

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA

**A IMITAÇÃO, A EMPATIA E O BRINCAR COMO FERRAMENTAS NA
CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS DITAS AUTISTAS.**

WANESSA KESYA MOREIRA GONÇALVES DA SILVA

Brasília - DF

2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**A IMITAÇÃO, A EMPATIA E O BRINCAR COMO FERRAMENTAS
NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS DITAS AUTISTAS.**

WANESSA KESYA MOREIRA GONÇALVES DA SILVA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob orientação da professora Dra. Maria Izabel Tafuri.

Brasília - DF

2017

A banca examinadora que aprovou esta dissertação teve a seguinte composição:

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
Universidade de Brasília – UnB
Presidente

Profa. Dra. Livia Milhomem Januário
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Membro Externo

Profa. Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Membro Externo

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard
Universidade de Brasília – UnB
Membro Suplente

Às crianças ditas autistas,
que trazem tanta vivacidade e alegria
à minha vida
e ao meu consultório.

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço a Deus por me conceder a vida e aos meus pais, Gervásio Gonçalves da Silva e Etelia Vanja Moreira Gonçalves, por tonarem isso possível. Toda essa estrada só foi possível ser trilhada com o apoio deles. Meu pai com seu exemplo de força e determinação e minha mãe com sua sabedoria, doçura e garra.

À minha amada avó, Coracy Moreira Rodrigues, que já não se encontra entre nós por ter me mostrado as alegrias e os percalços de ser uma mulher com toda sua coragem e alegria de viver.

Ao meu namorado, Harrison Albert Rodrigues Pinheiro, pela compreensão, pelo apoio, por me acompanhar nos momentos de estudo, por sempre acreditar em mim e por ficar calmo mesmo nos meus momentos mais difíceis.

À Dona Catarina, praticamente da família, que se preocupa comigo e com minha alimentação sempre com muito carinho e paciência.

Às maravilhosas e esclarecedoras supervisões com a Lívía Milhomen Januário, Nadja Oliveira Rodrigues, Alba Lúcia Dezan e Roberto Menezes.

À professora Dra. Dione Zavaroni por me apresentar à clínica psicanalítica com crianças e a relação mãe-bebe, sempre com muito carinho e dedicação.

À professora Dra. Lívía Milhomen Januário com suas aulas excepcionais sobre as contribuições de Winnicott, que me fizeram despertar um grande interesse no assunto.

À professora Dra. Maria Izabel Tafuri, minha orientadora, por toda confiança ao me aceitar como mestrando, pelas supervisões, pelas orientações e por todo incentivo no trabalho acadêmico e clínico.

Aos meus amigos e amigas pela amizade e compreensão em especial Amanda Castelo e Ana Lúcia Fernandes.

À Universidade de Brasília por todo acolhimento e oportunidades que me concedeu desde a graduação em psicologia.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Os incidentes de que me lembro contam uma história fascinante sobre como as crianças autistas percebem e reagem de forma incomum ao mundo estranho que as cerca – o mundo ao qual tentam desesperadamente impor alguma ordem.

Temple Grandin

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
INTRODUÇÃO	11
Justificativa.....	13
Objetivos.....	13
Metodologia.....	14
Apresentação de capítulos.....	14
CAPÍTULO 1. A IMITAÇÃO	15
1.1. O narcisismo: origem e conceito.....	15
1.2. O narcisismo no campo psicanalítico.....	19
1.3. Diferenciando conceitos: identificação, incorporação oral e introjeção.....	22
1.4. A imitação no campo psicanalítico.....	25
1.5. Distinção entre imitação e identificação.....	30
CAPÍTULO 2. A RELAÇÃO EMPÁTICA COMO UM RECURSO TÉCNICO	38
2.1. A clínica psicanalítica com crianças ditas autistas.....	38
2.2. A relação empática.....	49
2.3. A relação empática como ferramenta clínica psicanalítica.....	56
2.4. O fenômeno contratransferencial.....	62

CAPÍTULO 3. O BRINCAR A PARTIR DAS IDEIAS DE WINNICOTT	65
3.1. A clínica psicanalítica de Winnicott	67
3.2. O paradigma da mãe suficientemente boa	69
3.3. As funções maternas	74
3.4. A constituição psíquica	76
3.5. A experiência do brincar	81
CAPÍTULO 4. ILUSTRAÇÕES CLÍNICAS	94
4.1. O brincar no caso Arpad, “O pequeno homem-galo” de Ferenczi	95
4.2. A experiência imitativa e os fenômenos sensoriais: o caso Edson e o caso Igor	95
CAPÍTULO 5. ESPELHO, ESPELHO MEU. SUA IMAGEM REFLETE QUEM SOU EU? A EXPERIÊNCIA IMITATIVA COMO RECURSO TÉCNICO	94
5.1. Sujeitos	95
5.2. Instrumentos e procedimentos	95
5.3. Entrevistas	96
5.4. Análise de dados colhidos na entrevista	97
5.5. Resultados	98
5.5.1. <i>O papel da imitação no processo terapêutico da criança com diagnóstico de autismo</i>	98
5.5.2. <i>Os principais indícios referentes ao estabelecimento da relação transferencial</i>	101
5.5.3. <i>Sensações e sentimentos dos profissionais ao realizar a imitação</i>	104

5.5.4. <i>Dificuldades na realização da imitação</i>	107
5.6. <i>Discussão</i>	113
5.6.1. <i>O papel da imitação no processo terapêutico da criança com diagnóstico de autismo</i>	113
5.6.2. <i>Os principais indícios referentes ao estabelecimento da relação transferencial</i>	117
5.6.3. <i>Sensações e sentimentos dos profissionais ao realizar a imitação</i>	120
5.6.4. <i>Dificuldades na realização da imitação</i>	122
CONCLUSÃO	125
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICE A	140
APÊNDICE B	141

RESUMO

O presente estudo foi elaborado a partir de questionamentos teórico-clínicos provenientes da clínica psicanalítica com crianças com diagnóstico de autismo e investiga a utilização da técnica da imitação como uma ferramenta clínica fecunda para o estabelecimento da relação transferencial. O objetivo da dissertação foi compreender e esclarecer o recurso técnico da imitação na clínica psicanalítica contemporânea com crianças em estados autísticos. Para isso, foi necessário conceituar a imitação dentro da psicanálise a partir das ideias de Gaddini, investigar como ocorre a relação transferencial a partir da imitação na clínica psicanalítica e compreender a empatia no processo psicanalítico na clínica com crianças autistas. Como abordagem metodológica foram realizadas uma revisão teórica das ferramentas clínicas da imitação, da empatia e do brincar e uma pesquisa qualitativa. Na pesquisa qualitativa, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas individuais com profissionais que trabalham com crianças com diagnóstico de autismo e os dados resultantes foram tratados a partir da análise de conteúdo de Bardin. Como principais resultados, destaca-se que os entrevistados entendem a experiência imitativa como um importante recurso técnico que pode ser pensado como uma nova técnica a ser inserida nessa clínica. Essa técnica permite o estabelecimento do vínculo terapêutico, a formação de uma relação sensorial, o acompanhamento da criança em seu *non sense*, o estabelecimento da relação transferencial e o desenvolvimento do brincar compartilhado.

PALAVRAS-CHAVES: psicanálise, imitação, empatia, brincar, autismo, crianças

ABSTRACT

The present study was based on theoretical-clinical questions from the psychoanalytic clinic with children diagnosed with autism and investigates the use of the imitation technique as a fruitful clinical tool for the establishment of the transference relationship. The aim of the dissertation was to understand and clarify the technical resource of imitation in the contemporary psychoanalytic clinic with children in autistic states. For this, it was necessary to conceptualize imitation within psychoanalysis from the ideas of Gaddini, to investigate how the transferential relationship occurs from the imitation in the psychoanalytic clinic and to understand the empathy in the psychoanalytic process in the clinic with autistic children. As a methodological approach, a theoretical review of the clinical tools of imitation, empathy and play and a qualitative research were carried out. In the qualitative research, individual semi-structured interviews were used with professionals working with children diagnosed with autism and the resulting data were treated from the Bardin content analysis. As main results, it is highlighted that the interviewees understand the imitative experience as an important technical resource that can be thought of as a new technique to be inserted in this clinic. This technique allows the establishment of the therapeutic bond, the formation of a sensorial relation, the accompaniment of the child in his non sense, the establishment of the transference relation and the development of the shared play.

KEY WORDS: psychoanalysis, imitation, empathy, play, autism, children

INTRODUÇÃO

O presente estudo é resultado da minha caminhada por trilhas clínicas e acadêmicas. Entrei na psicologia com a intenção de ir para o campo clínico e percebi, ao longo dos semestres, a imensidão de áreas de pesquisa e de atuação dentro da psicologia e as inúmeras abordagens existentes. No entanto continue interessando-me mais pela área clínica.

A minha primeira experiência além das disciplinas foi a participação no projeto de extensão AION com a professora Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino. Ele consiste em práticas filosóficas e na discussão de diversos assuntos e em vários contextos, é um espaço multiuso que promove uma reflexão filosófica coletiva sobre temas psicológicos, históricos, sociais, antropológicos e artísticos e é um espaço de resistência à naturalização do universo humano, e investiga possíveis diferentes maneiras de mulheres, homens e crianças se relacionarem e viverem. A minha imersão na filosofia foi bem positiva e fez-me abrir para olhar o humano e para suas profundas reflexões.

Depois comecei a participar do projeto de extensão Pintando Afetos. Ele é coordenado pela professora Regina Lúcia Sucupira Pedroza e propõe-se a trabalhar com crianças e adolescentes em um abrigo, por intermédio da brincadeira, com o desenvolvimento de recursos de personalidade, como autonomia, responsabilidade, criatividade; no estabelecimento de uma relação autêntica e de respeito, em busca da criação de um espaço de escuta seguro e terapêutico e que possibilite a ressignificação de situações vividas e um enfrentamento de forma mais confiante. Nesse momento, tive um primeiro contato com Winnicott, mas de forma diferente, não foi através da leitura da extensa obra winnicottiana e sim por meio do brincar espontâneo com as crianças abrigadas e estabelecendo uma relação de diversão e afeto com elas.

Depois participei do grupo de pesquisa voltado às especificidades dos transtornos da alimentação no período da infância coordenado pela professora Dione de Medeiros Lula Zavaroni. Nesse grupo aprendi muito sobre a relação mãe-bebê, suas especificidades, reflexões sobre as relações precoces e o impacto da relação mãe-bebê sobre o desenvolvimento da criança. As discussões giravam em torno da psicanálise com a díade mãe-bebê e seu papel no processo de constituição psíquica. Foram questões muito importantes para mim e que despertaram meu interesse.

Comecei meu percurso clínico por meio de acompanhamento terapêutico (AT) a um usuário da rede pública de saúde do Distrito Federal no Centro de Atenção Psicossocial II Paranoá (CAPS II). O estágio no CAPS II me proporcionou um contato com a saúde mental e

o serviço público dirigido a esse público, uma realidade muito dura e que exige um olhar cuidadoso e muito comprometimento com esse trabalho tão difícil e desgastante, mas muito recompensador. Em seguida, comecei a atender pacientes adultos, adolescentes e crianças no Centro de Estudos Psicológicos (CAEP), a clínica escola de psicologia do Instituto de Psicologia (IP). Esse estágio foi fundamental no meu percurso de desenvolvimento de uma escuta ao humano. A clínica, a psicanálise e saúde mental acabaram sendo os meus pontos de atração durante a graduação.

Ao encerrar a graduação, iniciei uma especialização em Teoria Psicanalítica no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Foram muitos conhecimentos aprendidos e tive um maior contato com autores ainda não intensamente estudados por mim na época como Klein, Bion e Winnicott. Ao conhecer a vida e a obra de Winnicott de forma mais aprofundada, algo despertou em mim. Identifiquei-me muito com sua forma de pensar o ser humano e de conduzir a clínica psicanalítica. Além disso, comecei a ter um pouco de contato com a clínica psicanalítica com crianças ditas autistas nas aulas da professora Lívia Milhomem Januário. Durante as aulas, ela pincelava sobre essa clínica. Coincidentemente ou não, chegaram muitas crianças com diagnóstico de autismo em ao meu consultório na época. Assim, sem experiência com essa clínica, realizei supervisões com a Lívia. Nessas supervisões, conheci o recurso técnico da imitação e comecei a utilizar com essas crianças. No começo, achava muito estranho e sentia-me sem jeito para realizar as imitações, mas percebi mudanças nas crianças, elas aproximavam-se de mim e até começavam a brincar. A estranheza deu lugar a uma intensa curiosidade.

A partir da abertura desse campo para mim, comecei a refletir sobre o autismo. Assisti ao filme da vida da Temple Grandin e fiquei fascinada com sua história de superação. Nesse momento, entrei no mestrado, ao participar dos encontros e supervisões com minha orientadora Maria Izabel Tafuri, fui encantando-me com a clínica psicanalítica com as crianças ditas autistas e tentando entender como e porque a técnica da imitação poderia dar tantos resultados. Comecei lendo o livro da Temple Grandin, depois me aprofundando nas leituras, mas percebi a existência de pouco material sobre o recurso técnico da imitação na clínica psicanalítica com crianças autistas. Então resolvi investigar e aprofundar essas questões e uso do recurso técnico da imitação na psicanálise com crianças ditas autistas.

JUSTIFICATIVA

A psicanálise busca investigar o sentido do sofrimento do sujeito desde Freud. O presente trabalho tem o foco na clínica psicanalítica com crianças autistas. Esse tema pode auxiliar na compreensão da realidade dessas crianças e dar reconhecimento e espaço a elas. Além de contribuir para pais e para profissionais que lidam com esse público como psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, educadores físicos, pedagogos e profissionais afins.

Sob a ótica acadêmica, esta reflexão reflete o processo terapêutico da criança com diagnóstico de autismo na clínica psicanalítica clássica. Aponta para o conceito de imitação como uma ferramenta clínica propiciadora do vínculo analítico no lugar das interpretações verbais comumente utilizadas. Ressalta que na psicologia e na psicanálise, existem poucos trabalhos sobre o recurso técnico da imitação no *setting* analítico. Esse campo carece de estudos teóricos e pesquisas que explorem essa técnica de acordo com Januário (2012).

O estudo consiste num questionamento e num aprofundamento da utilização da técnica da imitação com crianças autistas na clínica psicanalítica. O estudo deste recurso técnico da imitação na clínica psicanalítica com crianças autistas conduz para o esclarecimento de algumas questões básicas:

- Como se dá o estabelecimento da relação transferencial na ausência das interpretações verbais a partir da intervenção psicoterápica do imitar?
- Como a imitação possibilita a criança entrar em um brincar compartilhado com o analista?

O estudo investiga a utilização da técnica da imitação como uma ferramenta clínica fecunda para o estabelecimento da relação transferencial com a criança dita autista.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Compreender e esclarecer o recurso técnico da imitação na clínica psicanalítica contemporânea com crianças em estados autísticos.

Objetivos específicos:

- Conceituar a imitação na psicanálise;
- Investigar como ocorre a relação transferencial a partir da imitação na clínica psicanalítica;

- Compreender a empatia no processo psicanalítico na clínica com crianças autistas.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo teórico da imitação, da empatia e do brincar enquanto ferramentas clínicas e foi utilizada uma metodologia qualitativa para analisar a narrativa singular de cada sujeito entrevistado. O projeto de pesquisa referente a este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Humanidades da Universidade de Brasília (CEP/IH). A entrevista foi o instrumento escolhido e treze profissionais participaram do estudo, eles que possuem experiência de trabalho com crianças com diagnóstico de autismo. Dentre eles, doze são da área da psicologia e um da área da fonoaudiologia. Foi realizada uma análise de conteúdo com os dados coletados e com o discurso produzido.

APRESENTAÇÃO DE CAPÍTULOS

O primeiro capítulo discorre sobre o conceito de narcisismo, o ensimesmamento e os transtornos da interação social da criança dita autista. Além disso, são discutidos os conceitos de identificação, incorporação oral e introjeção para discutir e analisar o uso da técnica da imitação na clínica psicanalítica.

O segundo capítulo elucida o histórico da clínica psicanalítica com crianças autistas e as técnicas empregadas e criadas ao longo do tempo. A empatia também é tratada como um recurso técnico empregado dentro da psicanálise apesar de, comumente, não ser amplamente explorada. Esse recurso pode ser pensado tanto da constituição psíquica e quanto do processo analítico. Além disso, a empatia vem sendo tratada no campo da psicanálise como contratransferência. Este conceito é discutido e ampliado na clínica psicanalítica com as crianças ditas autistas.

O terceiro capítulo explora a imitação como um recurso terapêutico inovador que ajuda a criança alcançar um brincar compartilhado e se constituir psiquicamente. O brincar e os processos psíquicos possibilitadores do desenvolvimento emocional são elucidados por meio de casos clínicos nos quais as crianças alcançaram o brincar e o desenvolvimento psíquico a partir da imitação.

O quarto e último capítulo esclarece sobre o método de pesquisa utilizado no estudo. Os sujeitos, os instrumentos das entrevistas e da técnica de análise de conteúdo de Bardin

(1977) são abordados e discutidos. Os resultados da pesquisa são indicados e interpretados juntamente com a teoria abordada no estudo.

CAPÍTULO 1. A IMITAÇÃO

*Se estendo os braços, ele os alarga
Se rir me observa, ri, se chorar, chora;
A toda ação que faço corresponde,
E quanto pelos gratos movimentos
Da boca alcanço, quer proferir vozes,
Mas nunca aos meus ouvidos chegam.
Ah que eu estou em ti, querida Imagem;
Assaz o sinto: amor de mim me abrasa;
O fogo que padeço, eu mesmo acendo,
Nem eu a mim me engano... Oh que me dera,
O poder apartar-me do meu corpo!*

(Ovídio, 8 d.C., livro III)

1.1. O narcisismo: origem e conceito

O termo narcisismo significa o amor de um indivíduo por si mesmo na tradição grega. O mito de Narciso possui uma das suas versões mais famosas escrito por Ovídio (8 d.C.) na terceira parte do seu livro *Metamorfoses*. Esse mito descreve a história de Narciso, um rapaz muito belo, que despertou o desejo de muitas ninfas principalmente da ninfa Eco. No entanto, ele não se apaixonou por nenhuma delas e rejeitou o amor de Eco. Narciso parou em uma fonte de águas claras durante uma caçada e ficou fascinado pela imagem vista. Subitamente, ele se apaixonou por aquela imagem e tentou abraçá-la de forma calorosa, mas percebeu que seu objeto de amor era ele mesmo. Muito frustrado, ele se feriu até a morte. Posteriormente, suas irmãs foram ver o corpo do irmão e ele havia se transformado numa flor, a solitária flor narciso encontrada na beira do lago (Roudinesco, & Plon, 1998).

A etiologia de Narciso, de acordo com Brandão (1987), origina-se da flor conhecida como narciso e ela é descrita como senda bela, decorativa, estéril e entorpecente pela sua raiz grega *narke*, originária da palavra narcótico. Ela também possui vida breve e nasce junto às águas. Suas características descrevem bem o personagem Narciso do mito. No entanto, o narcisismo enquanto um termo propriamente dito surgiu somente no início da psiquiatria. Freud (1914/1996) atribuiu a origem do termo narcisismo a Paul Näcke (1899) e elucidou:

O termo “narcisismo” vem da descrição clínica e foi escolhido por P. Näcke, em 1899, para designar a conduta em que o indivíduo trata o próprio corpo como se este fosse o de um objeto sexual, isto é, olha-o, toca nele e o acaricia com prazer sexual, até atingir plena satisfação mediante esses atos (Freud, 1914/2010, p. 14).

Houve equívocos em relação a origem da palavra e até mesmo Freud (1920/1996) se confundiu e fez a correção ao adicionar uma nota de rodapé para atribuir a invenção do termo a Havelock Ellis (1898). No entanto, a situação era mais complexa. Não foi propriamente Ellis (1898) que inventou a palavra. Alfred Binet (1888), Havelock Ellis (1898) e Paul Näcke (1899) fizeram parte desse percurso de criação da palavra até ela adentrar o campo psicanalítico (Moreno, & Endo, 2014).

A primeira referência ao personagem Narciso do mito foi realizada por Binet (1888) e ele possuía o objetivo de delimitar o diagnóstico do comportamento sexual patológico e escreveu sobre o autoerotismo e sobre o fetichismo. Para ele, o fetichismo consistia no investimento da libido em partes do próprio corpo ou em objetos inanimados que seriam indispensáveis para haver excitação sexual. Ele referiu-se a perversão e comentou sobre casos de homens que possuíam interesse em algum objeto ou em alguma parte do corpo da mulher sem levar em consideração a mulher em si. Dessa forma, ele escreveu na roda de nota pé:

Nesse doente, a associação de sentimentos é engendrada por um prazer pessoal, egoísta; há sem dúvida sujeitos nos quais o fetichismo tem por objeto a sua própria pessoa. A fábula do belo Narciso é uma imagem poética dessas tristes perversões. Em diversos lugares, nesse assunto, nós achamos a poesia recobrando e disfarçando o fato patológico (Binet, 1888, p. 71).

Nos casos expostos por Binet (1888), o objeto-fetichista estava desassociado da mulher e podiam proceder da própria imagem do indivíduo. O investimento seria direcionado as partes do próprio corpo ou a objetos associados a ele e a imagem de si seria fundamental para a excitação sexual. Binet (1888) não fez comentários adicionais ao assunto, mas essa linha de raciocínio foi aberta para outros pesquisadores como Havelock Ellis (1898) e Paul Näcke (1899).

Segundo Moreno e Endo (2014), a referência ao narcisismo no mito de Narciso surgiu quando a perversão não foi mais pensada na relação entre homem e mulher, mas fundamentada na relação entre o homem e a imagem de si mesmo. Aparece a inusitada possibilidade de prescindir do outro. Narciso foi visto por Binet (1888) como uma caso de perversão e que a poesia ocultou seu cunho patológico. Dessa forma, o fetichismo foi discutido como um investimento de si mesmo, como uma escolha de si mesmo como objeto sexual e como uma fetichização do próprio corpo. Alguns objetos serviram apenas como um sustentáculo para o investimento de si mesmo. Assim, Binet (1888) antecipou a ideia de Freud (1914/1996) de escolha narcísica de objeto a partir de quatro subtipos na qual:

Uma pessoa pode amar:

I) Em conformidade com o tipo narcisista:

- a) o que ela própria é (isto é, ela mesma),
- b) o que ela própria foi,
- c) o que ela própria gostaria de ser,
- d) alguém que foi uma vez parte dela mesma. (Freud, 1914, p. 97)

A concepção de fetichismo de Binet (1888) está relacionada mais especificamente ao subtipo “d” na qual amar a pessoa que foi parte dela mesma refere-se a escolha do objeto de acordo com o modelo da própria pessoa e associado a representação de si mesmo. Haveria “um deslocamento da palavra parte: de uma pessoa ama a pessoa que foi parte dela mesma para uma pessoa ama a parte da pessoa que foi dela mesma. Onde a alteridade é reduzida a uma identidade” (Moreno, & Endo, 2014, p. 438).

Ellis (1898/1927) foi o primeiro autor a utilizar a expressão *Narcissus-like* [tal como narciso] que deu origem a palavra narcisismo. Ele realizou um extenso estudo sobre o autoerotismo e apresentou alguns comportamentos considerados por ele similar aos de Narciso, mas sem aludir ao trabalho de Binet (1888). A concepção de Ellis sobre o autoerotismo refere-se a uma excitação sexual interna e endopsíquica e “que independe de um objeto externo, seja para surgir ou para satisfazer-se” (Moreno, & Endo, 2014, p. 439).

