiram algumas responsabilidades de adulto na infância, tendo que cuidar de si, praticamente sozinhos.

Marinalva (1), Jovina (2), Carlos (3), Carmem (4), Osvaldo (caso 5), Inês (7) Adriana e Isaias (9) e Tânia (10) apresentavam dificuldades emocionais na infância ou adolescência. Embora não tenham ocorrido relatos de situações reais, há evidências de vivências emocionais manifestadas através de inseguranças, medos e pouca tolerância à frustração. Podemos conjecturar que ocorreram falhas ou privações no acolhimento de suas necessidades emocionais.

Júlio (4), Ivete (5), Teresa e Luís (6), Otávio (7) e Thaís (8) retrataram uma vida sem grandes dificuldades, não trouxeram fatos reais ‘traumáticos’ na primeira infância, porém também apresentam algumas dificuldades de contato com suas emoções, decorrendo em prejuízos as suas vidas na fase adulta. Situação essa que sugere a ocorrência de falhas ambientais nas etapas primitivas do desenvolvimento, fazendo com que apresentem impedimentos para lidar com as insatisfações de suas vidas. Júlio nem sequer mencionou suas insatisfações. Comprovamos que cada um desses pais teve sua própria história de vida e que alguns aspectos são semelhantes e outros específicos. No entanto algo os acometeu, impedindo que tolerassem dor e frustrações, corroborando as ideias de Moura (2008).

Muitos psicanalistas escreveram sobre a relevância dos cuidados oferecidos ao bebê nos primeiros anos de seu desenvolvimento. Mas Winnicott alertou-nos sobre a repercussão das falhas ambientais e suas implicações, bem como os prejuízos no processo de integração, comprometendo: a ‘continuidade do ser’ (1960-1990) e a adaptação à realidade (WINNICOTT, 1945-1993). Assim, a história de vida do paciente vem ocupar um lugar de destaque juntamente com outros fatores, na compreensão das dificuldades emocionais apresentadas na vida adulta.

O impacto pode não advir dos fatos reais, mas da repercussão interna dessas vivências. Dessa forma, “há uma estreita e contínua relação entre a experiência do passado, a história do paciente e o presente” (p. 22), que levam às manifestações de sofrimento (CRANCRINI, 2006).

Winnicott (1993) sustenta que o “[...] manejo do mundo externo depende [do] manejo do mundo interno.” (p. 359). As vivências emocionais e os impedimentos dos pais corroboram as afirmações de Winnicott (1993). Constatamos que alguns lidam melhor com o mundo externo, como Carlos. Ele teve um desenvolvimento profissional e pareceu bem adaptado. Outros lidam com o mundo externo com as mesmas dificuldades que lidam com o mundo interno, como Jair, Isaias e outros.

Os pais participantes são frutos do relacionamento de um casal e seus desenvolvimentos tiveram influências desses relacionamentos, interagindo com as circunstâncias do ambiente social e das suas próprias condições constitucionais (ou herdadas), como mencionado por Winnicott (1965), Meyer (1983) e M. C. Silva (2008).

A dinâmica emocional dos pais participantes retratou vários níveis de desenvolvimento emocional e graus de dificuldades. Em alguns pais o impacto recaiu sobre aspectos internos, já em outros o impacto atingiu maiores proporções. Também constatamos desejos de mudanças nos dez casos, formas distintas de almejá-las, e sentimentos de esperança em 9 casos. Desse modo, pudemos obter uma visão global do funcionamento emocional dos pais, conforme propõe Trinca (1983) no Diagnóstico Compreensivo.

Referimo-nos até então a algumas formas de manifestação dos impedimentos emocionais que interferem na qualidade de vida dos pais e que retratam a qualidade de contato que o indivíduo tem consigo próprio e com a realidade.

O distanciamento de contato com o mundo interno tem a função de evitar a dor em situações de perdas e separações (CRANCRINI, 2006). Constatamos que o distanciamento de contato com as dificuldades, com a frustração ou com as emoções decorrentes não alivia o sofrimento dos pais, pois os mantém reféns na medida em que os enfraquece emocionalmente e compromete a sua percepção da realidade, de acordo com a ideia de Steiner (1997). Eduardo (caso 8) e Isaias (9) ilustram as consequências decorrentes de afastamento de si mesmo. Eduardo recorreu a uma proteção para dar conta da separação da mãe na infância, desligando-se de seu ‘ser verdadeiro’. Ele não sabe o que sente e o que pensa. Isaias (9) cresceu com uma autoimagem distorcida que o faz pensar que é incapaz. Ele ataca os seus recursos e daí decorre insatisfações gerais em sua vida. Há outros mecanismos que distanciam o indivíduo de si próprio que serão descritos a seguir.