O autoerotismo para Ellis (1898/1927) abarca um campo bem vasto como o onanismo psíquico na qual o indivíduo imagina cenas sexuais para provocar excitação sexual, os sonhos eróticos, a masturbação e os casos que ele tem por referência Narciso. Esses casos envolviam a excitação sexual através da apreciação do próprio corpo de forma direta ou pelo espelho e caracterizavam-se pela ausência ou limitada atração sexual por outros indivíduos. De acordo com o autor:

A forma extrema do autoerotismo é a tendência da emoção sexual ser absorvida — e com frequência inteiramente perdida — na admiração de si mesmo [self-admiration]. Essa tendência a ser como Narciso [*Narcissus-like tendency*], cujo germe normal na mulher é simbolizado pelo espelho, é encontrado em menor grau em alguns homens, e algumas vezes está bem marcada na mulher, frequentemente associada à atração por outras pessoas. (Ellis, 1898/1927, p. 109)

A alusão ao mito de Narciso refere-se a um extremo do autoerotismo e uma completa independência em relação ao objeto externo no processo de excitação e satisfação sexual. “Admirar-se e satisfazer-se (muitas vezes nessa própria admiração) é o que define essa tendência a ser como Narciso [*Narcissus-like tendency*]” (Moreno, & Endo, 2014, p. 440). Ele refere-se a uma sexualidade reflexiva do próprio objeto em si e estaria mais presente nas mulheres. Essa tendência ocorreria por conta de uma indiferença ao outro e ao ato sexual (Ellis, 1898/1927).

Binet (1888) e Ellis (1898/1927) evocaram a figura de Narciso, mas desenvolveram diferentes quadros clínicos. Binet (1888) traz os casos de homens fetichistas com intensa

excitação sexual e Ellis (1898/1927) fala sobretudo sobre mulheres indiferentes ao outro e ao ato sexual. Quadros distintos são apontados por eles, mas a questão clínica imposta é a mesma, é como se a forma extrema do fetichismo e a forma extrema do autoerotismo levassem ao mesmo ponto, o intenso investimento em si mesmo. Esses teóricos fascinaram-se pela fascinação do outro por si mesmo e as indagações eram como poderia haver uma sexualidade sem alteridade e como alguém poderia excluir o outro no processo de excitação e de descarga da energia sexual. Essas indagações estão na base da construção do conceito que posteriormente viria a se chamar narcisismo e, segundo Moreno e Endo (2014), essas questões ainda incomodam na atualidade.

Ellis (1898/1927) não propôs nenhuma resposta a estas questões. Ele somente relatou casos e descrições sem a intenção de produzir explicações consideráveis ou análises profundas. No entanto, seu texto teve uma grande repercussão na época e ele acabou propagando este assunto no campo da psicologia e da psiquiatria, o que gerou uma série de pesquisas. Em uma dessas pesquisas, Paul Näcke (1899) cunhou a palavra narcisismo referindo-se ao texto de Ellis (1898). Näcke (1899) foi um psiquiatra e criminalista. Ele escreveu um texto sobre sexualidade na qual explanou:

Em todo caso, muito menos frequente do que o devaneio [*Tagträumen* ou *day-dreaming*] é o narcisismo [*Narcismus*, em latim], o enamoramento [*Selbstverliebtheit*] por si mesmo. É preciso traçar um limite com relação à simples vaidade, bem como enxergar o narcisismo apenas ali onde a observação do eu próprio ou de uma parte sua vier acompanhada de sinais unívocos de orgasmo. Este seria então o caso clássico de autoerotismo no sentido de Havelock Ellis. Segundo este, o narcisismo deve ser encontrado principalmente entre mulheres, provavelmente porque o germe normal para ele “é simbolizado pelo espelho”. Também aqui há muito a ser pesquisado (Näcke, 1899, p. 375).

Ellis (1898), pouco tempo depois de fazer seu trabalho sobre a tendência de ser como Narciso, recebeu uma carta de Näcke sugerindo a palavra narcisismo. Näcke (1899) concebeu o termo em latim *Narcismus*, que seria como algo de Narciso, e tornou-se *Narzissismus* em alemão. Depois disso, a definição mais difundida de narcisismo tornou-se o enamoramento de si mesmo (Moreno, & Endo, 2014).

Näcke (1899) teve o objetivo de diferenciar a sexualidade normal e a patológica. Para ele, era importante diferenciar a vaidade e o narcisismo. A vaidade seria uma contemplação do próprio corpo e faria parte da sexualidade normal. Enquanto o narcisismo seria “um olhar sexualizado, um olhar que busca — em si e para si — a satisfação sexual e, por isso, é considerado como patológico” (Moreno, & Endo, 2014, p. 442). Dessa forma, Näcke (1899) sugeriu que o narcisismo fosse caracterizado como uma perversão e seria uma patologia.

A perversão é considerada um desvio em relação ao ato sexual considerado normal, que possui a finalidade de obter orgasmo através de penetração genital. Ela ocorre quando há

orgasmo com outros objetos sexuais; quando há prazer por outras zonas corporais ou quando o orgasmo depende de certas condições extrínsecas que podem proporcionar o prazer sexual por si mesmas como o fetichismo, o voyeurismo e o sadomasoquismo (Laplanche, & Pontalis, 1988). Freud (1905a/1996), diferentemente da corrente de pensamento da época, compreendeu a perversão como integrante do desenvolvimento psicosexual humano e entendeu a disposição perversa polimorfa como definidora de toda a sexualidade.

Todos esses autores, Alfred Binet (1888), Havelock Ellis (1898) e Paul Näcke (1899) construíram a primeira imagem do que seria o narcisismo. A partir disso, Freud (1914/2010) percebeu a relação entre o narcisismo e a perversão nos escritos de Näcke (1899). Freud (1914/1996) o menciona e clarifica que “desenvolvido até esse ponto, o narcisismo tem o significado de uma perversão que absorveu toda vida sexual da pessoa, e está sujeito às mesmas expectativas com que abordamos o estudo das perversões em geral” (Freud, 1914/2010, p. 14). Freud (1905a/1996), de alguma maneira, começava um processo de desperversificação do narcisismo já anteriormente e ele produziu condições para que o conceito de narcisismo se tornasse muito importante em sua metapsicologia e no campo da psicanálise que estava se desenvolvendo.

1.2. O narcisismo no campo psicanalítico

O termo narcisismo surgiu pela primeira vez nos escritos de Freud (1905a/1966) em uma nota acrescentada em 1910 aos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* referindo-se a homossexualidade, chamada de inversão pelo autor na época. Para ele, os homossexuais possuíam a si mesmos como objeto sexual e, a partir do narcisismo, buscavam indivíduos similares à sua própria pessoa para amar assim como suas mães os amaram.

Ulteriormente, Freud (1911a/1966) propõe o narcisismo ser um estágio do desenvolvimento sexual, uma fase intermediária entre o autoerotismo e o amor de objeto. O autoerotismo é uma característica da sexualidade infantil na qual o objeto é o próprio corpo. As pulsões parciais são totalmente desassociadas e interdependentes entre si na busca do prazer. Até a adolescência, quando se consolida a sexualidade definitiva ao surgir um alvo sexual com a união das pulsões parciais e a primazia da zona genital (Freud, 1910/1966).

O narcisismo seria o momento de transição quando os instintos sexuais, que se ocupavam somente com atividades auto eróticas, são reunidos para a obtenção de um objeto amoroso. Nesse momento, o objeto amoroso é si próprio e o próprio corpo. O objeto escolhido pode ser outra pessoa somente posteriormente com o surgimento do investimento objetal (Freud, 1911a/1966).

O narcisismo como conceito metapsicológico foi somente introduzido por Freud (1914/1966) depois de alguns anos. Ele considerou o termo como o investimento libidinal no próprio eu do indivíduo e com participação na constituição do eu. Os investimentos libidinais poderiam ocorrer no eu ou no objeto, mas de forma excludente como “uma espécie de princípio de conservação da energia libidinal” (Laplanche, & Pontalis, 1998, p. 287) na qual o aumento do investimento em uma instância, diminui o investimento na outra. Esse movimento ocorreria por toda a vida do indivíduo.

O narcisismo, antes considerado como uma perversão, foi entendido por Freud (1914/1966) como um processo necessário a constituição da subjetividade. Ele apoiou-se nos seus estudos das psicoses e em observações do delírio de grandeza que o fizeram definir o narcisismo como decorrente do deslocamento do investimento libidinal dos objetos externos para o eu do sujeito. Assim, para haver esse deslocamento, deveria haver um momento anterior a esse no qual o indivíduo investiria sua libido no seu eu e essa fase foi chamada de narcisismo primário. A observação de crianças e dos povos primitivos vieram a confirmar essa ideia através da crença na magia das palavras e na onipotência do pensamento.

O narcisismo primário consiste em um estado precoce da criança em que ela investe toda sua libido em si mesma (Laplanche, & Pontalis, 1988) e é caracterizado pela criança ter a si mesma como objeto de amor em um momento anterior a capacidade de se voltar ao objetos externos (Roudinesco, & Plon, 1998). Nesse período, há uma indiferenciação entre o eu e o id e uma ausência de relações com o meio, equivalendo a convicção da criança na onipotência dos seus pensamentos (Freud, 1921/1996). Freud (1921/1996) explana que "ao nascer, dá-se o primeiro passo desde um narcisismo absolutamente autossuficiente à percepção de um mundo externo cambiante e ao início do descobrimento dos objetos" (Freud, 1921/1996, p. 164).

Apesar de Freud (1921/1996) descrever um período de ausência de catexia objetal, Laplanche & Pontalis (1998) discorrem que:

“...nada parece opor-se a que designemos pelo termo narcisismo primário uma fase precoce ou momentos básicos, que se caracterizam pelo aparecimento simultâneo de um primeiro esboço do ego e pelo seu investimento na libido, o que não implica que este primeiro narcisismo seja o primeiro estado do ser humano, nem que, do ponto de vista econômico, esta predominância do amor de si mesmo exclua qualquer investimento objetal” (Laplanche, & Pontalis, 1988, p. 291).

Além disso, Freud (1905a/1996) emprega o termo *Lust* para desenvolver o conceito de narcisismo primário. De acordo com Tafuri (2006), o narcisismo primário concebe a retirada da libido do objeto perdido e o retorno para o próprio corpo, em um momento antecedente a qualquer tipo de representação. “O narcisismo primário ocorre diretamente no corpo, sem

intermediação psíquica e constitui a primeira fase de desenvolvimento do aparelho psíquico” (Tafuri, 2006, p. 73). O termo *Lust* foi utilizado para descrever o autoerotismo nas crianças e ele foi traduzido como prazer, desejo e vontade. Para Hans (1996), a tradução mais apropriada seria sensação prazerosa por indicar uma sensação prazerosa oriunda da atividade e não do objeto. Freud (1905a/1996) cita o sugar com fruição os lábios, a língua e a boca do bebê como a sensação prazerosa. Essas ações tomam toda atenção do bebê e ele fica voltado para si mesmo. Nesse sentido, Freud (1905a/1996) preocupou-se em diferenciar a sensação prazerosa da criança e o prazer do adulto.

Inicialmente o eu é o objeto priorizado para o investimento libidinal sendo o armazenador da libido disponível (Freud, 1938/1996). Freud (1938/1996) clarifica que “durante toda a vida, o ego permanece sendo o grande reservatório, do qual as catexias libidinais são enviadas aos objetos e para o qual elas são também mais uma vez recolhidas, exatamente como uma ameba se conduz com os seus pseudópodos” (Freud, 1938/1996, p.161). O narcisismo secundário designa esse retorno da libido retirada dos investimentos objetais ao eu. O indivíduo investe nos objetos externos, mas ocorre um desinvestimento libidinal na maioria dos casos em virtude de intensos desapontamentos com os objetos externos provedores das necessidades e há o retorno da libido para o seu lugar inicial, o próprio ego (Zimerman, 2001).

O narcisismo secundário surgiu a partir da clínica da psicose, objeto de estudo de Freud (1920/1996). A psicose é considerado um caso extremo e está relacionado a uma retirada total da libido dos objetos externos. Porém o narcisismo secundário não se restringe a esses casos extremos, pois o investimento libidinal do eu e o investimento objetal coexistem em todo ser humano e há um processo de equilíbrio energético entre as duas formas de investimento (Roudinesco, & Plon, 1998).

Freud (1914/1996) chega a discutir a necessidade de “ultrapassar os limites do narcisismo e ligar a libido a objetos” (Freud, 1914/1996, p. 92). Um excesso de catexia do ego poderia desenvolver um egoísmo muito forte e “um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar” (Freud, 1914/1996, p. 92). Freud (1914/1996) suscita a ideia da necessidade de investir em objetos externos, ou seja, é importante amar o outro para não haver o adoecimento. Alguns adoecimentos desse grupo seriam a megalomania, a hipocondria, as perturbações afetivas e as regressões.

Com o propósito de compreender o desinvestimento do mundo externo pelo doente juntamente com um fechamento em si mesmo, pensamentos fantasiosos, delírios e alucinações, Freud (1911a/1996) criou a metáfora do “ovo de pássaro”. Ele possuía a intenção de entender qual seria o destino da libido retirada dos objetos nos pacientes ensimesmados. Para ele, os delírios de grandeza seriam uma implicação do desinvestimento do mundo e uma expressão do retorno da libido para o Eu, acometido por uma enorme quantidade de energia. Para entender o retorno da libido para o Eu, Freud (1911a/1996) passa a considerar a constituição psíquica em suas origens e desenvolve “um princípio de funcionamento psíquico de base: um sistema psíquico isolado dos estímulos do mundo externo, capaz de obter satisfação psíquica” (Tafuri, 2006, p. 70). Freud (1911a/1996) explica:

Um exemplo nítido de sistema psíquico isolado dos estímulos do mundo externo e capaz de satisfazer autisticamente, para empregar a expressão de Bleuler (1911), mesmo nas suas exigências nutricionais, é fornecido por um ovo de pássaro com sua provisão de alimento encerrada na casca. Para ele, o cuidado proporcionado pela mãe limita-se ao fornecimento do calor ao ovo... um sistema que vive de acordo com o princípio do prazer deve possuir dispositivos que o capacitem a afastar-se dos estímulos da realidade. Tais dispositivos são simplesmente o correlativo da repressão, que trata os estímulos desagradáveis internos como se fossem externos – ou seja, empurra-os para o mundo externo (Freud, 1911a/1996, p. 297)

O termo autístico foi criado por Freud (1911a/1996) para descrever a satisfação de um sistema psíquico fechado que prepara o recém-nascido para conduzir estímulos negativos para fora. Assim, a concepção da metáfora do ovo de pássaro é compreendida como uma capacidade psíquica a ser fundada pelo bebê nas primeiras relações com o cuidador foi uma grande contribuição freudiana ao invés de uma compreensão de um bebê inapto a responder aos estímulos do seu ambiente.

O narcisismo secundário contém também a ideia de um narcisismo formado pela identificação com o outro (Laplanche, & Pontalis, 1988). Freud (1923/1996) explica que a “a libido que aflui ao ego pelas identificações... representa o seu ‘narcisismo secundário’” (Freud, 1923/1996, p. 32). A identificação faz parte da constituição do sujeito e representa a forma primitiva de constituição do sujeito de acordo com o modelo do outro e possui aproximação com a noção de incorporação oral. Esses conceitos são correntemente confundidos e, a seguir, serão discutidos e distinguidos os conceitos de identificação, incorporação oral e introjeção.

1.3. Diferenciando conceitos: incorporação oral, introjeção e identificação primária

Conceitos como identificação, incorporação e introjeção são muito utilizados na psicanálise e estão todos implicados no desenvolvimento psíquico humano. Eles são

semelhantes e estão estreitamente relacionados. Porém eles não são idênticos, por isso se faz muito importante a diferenciação (Gaddini, 1969, tradução nossa).

A identificação é definida por Laplanche e Pontalis (1988) como um “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro” (Laplanche & Pontalis, 1988). Freud (1900/1996), além de considerar a identificação como um processo psicológico, concebeu como uma operação pela qual o sujeito humano se constitui principalmente pensando-se nos efeitos estruturais do complexo de Édipo e na diferenciação das instâncias do aparelho psíquico a partir do id (Laplanche, & Pontalis, 1988).

Freud (1900/1996), desde muito cedo, explorou a identificação ao pensar nos sintomas histéricos. Segundo ele, a identificação histérica possibilita aos pacientes expressarem em sintomas suas experiências e de outros indivíduos. Esses sintomas histéricos eram vistos como imitação e como contágio mental na época. A existência de um elemento inconsciente na formação do sintoma foi uma grande novidade na teoria freudiana. Ele elucidou que “a identificação não é simples imitação, mas apropriação baseada na pretensão a uma etiologia comum; ela exprime um ‘tudo como se’ e relaciona-se com um elemento comum que permanece no inconsciente” (Freud, 1900/1996, p. 184).

O conceito de identificação foi enriquecido, posteriormente, com alguns aspectos como a noção de incorporação oral, como a escolha narcísica do objeto por meio da identificação e como o efeito do complexo de Édipo no qual se abandona os pais e substitui-os pelas identificações (Laplanche & Pontalis, 1988). Freud (1921/1996) refere-se a identificação como “a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa” (Freud, 1921/1969, p.109).

A identificação primária é uma identificação bastante primitiva e anterior a qualquer catexia de objeto e relaciona-se com a ideia de canibalismo, porque se constitui na relação com o outro e assimila esse outro ao mesmo tempo. Apesar disso, a identificação primária não é relacionada ao primeiro objeto, o seio, mas é anterior e influencia todos os processos de identificação secundária (Freud, 1923/1996).

A identificação secundária foi discutida por Laplanche (1993/1980) e ele dividiu-a em três modos: identificação com uma pessoa que apresenta um ponto comum com o sujeito, identificação com o objeto e identificação com o rival. A identificação com uma pessoa que apresenta um ponto comum com o sujeito é a chamada identificação histérica. O sintoma aparece como manifestação da identificação e a histeria seria o modelo por manifestar algo sexual nos sintomas. A identificação com o objeto é estreitamente relacionada com o

complexo de Édipo. É a identificação com os objetos de amor, o pai ou a mãe, depois de abandonar o investimento neles e essa identificação forma um precipitado no ego, o superego. Na identificação com o rival, há sempre uma referência a um objeto terceiro. Apesar de não existir um vínculo direto entre os identificados, eles se identificam através do amor pelo objeto terceiro. Laplanche (1993/1980) explica que Freud (1921/1996) se esquivava desse terceiro tipo de identificação e abandona-a de algum modo.

A incorporação foi um vocábulo introduzido por Freud (1915a/1996) ao desenvolver a noção de fase oral e indica um processo “pelo qual um sujeito faz com que um objeto penetre, fantasisticamente, no interior de seu corpo” (Roudinesco, & Plon, 1998, p. 379). A incorporação está associada ao envoltório corporal e visa-se o interior do corpo com três objetivos, “dar prazer a si mesmo através da penetração do objeto em si, destruir o objeto e assimilar as qualidades do objeto” (Roudinesco, & Plon, 1998, p. 379). Ela ocorre antes da diferenciação do eu do bebê. No entanto, é importante ressaltar que ela não está ligada a um estado totalmente indiferenciado e anobjetal. É considerada uma forma originária do laço afetivo com o objeto (Laplanche, & Pontalis, 1988).

A introjeção foi introduzida na Psicanálise por Ferenczi (1909/1993). Esse conceito foi um processo percebido pela investigação analítica no qual o sujeito passa de “fora” para “dentro” objetos e qualidades inerentes a esses objetos de forma fantasística (Laplanche, & Pontalis, 1988). Ferenczi (1909/1993) ao comparar o psiquismo do neurótico ao do psicótico, designa o processo inverso à projeção, de introjeção. Ele expõe o seguinte:

Pois enquanto o paranoico projeta no exterior as emoções que se tornaram penosas, o neurótico procura incluir em sua esfera de interesses uma parte tão grande quanto possível do mundo externo, para fazê-lo objeto de fantasias conscientes ou inconscientes.... Proponho que se chame introjeção a esse processo inverso da projeção. (Ferenczi, 1909/1993, p. 84)

Freud (1915a/1996) adotou o termo e empregou-o pela primeira vez na seguinte passagem:

Na medida em que os objetos externos oferecidos sejam fonte de prazer, eles são recolhidos pelo Eu, que os introjeta em si (de acordo com a expressão de Ferenczi [1909]), e, inversamente, tudo aquilo que em seu próprio interior seja motivo de desprazer o Eu expelle de si (Freud, 1915a, p. 158).

Freud (1915a/1996) usa o termo introjeção e contrapõe claramente ao termo projeção. Essa passagem refere-se a uma reflexão sobre os momentos iniciais da constituição do psiquismo e, de forma específica, sobre a constituição da oposição entre o eu e o mundo exterior na qual há uma introjeção do que é fonte de prazer e projeção do que ocasiona desprazer.

A introjeção possui relação com a incorporação oral. Os dois termos são utilizados com frequência como sinônimos na obra freudiana, mas é importante diferenciá-los. A incorporação é diretamente relacionada ao limite corporal entre a parte interna e externa do corpo, o invólucro corporal. O termo introjeção é mais vasto, não se remete somente ao interior do corpo, mas ao interior do aparelho psíquico e de uma instância por exemplo (Laplanche, & Pontalis, 1988).

A conceituação de todos esses termos e conceitos são importantes para a compreensão do conceito de imitação, um conceito não formulado na teoria freudiana e pouco explorado no campo psicanalítico (Ribeiro, 2010).

1.4. A imitação no campo psicanalítico

Os fenômenos de imitação dificilmente são usados como objeto de estudo pelos psicanalistas. Um dos principais motivos deste aparente desinteresse pelo tema provavelmente está relacionado com a associação do termo com temas pouco aceitos no contexto psicanalítico, como à sugestão, à hipnose e aos efeitos imaginários, considerados alienantes (Lucero, Torquetti, Poggiali, Ribeiro, L. C., & Ribeiro, P. C., 2006).

A sugestão consiste em um meio psicológico de persuadir um indivíduo da falsidade das suas crenças, opiniões ou sensações e no convencimento de novas propostas como verdadeiras (Roudinesco, & Plon, 1998). Na história da psiquiatria dinâmica, é uma técnica psíquica com influência do magnetismo de Mesmer (1781) e da hipnose de Braid (1853). A ideia é o poder de influenciar o outro através da fala para modificar seu estado afetivo.

A hipnose é um termo derivado do grego *hupnos* (sono) e designa um estado alterado de consciência provocado pela sugestão de uma pessoa em outra. O termo foi cunhado por Braid (1853) para definir o conjunto de técnicas para provocar um estado de hipnose com finalidades terapêuticas. Freud (1904/1996) chegou a tratar de seus pacientes por meio da sugestão hipnótica, mas abandonou a sugestão e a hipnose, pois não acreditava que os efeitos da técnica da sugestão e da hipnose pudessem ser eficazes e duradouros para haver uma transformação mais ampla do paciente e essas técnicas não permitiam identificar o jogo de forças psíquicas como a resistência, considerada fundamental para o tratamento. Ele expôs sua própria concepção de psicoterapia, organizada em torno do método das associações livres, e inventou a psicanálise. Seu método permitia o indivíduo falar sobre seus sintomas com plena consciência sem entregar-se a um sono artificial e era baseado no reconhecimento do inconsciente e da presença do inconsciente nos sonhos (Freud, 1900/1996).

Apesar da imitação não fazer parte do escopo da psicanálise, esse termo vem tornando-se um tema de estudo a partir da necessidade de diálogo entre psicanalistas e demais estudiosos do psiquismo humano. Esse movimento ocorre sobremaneira entre os psicanalistas comprometidos com o atendimento de crianças e no tratamento de pacientes psicóticos, *boderlines*, autistas e falsos *selfs* (Lucero, Torquetti, Poggiali, Ribeiro, L. C., & Ribeiro, P. C., 2006).

A noção de imitação alcançou um lugar de destaque dentro da psicanálise somente nos escritos de Eugenio Gaddini (1969), um médico e psicanalista italiano e pouco conhecido no Brasil. Ele nasceu em 1916 em Cerignola, na província de Foggia, e estudou medicina em Roma. Foi analisado por Emilio Servadio e tornou-se psicanalista em 1956. Ele presidiu a *Società Psicoanalitica Italiana* (SPI) entre 1978 e 1982, dedicando-se intensamente ao incentivo e ao reconhecimento da psicanálise italiana diante da *International Psychoanalytical Association* (IPA). Ele publicou inúmeros artigos e muitos deles publicados no *International Journal of Psycho-Analysis*. Seus artigos discorrem principalmente sobre os processos psíquicos da primeira infância na compreensão aberta por Donald Woods Winnicott (1961/1989), que será mais detalhadamente discutido no capítulo 3, e Gaddini faleceu em 1985 (Roudinesco, & Plon, 1998).

Gaddini (1969, tradução nossa) possuía a intenção de abrir um espaço na metapsicologia para a imitação. Ele explorou o assunto ao realizar uma pesquisa sistemática e acreditava que o conceito pertencesse ao campo de conhecimento da psicanálise diferentemente da maioria dos psicanalistas. Ele entendeu a imitação como um movimento primordial na constituição das identificações, pertencente ao funcionamento psíquico anterior ao pensamento e associado às sensações e às percepções.

Gaddini (1969, tradução nossa) refere-se a uma passagem na qual Freud (1900/1996) cita a imitação com o objetivo de distinguir a identificação e a imitação ao trabalhar a identificação histórica. Freud (1900/1996) afirma que “a identificação não constitui uma simples **imitação**, mas uma assimilação à base de uma etiologia semelhante: expressa uma semelhança, e se origina do elemento comum que permanece no inconsciente” (Freud, 1900/1996, p. 184). Segundo Gaddini (1969, tradução nossa), essa distinção não significa que a identificação seja o oposto da imitação, mas entende a imitação como um fenômeno mais complexo.

Freud (1900/1996) cita o termo imitação e empenha-se em distingui-lo do conceito de identificação, mas ele não possuía o objetivo de elevar a imitação à categoria de um conceito. Sua intenção era distanciar a identificação de uma noção do senso comum ao afirmar que a

identificação não seria mera imitação. A noção de imitação não foi levada em consideração por Freud (1900/1996) e privilegiou-se outros conceitos como o de incorporação e o de introjeção. Esses conceitos são importantes para a compreensão da identificação. No entanto, eles são facilmente tomados uns pelos outros e são utilizados como sinônimos do conceito de identificação de forma equivocada (Gaddini, 1969, tradução nossa). Alguns autores como Fenichel (1937), Ferenczi (1909/1993), Greenacre (1958), Greenson (1966), Stoller (1966), Ritvo e Provence (1953) e Eidelberg (1959) até reconheceram a existência de fenômenos da imitação como algo distinto da identificação, mas empregaram o termo identificação pela falta de elaboração do conceito e pela imprecisão terminológica (Gaddini, 1969, tradução nossa).

Gaddini (1969, tradução nossa) possuía dois objetivos. Seu primeiro intento foi distinguir as noções de imitação, incorporação, introjeção e identificação e o seu segundo objetivo consistia na introdução da imitação no plano da metapsicologia. A distinção entre imitação e identificação foi atribuída a Edoardo Weiss (1960) por Gaddini (1969, tradução nossa). No entanto, Ribeiro (2010) não encontrou essa distinção em Weiss (1960) de forma aprofundada, somente alguns indícios que serviram como base para a argumentação de Gaddini (1969, tradução nossa). Um dos principais conceitos expostos por Gaddini (1969, tradução nossa) foi o fenômeno da duplicação autoplástica, um termo encontrado por Weiss (1960) em Ferenczi (1909/1993), que o empregou para apontar “aqueles processos que possibilitam ao organismo adquirir e modificar sua forma e partes funcionais” (Weiss, como referido em Gaddini, 1969, p. 479, tradução nossa). Mostra-se a clara referência ao modelo biológico da percepção imitativa o que constituía um elemento importante na conceituação de Gaddini (1969, tradução nossa).

Outro indício foi encontrado em Weiss (1960), mas com a influência de Paul Federn (1952). Gaddini (1969, tradução nossa) foi um dos pioneiros do movimento psicanalítico italiano e Weiss (1960) inaugurou a psicanálise na Itália. Weiss foi analisado por Federn (1952) e divulgou o pensamento do seu analista. Dessa forma, é possível entender a influência de Federn (1952) nos trabalhos de Gaddini (1969, tradução nossa), principalmente em relação a teoria do Eu e a relevância dos processos somáticos na constituição do aparelho psíquico.

A distinção entre dois momentos na estância egóica, a teoria do Eu, foi um tema de estudo de Weiss (1960) utilizado por Gaddini (1969, tradução nossa) para demarcar a diferenciação do conceito de imitação e identificação. O primeiro momento é marcado pela ausência de fronteiras entre o Eu e os objetos. Todas as interações do Eu promotoras de sensações são incluídas no sentimento de Eu (*ego feeling*). No segundo momento, o Eu possui fronteiras delimitadas em relação aos objetos. O processo identificatório

compreenderia a expansão de partes da fronteira aos objetos e, assim, inclui-los-iam no Eu. A imitação concebida por Gaddini (1969, tradução nossa) está situada no primeiro momento como um processo mais primitivo em relação a identificação e ele entende a imitação como precursora da identificação na constituição do psiquismo.

Apesar de Gaddini (1969, tradução nossa) fundamentar-se em Weiss (1960) para diferenciar a imitação e a identificação, ele critica Weiss (1960) por rejeitar a noção de introjeção, um conceito considerado necessário à compreensão dos primórdios do processo identificatório. Houve muitas divergências sobre o assunto e Federn (1952) propôs a eliminação do termo introjeção e a substituição pelo termo internalização para eliminar as imprecisões, o que demonstra para Gaddini (1969, tradução nossa) a grande dificuldade na uniformização desses conceitos.

O efeito dos textos de Ferenczi (1909/1993) e Freud (1915a/1996) foi que a noção de introjeção entrou no vocabulário da Psicanálise ao contrário da imitação. A conceituação do termo introjeção é unânime nos dicionários de psicanálise e há uma estreita relação da introjeção com a identificação (Roudinesco, & Plon, 1998; Laplanche, & Pontalis, 1988; Mijolla, 2005). Ela pode ser definida de forma geral “como um processo pelo qual o sujeito, pela via da fantasia, introduz ou faz passar, de fora para dentro, os objetos e suas qualidades” (Ribeiro, 2005, p. 170).

Segundo Gaddini (1969, tradução nossa), o termo introjeção foi agregado e confundido com a identificação desde sua origem por Ferenczi (1909/1993). Esse equívoco de acordo com o autor foi gerado pela relação da introjeção com as bases orais das identificações, um tema frequentemente desenvolvido por Freud (1921/1996). Gaddini (1969, tradução nossa) concebe ser importante manter a noção de imitação ao lado da introjeção. A incorporação é considerada por ele como o modelo físico de base para a introjeção e esta juntamente com a imitação constitui a forma mais primitiva de identificação.

Gaddini (1969, tradução nossa) distinguiu dois tipos de registros no funcionamento psíquico originários, o registro da atividade psico-oral e o registro da atividade psicossensorial. Essa divisão não acarreta na limitação do registro da oralidade à zona bucal e não exclui a zona oral do registro sensorial. O registro da atividade psico-oral possui como seu modelo físico de base a incorporação e o modelo funcional é o “colocar dentro da boca”. Já o registro da atividade psicossensorial tem como modelo físico de base a percepção e como modelo funcional o “imitar para perceber”. Fenichel (1937) declarou que todos os órgãos dos sentidos são como bocas no inconsciente e, segundo Gaddini (1969, tradução nossa), o

colocar na boca e o imitar para perceber seriam análogos ao tratar-se das introjeções primitivas.

A distinção entre esses dois registros foi justificada por Gaddini (1969, tradução nossa) através de dois argumentos. O primeiro seria pela existência de distintos modelos funcionais em cada registro. Os dois modelos indicariam dois modos de ocorrência da fantasia de fusão com o objeto nas experiências de gratificação ou frustração. O registro da atividade psico-oral seria a incorporação e o registro da atividade psicossensorial seria a modificação do próprio corpo. As duas formas estariam na origem das duas vertentes da atitude em relação ao objeto assim como Freud (1921/1966) distinguiu o que se gostaria de ter e o que se gostaria de ser. A relação com o objeto nas identificações primárias abrange as duas formas, a vertente do ter e do ser, tratando-se de investimento narcísico.

Da mesma forma, os afetos primitivos seriam moldados de acordo com os paradigmas do registro da atividade psico-oral ou do registro da atividade psicossensorial, o que estabeleceria a significação dos conflitos mais precoces. Gaddini (1969, tradução nossa) apresenta como exemplos a inveja e a rivalidade. A inveja estaria ao lado do modelo incorporativo-introjetivo, a vertente do ter, e a rivalidade estaria relacionada ao modelo perceptivo-imitativo na vertente do ser.

O segundo argumento utilizado por Gaddini (1969, tradução nossa) para a diferenciar os dois registros foi uma diferenciação a partir do ponto de vista dinâmico. O registro psico-oral parece revelar maior exposição ao conflito na relação de objeto e o registro psicossensorial parece um afastamento do conflito e exclui o objeto externo que os provoca.

Segundo Ribeiro (2005), as justificativas de Gaddini (1969, tradução nossa) enfatizam o corpo e os processos corporais na constituição dos lugares psíquicos. A sensorialidade e a oralidade desencadeiam diferentes formas de vinculação entre o interno e o externo, o que provocou novas contribuições para a delimitação da tópica psíquica. Além disso, o registro oral é mais exposto ao conflito, pois é mais apto a representar as aproximações intrusivas do objeto externo. O registro perceptivo seria mais suscetível a representar as aproximações de contenção praticadas pelo objeto e possibilita a sua antecipação e a reprodução pela percepção imitativa. Ribeiro (2005) também avalia de maneira positiva posicionar a imitação ao lado da introjeção e adotá-las como partes constitutivas do processo de identificação. A identificação une e integra os fenômenos da esfera oral e da esfera sensorial perceptivo-imitativa. Esse processo ocorre de forma fragmentada primeiramente e alcança aspectos de integração gradativamente (Gaddini, 1969, tradução nossa).

As imitações e as introjeções ocorrem continuamente. Elas representam os principais elementos constitutivos da identificação, mas não precisam necessariamente conduzir à identificação. Enquanto a identificação só ocorre com a presença da imitação e da introjeção (Gadini, 1969, tradução nossa). Ribeiro (2005) clarifica que essa ideia remete a “processos abortados da constituição psíquica, tal como nas graves patologias precoces, como também à ideia de permanência no psiquismo dos modos arcaicos de funcionamento” (Ribeiro, 2005, p. 174).

O desenvolvimento da maturação da memória e das funções perceptivas são fatores determinantes na fase das primeiras assimilações de imitações e introjeções relacionadas a realidades fragmentárias ou parciais e outros fatores referentes às particularidades da relação também estão envolvidos. No desenvolvimento relacionado ao investimento em objetos, as identificações podem ser consideradas como uma etapa intermediária de importância crucial, em que os fenômenos imitativos do período sensorial e dos fenômenos introduzidos na incorporação se integrariam a serviço da realidade e dos processos de adaptação do ego. Nesse sentido, para Gadini (1969, tradução nossa), não existiria uma identificação primária, mas uma identificação posterior e, assim, seria possível somente a existência da identificação secundária.

A internalização da realidade implica uma modificação qualitativa e quantitativa dos investimentos do objeto de tal forma que a uma realidade externa gradualmente reconhecida como separada de si mesmo e de uma parte interna do ego mais estável e diferenciada do não-ego, correspondem ao acúmulo de imitações e introjeções. As imitações e as introjeções, em primeiro lugar fragmentadas e depois progressivamente integradas, estão assim unidas nesse processo de identificação (Gadini, 1969, tradução nossa).

A imitações e introjeções com seus modelos básicos de percepção e incorporação oral obedecem ao princípio do prazer. As identificações são orientadas para a realidade e conduzem, no curso do seu desenvolvimento, à possibilidade de uma relação de objeto maduro que, por sua vez, opera de acordo com o princípio da realidade (Gadini, 1969, tradução nossa).

O narcisismo de Freud (1914/1996), segundo Gadini (1969, tradução nossa), possui maior relação com o ego do que com o objeto e está conectado com o registro perceptivo imitativo em que o objeto é vivido a serviço do ego. A relação anaclítica possui uma maior proximidade com objeto do que do ego e deve ser aplicado ao registro psico-oral, da incorporação e da introjeção, no qual o ego experimenta sua dependência real do objeto. A

imitação é um processo precursor da identificação e, na próxima seção, será discutida a diferenciação entre imitação e identificação para Gaddini (1969, tradução nossa).

1.5. Distinção entre imitação e identificação

Gaddini (1969, tradução nossa) realçou o nome de Weiss (1960) em relação a distinção entre imitação e identificação. Porém ele atribui a Edith Jacobson (1964) a inserção dessa noção em um contexto especificamente metapsicológico. Jacobson (1964) elaborou ideias sobre tipos de identificação precoce e referiu-se em algumas passagens a imitação. No entanto, ela utiliza o termo ‘identificações primeiras’ no lugar de identificações primárias para se referir a processos precursores das identificações e usa o termo imitação para processos mais tardios quando a criança já se esforça para imitar os seus objetos de amor. Gaddini (1969, tradução nossa) considera a descrição dos fenômenos precoces da imitação de Jacobson (1964) acertadas apesar de serem nomeadas de forma inapropriada, pois as identificações primitivas remetem a fenômenos de natureza imitativa.

Gaddini (1969, tradução nossa) retomou duas ideias de Jacobson (1964), a ampliação da concepção de oralidade infantil e a ênfase nas identificações primitivas. Jacobson (1964) teve como objetivo alcançar os momentos de constituição do *self* e do mundo objetal. As experiências iniciais da criança não são restritas à circunstância da amamentação e ao erotismo oral no seu sentido específico na fase oral primitiva, mas se desdobram a um grande espectro de experiências de estimulação, gratificação e frustração. A superfície corporal da criança é repleta de experiências prazerosas em toda a sua extensão. Antes mesmo da diferenciação entre o eu e outro, há no psiquismo do bebê experiências que retratam as respostas aos cuidados maternos em todo seu corpo e no seu campo sensorial.

As identificações primeiras de Jacobson (1964) permitem a internalização de uma realidade inicialmente fragmentada e seletiva, no sentido de objetos parciais, e em seguida objetos totais por meio dos quais os objetos parciais e seletivos correspondem aos interesses do ego. O desenvolvimento das identificações permite o desenvolvimento de outras funções essenciais ao ego como o teste da realidade e a constituição de um senso de identidade e de identidade sexual. As imitações primeiras precedem essas identificações iniciais segundo Gaddini (1969, tradução nossa).

A expansão da noção de oralidade infantil acabou por abranger uma série de cuidados maternos na esfera pulsional que transcendem amplamente a amamentação. Jacobson (1964) partilhava da ideia da existência de investimentos pulsionais na interação da criança com a mãe e frisou esse aspecto entre os dois lados, da mãe e do bebê. Em todas as relações de

cuidado e aconchego, o investimento pulsional está presente como no ato de segurar, de trocar, de falar com a criança, de beijá-la e outros tantos. O alargamento da concepção de oralidade infantil ao incluir os elementos do campo perceptivo-sensorial, estrou em consonância com a proposição de Gaddini (1969, tradução nossa) de um registro psicossensorial ao lado do registro psico-oral.

Os fenômenos imitativos foram nomeados de identificações primitivas por Jacobson (1964). Ela compreendeu-os como reações afetivo-motoras muito precoces do bebê, incitadas pelas expressões afetivas da mãe. Outros aspectos considerados de grande importância em Jacobson (1964) foram a defesa da teoria pulsional e do papel do outro nas identificações primitivas. O investimento pulsional da mãe na criança é capaz de induzir reações afetivo-motoras e ocasionar novos investimentos maternos em um processo contínuo entre as duas partes.

Segundo Gaddini (1969, tradução nossa) o uso do termo identificações primeiras é enganador e pouco específico, porque ele é utilizado para designar fenômenos de natureza imitativa. A distinção das identificações primeiras e da imitação pode levar a uma melhor compreensão dos dois conceitos desde o início e também pode permitir distinguir as identificações primeiras das imitações com base no fato de que mesmo uma realidade fragmentada é introduzida e assimilada. É nesse sentido que Jacobson (1964) usa o termo identificações realistas. Esse elemento realista permite falar de identificação propriamente dita. As primeiras imitações, por outro lado, representam e preocupam-se apenas com a fantasia inconsciente e parecem seguir um caminho distinto no desenvolvimento do ego para a autora.

Do ponto de vista clínico de Gaddini (1969, tradução nossa), é importante considerar a possibilidade de regressões das identificações primeiras às imitações primeiras. A experiência clínica oferece exemplos notáveis de tais regressões envolvendo distúrbios de identificação do tipo imitativo acompanhados de fantasias poderosas. A atividade imitativa coloca-se a serviço dos mecanismos de adaptação do ego no curso do desenvolvimento. Nesse sentido, há uma regressão das identificações em direção às imitações e das imitações nelas mesmas, uma imitação mais integrada a uma imitação menos integrada, uma imitação não integrada na estrutura do ego ou pode-se falar sobre os distúrbios patológicos da imitação de forma originária.

A imitação parece estar relacionada à percepção, na medida em que a percepção primitiva é fisicamente imitativa. A criança primeiro percebe modificando o próprio corpo em resposta a um estímulo. Assim, o bebê não percebe o estímulo propriamente dito, mas a

modificação de seu corpo. Segundo Gaddini (1969, tradução nossa), a diferenciação de sistemas de percepção e sistemas de memória podem ter sua origem na percepção e na imitação física. O regime de gratificação e frustração a que a criança está sujeita tem uma influência determinante sobre o destino posterior dessas percepções imitativas e sobre os traços de memória em sua evolução normal ou patogênica. Em geral, um regime de fruição predominante tende a reforçar e prolongar as percepções imitativas. O fenômeno que constitui o início desse processo é a frustração, conhecida como imagem alucinatória.

A imagem alucinatória refere-se ao fato de que, na ausência de objetos gratificantes e na tentativa de pôr fim às sensações dolorosas resultantes da separação, a criança alucina. A alucinação representa uma imagem relacionada ao objeto e é vivida como realidade. O objeto é entendido como parte ou extensão do ego corpóreo. Gaddini (1969, tradução nossa) alude a Freud (1925/1966) na ideia de que a existência de representação já é garantia da realidade do representado. Assim, para Gaddini (1969, tradução nossa), entende-se o significado da imitação psíquica primordial.

Freud (1900/1996) realizou uma teorização complexa sobre a experiência alucinatória e seu pensamento diverge de leituras simplificadas como a consideração da alucinação como um mero erro perceptivo (Fortes, & Cunha, 2012). Ele interessou-se na compreensão do desinvestimento do mundo externo pelo indivíduo a partir de seus casos clínicos e investigou a alucinação, o delírio, o pensamento fantasioso e o fechamento em si mesmo a partir da constituição e do funcionamento psíquico (Tafari, 2006).

De acordo com Freud (1900/1996), o bebê alucina, pois ele possui um caminho facilitado, uma vivência anterior de satisfação. O bebê com fome e desamparado chora, grita e esperneia. Porém essas ações não o sacia. O cuidado exterior permite o bebê saciar as necessidades. A percepção e sua imagem mnêmica ficam associadas a excitação produzida pela necessidade. Dessa forma, quando a necessidade surgir de novo, o bebê alucina o seio para repetir a primeira experiência de satisfação. Ele explana:

Um componente essencial desta experiência de satisfação é uma percepção particular (a de nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnemônica permanece associada, daí por diante, ao traço de memória da excitação produzida pela necessidade. Em resultado do elo que é assim estabelecido pela necessidade. Em resultado do elo que é assim estabelecido, na vez seguinte em que essa necessidade desperta, surgirá imediatamente um impulso psíquico que procurará reinvestir a imagem mnemônica da percepção e revocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação original (Freud, 1900/1996, p. 602).

A repetição da percepção relacionada à vivência de satisfação produz o fenômeno da alucinação (Freud, 1900/1996). Freud (1905a/1996) delinea a capacidade do bebê em alucinar a satisfação de suas necessidades internas ao chupar os seus próprios lábios, a língua

e os dedos. A capacidade de alucinar consolida a afirmação segundo a qual o corpo assume o lugar do objeto. O bebê abandona as alucinações quando percebe a falta da satisfação aguardada. O bebê ao chupar, estende o seu estado de prazer, alcançado ao longo da amamentação. No entanto, a alucinação não aplaca a necessidade física da fome e essa percepção que leva o bebê a fazer a ligação libidinal com o mundo externo. O lactente começa a diferenciar o seio alucinado e o seio real.

Rapaport (1951) definiu com precisão a imagem alucinada como o protótipo do pensamento e, da mesma forma, Gaddini (1969, tradução nossa) define a formação de um protótipo da imitação. Com relação a este prototipo psíquico da imitação, ele não se estabelece na presença do objeto, mas na sua ausência. Por conta dessa ausência, seu propósito parece ser a restauração mágica e todo poderosa dessa fusão do ego e do objeto (Gaddini, 1969, tradução nossa).

A percepção imitativa primitiva conduz às imagens alucinatórias, às fantasias da fusão através da modificação do próprio corpo e à imitação pelo desejo de ser o objeto. A incorporação oral impele às fantasias de fusão por incorporação e por introjeção para possuir o objeto. No investimento narcisista, estas duas disposições coexistem, levando ao fato indicado por Freud (1921/1996) no que ele chamou de identificações primárias (Gaddini, 1969, tradução nossa).

Gaddini (1969, tradução nossa) trouxe como ilustração clínica os casos dos bebês merécistas. O merécismo é também denominado ruminação, um quadro clínico raro e um dos transtornos psicossomáticos mais precoces da infância. Ele normalmente ocorre antes do primeiro ano de vida da criança e é grave por sua alta taxa de mortalidade. Gaddini e Gaddini (1959) estudaram seis casos de crianças merécistas. Essas crianças estavam no terceiro, quarto e oitava mês de vida e possuíam severas dificuldades em suas atividades orais. A ruminação ocorria sempre na refeição, durante a refeição, imediatamente depois ou posteriormente a ingestão do alimento. Observou-se um relacionamento patológico entre a mãe e o filho e a presença de uma tensão visível da criança anterior a ruminação. Além disso, o desmame havia sido traumático.