É de reconhecimento a cisão como mecanismo que compõe a vida mental de todas as pessoas e cuja função consiste em dividir o *self* em partes. O problema ocorre quando utilizada excessivamente, promovendo a instabilidade da personalidade e a não integração entre as diferentes partes do *self*, as quais agem com funcionamento autônomo. A meta da cisão é obliterar alguns aspectos dolorosos da realidade, e uma das maneiras de atingir esse objetivo consiste no isolamento entre pensamento e sentimento (DUBINSKY, 2000).

Klein (1982) denominou, em 1946, a projeção (em fantasia) das partes do *self* de identificação projetiva. Para a autora, a cisão opera ‘desligando’ sentimentos, relações e processos de pensamento, a qual é considerada como um mecanismo muito primitivo.

A dinâmica dos pais, Carlos (3) e Jair (10), ilustram como os aspectos emocionais e especialmente a atuação da cisão interferem na realidade objetiva, embora cause maiores danos ao contato emocional (ao mundo subjetivo).

A dinâmica dos pais participantes permitiu identificar também as reações frente à frustração e dimensionar o ódio subsequente. Teresa (6) evadiu-se do ódio ao deparar-se com a frustração ficando aprisionada, sem poder dar andamento a sua vida, apesar dos recursos de que dispõe. Aparecida (3) alimenta ressentimentos que vão se acumulando dentro de si e que a impedem de cuidar dos vínculos consigo mesma.

Ao se deparar com frustração, o indivíduo, objetivamente, tem de ‘se posicionar’ frente a essa situação: negando-a ou transformando-a. Entretanto, essa tomada de posição requer algumas pré-condições que nem sempre estão presentes no seu psiquismo (BION, 2000).

A capacidade de um indivíduo em suportar a frustração está relacionada a muitos fatores, mais especificamente aos aspectos internos, os quais podem sofrer maior ou menor influência da realidade externa. Vale ressaltar que há graus de intolerância à frustração. Então, o impedimento do desenvolvimento emocional do indivíduo é resultante da interação entre: a intensidade e a frequência em que a frustração ocorre, o impacto no mundo interno provocado pela situação frustradora e o desenvolvimento da condição de autocontinência (BION, 1991).

A intolerância à frustração é um aspecto que pode desencadear, acentuar ou manter o distanciamento de contato com o ‘ser verdadeiro’ (TRINCA, 2007). A baixa tolerância ou a intolerância à frustração consistiu num aspecto recorrente na apreensão do psiquismo de todos os pais.

Thais (6) e Teresa (8) ilustram outras formas de expressão da intolerância à frustração. Teresa sentiu-se muito ‘paparicada’ pelos pais, e Thaís pelos avós, crescendo com uma visão de mundo em que não há problemas e nem dificuldades. Ao se depararem com as dificuldades

da vida, reagiram de formas distintas em relação à frustração e ao ódio subjacente. Teresa (6), ao deparar-se com as situações impostas pela vida, entra em contato com suas insatisfações e observa as emoções subjacentes à distância, como se fosse expectadora dos fatos. No procedimento de Desenhos-Estórias, ilustra com clareza suas percepções e seus impedimentos, afirmando que “não consegue por em ação seus pensamentos e suas ideias de realização pessoal”. Como ela afirmou: “parece que estou parada numa água suja [**atolada no lodo mental**]<sup>8</sup> e não consigo sair dela.”

Constatamos que os participantes deste estudo apresentam melhores condições para lidar com alguns aspectos da realidade objetiva, e dificuldades em lidar com a frustração, com a dor e com o sofrimento, utilizando-se da evasão, da negação, da distorção, da supressão da realidade e de outros meios de aplacar suas angústias.

Selecionamos aqueles aspectos emocionais considerados relevantes para a compreensão dos impedimentos emocionais retratados pelos pais. Constatamos que esses impedimentos têm características peculiares e manifestações variadas, quer na intensidade do impacto interno quer na realidade externa. E um meio útil para dimensioná-los e compreendê-los é por meio do “eixo de contínuo de contato com o ser interior”, proposto por Trinca (2007). O referido eixo permite uma visão panorâmica do indivíduo, retratando sua dinâmica particular e a “qualidade dos conteúdos e as condições internas do self”. Permite ainda apreender aspectos da personalidade sadia, e tenta evidenciar padrões que resultam em sofrimento (idem, 2007).