A ruminação repete muito claramente as manifestações físicas do vômito, porém ela é induzida ativamente e é psiquicamente controlada e organizada pela fantasia. Gaddini (1969, tradução nossa) descreve a ruminação dessas crianças como uma confirmação da necessidade de vivenciar a fusão com o objeto e a intensidade das fantasias de alucinação conseguem gerar modificações no ego corporal dessas crianças que proporcionam um estado físico de

gratificação, uma experiência física imitativa da gratificante fusão que não é mais vivida na realidade e pode ter sido interrompida de repente e prematuramente.

Essa ilustração clínica trouxe diversos pontos importantes das ideias de Gaddini (1969, tradução nossa) para a compressão metapsicológica da imitação. A modificação no Eu corporal consiste na “imitação no sentido da reprodução ou do reinvestimento das imagens recordativas de movimento que estiveram, anteriormente, associadas à eliminação da excitação” (Ribeiro, 2005, p.191). A imitação torna presente a vivência formada pelo contato com o outro e pelo investimento do outro, ao passo que o bebê está confundido com outro através de sensações corporais. Os bebês mercedistas transformam-se no seio que os alimentou quando produzem movimentos de estimulação da cavidade oral e inunda-a com leite. A questão não é simplesmente tornar o objeto presente para superar a frustração pela sua ausência, mas como uma impossibilidade de ligação do investimento pulsional. A relação mãe-bebê era patológica segundo Gaddini (1969, tradução nossa) e provavelmente a presença das mães não levavam a diminuição da excitação. Dessa forma, a repetição da ruminação pode ser considerada como uma tentativa de ligação da excitação pulsional e essa construção possibilita a construção das fronteiras do Eu antes das representações de palavra e da representação em si. A imitação e a introjeção apresentam-se como formas mais precoces da identificação e precursoras da representação de si e do objeto (Ribeiro, 2005).

Há casos graves de acometimentos em crianças por conta do desequilíbrio nas gratificações e nas frustrações orais. Dentre os primeiros meses de vida, podem ocorrer casos mais sérios ainda como as psicoses infantis (Gaddini, 1969, tradução nossa). Ritvo e Provence (1953) realizaram observações de um grupo de crianças com a atividade imitativa extremamente reduzida. O estudo revela a ausência de imitação em um grupo de seis crianças autistas por meio de observações e submissão a testes. Os autores identificaram a função estruturante da imitação e sua possível relação com o processo de identificação no desenvolvimento normal e demonstraram como a imitação pode ser uma experiência precursora de uma relação de objeto.

As experiências imitativas mostram-se como uma forma do terapeuta estar com a criança dita autista em sua singularidade. Seus gestos, seus comportamentos, seus sons e seus movimentos são realizados pelo profissional. A imitação é um dispositivo anterior e necessário a identificação, processo no qual pode possibilitar a relação de objeto. Dessa forma, a imitação pode ser pensada como um recurso importante para auxiliar no desenvolvimento psíquico de uma criança e na construção de um laço afetivo e na relação objetal em crianças em estados autísticos.

CAPÍTULO 2. A EXPERIÊNCIA IMITATIVA COMO UM RECURSO TÉCNICO

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto.

(Winnicott, 1975)

2.1. A clínica psicanalítica com crianças ditas autistas

A clínica psicanalítica com criança teve início com Melanie Klein (1930/1996) no tratamento bem-sucedido de uma criança de quatro anos, o Pequeno Dick. Apesar de Freud não acreditar na análise de pacientes isolados afetivamente, Klein (1930/1996) tratou da criança com o método clássico, a interpretação. A síndrome do autismo infantil não era ainda conhecida na época e, somente treze anos depois, Léo Kanner (1943/1997) descreveu-a. A história clínica trazida por Klein (1930/1996) assemelhava-se a descrição de Kanner (1943/1997) da síndrome do autismo. No entanto, o termo autismo já era conhecido e empregado por Eugène Bleuler (1911) para referir-se ao mundo interno do esquizofrênico.

A noção de autoerotismo de Freud (1911a/1996) e sua teoria da sexualidade infantil tiveram papel importante na criação do termo autismo. Freud (1911a/1996) utilizou o adjetivo autístico para descrever uma fase do bebê de ensimesmamento da realidade externa na qual ele pode tomar o próprio corpo como objeto de satisfação prazerosa. Bleuler (1911) não consentia com a suposição de Freud (1905a/1996) da relevância da sexualidade infantil na gênese das doenças mentais e subtraiu o Eros do conceito de autoerotismo (aut-ero-tismo) de Freud (1911a/1996), segundo Tafuri (2003). Em uma carta de Jung a Freud (Freud, & Jung, 1906-1914/1975) foi descoberto que Bleuler (1911) havia cunhado o termo autismo como uma recusa ao termo autoerotismo desenvolvido por Ellis (1898/1927) e retomado por Freud (1905a/1996).

Retirar o Eros desse conceito acarretou consequências na evolução do pensamento psiquiátrico e influenciou o pensamento de Kanner (1943/1997), que descreveu uma nova síndrome, o autismo infantil precoce. O autismo deixou de ser um sintoma secundário e tornou-se um sintoma primordial e patognomônico de uma síndrome na qual as crianças apresentam um isolamento autístico extremo desde o início da vida. Dessa forma, o autismo passou a descrever um déficit cerebral inato e biologicamente determinado. Ressalvando que Bleuler (1911), diferentemente de Kanner (1943/1997), acreditava que a fala aparentemente sem lógica do esquizofrênico possuía um sentido e, assim, trazia esperanças no prognóstico de seus pacientes.

Klein (1930/1996) publicou o caso do garoto Dick em 1930. Ele foi encaminhado com o diagnóstico de demência precoce, possuía 4 anos de idade, não falava e não representava simbolicamente a realidade. Klein (1930/1996) descreve Dick dessa forma:

Estavam quase completamente ausentes a adaptação à realidade e as relações emocionais com seu ambiente. Este menino, Dick, era carente de afetos e indiferente à presença ou ausência da mãe ou da ama-seca.... não tinha quase interesses, não brincava (a não ser um interesse muito específico pelos trens, estações, maçanetas e portas) e não tinha contato com seu meio ambiente. Na maior parte do tempo, articulava sons ininteligíveis e repetia constantemente certos ruídos. Quando falava, utilizava incorretamente seu escasso vocabulário. Mas não só ele era incapaz de se fazer entender, como também não desejava (Klein, 1930/1996, p. 298).

O garoto era distinto de todas as crianças já tratadas por Klein (1930/1996). A criança não demonstrou angústia ao se separar da babá logo na primeira sessão. Klein (1930/1996) explica que o garoto “deixou que a sua ama-seca se retirasse sem manifestar qualquer emoção e acompanhou-me ao consultório com absoluta indiferença” (Klein, 1930/1996, p. 299). Ele também não se interessou pelos brinquedos. Klein (1930/1996) descreve que “ali correu de um lado para outro sem qualquer propósito e também em volta de mim várias vezes, como se eu fosse um móvel, mas não demonstrou interesse algum pelos objetos do quarto” (Klein, 1930/1996, p. 299).

O histórico dele era marcado por dificuldades alimentares quando bebê. A amamentação ocorreu com muitos transtornos. A mãe persistiu e esforçou-se para amamentá-lo, mas sua tentativa foi frustrada e ele sofreu de inanição. Aos 7 meses, houve a tentativa de amamentá-lo com uma ama-de-leite, mas também não foi bem-sucedida. Recorreu-se à alimentação artificial. No entanto, ele era acometido de transtornos digestivos, prolapso anal e hemorroidas. No momento de comer alimentos sólidos, ele recusava-se a mastigar e só aceitava alimentos em consistência de papinha. Klein (1930/1996) explica que ele não havia estabelecido contato emocional com nenhuma pessoa próxima como a mãe e a babá. Seu desenvolvimento primitivo tinha sido prejudicado e seu ego havia parado de desenvolver fantasias e sua relação com a realidade (Klein, 1930/1996).

A maior dificuldade no início do tratamento de Dick para Klein (1930/1996) consistiu na falta de relação simbólica com as coisas e a sua falta de interesse no ambiente. Ele era alheio a maioria dos objetos e brinquedos e não se expressava verbalmente. Klein (1930/1996) utilizava a técnica do jogo para o atendimento infantil e, nesse tipo de caso de uma criança inibida ao jogo, o material seria retirado do “simbolismo revelado por detalhes do seu comportamento em geral” (Klein, 1930/1996).

Na primeira sessão, Klein (1930/1996) desenvolveu um jogo. Ela apanhou dois trens e denominou o primeiro de “trem do papai” e o segundo de “trem de Dick”. Dick pegou o trem

que tinha seu nome, levou-o a janela e disse: “estação”. Klein (1930/1996) interpretou a criança e disse que “a estação é a mamãe; Dick está entrando na mamãe” (Klein, 1930/1996, p. 303). Logo em seguida, Dick soltou o trem e escondeu-se atrás da porta e disse: “escuro”. Klein (1930/1996) outra vez interpretou: “está escuro dentro da mamãe, Dick está entrando na mamãe escura” (Klein, 1930/1996, p. 303). Ele pegou novamente o trem e correu para o esconderijo. A analista fez outras interpretações durante a sessão. Até que Dick perguntou pela ama e repetiu diversas vezes: “a ama?” Ele falava de forma correta as palavras e “retendo-as em sua mente” (Klein, 1930/1996, p. 303).

A segunda sessão foi semelhante a primeira e, na terceira sessão, já houve relatos dos primeiros sinais de angústia e de dependência de Dick. Ele demonstrou ansiedade ao deixar a babá, ao entrar na sala e na saída. Ele até mesmo abraçou a babá de forma afetiva no término da sessão. De acordo com Klein (1930/1996), Dick começou a interessar-se pelos brinquedos e pelas palavras tranquilizadoras quando se deu sua expressão afetiva. Klein (1930/1996) explana ter ultrapassado o obstáculo fundamental da análise de Dick a partir dos sinais de surgimento de angústia, decorrente do seu interesse pelos brinquedos e da relação afetiva com a babá e a com a analista. Dessa forma, ela pôde analisar o paciente por meio da técnica do jogo como fazia na sua clínica com crianças. Ela explica:

“...modifiquei minha técnica habitual. Em geral, não interpreto os dados obtidos até que estes não se hajam expressado através de várias representações, mas, neste caso, em que a capacidade de expressão por meio de representações quase não existia, fui obrigada a fazer minhas interpretações à base do meu conhecimento geral, pois na conduta de Dick as representações eram relativamente vagas” (Klein, 1930/1996, p. 308).

Os resultados da análise de Dick com 6 meses de tratamento foram satisfatórios. Ele estabeleceu uma relação afetiva e prazerosa com a babá, a mãe e o pai e começou a apresentar sinais de angústia com a proximidade de pessoas estranhas. Dick havia adquirido a capacidade de expressar seus desejos e de ser compreendido. Klein (1930/1996) enfrentou muitos desafios principalmente por se tratar de uma criança ensimesmada e de um caso peculiar em relação aos seus outros atendimentos. Ela estava muito motivada para desenvolver um método novo para ser validado no contexto institucional da psicanálise na época (Tafari, & Safra, 2008).

A técnica do jogo marca a primeira fase de Klein (1932/1997). Durante esse momento, ela concebeu os fundamentos da análise de crianças e formulou os estádios primitivos do complexo de Édipo e do superego. Ela percebeu que o brincar poderia representar simbolicamente os conflitos inconscientes, as ansiedades e as fantasias. Assim, o analista poderia ter acesso as fantasias inconscientes e as relações de objeto da criança. Klein

(1932/1997) entendeu ser viável a realização de uma efetiva análise infantil com o uso da interpretação da relação transferencial e do conteúdo simbólico do jogo desde o começo do tratamento (Segal, 1973).

Klein (1930/1996) transformou a técnica psicanalítica a partir do tratamento de Dick. A criança não possuía uma linguagem lúdica e ela propôs um jogo simbólico com o objetivo de estabelecer uma relação analítica com ele e tornar possível a análise, assim como fazia com outras crianças. Na ausência de material usualmente utilizado: o jogo e a transferência, os papéis inverteram-se e ela própria propôs o jogo a ser seguido pela criança. Dessa forma, a contribuição de Klein (1930/1996) em sua clínica com crianças autistas foi a criação de um jogo simbólico para possibilitar as interpretações e criar a relação transferencial desde o início do tratamento (Tafari, 2000).

Lacan (1953-1954/1979) referiu-se ao caso Dick. Ele concordou que o garoto poderia ser considerado autista, mas criticou Klein (1930/1996) ao comentar: “Melanie Klein enfia o simbolismo, com a maior brutalidade, no pequeno Dick!” (Lacan, 1953-1954/1979, p. 83). Para ele, Klein (1930/1996) produz uma interpretação “brutal do mito edípico, quase tão revoltante para nós quanto para qualquer leitor” (Lacan, 1953-1954/1979, p. 84). Apesar da controvérsia, Lacan (1953-1954/1979) aponta que algo ocorreu na análise de Dick a partir da fala de Klein (1930/1996). Essa fala segundo Lucero e Vorcaro (2017):

Funda o inconsciente de Dick, na medida em que é capaz de situá-lo na linguagem, no simbólico, como outro que não ele mesmo. Ao chamar o trem de Dick e interpretar a “brincadeira” do menino de acordo com o mito edípico, Klein supõe que ali está um sujeito que tem seus próprios desejos... O fato é que Klein não se limita a nomear as coisas para a criança ou a descrever seu comportamento; ela o concebe a partir de um outro lugar. Esse método se estende a outras “brincadeiras” e vemos que, em todas elas, Klein acaba por localizar a criança no romance familiar. O que ela faz, igualmente, é atribuir uma certa historicidade ao mundo de Dick (Lucero, & Vorcaro, 2017, p. 7).

Para Lacan (1953-1954/1979), Dick estava imerso no real, em um estado puro e não havia o eu e o outro. Tudo era real e indiferente. O real e o imaginário eram correspondentes e os registros estavam desarticulados. Ele explicou que “essa criança é, até certo nível, mestre da linguagem, mas ela não fala. É um sujeito que está aí e que literalmente não responde... A fala não chegou a ele. A linguagem não envolveu seu sistema imaginário” (Lacan, 1953-1954/1979, p. 102). Klein (1930/1996) ousou falar com Dick e ele estava “lá como se ela não existisse, mas ela dá nomes ao que, para esse sujeito, só era, até então, realidade pura e simples” (Lacan, 1953-1954/1979, p. 84).

A fala da analista possibilitou a constituição da realidade a partir da articulação entre o simbólico e o imaginário. Essa articulação deu-se quando Dick respondeu: “estação”. Klein (1930/1996) possibilitou a simbolização de uma relação de afeto entre dois seres nomeados.

A intervenção de Klein (1930/1996) permitiu a possibilidade do apelo, Dick verbalizou um primeiro apelo. O apelo supõe a existência de um Outro, pede uma resposta e também abre a possibilidade a recusa. As relações de dependência com o outro são estabelecidas a partir do apelo. Além disso, Dick conseguiu formular uma demanda “a babá já vem” a partir da fala de Klein (1930/1996) e, depois disso, a criança estabelece contato com os objetos.

Segundo Vorcaro e Guimarães (2014), pode-se construir a hipótese de que o sistema regulador do funcionamento pulsional é o sistema da linguagem a partir da teoria lacaniana e as experiências são marcadas pelo significante. Ao comentar as intervenções clínicas de Klein (1930/1996) no caso do pequeno Dick, ele estabeleceu um “princípio clínico fundamental: a interpretação realizada por meio de uma palavra significativa, tanto na clínica com adultos quanto com crianças neuróticas e psicóticas” (Tafuri, 2003, p. 154).

Laznik-Penot (1997), psicanalista lacaniana, trouxe o caso de uma criança autista de origem turca, *Halil*. O garoto possuía quase 2 anos de idade, não falava, não brincava e não mantinha relação de afeto com as pessoas. Os seus pais comunicavam-se muito pouco na língua francesa. Para a autora:

... o trabalho com uma criança autista se faz ao avesso da cura analítica clássica: o objetivo do analista não é o de interpretar os fantasmas de um sujeito no inconsciente já constituído, mas o de permitir o advento do sujeito. Faz-se aqui intérprete, no sentido de tradutor de língua estrangeira e, ao mesmo tempo, tradutor em relação à criança e aos pais (Laznik-Penot, 1997, p. 11).

Laznik-Penot (1997) produziu uma nova mudança na técnica. Ela trouxe a técnica de tradução encaminhada à criança e aos pais ao invés da interpretação do jogo de Klein (1930/1996). Essa tradução ocorria desde o início do tratamento. A analista começou o tratamento de *Halil* na presença da mãe e escutava-os em turco. Ela considerou “uma aposta aparentemente insensata, ...mas que teve *a posteriori* efeitos muito interessantes” (Laznik-Penot, 1997, p. 14).

As sessões contavam também com uma residente designada para anotar as sessões. Suas anotações foram importantes não somente por possibilitar a transcrição das sessões como para auxiliar a analista a deter-se nas falas da mãe da criança que eram em outra língua. Havia a “necessidade de um indício dos significantes da mãe e da criança que, logo, começou a proferir palavras – uma, duas, por vezes três, em uma sessão” (Laznik-Penot, 1997, p. 16). A presença da mãe não possuía somente o objetivo de identificar o lugar da criança no desejo fantasmático da mãe, mas também dava a possibilidade dela enxergar as ações do filho endereçadas a ela, ou seja, a comunicação da criança.

Halil pegava um brinquedo de encaixe com peças de plástico e fazia bastante barulho com a porta metálica do armário. A mãe ficava irritada com o barulho e dizia “*Anne atta!* O que quer dizer mamãe vai embora!” (Laznik-Penot, 1997, p. 17). Um dia, após fazer o barulho como de costume, ele selecionou o brinquedo de encaixe com peças de plástico, sacudiu e as peças desatrelaram-se do parafuso que as segurava. A mãe pegou o brinquedo do filho e atarraxou as peças para não se soltarem mais. *Halil* protestou e jogou os objetos no chão. A mãe retirou os brinquedos de perto dele, então ele voltou-se para bater na mãe e na analista. Nesse momento, a analista traduziu o motivo da raiva de *Halil* para a mãe: “Trata-se de uma tentativa de representar a separação, uma separação que não destrói, já que é possível reencontrar-se, como as duas peças do brinquedo podem se desparafusar e se parafusar” (Laznik-Penot, 1997, p. 17). Depois disso, a mãe passou a aceitar melhor o comportamento do filho e ver sentido em suas ações.

Em seguida, a criança mostrou-se muito triste após a intervenção da analista e escondeu-se dentro do armário de brinquedos. A analista escutou a criança dizer “Dede”, traduzido pela mãe como vovô. Laznik-Penot (1997) observou nas sessões a utilização do brinquedo para representar a separação, levando em consideração a reação materna de não suportar as peças soltas e seu desejo de uni-las. Para a analista “foi preciso proceder a um trabalho especial de decifração, tradução e interpretação (Laznik-Penot, 1997, p. 16). Como a criança morava em um lugar onde a língua era distinta da analista, Laznik-Penot (1997) entendeu que a análise seria mais complexa. Seu trabalho seria “tentar decifrar com a criança – no sentido de encontrar uma cifra, um código – um determinado número de vividos afetivos, os quais, por nunca terem sido ligados a representações de palavras, tinham sobre ela um efeito destrutivo, como um puro real de uma descarga motora” (Laznik-Penot, 1997, p. 17).

O trabalho de tradução permitiu a restituição da loucura necessária das mães (Winnicott, 1956/2000), uma capacidade da mãe de conferir significado aos comportamentos no início da vida do bebê, e possibilitou que *Halil* começasse a brincar nos primeiros meses de tratamento. A partir desse caso, Laznik-Penot (1997) discute sobre o lugar do analista na clínica com a criança autista:

Quando o analista toma em tratamento uma criança autista, aposta que, ao reconhecer um valor significativo em toda a produção da criança, gestual ou de linguagem, e, ao constituir a si mesmo como lugar de endereçamento do que considera, desde então, como mensagem, a criança vai poder se constituir a posterior como fonte dessa mensagem. O analista assume então por momentos o lugar do Outro primordial. Mas ele também antecipa o sujeito a vir, ao interpretar qualquer produção como um ato colocado pela criança para tentar advir a uma ordem simbólica que lhe preexiste (Laznik-Penot, 1997, p. 10).

Laznik-Penot (1997) com o seu caso Halil trouxe uma modificação na técnica psicanalítica, a técnica da tradução para a criança autista acompanhada da mãe. Essa técnica possibilitou a criação da relação transferencial e a compreensão da mãe das angústias relacionadas ao filho e a si mesma. Laznik-Penot (1997) possuía mais dados clínicos do brincar de Halil por conta das reações maternas diante das brincadeiras do filho em comparação a Klein (1930/1996) no caso Dick. Apesar disso, é perceptível a herança do pensamento de Klein (1930/1996) em Laznik-Penot (1997) ao extrair valor simbólico das representações vagas da criança.

As técnicas expostas por Klein (1930/1996) e Laznik-Penot (1997) para o tratamento de crianças autistas no início do tratamento apresentam a ferramenta básica da psicanálise, a interpretação. Apesar das mudanças técnicas propostas por Laznik-Penot (1997), a tradução e a ação de antecipar o sujeito a vir, a interpretação “continuou a ser utilizada para possibilitar o surgimento do brincar, das fantasias, das associações livres e da transferência” (Tafuri, 2000, p. 130).

Ao decorrer do tempo, o autismo passou a ser estudado a partir da constituição do sujeito e para além da questão genética no contexto psicanalítico e a prática clínica com a criança autista precisou reconsiderar a técnica psicanalítica clássica empregada com neuróticos. Winnicott (1966/1997) foi outro psicanalista que fez transformações na técnica psicanalítica com crianças autistas. Ele interessou-se por essa clínica e começou a estudar as psicoses infantis a partir das relações mães-bebê, criticando o conceito de autismo de Kanner (1943/1997). Ele surpreendeu a todos em uma conferência enunciando que o autismo não existia. Ele quis dizer que o autismo-síndrome nomeava um fenômeno bastante conhecido na psiquiatria, o afastamento da realidade e o ensimesmamento, mas não trazia benefícios na compreensão e no tratamento dos distúrbios psíquicos graves em crianças (Cavalcanti, & Rocha, 2001).

A clínica psicanalítica com crianças atinge uma maior abertura com Winnicott (1966/1997, 1967/1997) e ele contribuiu de forma significativa para essa clínica. A sua noção de *holding*, a visão da relação transferencial para além da interpretação, o modelo de analista suficientemente bom e a importância dos vínculos sensoriais não verbais foram avanços valiosos. Ele questiona a função do analista intérprete de símbolos universais como o Complexo de Édipo ao invés de contemplar a história individual da criança e a sua ênfase recai sobre o manejo clínico, que é o cuidado dispensado ao paciente no *setting*, e sobre a relação analítica (Januario, & Tafuri, 2010).

Na visão de Winnicott (1966/1997), a clínica psicanalítica com crianças autistas deve priorizar a escuta da história singular do desenvolvimento da criança. O autismo pode ser entendido como um modo de subjetivação segundo Cavalcanti e Rocha (2001) e “devemos pensar o indivíduo enfatizando suas relações singulares com o meio ambiente e escutar as soluções por ele encontradas ante o sofrimento psíquico” (Cavalcanti, & Rocha, 2001, p. 108).

Winnicott (1961/1989) aponta três variedades clínicas de acordo com o sofrimento do paciente, decorrentes de diferentes momentos de falhas no processo maturacional e requerem diferentes formas de trabalho clínico. A primeira variedade é relacionada a pacientes que funcionam como pessoas inteiras e as suas dificuldades estão na esfera dos relacionamentos interpessoais. Esses pacientes costumam ser os neuróticos e a técnica utilizada é análise clássica freudiana, empregando a interpretação da transferência com o objetivo de tornar consciente conteúdos recalcados.

A segunda variedade são pacientes marcados por uma área de deprivação, eles solicitam o que eles tinham e foi lhes tirado. Eles começaram a se integrar, mas não obtiveram o sentimento de unidade. Esses pacientes podem ser neuróticos ou psicóticos. Uma tendência antissocial é geralmente encontrada pelo fato do abandono e da deprivação estarem na base da tendência antissocial e da delinquência. A análise abarca a conquista de unidade, a junção do amor e do ódio e o reconhecimento da dependência. A técnica utilizada é análise a clássica e o manejo (Winnicott, 1961/1989).

A terceira variedade é a clínica com pacientes em estados autísticos, psicóticos, falso selfs, personalidade *boderline* e com graves sofrimentos psíquicos. É necessário lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional nesses casos e referem-se a uma falha anterior ao estabelecimento do self e do ego. A ênfase incide no manejo clínico e no estabelecimento do setting. A técnica utilizada é o *holding* que possibilita a regressão à dependência sem utilizar a interpretação necessariamente (Winnicott, 1961/1989).

Winnicott (1961/1989, p. 85) evidencia que esse sistema de classificação pode ser muito simplista para um tema tão complexo e solicita cuidado ao analista ao utilizar essas categorizações. Ele acentua a necessidade de o analista “ser capaz de passar de um tipo de psicoterapia para o outro com facilidade, e até fazer os três tipos ao mesmo tempo, se necessário” (Winnicott, 1961/1989, p. 85).

Apesar das mudanças trazidas por Winnicott (1961/1989), principalmente com seu conceito de *holding*, há a predominância da interpretação na psicanálise, uma primazia da interpretação verbal das representações vagas. O nosso trabalho rompe com a necessidade de

uma interpretação ou tradução desde o início do tratamento com crianças autistas e utiliza a imitação para criar a relação transferencial.

Tafuri (2003), com seu caso Maria, questiona a necessidade ou possibilidade do uso da interpretação nos primórdios do tratamento com crianças autistas. Maria tinha 3 anos de idade e foi encaminhada a terapia com diagnóstico de autismo infantil precoce. A criança não demonstrou angústia ao entrar no consultório e parecia não ver a analista. “Ela emitia grunhidos e girava as mãos em frente ao rosto, como muita velocidade e leveza... retirava rapidamente todos os brinquedos da estante, não explorava e os deixava cair de suas mãos como se escorressem pelos dedos” (Tafuri, 2000, p. 130).

A terapeuta recebia os pais da criança uma vez por semana e a criança três vezes por semana em sessões individuais. A paciente permaneceu isolada durante os dois primeiros meses de tratamento e seus pais chamaram a atenção da analista, de forma que não pareciam expressar significado emocional e eram metalizados. A analista também notou que a criança ficava extasiada com seu corpo quando emitia os grunhidos e, imediatamente, lembrou-se e associou os grunhidos às figuras de sensação de Tustin (1990). Para Tustin (1990), “as figuras de sensação apaziguam e acalmam, e por consequência, essas figuras são um tipo de tranquilizante gerado com o próprio corpo” (Tustin, 1990, p. 117). A analista pensou em interpretar os grunhidos de Maria de acordo com Tustin (1990), mas se questionou: “será que eu não estava pensando de forma estanca e rápida uma criança que eu ainda não conhecia?” (Tafuri, 2000, p. 132).

A analista comparou seu comportamento aos atendimentos com crianças que falavam e brincavam durante a sessão. Ela aguardava as crianças brincarem, produzirem seus desenhos e contarem suas histórias antes de fazer uma interpretação, feita somente a partir de um material simbólico e da relação transferencial existente. No entanto, interpretar os grunhidos e os maneirismos de Maria assemelhava-se a interpretar as crianças que brincam e falam antes mesmo delas brincarem ou contarem suas histórias. Assim, a analista permaneceu calada e começou a vivenciar as sensações e os pensamentos produzidos pela presença de Maria. A terapeuta achou necessário aguardar e deixar em suspenso os conceitos clássicos da psicanálise que apareciam em seus pensamentos de forma rápida em sua mente (Tafuri, 2000).

A analista não encontrou uma maneira de interpretar a partir de uma relação íntima e empática com Maria. A criança vivenciava seu próprio corpo como uma “tempestade emocional” (Tafuri, 2000, p. 141) com ataques violentos de angústia por meio do jogo dos sons. A analista sentiu-se como uma mãe que se identifica de forma empática com as necessidades do seu bebê e tem a possibilidade de conter os ataques de tensão emocional, sem

entrar no estado de descontrole emocional (Winnicott, 1956/2000), após conseguir reconhecer os sinais de angústia profunda da paciente.

As vivências íntimas, corporais e emocionais, entre a mãe e o bebê, possibilitam a mãe conceber e interpretar as necessidades e desejos do seu bebê. Ao interpretar os estados emocionais do bebê, a mãe designa um lugar no reino da linguagem, mas a interpretação só ocorre a partir de uma relação empática entre mãe e bebê. No princípio do tratamento de Maria, faltava a relação íntima de empatia na qual a analista poderia oferecer sentido aos grunhidos e maneirismos da criança. Não havia como tocar ou ser tocada pela criança, não havia possibilidade de olhar os olhos da paciente e não havia como diferenciar as expressões e sons de fome ou de alguma outra sensação. A analista sentia-se impossibilitada de imaginar a expressão de afeto e a necessidade de Maria. Assim, ela ofereceu-se apenas como presença corporal e psíquica ao invés de intérprete. O início da relação psicanalítica foi “marcado pela escuta do inominável” (Tafuri, 2000, p. 143).

A analista tentou imitar os grunhidos de Maria na tentativa de vivenciá-los, mas percebeu ser impossível imitar aquele som e ela pôde perceber o isolamento que havia entre elas. Os sons não tinham como ser experimentados, eram somente aproximações. A analista constatou que “lá onde eu não podia estar, onde os sons eram somente de Maria, era o lugar onde ela existia, em seu estado de isolamento autístico. Parecia um lugar criado por ela e só para ela” (Tafuri, 2000, p. 132). Assim, a analista tentou compreender mais suas sensações sem interpretá-las a criança, pois ela não se sentia no “lugar do intérprete ou do tradutor, mas ‘o lugar da impossibilidade’ de traduzir ou interpretar uma vivência para a criança” (Tafuri, 2000, p. 132-133).

Até chegou o momento que a analista começou a imitar comportamentos, ações e sons da criança somente quando Maria se apresentava em um estado de isolamento autístico, ela demonstrava estar hipnotizada com seu próprio corpo. Após o terceiro mês de tratamento, Maria começou a demonstrar sinais de angústia, mas não era possível compreender a sua origem. A criança parecia não sentir dor, porém seus sons expressavam sofrimento. Posteriormente, a paciente começou a passar as costas das mãos nas paredes quando a analista terminava de emitir os sons e com sucessivas repetições desse comportamento, Maria começou a olhar para a boca da analista, logo que a analista emitia os sons, e aproximava-se da boca da analista. Ela também começou a passar as costas das mãos na boca da analista e, às vezes, mordida e chutava a analista. A analista silenciava-se e parava de emitir sons. Então a criança retornava a emitir seus sons (Tafuri, 2000).

No sétimo mês de tratamento, surgiu a capacidade de espera de Maria, ela começou a demonstrar que aguardava por algo. Ela grunhia, parava e aquietava-se. Depois de ouvir os sons emitidos pela terapeuta, ela continuava seus sons. A espera inicialmente continha crises de angústia na qual a criança gritava, debatia-se e jogava a cabeça contra a parede. A partir das crises de angústia a analista foi capaz de prever as próximas ações da criança e imaginar as sensações de paciente. Assim foi possível começar a interpretar. Tafuri (2000) explica:

“...em todas as sessões, ela tentava imprimir a mesma rotina de ações. Ou seja, ela chegava, jogava os brinquedos no chão, começava a “grunhir” e a esperar pelos sons. Quando algo impedia a sequência de suas ações, Maria entrava em angústia, seguida de um estado de isolamento autístico, preenchido pelos “maneirismos e grunhidos idiossincráticos”. Quando eu identificava os motivos da angústia, eu os interpretava” (Tafuri, 2000, p. 135).

Quando a analista não compreendia a origem das angústias, ela ficava em silêncio e começava a emitir os sons dos grunhidos lentamente e delicadamente. Assim, Maria retornava a sua sequência de ações e novamente entrava em angústia. A partir desse momento, o tratamento começou a enquadrar-se nos princípios da técnica psicanalítica, a interpretação do brincar. Iniciaram mudanças no ritmo dos sons e na modulação da voz de Maria e, depois, ela começou a balbuciar e a explorar os brinquedos. A criança criou uma brincadeira na qual ela sorria, gritava e pulava nas pontas dos pés, tudo fazendo as estereotípias com as mãos. A brincadeira possuía uma carga efetiva intensa e as estereotípias começaram a surgir somente nos momentos de manifestações afetivas. A criança começou, aos poucos, a olhar para o rosto da analista. Além disso, ela começou a apontar os brinquedos em cima do armário e, depois, passou a ter interesse por histórias de contos de fadas e pedia a analista para contar a história (Tafuri, 2000).

No terceiro ano de tratamento, houve muitas transformações. Maria começou a realizar as primeiras garatujas e a falar as primeiras palavras. Os pais disseram a analista que a filha “estava ficando mais manhosa para se separar deles e já não dava as mãos a qualquer pessoa. Agora, ela tinha reações de angústia em presença de estranhos e estava mais afetiva com os pais e professores” (Tafuri, 2000, p. 137). A criança também começou a representar suas angústias nos desenhos e a analista já interpretava os desenhos, histórias e sonhos na relação transferencial. No entanto, quando a criança entrava em quadro de muita angústia, a analista parava de falar. A analista, em uma única sessão, interpretava ou imitava os sons de acordo com a demanda da paciente (Tafuri, 2000).

Dessa maneira, Maria começou a ler e escrever sozinha, sem que ninguém a ensinasse, e começou a estudar em uma escola comum, em uma classe análoga a sua idade cronológica. A analista prestou orientações à escola e às professoras para facilitar a adaptação da criança.

Ela terminou o primeiro grau durante o tratamento e analista explanou que teve “notícias de que continua a estudar, está interessada em namorar e que fazer vestibular para medicina. Enfim, leva uma vida normal” (Tafuri, 2000, p. 137).

A partir dessa transformação da técnica psicanalítica com crianças, pode-se pensar em uma postura ética de não interpretar ou decodificar o mundo sensorial da criança antes que ela mesma possa trazer componentes significativos de um eu ainda insipiente. A ausência de uma relação empática impediu a analista de utilizar a interpretação. Assim, a imitação apresenta-se como um recurso nesse momento que a relação transferencial não está estabelecida e ela pode ser pensada como uma maneira precoce de identificação e age como a precursora da representação de si mesmo e do outro. A técnica da imitação permite a criança sair do seu isolamento autístico e da sua recusa pela realidade compartilhada para consolidar uma relação com o outro, dando continuidade ao seu processo de desenvolvimento emocional.

Uma relação empática é essencial em um processo terapêutico e o respeito a individualidade e ao tempo da criança auxiliam nesse processo, assim como a imitação exerce um papel significativo nesse sentido de estar com a criança a maneira dela. A empatia é um recurso muito importante na clínica em geral, na clínica psicanalítica e na clínica psicanalítica com crianças ditas autistas, dessa forma, o seu conceito será discutido na próxima seção.

2.2. A relação empática

A empatia mostra-se como um importante aspecto na clínica psicanalítica apesar de não ser amplamente explorada no campo psicanalítico e, dessa forma, faz-se importante explorá-la. O conceito de empatia surgiu primeiramente da palavra da língua alemã *Einfühlung* que significa “sentir dentro” ou “sentir em”. O filósofo alemão Robert Vischer (1873) inventou o termo para descrever a experiência estética. A simples contemplação de uma pintura artística poderia provocar uma simpatia, um sentir com estética (Gallese, 2007). O fenômeno chamou a atenção de diversos estudiosos no início do século XX e a primeira manifestação da empatia ficou reconhecida como a projeção do observador para dentro do objeto contemplado com deleite ou fruição (Araujo, 2009).

O conceito conceberia o mecanismo por meio do qual os seres humanos percebem ou captam a perspectiva de objetos inanimados e outras espécies de animais colocando-se em seu lugar (Gallese, 2003). As “propriedades subjetivas como nobreza, elegância e poder podiam ser sentidas como se pertencessem às próprias obras de arte, tal como se estas fossem seres com vida” (Sampaio, Camino, & Roazzi, 2009, p. 213) por meio da *Einfühlung*.

Posteriormente, o filósofo alemão Theodor Lipps (1965) fez um neologismo ao transferir o termo alemão *Einfühlung* utilizado no campo da estética para a psicologia (Decety, 2002). Ele teve sua inspiração nas ideias de Vischer (1873) e estendeu o conceito de *Einfühlung* para o domínio da intersubjetividade, da relação entre pessoas. Ele utilizou o termo para descrever uma imitação interior do movimento percebido em outros. O fenômeno aconteceria no movimento de um indivíduo que se projeta para o interior do outro. Ele apresenta o exemplo da sensação de quem contempla a performance de um acrobata: “Quando assisto a um acrobata andando sobre uma corda bamba, sinto-me nele.” (Lipps, 1903, como referido em De Waal, 2010, p. 94).

Dessa forma, a concepção de *Einfühlung* já designava um envolvimento físico com uma obra de arte ou com uma outra pessoa no século XX e indicava a existência de respostas emocionais do indivíduo (Freedberg, & Gallese, 2007). O próprio Lipps (1903) sugeriu a versão grega *empathia* para o termo e, posteriormente, deu origem à palavra empatia em diversas línguas (De Waal, 2010).

Na língua portuguesa, o termo empatia origina-se do inglês *empathy*, um termo criado pelo psicólogo inglês Edward Bradford Titchener (1909) para traduzir *Einfühlung*. Mais tarde, o termo foi retraduzido para o alemão como *Empathie*. Para Titchener (1909), a empatia deriva de uma espécie de imitação física da aflição dos outros e a imitação origina os mesmos sentimentos em si mesmo (Decety, 2002).

A empatia é considerada como a capacidade de compartilhar emoções com os outros e é reconhecida como um poderoso meio de comunicação e um dos elementos mais importantes na relação terapêutica. O conceito de empatia é diferenciado do conceito de simpatia. A empatia pressupõe a identificação com o outro e a simpatia implica um relacionamento mais separado. A empatia ocorre sem necessariamente entender o porquê e o seu desencadeamento é, muitas vezes, automático, não intencional, não controlável e inconsciente. Os bebês possuem uma motivação inata para o aprendizado e a competência biológica para estabelecer interações carregadas emocionalmente que servem de mecanismo precursor para a empatia (Decety, 2002). O conceito de empatia no dicionário de psicologia da APA abrange:

Compreender uma pessoa a partir do quadro de referência dela e não do próprio, de modo a experimentar de modo vicário os sentimentos, percepções e pensamentos dela. A empatia não envolve por si mesma a motivação para ajudar, embora possa se transformar em consideração pelo outro ou sofrimento pessoal, o que pode resultar em ação. Em psicoterapia, a empatia do terapeuta pelo cliente pode ser um caminho para compreender as cognições, afetos ou comportamentos do cliente (VandenBos, 2010, p. 335).

Na psicanálise, Freud (1921/1996) usou muito pouco o conceito de empatia em sua obra. No entanto, ele dedicou-se a questões acerca dos aspectos intrapsíquicos dos

psicanalistas como a atenção flutuante (Bolognini, 1949/2008). A atenção flutuante foi um termo criado por Freud (1912/2010) para nomear a regra técnica na qual o psicanalista deve escutar seu paciente sem priorizar nenhum elemento específico do discurso deste, permitir que sua própria atividade inconsciente entre em ação o mais livremente possível e suspender as motivações que direcionam a atenção do analista. É uma atenção desatenta e um estado receptivo e relaxado do analista (Laplanche, & Pontalis, 1988).

A recomendação de Freud (1912/2010) da técnica da atenção flutuante delinea a atitude subjetiva do psicanalista ao escutar o seu paciente. Ela abarca uma suspensão tão completa quanto possível de tendências pessoais, preconceitos e pressupostos teóricos. Segundo ele:

Assim como o paciente deve relatar tudo o que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer uma seleção dentre elas, também o médico deve colocar-se na mesma posição, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão. Para melhor formulá-lo: ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente (Freud, 1912/2010, p. 89).

Essa regra corresponde a regra da associação livre e permite ao analista descobrir as conexões inconscientes no discurso do paciente. O analista pode reter na memória muitos elementos aparentemente insignificantes cujas correlações somente surgirão depois. Além disso, no movimento psicanalítico contemporâneo, podem ser observadas diferentes concepções em relação a atenção flutuante. Reik (1948) tende a atribuir a escuta de inconsciente à inconsciente o sentido de uma empatia, a *Einfühlung*, que ocorreria fundamentalmente a um nível infra verbal e a contratransferência é descrita como uma percepção e atestaria o caráter profundo da percepção e do processo da empatia (Laplanche, & Pontalis, 1988).

Freud (1921/1966), através de sua autoanálise e de seus casos clínicos, conseguiu formas de comunicação com o pré-consciente o que se pode deduzir uma boa capacidade empática (Bolognini, 1949/2008). Freud (1986) já possuía familiaridade com a obra de Lipps (1903), admirava-o profundamente, atribuiu importante papel da empatia na psicanálise e mencionou-a em duas cartas destinadas a Fliess (1942). Freud (1921/1966) mostrou-se entusiasmado e também preocupado diante da ideia de que Lipps (1903) poderia ter o antecedido no campo da metapsicologia (Pigman, 1995).

Pigman (1995) também explica que a importância que Freud (1921/1966) atribuiu ao conceito de empatia foi de alguma forma menosprezada devido ao fato de que a *Standard Edition* tenha traduzido somente três das doze citações *Einfühlung* como “empatia” e nunca traduz o verbo *empfinden*, que aparece oito vezes, como “empatizar”. O autor clarifica que

Strachey (1948) deve ter alguma razão essencial para evitar o termo, mas não explica ou não sabe o motivo.

Freud (1905b/1996) utiliza a palavra empatia para descrever o processo de colocar-se no lugar do outro conscientemente ou inconscientemente e continuou usando pelo de sua vida (Pigman, 1995). Ele não empregou o termo para referir-se a objetos como fez Lipps (1903) ao expor a empatia estética, mas a empatia entre dois seres humanos. Assim, Freud (1913/1996) aconselha o analista a iniciar as interpretações somente quando estabelecer uma relação suficientemente sólida e ele explana ser o objetivo do tratamento ligar o paciente à terapia e à pessoa do médico:

Para isso, não é preciso senão lhe dar tempo. Se testemunharmos um sério interesse por ele, eliminamos as resistências que surgem no início e evitamos determinados erros, o paciente estabelece uma tal ligação por si mesmo e associa o médico a uma das imagens daquelas pessoas de que estava acostumado a receber amor. No entanto, é possível desperdiçar esse primeiro sucesso se adotamos já no início uma outra postura que não a de empatia, uma atitude moralizadora, por exemplo, ou se nos portamos como representante ou mandatário de uma parte interessada, do outro cônjuge etc. (Freud, 1913/1996, p. 139).

A empatia torna-se uma condição indispensável e essencial para o analista, necessária para iniciar a transferência positiva e a interpretação. Freud (1921/2010) faz outra citação da *Einfühlung* ao discutir a identificação. Ele explana que “nos defrontamos com o processo que a psicologia chama de ‘empatia’ [*Einfühlung*] o qual desempenha o maior papel em nosso entendimento do que é inerentemente estranho ao nosso ego nas outras pessoas” (Freud, 1921/1996, p. 112). Pigman (1995) clarifica que Freud (1921/1966) utiliza essa expressão referindo-se a um “ego estranho de outras pessoas” em outras passagens de sua obra e ela não significa um ego de outras pessoas estranho a nós, mas as partes internas de outras pessoas que são estrangeiras, estranhas e ignoradas por seus próprios egos. Dessa forma, a empatia possibilitaria aos analistas compreenderem a parte das pessoas que é desconhecida delas mesmas.

Ainda sobre a identificação, Freud (1921/2010) explana que:

Há um caminho que da identificação, através da imitação, leva à empatia, isto é, à compreensão do mecanismo pelo qual se torna possível, para nós, tomar uma posição ante uma outra vida psíquica. Também há muito a ser explicado quanto às manifestações de uma identificação existente. Uma consequência desta, entre outras, está em que o indivíduo limita a agressividade frente à pessoa com a qual se identificou, poupa esta e lhe dá ajuda (Freud, 1921/2010, p. 96).

De acordo com Decety (2002), seria tentador entender a identificação, a imitação e a empatia como facetas do mesmo processo, mas são processos diferenciados. Os conceitos psicológicos como imitação, *Einfühlung* (empatia), simpatia, contágio mental e projeção são tomados como sinônimos do termo identificação no sentido de identificar-se na linguagem corrente (Laplanche, & Pontalis, 1988). A empatia é diferente da imitação, porque não é

suficiente ser como ou desejar parecer o objeto para tornar-se e não há nenhuma mudança permanente envolvida. Ao contrário, a empatia implica um mecanismo de ressonância com os efeitos inconscientes do outro sem que o terapeuta ou a pessoa perca a integridade de seu eu (Decety, 2002).

O propósito da empatia na psicanálise é obter uma compreensão para compartilhar a qualidade dos sentimentos e não a quantificação dos sentimentos da outra pessoa. O mecanismo fundamental é uma identificação parcial e temporária com o paciente. Neste contexto, a empatia pode ser considerada como um processo necessário para entender os outros, mas não é o suficiente para interpretar o seu comportamento (Decety, 2002).

Sobre a relação entre Freud e a empatia, Pigman (1995) conclui que “poderíamos ficar tentados a definir como ambivalente a atitude de Freud em relação à empatia, e talvez assim seja. De qualquer forma, penso que seria mais preciso dizer que ele adota uma atitude intelectual, porque é ambivalente em relação às emoções e desconfiado do lugar que ocupam no interior do analista” (Pigman, 1995, p. 252). Freud (1937/1996) sempre se mostrou preocupado e até mesmo desconfiado acerca das reações emocionais dos analistas frente a seus pacientes. Esse temor possivelmente tenha incluído o *pathein* – termo do grego antigo que significa o sentir emocional, no sentido da emoção mais profunda e menos passível de defesa – da empatia (Bolognini, 1949/2008).

Fine (1979) desvenda que, privadamente, Freud (1937/1996) não deixou nenhuma incerteza sobre o fato de que sua maior preocupação era com o excesso de envolvimento do analista (Fine, 1979). Em uma carta enviada a Jung (1957/1985), Freud (1906, como referido em McGuire, 1976) escreveu:

Frau C. contou-me várias coisas sobre você e Pfister.... De tudo isso deduzo que nenhum de vocês adquiriu a *objetividade necessária* ao exercício da profissão, que ainda tendem a se envolver dando muito de si mesmos, e esperando que o paciente dê algo em troca. Permita-me, como velho e venerável mestre, adverti-los que com essa técnica invariavelmente você terminará fazendo falsos cálculos e é *melhor permanecer reservado* e puramente receptivo. Jamais devemos permitir que os pobres neuróticos nos façam enlouquecer. O artigo sobre contratransferência, me parece necessário, mas evidentemente não deveríamos publicá-lo, apenas distribuir cópias entre nós (McGuire, 1976, pp. 541-542).