A perda de contato [**ainda que parcial**]<sup>\*</sup> com o mundo subjetivo e o viver de forma não criativa sugerem dificuldades emocionais. O sentido da vida consiste na possibilidade de o indivíduo tornar-se uma pessoa ativa e ter a percepção criativa da realidade (WINNICOTT, 1975). A ausência de criatividade ou a impossibilidade de expressar essa condição foram constatadas no grupo de pais.

É importante considerarmos o efeito traumatizante que a condição autista provoca na vida dos pais. No entanto, nosso estudo buscou apreender o psiquismo dos pais com maior amplitude. Os resultados apontam que há dificuldades individuais (insatisfações no relacionamento conjugal desde o casamento e com a vida, anteriores ao nascimento do filho autista) e dificuldades primitivas (cuidados parentais insuficientes, ambiente pouco favorável, perdas e outros) no psiquismo dos pais, que não foram elaboradas. Temos como hipótese que

---

<sup>8</sup> Grifo nosso

as condições emocionais dos pais, somadas à condição autista do filho, acentuam os entraves que permeiam e atravancam suas vidas.

Há outros sinais que foram apreendidos no contato investigativo com os pais participantes: a pobreza na linguagem ou na forma de se expressarem. Sinais que sugerem que as vivências emocionais não encontraram uma forma de expressão (CANCRINI 2006). Há ainda que se considerar as faltas, os atrasos, os esquecimentos e a necessidade de espaçar os encontros. Situações essas que denotam a dificuldade que o indivíduo apresenta para abrir um espaço para si quando o propósito se refere ao contato com sua interioridade e com o outro (CANCRINI, 2006; TRINCA, 2007).

Ao retratar os sentimentos e as dificuldades dos pais neste estudo, constatamos que eles encontram-se submetidos à dor psíquica, à frustração e a emoções violentas: amor e ódio (BION, 2000), recorrendo a um conjunto de manobras para evadi-las. Porém, a proteção à mente torna-se um paradoxo, pois protegê-la significa deixá-la a mercê de uma situação que, na melhor das hipóteses, a manterá frágil, paralisada e destituída cada vez mais de seus recursos ou, nos dizeres de Trinca (2007), à deriva, distanciada do 'ser interior'.

Os resultados desse estudo corroboram os dados obtidos em estudos anteriormente realizados por Martão e Tardivo (2004, 2005, 2006, 2007) e Heleno e Lima (2007).

Sugerimos a necessidade de intervenções psicológicas aos pais, considerando as suas necessidades emocionais individuais. Concordamos que a técnica de atendimento seja adaptada de forma sensível às necessidades de cada participante, conforme propôs Alvarez (1999), Reid (1999) e Rustin (2000), ajudando-os por meio de uma escuta que permita aproximá-los de seu 'ser verdadeiro', conforme propõe Trinca (2007). Assim, poderão dar um sentido a sua vida, recuperar suas condições emocionais, sua autoestima e interagir melhor com os filhos; como parece ser a proposta de Amy (2001).

As Entrevistas Clínicas, o Procedimento de Desenhos-Estórias e a Observação Familiar foram muito úteis na apreensão da vida psíquica dos pais e podem subsidiar intervenções no momento em que são empregados.

O estudo atingiu nossos objetivos e os resultados poderão embasar novos estudos. É importante que outras pesquisas sejam realizadas visando compreender e acolher os pais que precisam cuidar de filhos em condições tão sofridas e difíceis, como no autismo.

## REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. **Teoria y técnica del psicoanálisis de niños**. Buenos Aires: Paidós, 1962.

\_\_\_\_\_. **Psicanálise da criança: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

\_\_\_\_\_. **Criança e seus jogos**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ALVAREZ, A. **Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas**. Tradução de Maria A. V. Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ALVAREZ, A.; REID, S. **Autism and personality**. London: Routledge, 1999.

AMY, D. M. **Enfrentando o autismo: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

ANDOLFI, M. et al. **Por trás da máscara familiar**. Tradução de Maria C. R. Goulart. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ANDOLFI, M. **Family therapy: na interacional approach**. New York: Plenum, 1979.