De acordo com Bolognini (1949/2008), o significado da carta é complexo e não se sabe o conteúdo da conversa entre Freud (1906, como referido em McGuire, 1976) e a paciente Frau C.. Além disso, não é conhecido o sentido que Freud deu ao “dar muito de si” de Pfister e Jung. Ele faz recomendações aos analistas utilizarem uma objetividade necessária à profissão e permanecerem reservados e considera o artigo sobre contratransferência importante. No entanto, ele entende ser necessário entregar o artigo somente entre os analistas, mas não o publicar. Ele cita também a necessidade de um estado receptivo dos

analistas. Para Bolognini (1949/2008), ao apontar a receptividade do analista, Freud refere-se “à posição técnica de espera passiva, que substancialmente consiste em evitar, ao máximo possível, que o analista experimente fortes sentimentos que complicariam, em um nível interno, o trabalho de decifração, tradução e reconstrução do material” (Bolognini, 1949/2008, p.47). Ele também possuía a preocupação em evitar falar desses riscos em público.

A psicanálise era recente e seu criador estava esforçando-se para obter reconhecimento. Assim, é difícil criticar sua desconfiança e sua rigidez em relação a tudo que o analista pudesse sentir por um paciente. A contratransferência era um assunto praticamente inexplorado e, segundo Bolognini (1949/2008), “assim também era a mente dos analistas, perscrutada nos melhores casos por uma análise didática de algumas poucas semanas” (Bolognini, 1949/2008, p.47). Freud (1937/1996) comenta que a análise de si mesmo, uma preparação para a futura atividade de analista era, por razões práticas, breve e incompleta e ele possuía motivos concretos para o seu receio e não somente fantasias como o caso contratransferencial entre Jung (1957/1985) e sua paciente Sabina Spielrien (1981).

Spielrien (1981) foi uma pioneira da psicanálise. Ela construiu uma clínica inovadora, foi escritora e criou conceitos inéditos no campo psicanalítico. Ela discutiu sobre a análise da fala esquizofrênica e introduziu o conceito de pulsão de morte em seus escritos. Além disso, produziu ensaios sobre a origem da linguagem infantil e da formação de símbolos na criança. No entanto, a sua importância foi esquecida durante anos. Ela é normalmente lembrada em obras culturais, filmes, peças teatrais e musicais como a primeira paciente de psicanálise de Jung e como sua amante logo depois de seu tratamento (Cromberg, 2012).

O envolvimento amoroso entre Jung (1957/1985) e Spielrien (1981) teve relação com o rompimento entre Freud e Jung (Cromberg, 2012). Essa situação tornou-se mais um motivo para Freud (1915b/1996) primar pela objetividade e reserva em relação aos pacientes (Bolognini, 1949/2008). Ele esclarece que “o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa” (Freud, 1915b/1996, p. 178) e serve como uma advertência ao analista que deve estar atento a contratransferência. Para Freud (1915b/1996), a técnica analítica exige do analista a recusa à paciente da satisfação do amor que ela exige, mas também não deve ser suprimido. Ele é uma oportunidade de remontar as origens inconscientes das questões do paciente e auxiliar no tratamento psicanalítico. Dessa forma, não dar ao paciente o amor estaria ligado a motivos técnicos e éticos.

Bolognini (1949/2008) questiona se a objetividade e a atitude de reserva recomendadas por Freud (1937/1996), como uma postura interna dos analistas, podem ter

atemorizado alguns pesquisadores no sentido de deterem sua atenção teórica às fontes internas da compreensão empática. Freud (1915b/1996) demonstrava uma grande preocupação com uma falta de comedimento emocional dos seus discípulos. Ele explana:

A experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência (Freud, 1915b/1996, p. 182).

Ao supor que, nesse caso, não se tratasse de empatia, mas de reação contratransferencial, Bolognini (1949/2008) interroga o que precisamente Freud (1915b/1996) queria dizer com essa passagem. Segundo o autor, não sentir as emoções da forma que elas se apresentam seria uma tentativa de “reforço das defesas que visam bloquear o retorno do reprimido estimulado pelo contato com o paciente” (Bolognini, 1949/2008, p.48) e essa recomendação não foi criada dos supostos técnicos e teóricos de base uma vez que Freud (1912/2010) propôs que o analista fosse receptivo. Freud (1912/2010) explicita que:

...o médico deve colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão. Para melhor formulá-lo: ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão **receptor**, na direção do inconsciente transmissor do paciente” (Freud, 1912/2010, p. 129).

Para Bolognini (1949/2008), a atitude de reserva nasceu de uma percepção realista de Freud (1915b/1996) sobre quanto os analistas da época poderiam satisfazer às suas expectativas em relação à capacidade de manter uma atitude psicanalítica verdadeira e profunda na presença das perturbações internas induzidas por uma autêntica receptividade emocional. Os analistas poderiam deixar a desejar não por culpa ou irresponsabilidades deles, mas por causa de uma imaturidade de uma escola recém-formada. Atualmente, essa capacidade é conquistada a partir de um cuidado constante e de uma longa e imprescindível experiência de análise pessoal. Freud (1937/1996) clarifica:

Evidentemente, não podemos exigir que o analista em perspectiva seja um ser perfeito antes que assuma a análise, ou em outras palavras, que somente pessoas de alta e rara perfeição ingressem na profissão. Mas onde e como pode o pobre infeliz adquirir as qualificações ideais de que necessitará em sua profissão? A resposta é: na análise de si mesmo, com a qual começa sua preparação para a futura atividade (Freud, 1937/1996, p. 262).

Além disso, havia um ideal positivo no pensamento freudiano, o da neutralidade da observação. Ele tendia a incentivar a observação de alguns elementos em detrimento de outros. Ele encorajava os analistas a observarem os elementos mais representacionais como lembranças, correlações, imagens e palavras ao invés de aspectos mais emocionais. Era como se a observação de elementos mais representacionais fosse mais proveitoso e tomar os aspectos emocionais como objeto de estudo fosse perigoso (Bolognini, 1949/2008).

O pai da psicanálise desejou compreender e gerir a contratransferência. No entanto, anos depois, Freud (1937/1996) mostrou-se menos otimista ao descrever que o contato com o paciente poderia ser tão arriscado que seria necessário o analista retomar a análise a cada cinco anos. Assim, ele explana:

Todo analista deveria periodicamente – com intervalos de aproximadamente cinco anos – submeter-se mais uma vez à análise, sem se sentir envergonhado por tomar essa medida. Isso significaria, portanto, que não seria apenas a análise terapêutica dos pacientes, mas sua própria análise que se transformaria de tarefa terminável em interminável (Freud, 1937/1996, p. 266).

Através da sua perspicácia e sabedoria adquirida na experiência clínica, Freud (1937/1996) compreendeu suas limitações e da psicanálise como método em relação ao vasto e confuso mecanismo da contratransferência. Dessa forma, ele entendeu que a compreensão do material psicanalítico seria por meio de associações, decifrações e traduções. Ele elaborou muito conteúdo, descobertas e propostas ao criar a psicanálise e durante toda sua vida. A partir disso, “ficaria ao encargo dos discípulos e dos discípulos dos discípulos a tarefa de prosseguir o caminho, iluminar o ‘ponto cego’ dos sentimentos do analista, selva escura e cheia de perigos ocultos, povoada de sereias sedutoras e fantasmas fugidos” (Bolognini, 1949/2008, p. 49).

2.3. A relação empática como ferramenta clínica na psicanálise

Freud (1937/1996) e seus discípulos depararam-se com dificuldades e limitações na clínica psicanalítica e questionaram a eficácia da técnica interpretativa. O tratamento clássico da neurose consistia em uma cura pela fala, assentada na associação livre por parte do analisando e pela atenção flutuante e interpretação do material edípico recalcado por parte do analista. Diante das dificuldades propiciadas pelos quadros psicopatológicos que não se adequaram ao tratamento padrão dos conflitos edípianos, foi necessário ampliar o horizonte psicanalítico. A empatia mostrou-se e ainda se apresenta como um fator decisivo no manejo de casos e situações clínicas em que o poder das intervenções verbais do analista revela-se limitado (Pimentel, & Coelho Junior, 2009).

Para analisar os diversos casos de quadros psicopatológicos não pertencentes à modalidade do tratamento clássico e às abordagens clínicas tradicionais, mostra-se necessária a modificação e a transformação da técnica. Essa reorganização da técnica deve ser amparada em uma melhor compreensão dos modos de subjetivação que iniciam nas experiências vividas nas fases mais precoces da constituição do psiquismo. Assim, torna-se essencial elucidar o processo intersubjetivo nos primórdios da vida psíquica, quando o bebê estabelece o seu mundo vivido a partir de um complexo processo de gerir seus sentidos, disposições, padrões

de resposta ao meio e já começa a moldar sua singularidade no mundo ainda sem o equipamento linguístico que adquirirá posteriormente. Segundo Pimentel e Coelho Junior (2009):

As experiências vividas nessa fase inicial da vida imprimem marcas decisivas no processo por meio do qual o bebê se subjetiva, moldando assim suas inclinações, suas preferências, suas formas de gozar e sofrer, sua forma de agir no mundo, seu modo de sentir e responder às injunções da vida (Pimentel, & Coelho Junior, 2009, p. 302).

As marcas impressas na fase inicial da vida psíquica ficam gravadas em um campo de difícil acesso pela palavra, pela memória verbal e, por conseguinte, pela interpretação. Elas formam um imenso território inscrito na memória corporal regido por mecanismos inconscientes, penosamente acessíveis por meio de intervenções verbais, porque sua inscrição é anterior ao surgimento do sujeito linguisticamente organizado. É uma memória e uma forma de conhecimento de si e do mundo não mediadas pelos conceitos e significados que a linguagem torna plausível mais adiante na vida. Pimentel e Coelho Junior (2009) clarificam que:

Ela está inscrita, mas não escrita, por assim dizer, na memória, no funcionamento psíquico do sujeito. Para que se tenha acesso a esse plano da experiência subjetiva é preciso contar com modos de conhecimento e de interação com o outro que não dependam da operação verbal, que permitam uma aproximação e entendimento do sentido da experiência do outro com base na percepção, na ressonância afetiva e na sintonia emocional. (Pimentel, & Coelho Junior, 2009, p. 303)

Neste sentido, a empatia adquire importância como um modo alternativo ao método interpretativo. A empatia é um fenômeno que ocorre no campo da experiência, ela possibilita o estabelecimento de um contato direto sem mediação por palavras e conceitos e é permeada pelo estado afetivo de outro ser humano. Ela incide fora do campo da palavra e do discurso. Assim, pode ser definida como uma forma de escuta. Ademais, a empatia pode ser considerada uma forma de comunicação entre sujeitos. Ela permite o estabelecimento de uma troca subjetiva sem a intervenção da fala e ocorre independentemente da intenção consciente. Através desta troca, podem acontecer modificações na experiência dos sujeitos. Assim, a empatia pode atuar como um fator de transformação, ou seja, age como um fator terapêutico (Pimentel, & Coelho Junior, 2009).

O debate sobre os limites impostos à técnica interpretativa não é novo (Pimentel, & Coelho Junior, 2009). Freud (1937/1996) já demonstrava pessimismo nos casos não analisáveis pelo método clássico e refletia sobre a eficácia terapêutica da psicanálise. Freud (1933/1990) afirmou que a eficácia terapêutica estava diretamente relacionada a rigidez psíquica e a forma da doença do sujeito. Ele expõe que “por maiores que sejam a elasticidade da vida mental e a possibilidade de reviver antigas situações, nem tudo pode ser trazido à luz

novamente” (Freud, 1933/1990, p.152). Diante desses casos, Freud (1918/1990) recomenda aos analistas adotarem uma postura mais ativa e anuncia que “não parece natural que o devamos ajudar de outra maneira, colocando-o na situação mental mais favorável à solução dos conflitos que temos em vista? Acho que uma atividade dessa natureza, por parte do médico que analisa, é irrepreensível e inteiramente justificada” (Freud, 1918/1990, p. 204).

Preocupado com a validação científica da psicanálise, o pai da psicanálise concede a tarefa de encontrar técnicas aptas a evidenciar o sucesso do método analítico para seus mais notáveis discípulos. Ferenczi (1920/1993) foi o discípulo que mais se destacou na tarefa e, com base nessa recomendação, Ferenczi (1920/1993) aposta na frustração e no aumento da tensão do paciente com o objetivo de intensificar os sintomas do paciente e o conflito. O material recalçado tornar-se-ia consciente e disposto para a interpretação através do aumento de pressão. No entanto, Ferenczi (1926/1993) percebe que essa estratégia aumenta a resistência ao tratamento ao invés de diminuir e, assim, aumentar a pressão tornou-se uma contraindicação no processo analítico (Pimentel, & Coelho Junior, 2009).

Ferenczi (1926/1993) explana que “as nossas instruções ativas não devem ser, segundo a expressão de um colega que analisei, de uma intransigência estrita, mas de uma flexibilidade elástica” (Ferenczi, 1926/1993, p. 367-368). Após dois anos, Ferenczi (1928/1993) desenvolveu uma nova ferramenta terapêutica, a elasticidade da técnica psicanalítica. Ele propôs que a ação do analista fosse norteadada pela noção de tato psicológico. O tato psicológico consiste no sentir com, o *Einfühlung*, e na instauração de um contato empático com a finalidade de possibilitar uma compreensão emocional de “quando e como se comunica alguma coisa ao analisando” (Ferenczi, 1928/1993, p. 27). Ferenczi (1928/1993) insere um novo elemento à técnica analítica, a empatia, ao usar o tato como orientação durante as sessões (Chertok, & Stengers, 1990).

Desse modo, Ferenczi (1928/1993) foi o primeiro analista a empregar a empatia como ferramenta clínica. A noção de tato psicológico foi delineada como um instrumento capaz de superar gradativamente os limites determinados pelo método interpretativo e com a função de fornecer uma compreensão empática com a capacidade de colocar o analista na mesma condição do analisando. Assim, o analista começa a participar da sessão com seus processos psíquicos e torna-se parte do processo de simbolização com sua presença sensível. Há uma mudança pertinente à qualidade da presença do analista ao incorporar todo o seu funcionamento mental e envolver mudanças de sensibilidade e percepção. Dessa forma, o analista transforma sua presença de recuo estratégico para estar atento ao discurso do paciente

de modo flutuante e torna-se componente integrante da tarefa de acessar o material recalado (Pimentel, & Coelho Junior, 2009).

Apesar dos esforços de Ferenczi (1928/1993), a empatia não se estabilizou como uma ferramenta clínica durante as duas décadas porvindouras. Kohut (1959) em um movimento similar a Ferenczi (1928/1993) em relação a técnica ativa, proporciona um lugar de destaque à empatia como instrumento primordial na psicanálise. A empatia seria um método de observação de fenômenos psicológicos e de coleta de dados. A função do psicanalista seria empatizar com o outro e coletar os dados necessários, assim participaria ativamente ao fazer parte da observação. Kohut (1959) possuía um posicionamento científico e esforçou-se para legitimar a empatia como ferramenta de escuta terapêutica. Para ele, o analista não perde a objetividade da observação ao fazer uso da empatia. Ao assumir a postura de observador participante, o campo subjetivo surge e as dimensões objetiva e subjetiva passam a coexistir (Pimentel, & Coelho Junior, 2009).

A empatia não significava somente uma modalidade de escuta para Kohut (1959). Ela seria um processo de comunicação também e com efeitos terapêuticos por si só. A empatia, para ele, é conceituada como o mesmo que introspecção vicariante, uma introspecção no lugar do outro. Sendo assim, o analista identifica-se com os afetos de seu analisando e obtém uma compreensão emocional ao entrar em sincronia com os conteúdos não-verbais. De acordo com Pimentel e Coelho Junior (2009), “segundo este raciocínio, a empatia pode ser definida como uma forma particular de percepção que é utilizada como ferramenta clínica, isto é, como via de acesso ao material inconsciente recalado” (Pimentel, & Coelho Junior, 2009, p. 308).

As mudanças propostas por Ferenczi (1928/1993) e Kohut (1959) produziram efeitos. Os psicanalistas do chamado *Middle Group*, especialmente Winnicott (1963/1983) e Balint (1939/1994), acolheram e desenvolveram as ideias de Ferenczi (1928/1993) e o trabalho de Kohut (1959) tornou-se a base para o desenvolvimento da psicologia do *self* nos Estados Unidos. Esses dois autores, Ferenczi (1928/1993) e Kohut (1959), tornaram-se referências no enfrentamento das dificuldades da clínica psicanalítica e suas perspectivas principalmente com o desenvolvimento dos conceitos de tato psicológico e de introspecção vicária, permitiram entender a empatia como condição prévia na clínica psicanalítica e como forma de guiar o trabalho do analista. A empatia permite entender o momento próprio para a interpretação e, nos casos que não cabem a interpretação, ela possibilita a integração das experiências (Pimentel, & Coelho Junior, 2009).

O uso da empatia como forma de comunicação, apesar de ter sido reconhecida por eles, não foi muito explorada por Ferenczi (1928/1993) e Kohut (1959). Esse aspecto da

empatia possui sua base na forma mais primitiva de comunicação, a relação mãe-bebê. Eles consideravam a importância de investigar essa temática, mas não a investigaram de forma profunda (Pimentel, & Coelho Junior, 2009). Winnicott (1945/2000) foi um dos psicanalistas que mais exploraram o estabelecimento das relações do bebê com seu meio e trouxe a importância da relação mãe-bebê como a primeira forma de comunicação. Os cuidados maternos representam o ambiente nesse primeiro momento e propiciam o desenvolvimento infantil. O recém-nascido depende dos cuidados maternos e a mãe encontra-se em um estado de preocupação materna primária, um estado de extrema sensibilidade em relação ao seu bebê. A partir do momento que a mãe é acometida pela preocupação materna primária, ela é capaz de empatizar com seu bebê.

O paradigma da primeira forma de comunicação entre recém-nascido e a mãe é a amamentação para Winnicott (1945/2000). A primeira mamada teórica consiste no momento que a mãe oferece seu seio com seu desejo de amamentar o bebê faminto, o bebê possui uma ideia concebida que algo irá satisfazer sua necessidade e há uma área de superposição chamada momento de ilusão. “Em outras palavras, o bebê vem ao seio, quando faminto, pronto para alucinar alguma coisa que pode ser atacada. Nesse momento aparece o bico real, e ele pode sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando” (Winnicott, 1945/2000, p. 227). Essa experiência é uma comunicação silenciosa que assinala o início da comunicação humana. A mãe oferece a oportunidade de o bebê identificar-se com ela por meio da capacidade de empatizar com as necessidades do filho. O bebê inicia o processo de integração de suas experiências e começa a formação de um sentimento de *self* a partir desses momentos de identificação.

Nos casos clínicos que apresentam dificuldades nos estágios precoces do desenvolvimento como nos estados autísticos, ocorre uma não realização ou uma perturbação do processo de integração pessoal. Esta perturbação é apresentada na maneira como a relação com o ambiente é organizada, em pacientes com o senso de unidade não estabelecido, ao invés de se expressar através do recalque de desejos. Trata-se de uma dependência total do ambiente e da dependência dos cuidados obtidos de um ambiente confiável no início. Além disso, permite “a indicação do paciente ao analista de como ele deve se comportar mais que de como ele deve interpretar” (Winnicott, 1959-1964/1990, p. 117).

Nesses casos, é necessário o estabelecimento de um ambiente suscitador de confiança e a ênfase encontra-se na situação de dependência. A técnica apropriada é o fornecimento de um ambiente de *holding*, ou seja, uma sustentação do ambiente capaz de adaptar-se às necessidades à medida que elas mudam. Essa técnica possui o objetivo de oferecer o suporte

necessário para a integração das vivências anteriores ao surgimento do sujeito linguisticamente organizado e consiste em um manejo não-interpretativo que possibilita o sujeito não integrado readquirir sua unidade (Winnicott, 1969/1994). Nessa lógica, ambiente, *setting* terapêutico e analista tornam-se o mesmo e a empatia opera como um fator terapêutico, primordial para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o analista e o analisando (Pimentel, & Coelho Junior, 2009).

Safra (2008) denomina a empatia como entropatia e conceitua-a como a capacidade de sentir com o outro e pelo o outro. A entropatia é um elemento fundante, uma experiência originária e uma dimensão ética da relação humana. Ela tem a potencialidade de afetar o sujeito em sua corporeidade e não ocorre através do registro da percepção, porque perceber o outro não é o suficiente. A entropatia encontra-se além da percepção por ser uma relação subjetiva e uma vivência com o outro. Além disso, é um colocar-se no lugar do outro de forma imaginativa, porque é ser o outro enquanto ele conta de si mesmo e uma consciência do outro em si. Também é diferente de uma imitação e transcende o fenômeno do contágio. Assim, não consiste em uma imitação, contágio ou identificação. Há uma união na identificação e a identificação é rompida quando se compreende o viver do outro. A empatia é possível, pois o ser humano é transcendência. Ele transcende a si mesmo e vai em direção ao outro, transfere-se para a interioridade do outro para apreender o que ele vive e para sentir com ele.

A empatia exerce um papel muito importante no desenvolvimento emocional e psíquico humano. O eu emerge a partir do fenômeno empático. Alguém deve ver o bebê como outro para haver o eu, ou seja, alguém outorga o eu com o seu olhar. Essa é a dimensão fundamental da função especular da mãe de Winnicott (1975). Ele explana que o bebê enxerga no rosto da mãe a si mesmo e quando a mãe se encontra disponível, ela devolve o bebê a si mesmo. Ela mantém-se em disponibilidade caso esteja psiquicamente, espiritualmente e corporalmente alinhada ao ser do bebê e, assim, constitui uma experiência empática. A possibilidade de devolver o bebê a si mesmo faz que ele se encontre como “tu” nos olhos da mãe e, assim, funda a posição do eu, o lugar do eu. Da mesma forma, quando um paciente se mostra com seu eu fragilizado, seu eu pode ser reconstituído se ele encontrar esse olhar no analista. Esse é um aspecto fundamental e faz parte do manejo no trabalho com psicóticos (Safra, 2008).

Há uma dimensão constitutiva no início da vida e uma experiência constitutiva em momentos excessivamente difíceis na experiência humana. No começo, funda-se o eu e ele surge em decorrência de que alguém outorga esse lugar, porque esse alguém pôde empatizar.

Durante algumas circunstâncias de grande intensidade emocional enfrentadas, como situações violentas, de muita dor, de choro e de choque profundo de experiência, o eu se fragmenta e surge o sentimento de perplexidade perante o ocorrido. É necessário alguém para responder pelo indivíduo e juntar as vivências e comunicá-las ao sujeito, é um devolver a pessoa aquela experiência traumática e oferecer a possibilidade de um eu vir a se posicionar e elaborar aquela experiência penosa. A pessoa perdeu-se de si mesma pela intensidade da vivência e precisa de alguém para juntar os pedaços e possibilitar um reconhecimento dessa dor. O falar dessa dor, desse evento e desse trauma pode retomar a experiência de domínio sobre si (Safra, 2008). A empatia mostra-se como um importante processo na clínica psicanalítica e Safra (2008) elucida que a empatia foi abordada dentro do conceito de contratransferência na psicanálise que será discorrido no próximo item.

2.4. O fenômeno contratransferencial

O conceito de contrtransferência não foi largamente desenvolvido e tornou-se disperso na psicanálise segundo Safra (2008). Ele é geralmente descrito como o conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as manifestações do inconsciente do paciente através da transferência (Roudinesco, & Plon, 1998).

A transferência consiste em um processo do tratamento psicanalítico no qual os desejos inconscientes do analisando relativos a objetos externos passam a se repetir na pessoa do analista na relação analítica no lugar desses diversos objetos. A transferência é considerada fundamental no processo psicanalítico enquanto o conceito de contratransferência sempre suscitou polêmicas dentro da psicanálise (Roudinesco, & Plon, 1998).

Ferenczi (1908) foi o primeiro a mencionar a existência de uma reação do analista as falas do paciente e clarificou “tenho demasiada tendência a considerar os assuntos dos doentes como meus” (Ferenczi, 1908, como referido em Roudinesco, & Plon, 1998, p.133). Freud (1910/1996) refere-se poucas vezes a contratransferência em sua obra (Laplanche, & Pontalis, 1988). Ele entende como uma técnica relacionada ao próprio analista e “surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos inconscientes” (Freud, 1910/1996, p. 150). O analista deve reconhecer a contratransferência em si e conseguir dominar e superar esses sentimentos. Freud (1910/1996) também explana que “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas” (Freud, 1910/1996, p. 150). Dessa forma, ele salienta a importância da análise pessoal do analista de forma contínua. Ele também notou um fenômeno no tratamento, o amor transferencial e, nesses casos, o analista

deveria ficar atento a uma possível contratransferência e ela funcionaria como uma resistência ao tratamento (Roudinesco, & Plon, 1998).

Assim, as manifestações contratransferenciais deveriam ser reduzidas e controladas o máximo possível pela análise pessoal e a situação analítica seria estruturada somente pela transferência do paciente (Freud, 1910/1996). No entanto, ao clarificar o inconsciente como “um instrumento com que podem interpretar as elocuições do inconsciente das outras pessoas” (Freud, 1913/1996, p. 342), Freud (1913/1996) também ofereceu outra orientação, guiar-se pelas próprias reações contratransferenciais para realizar a interpretação. A única comunicação autenticamente psicanalítica seria a ressonância entre inconscientes (Laplanche, & Pontalis, 1988) e vivenciar os sentimentos do paciente seria importante para ter melhor conhecimento sobre os processos psíquicos que permeiam a transferência (Zambelli, Tafuri, Viana, & Lazzarini, 2013). Porém, “ele (Freud) jamais considerou que a contratransferência pudesse ser utilizada de maneira dinâmica no desenrolar do tratamento” (Roudinesco, & Plon, 1998, p. 133).

A dualidade em relação a contratransferência permaneceu durante toda a obra freudiana, como “algo importante da relação transferencial, mas uma barreira a ser transposta” (Zambelli, Tafuri *et al.*, 2013, p. 184). A duplicidade no conceito permitiu o surgimento de duas perspectivas sobre o tema: a clássica e a contemporânea. A contratransferência é abordada como obstáculo e resistência inconsciente do analista para as associações livres e o prosseguimento da análise na perspectiva clássica e a contratransferência é compreendida como aliada ao processo terapêutico na concepção contemporânea (Zambelli, Tafuri *et al.*, 2013).

Ferenczi (1928/1993), inicialmente, seguiu a concepção de Freud (Freud, 1910/1996) da necessidade de um domínio sobre a contratransferência. Passados alguns anos, a relação entre eles tornou-se mais enfraquecida e Ferenczi (1928/1993) começou a preconizar o uso da contratransferência do analista. Roudinesco e Plon (1998) explicam que:

Sensível aos impasses de algumas análises, Ferenczi desenvolveu a ideia da análise mútua, processo durante o qual o analista fornece ao paciente os elementos constitutivos de sua contratransferência, à medida que eles vão surgindo, de tal maneira que o paciente se liberta da opressão ligada à relação transferencial e que o artificialismo da situação analítica clássica tende a desaparecer (Roudinesco, & Plon, 1998, p. 133).

Essa orientação teve influência na psicanálise e podem ser encontradas suas marcas em métodos psicanalistas como o de Winnicott (1947/2000). A contratransferência foi alvo de muita atenção dos psicanalistas depois de Freud (1913/1996) tendo em vista que o tratamento foi sendo cada vez mais entendido e caracterizado como relação e que houve a abertura da

psicanálise a novos campos como a análise de crianças e de psicóticos, casos que as reações do analista podem ser mais requeridas (Laplanche, & Pontalis, 1988).

Winnicott (1947/2000) atribui bastante importância a contratransferência. Segundo ele, “fenômenos contratransferenciais representarão, em certos momentos, o elemento central da análise” (Winnicott, 1947/2000, p. 278). Ele recomendou aos analistas estarem profundamente conscientes de sua contratransferência para observar suas reações objetivas ao paciente principalmente no caso de pacientes psicóticos, antissociais e *boderline*. Esses pacientes demandam uma forte carga emocional e a análise é irritante segundo Winnicott (1947/2000). Dessa maneira, Winnicott (1947/2000) aponta o ódio na contratransferência. Ele explana que “a análise de pacientes psicóticos revela-se impossível a não ser que o ódio do próprio analista esteja muitíssimo discernível e consciente” (Winnicott, 1947/2000, p. 277). Esse ódio deve ser utilizado em uma interpretação futura ao paciente e o analista deve ser capaz de odiar o paciente e expressar-se objetivamente para o progresso do tratamento.

Os fenômenos contratransferenciais foram classificados por Winnicott (1947/2000) em três grupos. A primeira classificação consiste na contratransferência como anormalidade nos sentimentos contratransferenciais, como identificações e como sentimentos reprimidos do analista. Nesses casos, o analista teria necessidade de mais análise. O segundo grupo é formado pelas tendências do analista formadas através das suas experiências e do seu desenvolvimento pessoal. Essas tendências possibilitam que o trabalho de um analista seja diferente de outros analistas, ou seja, possua originalidade e apresenta pontos positivos do seu trabalho analítico. A terceira concepção é a contratransferência verdadeiramente objetiva, ou seja, “o amor e o ódio do analista em reação a personalidade e ao comportamento real do paciente, com base numa observação objetiva” (Winnicott, 1947/2000, p. 278).

A contratransferência passou a ser compreendida como um fenômeno inevitável e também útil à análise caso seja bem compreendida e manejada a partir do avanço dos estudos psicanalíticos (Zimmerman, 2000). A contratransferência envolve o usar o objeto uma vez que o paciente pode usar a *psique* do analista para elaborar, amadurecer e mudar (Eiguer, 1995). Ela exige do profissional habilidade técnica e capacidade interna para suportar e dar continuidade. É um recurso importante ao permitir o acesso a comunicações inconscientes, principalmente primitivas (Melo, Magalhães, & Féres-Carneiro, 2014).

A partir das elucidações sobre a empatia e a contratransferência, pode-se pensar a imitação como uma nova técnica na clínica psicanalítica com crianças autistas e como um recurso possibilitador do estabelecimento de uma relação empática, pois a imitação é um processo desencadeador, anterior e necessário à identificação, processo necessário ao

estabelecimento da empatia. Além disso, a empatia e a contratransferência podem ser pensadas como mecanismos importantes na clínica psicanalítica e interligados apesar de possuírem diferentes origens, a estética e a psicanalítica, respectivamente. A contratransferência como uma manifestação do analista relacionada com a manifestação do inconsciente do paciente pela transferência também pode ser pensada como um sentir com o outro e pelo outro, o *Einführung*.

CAPÍTULO 3. O BRINCAR A PARTIR DAS IDEIAS DE WINNICOTT

Olhar-se ao espelho e dizer-se deslumbrada: Como sou misteriosa. Sou tão delicada e forte. E a curva dos lábios manteve a inocência. Não há homem ou mulher que por acaso não se tenha olhado ao espelho e se surpreendido consigo próprio. Por uma fração de segundo a gente se vê como a um objeto a ser olhado. A isto se chamaria talvez de narcisismo, mas eu chamaria de: alegria de ser. Alegria de encontrar na figura exterior os ecos da figura interna: ah, então é verdade que eu não me imaginei, eu existo.

(Lispector, 1999)

Winnicott (1945/2000) desenvolveu uma ampla teoria a partir de uma vasta experiência com o seu trabalho de pediatra, psiquiatra infantil e psicanalista. Ele realizou atendimentos a crianças e observações da relação mãe-bebê por mais de quatro décadas da sua vida e criou uma teoria original sem deixar de lado a teoria psicanalítica já construída (Freire, 2012; Januario, 2012). De forma inovadora, Winnicott (1958/2001) enfatizou o ambiente

como fator originário de problemas psíquicos, deu importância ao ambiente externo e ao cuidado emocional oferecido ao bebê principalmente da mãe (Green, 2003) e considerou impossível pensar o ser humano em desconexão com o seu meio e com a sua relação com os outros. Até porque “quando se vê um bebê também se vê a mãe, os cuidados maternos, o ambiente” (Januario, 2012, p. 60).

Winnicott (1961/1989) transpõe o paradigma bebê-mãe suficientemente bom para compreender a relação analítica. Ele separa as técnicas da psicanálise em interpretação e *setting*. O *setting* analítico transforma-se em um ambiente proporcionador de *holding*. Através da sua experiência com mães e bebês, ele percebeu a diferença entre um ambiente bom e um ambiente que não é bom e notou que a psicanálise freudiana não havia enfatizado o *setting* nos seus escritos, mas que não havia deixado de fazer parte do seu trabalho. A conduta do analista é muito significativa na análise e a transferência e a contratransferência são aspectos fundamentais no ambiente de análise (Abram, 2000).

Winnicott (1945/2000) observou a não diferenciação do bebê e uma dependência absoluta do meio ambiente no momento inicial através do estudo do desenvolvimento emocional primitivo, auxiliando-o a compreensão de seus pacientes psicóticos em análise. Winnicott (1954-55/2000) considera que “na análise dessas fases (fases ou momentos psicóticos) não é possível considerar o ego uma entidade estabelecida. Não pode, então, existir também uma neurose de transferência, para a qual certamente é preciso que haja um ego” (Winnicott, 1954-55/2000, p. 394).

O contexto torna-se mais importante que a interpretação na teoria winnicottiana e ele pode suscitar a esperança de começar a experienciar o verdadeiro eu. A adaptação suficientemente boa do analista dá a “possibilidade de desenvolvimento de um ego, de sua integração a partir dos núcleos egóicos, da sua consolidação como um ego corporal, e também do repúdio ao ambiente externo, dando início a uma relação de objetos” (Winnicott, 1954-55/2000, p. 396).

Observa-se na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos a importância do estabelecimento do *holding* em situação analítica. Para Januario (2012), a noção de *holding* pode ser compreendida como acolhimento, contenção e sustentação a essas crianças. “É acolher, conter e sustentar determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do paciente. Significa oferecer um ambiente que permita o processo de integração do sujeito” (Januario, 2012, p. 70).

Caso o *holding* seja encontrado, os sentimentos agonizantes podem ser transformados em experiências positivas. Safra (1995) explica que o *holding* proporciona confiança na

realidade e no contato humano. A desintegração pode ser vivenciada como um relaxamento e um repouso, o cair passa a ser algo positivo, um movimento de ser carregado, e o morrer converte-se em uma agradável sensação de estar vivo nesses casos.

Winnicott (1952/2000) discorre ser o objetivo da análise proporcionar um ambiente suficientemente bom, que se adapte à necessidade do paciente e dos seus processos de maturação, antes de fornecer interpretações com pacientes em estados psicóticos. As interpretações podem ser nocivas, “a técnica clássica pode ameaçar ainda mais o paciente, levando-o a experiências de desintegração e de fragmentação” (Januario, & Tafuri, 2010, p. 68-69). O non sense trazido pelo paciente, não precisa ter um sentido. O paciente necessita somente de ser acompanhado em seus movimentos sem intervenção. Além disso, as interpretações do brincar da criança antes de um brincar simbolizado e compartilhado, podem suprimir a implicação da própria criança no seu processo de vivência de si mesma e a criatividade da experiência lúdica da criança. Assim, a análise é compreendida como a satisfação das necessidades baseada na noção de *holding*. Uma nova forma de trabalho é desenvolvida em relação a análise freudiana em que o principal instrumento de trabalho era a interpretação.

O ambiente de *holding* seria o mesmo que o *setting* analítico. A atenção dispensada ao paciente e o trabalho interpretativo formam o ambiente de *holding* de acordo com as necessidades psicológicas e físicas do paciente (Abram, 2000). Safra (1996) destaca que o *setting* é o resultado da capacidade de criação do paciente e do analista. O *setting* não poderá ser definido a priori, cada análise terá de ser conduzida a partir do encontro dessas duas subjetividades. De acordo com o trabalho analítico, a ênfase recairá no *holding* e no manejo.

Para Abram (2000), o manejo é o cuidado dispensado a determinados pacientes como os psicóticos no *setting* e na relação analítica. Ele abarca o grupo de comportamentos do analista que compreende o *holding* fornecido ao paciente. Safra (1995) elucida ser o manejo caracterizado por fornecer um *setting* capaz de propiciar tranquilidade ao paciente e um ambiente livre de invasões. Também se caracteriza por dar ao paciente o que ele necessita, mas não satisfazer os seus desejos.

As questões relativas à técnica como horário, periodicidade, férias e organização física transformam-se em ferramentas de trabalho com as noções de *holding* e manejo. Uma nova compreensão sobre o trabalho de análise é explorada:

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã é o analista, os travesseiros são os seios, o analista é a mãe em certa época do passado. (Winnicott, 1954/2000, p. 385).

Hisada (2002) expõe que o *setting* em Winnicott (1961/1989) pode ser considerado como uma metáfora dos cuidados maternos. Ele proporciona desenvolvimento e é um lugar de acontecimento e de experiência viva. O analista é igualmente incluído e é um ambiente evocador de estabilidade, de confiança e de esperança para o paciente ter a possibilidade de se constituir como sujeito.

Além disso, os vínculos sensoriais não verbais na transferência também são tratados por Winnicott (1968/1996). Para ele, a comunicação não está estabelecida em relação à aquisição da linguagem em um primeiro momento. Há uma interação não-verbal entre mãe-bebê, a mãe está identificada ao bebê de forma que o bebê se sente compreendido. A brincadeira e a simbolização ocorrem antes do uso das palavras. O importante nesse momento não é a mãe falar com seu bebê necessariamente, mas é a experiência de confiabilidade, uma comunicação silenciosa. A comunicação silenciosa abrange o respirar da mãe, o som das batidas do coração, a comunicação física e as expressões do rosto da mãe. Existem também as comunicações não verbais não-silenciosas como a melodia, do ritmo e da entonação da voz da mãe.

A confiabilidade é muito importante na integração mãe-bebê, que possibilita o bebê ser e continuar sendo. A mãe deve ser confiável no momento de dependência absoluta. A confiabilidade humana estabelece uma comunicação antes do discurso significar algo. A psicanálise está fundamentada na interpretação verbal de pensamentos e ideias. No entanto, este método é inadequado para pacientes esquizoides e psicóticos e, nesses casos, a verbalização perde o significado. A interpretação do analista não é somente uma questão de comunicação verbal, a maneira como o analista faz uso das palavras faz toda diferença. Na clínica psicanalítica com pacientes autistas, as palavras não concedem o *holding* necessário assim como na relação inicial entre mãe-bebê, na qual a comunicação é estabelecida por meio de vínculos sensoriais não verbais (1968/1996).

Winnicott (1945/2000; 1956/2000) introduziu os conceitos de analista suficientemente bom, de mãe suficientemente boa, de *holding* e de manejo ao conferir importância à relação mãe-bebê. A mãe suficientemente boa e a preocupação materna primária tornaram-se conceitos fundamentais para a compreensão de sua teoria, de sua clínica e da constituição psíquica do ser humano.

3.1. O paradigma da mãe suficientemente boa

A mãe suficientemente boa refere-se à adaptação da mãe às necessidades do bebê recém-nascido e ela permite o bebê experienciar a onipotência. Ele torna-se capaz de sentir-se o criador do que lhe foi oferecido (Abram, 2000). A mãe suficientemente boa entra no estado de preocupação materna primária. O termo preocupação para Winnicott (1963/1983) revela a importância dada ao filho e a aceitação da responsabilidade gerada pela concepção do bebê. A preocupação materna primária é um estado psicológico da mãe de extrema sensibilidade. Ela ingressa nesse estado ao final da gravidez até os primeiros meses de nascido do bebê e com o objetivo de uma adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê uma vez que ele é totalmente dependente dos cuidados maternos e do ambiente nesse momento (Winnicott, 1956/2000).

Esse conceito nasce da ideia de mãe dedicada comum. A mãe dedicada comum é uma experiência natural e simples. A mãe não aprende por meio dos livros ou por meio dos médicos, ela age naturalmente. Ela sente, por exemplo, que deve tomar seu bebê nos braços ou que deve mudá-lo de posição. Ela envolve-se profundamente com o seu bebê e com os cuidados especificamente necessários ao seu bebê (Winnicott, 1994).

Winnicott (1956/2000) descreve a preocupação materna primária como “um estado de retraimento ou de dissociação, ou uma fuga, ou mesmo um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo, um episódio esquizoide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente” (Winnicott, 1956/2000, p. 401). Winnicott (1956/2000) refere-se a um estado de enfermidade e esse extremo investimento no bebê poderia ser entendido como uma patologia em outras circunstâncias.

A identificação e a regressão são dois mecanismos necessários para a mãe entrar nesse estado de preocupação. A mãe identifica-se com o bebê em um processo em nível consciente e inconsciente. Winnicott (1956/2000) inovou ao utilizar esses dois termos de Freud (1921/1996) nesse contexto de gestação e pós-parto (Freire, 2012). A identificação para Winnicott (1960/1983) “é aquilo com que a criança começa” (Winnicott, 1960/1983, p. 25). A criança não se identifica com a mãe, pois não há um conhecimento de um objeto externo e não existe ainda um *self*, somente um *self* em potencial. A mãe identifica-se com o bebê e é um processo em nível consciente e inconsciente. Winnicott (1994, p. 4) elucida que “comumente a mãe entra numa fase, uma fase da qual ela comumente se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, e na qual, em grande parte, ela é o bebê, e o bebê é ela” (Winnicott, 1994, p. 4).

Ocorrem dois processos identificatórios ao longo da construção do psiquismo materno de forma análoga, a identificação da mulher grávida com o seu bebê e com sua própria mãe

(Freire, 2012). Assim há uma preparação psicológica da mãe através das suas lembranças de quando era uma criança por uma identificação com o seu bebê. Dentre as lembranças, há recordações da pessoa que cuidou dela e ocorre um processo de reedição de papéis, estas lembranças podem ajudar ou atrapalhar a experiência como mãe (Winnicott, 1994).

Constata-se uma identificação cada vez maior da mãe com seu filho durante a gestação. A mãe associa o bebê à ideia de um objeto instalado e mantido dentro dela. Esse bebê adquire vários outros significados na fantasia inconsciente da mãe, mas a característica predominante é a ânsia e a capacidade da mãe de desviar o interesse do próprio *self* para o bebê (Winnicott, 1965/1982). Esse processo de identificação somente é possível pela capacidade da mulher de regredir e resgatar aspectos do bebê que ela fora de forma inconsciente (Winnicott, 1956/2000).

O mecanismo de regressão é, da mesma forma, fundamental para o processo de preparação psicológica da mãe para o reconhecimento das necessidades e o estabelecimento de um cuidado delicado ao bebê. Esse mecanismo na psicanálise é um processo psíquico em um percurso ou desenvolvimento que retorna no sentido inverso em um ponto já atingido antes deste e foram distinguidos três tipos de regressão: a tópica, a temporal e a formal (Laplanche, & Pontalis, 1988).

Freud (1900/1996) introduziu a regressão nos seus escritos sobre a interpretação dos sonhos. Os sonhos apresentam-se na forma de imagens sensoriais. Os pensamentos dos sonhos têm o acesso a motilidade negado e eles regredem ao sistema perceptivo. Essa concepção requer um sentido tópico nesse contexto. A regressão tópica também ocorre em outros contextos como na alucinação e nos distúrbios da memória.

O significado temporal assumiu importância a partir das contribuições das teorias de Freud (1905a/1996) sobre o desenvolvimento psicosexual do indivíduo. Há um retorno a etapas ultrapassadas do desenvolvimento como fases libidinais, relações de objeto e identificações. A noção de regressão formal foi menos utilizada e é a passagem a formas de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista de complexidade, de estruturação e de diferenciação. É como um retorno a modos primitivos. No entanto, estas formas de regressão são apenas uma na sua base, pois o que é mais antigo no tempo é igualmente primitivo na forma e situa-se mais perto da extremidade perceptiva na tópica psíquica (Laplanche, & Pontalis, 1988).

A regressão, na visão de Winnicott (1954/1993), significa o retorno a um estágio inicial de desenvolvimento. Winnicott (1954/1993, p. 280) elucida que “a palavra regressão significa simplesmente o reverso do progresso. Este mesmo progresso constitui-se na

evolução do indivíduo, da psique-soma, da personalidade e da mente (eventualmente) com a formação do caráter e socialização”. Para Winnicott (1954/1993):

O conceito de regressão ganha uma significação própria enquanto regressão à dependência; ele faz questão de mantê-lo afastado da noção de regressão em termos do desenvolvimento da libido e de suas diversas organizações, ressaltando que se trata de um outro eixo do processo de maturação: o que vai da dependência absoluta à dependência madura (Gurfinkel, 2001, p. 185).

Winnicott (1954/1993) recusa a exigência de regressões aos pontos de fixação da libido a fases pré-genitais. Ele acredita em uma força inata que impele o indivíduo em direção à saúde e ao desenvolvimento e enfatiza o ambiente, com seus êxitos e falhas. Winnicott (1954/1993) detém-se não apenas a regressão a pontos bons ou maus nas experiências, mas também nos aspectos bons ou maus na adaptação do ambiente às necessidades do ego e do id na história do indivíduo.

Ele elucida que a regressão não é simplesmente um reverso do progresso. Para ele, Freud (1900/1996) deixou a tarefa de investigar o lugar da regressão no trabalho analítico e ele dedicou-se nesses estudos. No trabalho analítico, a regressão do paciente à dependência está de modo frequente ligada a uma revisitação das experiências não verbais precoces, o que pode estar associado a mecanismos psicóticos (Abram, 2000).

É preciso que o paciente possua uma organização interna que lhe possibilite fazer uso do fato de estar regredido para ocorrer esse processo, pois a regressão faz parte do processo de cura, especialmente no *setting* terapêutico (Winnicott, 1954/2000). No contexto gestacional e de puerpério, a capacidade psíquica de regredir é saudável e característica da construção do psiquismo materno. A regressão tem a função de auxiliar a futura mãe a compreender o funcionamento inicial do psiquismo de seu filho por meio das lembranças inconscientes do bebê que ela fora (Freire, 2012).