ANTON, I. L. C. **A escolha do cônjuge: um entendimento sistêmico e psicodinâmico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ASSOCIAÇÃO Americana de Psiquiatria. **DSM- IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

BICK, E. A experiência da pele em relações de objeto arcaicas. In: SPILLUS, E. B. **Melanie Klein hoje**. Tradução de Berlinda H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.194-198.

BION, W. R. **O aprender com a experiência**. Tradução de Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. Tradução de Rita M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

CANCRINI, T. **Um tempo para a dor: eros, dor e culpa**. São Paulo: SBP/SP, 2006.

DUBINSKY, A. **Estados psicóticos em crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

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

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, n.2, p.217-150, 1943.

\_\_\_\_\_. Early infantile autism. *Journal of Pediatrics*, n.25, p. 211-217, 1944.

KLEIN, M. Os progressos da psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

KNOBEL, M. **Psiquiatria infantil psicodinâmica**. Buenos Aires: Paidós, 1977.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2004.

LEONCIO, W. A. H. **Retrato de vivências emocionais de crianças abrigadas: observações psicanalíticas por meio do procedimento de Desenhos-Estórias**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LIMA, C. B. Procedimento de desenhos de família com estórias. In: TRINCA, W. (Org.). **Formas de investigação psicológica**. São Paulo: Vetor, 1997. p.217-51.

LIMA, V. R.; HELENO, M. G. V. Eficácia Adaptativa e equilíbrio psíquico de uma mãe de um portador de autismo infantil. In: Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, 2007, São Bernardo do Campo. **Anais do Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde**. São Bernardo do Campo: Metodista, 2007. p. 165-165.

MAHLER, M. **O processo de separação individuação**. Tradução de Helena M. de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MARTÃO, M. L. **Filhos autistas e seus pais: um estudo compreensivo**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTÃO, M. I. S.; TARDIVO, L. S. L. P. C.; LEONCIO, W. A. H. Desenhos-Estórias como procedimento para compreensão das vivências emocionais de mães de crianças com traços autistas: resultados preliminares. In: III Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos, 2004, Porto Alegre. **Publicação de Resumo**, 2004. p. 104.

\_\_\_\_\_. Consultas terapéuticas y su eficiencia en el trabajo con una madre y un niño con déficit de desarrollo global. In: 30º Congresso Interamericano de Psicología, 2005, Buenos Aires - Argentina. **Anais...** 2005a. p. 148.

\_\_\_\_\_. Desenhos-Estórias na compreensão das vivências emocionais de pais de uma garota autista. In: II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica, 2005, Gramado - RS. **Poster**. 2005b.

MARTÃO, M. I. S.; TARDIVO, L. S. L. P. C.; LIMA, V. R. As vivências emocionais de uma mãe cujo filho apresenta manobras autistas. In: Congresso Brasileiro de Saúde, 2007, São Paulo. **Caderno de Resumos...** São Paulo: Universidade Metodista, 2007.

\_\_\_\_\_. Dificuldades emocionais observadas no atendimento de mãe de autista. In: TARDIVO, L. S. L. P. C.; GIL, C. A. (Org.). **APOIAR novas propostas em psicologia clínica**. 1. ed. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda, 2008. p. 420-433.

MARX e SILVA, M. Lembrar do futuro, terminar as coisas, renunciar, esperar... e mais algumas palavras sobre o adultecer psíquico. In: OUTEIRAL, J.; MOURA, L.; SANTOS, E. **ADULTECER** : a dor e o prazer de tornar-se adulto. São Paulo: Revinter, 2008.

MELTZER, D. **Exploracion del autismo**. Buenos Aires: Paidós, 1984.

MENGHI, P. Processo de diferenciação dentro do sistema familiar. In: **Por trás da máscara familiar**. Tradução de Maria C. R. Goulart. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p.18-21.

MEYER, L. **Família**: dinâmica e terapia. Tradução de George Schlesinger. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

MOURA, L. A conquista da identidade. In: OUTEIRAL, J.; MOURA, L.; SANTOS, E. **ADULTECER** : a dor e o prazer de tornar-se adulto. São Paulo: Revinter, 2008.

OCAMPO, M. L. S. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. Tradução de Miriam Felzenszwalb. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10)**. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 1994.

PEREIRA, A. S. A criança é o pai do adulto – uma perspectiva psicanalítica. In: OUTEIRAL, J.; MOURA, L.; SANTOS, E. **ADULTECER** : a dor e o prazer de tornar-se adulto. São Paulo: Revinter, 2008.

PINCUS, L.; DARE, C. **Psicodinâmica da Família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

RUSTIN, M. **Estados psicóticos em crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

REID, S. The assessment of the child with autism: a family perspective. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, n.4, p. 63-78, 1999.

SANTIAGO, M. D. E. Entrevistas clínicas. In: TRINCA, W. (Org.). **Diagnóstico psicológico: prática clínica**. São Paulo: EDU, 1984. p.67-94.

SILVA, M. C. P. Brincar de verdade: um caminho de Lucas. **Jornal de Psicanálise**, v.39, p.203-221, 2006.

\_\_\_\_\_. O coelhinho que se tornou real e o menino que virou gente. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v.7, p.119-127, 2008.

SILVA, M. C.; ALMEIDA, M. M.; MARCONATO, M. M. Redes de sentido: evidências vivas na interação precoce com pais e crianças. In: Encontro Internacional: O pensamento vivo de Donald Meltzer, 2008, São Paulo. **Anais...**São Paulo: SBP/SP, 2008.

SILVA, M. E. L. Pensar em psicanálise. In: **Investigação e psicanálise**. São Paulo: Papyrus, 1993.

SIMON, R. Pesquisas combinando técnicas projetivas e psicanálise. In: **Investigação e psicanálise**. São Paulo: Papirus, 1993.

SOIFER, R. **Psicodinamismos da família com crianças**: terapia familiar com técnica de jogo. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1983.

SOLIS-PONTON, L. A construção da parentalidade. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Ser pai, ser mãe**: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.29-40.

STEINER, J. Refúgios psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteiros. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

TARDIVO, L. S. L. P. C. Análise e interpretação. In: TRINCA, W. **Formas de investigação psicológica**. São Paulo: Vetor Editora, 1997. p. 129-31.

\_\_\_\_\_. **Adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje**. São Paulo: Vetor Editora, 2007.

TARDIVO, L. S. L. P. C.; MARTÃO, M. I. S. Irresponsabilidade ou imaturidade emocional? Um casal, estudo de Caso. In: VAISBERG, T. M. J. A.; AMBRÓSIO, F. F. (Org.). **Reflexões éticas na clínica contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Editora do Instituto de Psicologia da USP, 2005. p.137-152.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A. (Org.). **Psicodiagnóstico**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p.45-56.

TRINCA, A. M. **A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil**: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica. São Paulo: Vetor Editora, 2003.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade**: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

\_\_\_\_\_. **O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade**. Petrópolis: Vozes, 1983.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Diagnóstico psicológico**: a prática clínica. São Paulo: E.P.U., 1984.

\_\_\_\_\_. Formas de pensamentos em psicoterapia. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.37, p.59-70, 1985.

\_\_\_\_\_. **Procedimento de Desenhos-Estórias**. São Paulo: EPU, 1986.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997.

\_\_\_\_\_. **Psicanálise e expansão de consciência**. São Paulo: Vetor, 1999.

\_\_\_\_\_. **O ser interior na psicanálise**: fundamentos modelos e processos. São Paulo: Vetor Editora, 2007.

TUSTIN, F. **Autismo e Psicose Infantil**. Tradução de Isabel Casson. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. **Estados autísticos em crianças**. Trad. Joseti Marques Xisto. Rio de Janeiro, Imago, 1984.

\_\_\_\_\_. The rhythm of safety. **Winnicott Studies**, n. 2, p.19-31, 1987.

\_\_\_\_\_. **Barreiras autistas em pacientes neuróticos**. Tradução de Ana Maria G. Maciel. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

\_\_\_\_\_. **El cascarón protector en niños y adultos**. Tradução de José Luis Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

WINNICOTT, D.W. **O Brincar e a realidade**. Tradução de José O. de Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

\_\_\_\_\_. **A criança e o seu mundo**. Tradução de Álvaro Cabral. 6. ed. Rio de Janeiro: Ed. L.T.C., 1982.

\_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983

\_\_\_\_\_. **A natureza humana**. Trad. David L. Bogomoletz. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Tradução de Jane Russo. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

\_\_\_\_\_. **Acerca de los niños**. Tradução de Leandro Wolfson. Buenos Aires: Paidós, 2006.



























































































