É comum o mecanismo da regressão ocorrer no final da gestação e nos primeiros dias após o parto no psiquismo da mulher. Segundo Costa (2006), “não é apenas o bebê do passado que se reatualiza no momento da gravidez e puerpério, mas também toda a dinâmica relacional deste bebê com o outro que o materna” (Costa, 2006, p. 26). Assim, ocorre a regressão da mulher em relação a sua criança e a sua mãe. Dessa forma, o estado de preocupação materna primária acontece em função da capacidade de regressão e de identificação da gestante com sua mãe e seu bebê (Freire, 2012).

Algumas condições tornam possível a entrada nesse estado de preocupação como o apoio ambiental e a estrutura emocional. O parceiro, o pai da criança, a família, a equipe de saúde do hospital, o Estado e entre outras possibilidades podem proporcionar um amparo a mulher. Além disso, há a necessidade de ela ter saúde mental para desenvolver esse estado e

para sair dele gradativamente. Caso ela não possua apoio ambiental e saúde emocional torna-se mais difícil a sua entrada nesse estado (Winnicott, 1956/2000).

Outro aspecto necessário é a preocupação com o bebê a ponto de esquecer outros interesses temporariamente, por exemplo, afastar-se do trabalho e das preocupações decorrentes dele. Há mães com preocupações muito importantes nas quais não conseguem abandoná-las para focar-se no seu bebê. Ainda pode acontecer da mãe conseguir entrar nesse estado em uma gestação e não entrar em outra (Winnicott, 1956/2000). Há também, no outro extremo, a mãe que está sempre muito preocupada com o bebê. Ela permanece por um período maior identificada com seu filho e abandona a preocupação com a criança de forma súbita ao invés de ser de forma gradual (Winnicott, 1960/1983).

O que ocorre com as mães que não entram no estado de preocupação materna primária é que, posteriormente, elas podem tentar compensar o que foi perdido com um comportamento superprotetor. Elas têm que passar por um período de adaptação às crescentes necessidades da criança na tentativa de corrigir as distorções do passado. Winnicott (1956/2000) explana que “em vez de terem naturalmente os bons resultados da preocupação temporária inicial, elas... têm que passar por um período prolongado a adaptar-se às necessidades, ou seja, mimar a criança. Em vez de serem mães, fazem terapia” (Winnicott, 1956/2000, p. 402). Assim, a preocupação materna primária possui um papel muito importante na construção da maternidade e do ambiente de *holding* e a mãe suficientemente boa é capaz de exercer as funções maternas.

O ambiente adaptativo da mãe suficientemente boa nos primeiros momentos favorece a constituição do sujeito e o desenvolvimento do ego. Enquanto a mãe insuficientemente boa é a que não atende as necessidades do bebê. Segundo Winnicott (1956/2000), há dois tipos de falhas do ambiente. Há uma falha gradual quando o bebê está preparado e ele consegue suportar essa falha, porque é uma falha da mãe suficientemente boa. A mãe suficientemente boa falha de forma natural em um momento específico quando o bebê já dispõe de mecanismos para conviver com frustrações e com dificuldades do seu meio ambiente. Essas falhas são saudáveis para a criança (Winnicott, 1994). A falha materna instaura o “princípio da realidade”. Isso permite ao bebê sentir e experimentar suas próprias necessidades. Além de contribuir para o desenvolvimento do seu sentimento de *self*, um *self* separado da mãe (Abram, 2000).

A outra falha é a falha disruptiva. As falhas não são sentidas como da mãe, mas como uma ameaça à existência do eu do bebê (Winnicott, 1956/2000). Elas possibilitam “o bebê ser apanhado por mecanismos de defesas primitivos (falso eu etc.), que pertencem à ameaça de

aniquilação, e os elementos constitucionais tenderão a ficar anulados (salvo quando se manifestam fisicamente) ” (Winnicott, 1956/2000, p. 405). Essas falhas prejudiciais ao desenvolvimento da criança podem permitir que a criança seja perturbada por reações a intrusões e elas causam ameaças de aniquilação, uma ansiedade muito primitiva. O prejudicial não são as falhas em si, mas as reações à essas intrusões. O ego começa a ter a capacidade de suportar frustrações somente a partir das experiências de recuperar-se das ameaças de aniquilação (Winnicott, 1956/2000).

A falha materna nesse momento inicial da vida do bebê promove reação à intrusão e essa falha é grafada com “F” maiúsculo (Abram, 2000). As reações em excesso provocam uma dificuldade do estabelecimento do ego. Esse ambiente não suficientemente bom distorce a constituição psíquica do bebê e pode haver uma ausência do sentimento de realidade (Winnicott, 1956/2000). De acordo com Winnicott (1948/1997), “qualquer lacuna significa doença, e a saúde realmente significa que as coisas prosseguiram no seu próprio ritmo e se completaram, e chegaram tão longe quanto poderíamos esperar que chegassem ao momento adequado” (Winnicott, 1948/1997, p. 45).

3.2. As funções maternas

As formas da mãe suficientemente boa desempenhar suas funções são descritas por Winnicott (1964/2001) como: *holding*, manipulação e apresentação de objetos. O *holding* abarca as especificidades do cuidado materno que possibilitam fornecer o necessário suporte ao bebê. Esses cuidados são físicos e emocionais (Abram, 2000). Winnicott (1965/2001) esclarece que o bebê é “amparado pela mãe, e somente compreende o amor que é expresso em termos físicos, ou seja, através da vida, do *holding* humano... estamos mais interessados no *holding* que a mãe oferece ao bebê do que com a mãe que o alimenta” (Winnicott, 1965/2001, p. 147). Os cuidados delicados levam em “conta a sensibilidade da pele do bebê: o toque, a temperatura, a sensibilidade auditiva, a sensibilidade visual, a sensibilidade do cair (uma ação da gravidade) ” (Winnicott, 1960/1983, p. 48).

A função de *holding* suficientemente bom inclui a preocupação materna primária e permite o bebê desenvolver a capacidade de integrar a experiência e desenvolver um sentimento de EU SOU (Abram, 2000). Winnicott (1956/2000) elucida que “as experiências pulsionais oferecem uma valiosa contribuição ao processo de integração, mas o ambiente suficientemente-bom também está presente o tempo todo através do *holding*, adaptando-se suficientemente bem às necessidades que vão se modificando” (Winnicott, 1956/2000, p. 148).

Winnicott (1963/1983) referia-se ao período de dependência absoluta como a fase de *holding* na qual, de preferência, haveria uma pessoa a dispensar cuidados de forma preponderante no início da vida do bebê. O ambiente de *holding* é inaugurado na relação mãe-bebê dentro da família para expandir para outros grupos sociais. O pai faz parte desse ambiente de *holding*. No primeiro momento, o pai concede apoio à mãe e, depois, há a convivência entre pai, mãe e bebê. Essa convivência refere-se à separação entre o eu e o não-eu do bebê e a capacidade de entender os pais como pessoas inteiras e separadas dele (Abram, 2000).

O *holding* também é chamado de sustentação. Uma característica importante no *holding* é a forma como o bebê é sustentado no colo pela sua mãe, uma experiência física e uma vivência simbólica. A firmeza do segurar demonstra o quanto o filho é amado e desejado. No início do desenvolvimento do bebê, o cuidado é feito a partir do segurar. A mãe segura no colo com firmeza, não deixa cair, acalenta, aquece, amamenta.... Com a repetição desses cuidados, o bebê torna-se capaz de se sentir real. Em termos psicológicos, a mãe fornece uma sustentação egóica em um momento quando o bebê não possui seu ego integrado (Monteiro, 2003).

Um *holding* deficiente promove a sensação de despedaçamento, de estar caindo em um poço sem fundo, de desconfiança da realidade externa e outras ansiedades consideradas psicóticas (Winnicott, 1964/2001). O *holding* insuficiente pode ser decorrente de mudanças repetidas das técnicas de maternagem, falta de apoio para a cabeça, ruídos altos ou diversas outras circunstâncias (Monteiro, 2003). O bebê percebe e sente através da mãe quando as coisas não vão bem. Os resultados são a interrupção da continuidade do ser e o enfraquecimento do ego (Winnicott, 1960/1983).

A seguinte função materna é a manipulação ou *handling*. Ela consiste na experiência cuidadosa da mãe de entrar em contato com as partes do corpo do bebê através das mãos. É a forma como o bebê é tratado, cuidado e manipulado (Monteiro, 2003). Os cuidados do *handling* são habitualmente expressos em condutas sociais dos pais, como embalar, tocar, acalmar, falar, cantar, fazer barulhos e caretas. Essas condutas surgem em resposta ao recém-nascido que age também de forma social, com gritos, agitações, sorrisos e olhares (Stern, 1992). A ação de trocar a roupa do bebê e dar banho são outros exemplos desses cuidados que propiciam o bem-estar do bebê (Nasio, 1995).

A manipulação facilita a formação de uma parceria psicossomática que contribui para a construção do sentido do real. Enquanto uma manipulação deficiente perturba o

desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação motora, a experiência do funcionamento corporal e a sensação de ser (Winnicott, 1960/1983).

A apresentação de objetos é considerada a forma como a mãe oferece seu seio ou o que o bebê solicita (Abram, 2000). Ela marca o início da capacidade do bebê de relacionar-se com objetos. As falhas nesse cuidado atrapalham o “desenvolvimento da capacidade da criança de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos e dos fenômenos” (Winnicott, 1960/1983, p. 27).

Essas três funções possibilitam ao bebê passar pelos três períodos cronológicos do desenvolvimento emocional. O primeiro período é a dependência absoluta. Nessa fase, o bebê é completamente dependente do ambiente. Ele não tem consciência do eu e está em um estado fusionado com a mãe. É um período que requer os cuidados maternos e ocorre aproximadamente até os seis meses. O segundo período é da dependência relativa. O bebê ainda apresenta um grau de dependência e inicia-se a separação entre mãe e bebê. O bebê já está atento ao ambiente, tem a capacidade de espera e a capacidade de manter a mãe viva na mente. Há intercâmbio entre mundo interno e mundo externo e ele ocorre aproximadamente entre os seis meses aos dois anos. O terceiro período é o rumo a independência. Ele revela uma independência no sentido do indivíduo possuir uma existência pessoal satisfatória no ambiente e na sociedade. Porém o sujeito não se torna isolado e nunca é totalmente livre, ele vive numa interdependência com o ambiente (Winnicott, 1963/1983). Essas funções permitem a constituição psíquica do bebê que será discutida a seguir.

3.3. A constituição psíquica

A constituição psíquica é o mesmo que desenvolvimento emocional primitivo para Winnicott (1952/2000). Ele elucida os estágios bem iniciais do desenvolvimento do bebê e como o bebê vai desenvolver-se mesmo com as falhas ambientais (Winnicott, 1952/2000). Nesse estágio inicial do bebê, ocorrem processos necessários ao desenvolvimento emocional primitivo, eles são essenciais e fundam a base da saúde mental do indivíduo (Winnicott, 1994).

Os processos psíquicos possibilitam a constituição de aspectos do indivíduo considerados óbvios, mas que possuem um começo e condições próprias para desenvolver-se. Os cuidados maternos e do ambiente propiciam o desenvolvimento dos processos psíquicos e uma experiência repetida de estar sendo cuidado fisicamente e emocionalmente que auxiliam nesses processos. Esses cuidados compreendem, por exemplo, manter a criança aquecida, a

forma de segurá-la, a maneira de dar banho, o modo de balançá-la e o jeito de chamar a criança pelo nome (Winnicott, 1945/2000).

Esses processos podem ocorrer da forma esperada, podem ocorrer de forma não satisfatória ou essas aquisições podem ser “perdidas frente a uma posterior ruptura das condições mínimas ambientais, ou mesmo pela ação de certas ansiedades inerentes ao amadurecimento emocional” (Winnicott, 1958/2001, p. 20).

Os processos psíquicos são denominados integração, personalização e realização. Winnicott (1945/2000) descreve uma não-integração primária, a personalidade não está integrada em um início teórico. O bebê precisa de alguém para juntar os seus pedaços e mantê-lo inteiro. Os fragmentos de atividade e de sensação congregam-se e o bebê sente-se uma unidade integrada em alguns momentos. Até tornar possível a capacidade de afirmar a própria individualidade e a possibilidade de experimentar um sentimento de identidade pessoal. Assim, a integração compreende a integração em um EU SOU, o *self*. O indivíduo sente-se uma pessoa inteira e percebe o outro com uma pessoa também inteira (Winnicott, 1945/2000; 1994).

A desintegração pode ocorrer como uma defesa organizada contra a falha ambiental e há uma sensação de enlouquecimento ao invés de um sentimento de sanidade produzido pela integração. O bebê é incapaz de controlar as angústias geradas pelas ausências da mãe e essas angústias são nomeadas de “angústias impensáveis” por Winnicott (1945/2000). Elas são muito primitivas e deixam marcas ao longo da vida do indivíduo (Monteiro, 2003).

A personalização permite a existência psicossomática através de um toque suficientemente bom. O toque amoroso, no bebê, permite a sensação do corpo constituir-se nele mesmo e o sentimento do *self* estar no interior do próprio corpo (Abram, 2000). Através do manuseio, do acolhimento e do cuidado da mãe, há a formação da psique juntamente com o corpo, uma integração entre mente e corpo. Winnicott (1945/2000) descreve como o “desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo” (Winnicott, 1945/2000, p. 225). A partir desse momento, o bebê possui uma realidade externa e um esquema corporal (Monteiro, 2003). Um distúrbio nessa área está ligado com dificuldades na saúde do corpo geralmente e uma ruptura nesse processo resulta em uma despersonalização (Winnicott, 1945/2000; 1994).

A realização ou uso de objetos é um processo originador das relações objetais, da noção de tempo, de espaço e de outros aspectos da realidade. O uso dos objetos de forma simbólica começa quando o relacionamento entre a mãe e o bebê é satisfatório (Winnicott, 1945/2000; 1994). Enquanto a mãe está em estado de identificação com seu bebê, ela o

protege de invasões do mundo externo e não permite uma invasão do *self* do bebê. Ele vai descobrindo o meio-ambiente de forma gradual. A forma pela qual a mãe e o ambiente apresentam o mundo ao bebê definem o estabelecimento da relação de objeto (Monteiro, 2003).

Winnicott (1975) percebeu a existência de um objeto em algumas crianças com um valor crucial para elas entre os quatro aos doze meses de idade aproximadamente, mas com grandes variações de acordo com a criança. Esse objeto variava de polegar, dedos, punhos das mãos, babador, fronhas, bichos de pelúcia, boneca, emissão de sons, maneirismos e inúmeras outras possibilidades. Eles foram denominados objetos transicionais ou fenômenos transicionais e permitem uma ilusão de encontrar um suporte na realidade. As crianças permanecem apegadas a esse objeto por um período de tempo e os pais reconhecem o valor dele. É uma zona de ilusão entre o concebido pela criança e o entregue pela mãe e representa uma zona intermediária entre a subjetividade e a objetividade.

Winnicott (1975) define os fenômenos transicionais como o espaço potencial na qual mantém a realidade externa e interna separadas e ligadas uma da outra ao mesmo tempo. O objeto transicional simboliza a união com a mãe e a maternagem (Monteiro, 2003). Winnicott (1975) refere-se aos objetos transicionais ou fenômenos transicionais para indicar uma área intermediária de experiência entre a estimulação da zona erógena oral para sua satisfação, como o chupar o polegar, ao brincar com um brinquedo, como um ursinho, ou seja, uma transição entre o erotismo oral à verdadeira relação de objeto.

A mãe tem a função de apresentar o mundo ao bebê em pequenas porções e possibilitar a ilusão dele na criação dos objetos encontrados, uma experiência de onipotência. O protótipo da primeira relação objetal pode ser considerado a amamentação. A mãe oferece seu seio ao bebê no momento de ilusão do seio bom, “a mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para cria-lo, e no momento exato” (Winnicott, 1975, p. 26). Essa ilusão permite o bebê aceitar os momentos de desilusão e “a adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar. Em outras palavras, ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber” (Winnicott, 1975, p. 26)

No início, o bebê precisa de uma adaptação quase completa da mãe. O seio dela faz parte dele e ele necessita sentir a ilusão de que possui o controle mágico. Posteriormente, a mãe começa a realizar uma adaptação incompleta as necessidades do bebê e essas experiências de frustração tornam os objetos reais. A mãe possui a tarefa de desiludir o bebê

gradativamente, mas esse processo só pode ser bem sucedido se a criança teve oportunidades suficientes para a ilusão anteriormente. Nesse momento, a dependência absoluta está transformando-se em dependência relativa. O bebê começa a separar a mãe do seu self e a perceber objetos e fenômenos fora do seu controle onipotente. Dessa forma, o bebê começa a “desenvolver a capacidade de experimentar uma relação com a realidade externa ou mesmo formar uma concepção dessa realidade” (Winnicott, 1975, p. 25).

O paradoxo foi formado. Fica o questionamento: o bebê concebeu o seio ou ele foi apresentado pelo exterior? Segundo Winnicott (1975), essa é uma questão que não deve ser feita e não há uma resposta para ela. A aceitação da realidade nunca é completa. Os indivíduos possuem uma tensão em relação a essa questão e o seu alívio ocorre na área intermediária da experiência. Essa área intermediária é essencial para o começo de um relacionamento entre a criança e o mundo e a aceitação do paradoxo é importante para o desenvolvimento saudável.

Há uma transformação na relação com o objeto transicional, o bebê transfere-se do controle onipotente e mágico para o controle pela manipulação, que envolve o erotismo muscular. O objeto transicional não é um objeto interno, ele é uma possessão. O objeto transicional não está sob controle mágico como o objeto interno, mas também não está fora de controle como a mãe real. Ele representa a alteração de um estado de um bebê em fusão com sua mãe para um estado de relação do bebê com uma mãe externa e separada dele. A criança abandona um tipo narcísico de relação de objeto (Winnicott, 1975).

O objeto transicional é um espaço potencial entre o mundo interior e exterior do bebê. O mundo interior abrange o sono, o sonho, o inconsciente e a realidade subjetiva. O mundo exterior abarca o ambiente e a realidade compartilhada, percebida como o não-eu (Abram, 2000). O objeto transicional pode ter a finalidade de interligar esses dois mundos. Apesar de Winnicott (1975) esclarecer que ninguém concebe a inter-relação entre interior e exterior de forma total:

Supõe-se aqui que a tarefa de aceitação da realidade jamais se completa, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna com a realidade externa. O alívio dessa tensão é oferecido por uma área intermediária da experiência que não é posta em dúvida (as artes, a religião etc.). Esta área intermediária está em continuidade direta com a área do brincar da criança pequena que se ‘perde’ ao brincar (Winnicott, 1975, p. 241)

O objeto transicional indica um estágio de transição do desenvolvimento, procede da relação de objeto para o uso do objeto. Ele mostra que o bebê está prestes a usar os símbolos (Abram, 2000). Segundo Winnicott (1975), o bebê já está notadamente construindo uma diferenciação entre a fantasia e o fato, entre os objetos internos e os objetos externos, entre a

criatividade primária e a percepção ao empregar o simbolismo. O objeto transicional designa a origem do simbolismo e representa um caminho em direção à experimentação do mundo puramente subjetivo à objetividade.

Há uma diferenciação entre relação de objeto e uso do objeto. A relação de objeto compreende os mecanismos de projeção e de identificação e as catexias. Ela consiste numa experiência do próprio sujeito de forma isolada. O uso do objeto abrange a natureza e o comportamento do objeto. O objeto deve ser real e fazer parte da realidade compartilhada. Para isso, o objeto deve ser aceito com sua existência independente e com sua capacidade de estar perto do indivíduo. O sujeito relaciona-se com o objeto e, no processo do sujeito encontrar o objeto ao invés do objeto ter sido colocado no mundo pelo sujeito, o sujeito destrói o objeto. O objeto sobrevive à destruição e, somente assim, o sujeito pode usar o objeto. O sujeito está sempre destruindo o objeto na fantasia inconsciente. Winnicott (1975) esclarece:

Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção, pelo sujeito, do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva; na verdade, o reconhecimento do objeto como entidade por seu próprio direito (Winnicott, 1975, p. 144).

Winnicott (1975) relaciona o vivenciar a área intermediária à saúde do indivíduo, revelando a importância dos fenômenos transicionais nos escritos desse autor. O conceito de fenômeno transicional revela uma dimensão do viver que não depende da realidade interna e externa, é o espaço encontrado entre as duas realidades e separam o interior e exterior. Outros termos são utilizados para denominar essa dimensão na teoria de Winnicott (1975), eles são terceira área, área intermediária, espaço potencial, local de repouso e localização da experiência cultural.

O objeto transicional é extremamente importante para a criança e mostra-se como uma defesa contra a ansiedade. Ele pode continuar sendo utilizado durante a infância “na hora de dormir, em momentos de solidão, ou quando um humor depressivo ameaça manifestar-se” (Winnicott, 1975, p. 15) e também pode retornar em uma idade posterior quando ocorre uma privação, mas ocorre uma ampliação de interesses da criança que se mantém mesmo em momentos de ansiedade no desenvolvimento saudável. Além disso, o bebê pode encontrar um nome para seu objeto transicional quando ele começa a usar os sons de forma organizada e esse nome é, normalmente, significativo e aponta a uma palavra utilizada pelos adultos. No entanto, em alguns casos, o bebê não possui um objeto transicional além da mãe, o estado de transição não pode ser usufruído ou o uso do objeto pode ser rompido. Lembrando-se que o

objeto transicional não deve ser mudado, somente se for alterado pelo próprio bebê (Winnicott, 1975).

O objeto transicional acaba sendo desinvestido com o passar do tempo principalmente à proporção que os interesses culturais são desenvolvidos. Segundo Winnicott (1975), ele torna-se:

Não tanto esquecido, mas relegado ao limbo. Com isso quero dizer que, na saúde, o objeto transicional não ‘vai para dentro’; tampouco o sentimento a seu respeito necessariamente sofre repressão. Não é esquecido e não é pranteado. Perde o significado, e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a ‘realidade psíquica interna’ e o ‘mundo externo’, isto é, por todo o campo cultural (Winnicott, 1975, p. 17).

Os fenômenos transicionais ampliam-se para o brincar, para a criatividade, para o ser, para o sonhar, para a cultura, para as artes, para a religião, para a filosofia e para o sentimento afetivo. O brincar é fundamental no desenvolvimento da criança e, muitas vezes, as crianças em estados autísticos apresentam uma relutância em brincar de forma compartilhada.

3.4. A experiência do brincar

O brincar é universal e saudável ao facilitar o crescimento e ao conduzir aos relacionamentos grupais. Ele também pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia, “a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros” (Winnicott, 1975, p. 70). A psicoterapia ocorre com sobreposição do brincar do paciente e do brincar do terapeuta e, quando o paciente não é capaz de brincar, o trabalho segue no sentido dele entrar nesse estado. A brincadeira possibilita ao terapeuta encontrar sutilezas do paciente e, principalmente em crianças, que ainda não possuem um domínio da linguagem. O brincar, do mesmo modo, está presente nos adultos e “manifesta-se, por exemplo, na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor” (Winnicott, 1975, p. 68).

Winnicott (1975) afirma que “o brincar é por si mesmo uma terapia. Conseguir que as crianças possam brincar é em si mesmo uma psicoterapia que possui aplicação imediata e universal” (Winnicott, 1975, p. 83). O brincar sempre é uma experiência criativa e inserida na continuidade espaço-tempo. Além de se situar “entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido” (Winnicott, 1975, p. 84) uma vez que sua importância está na inconsistência da ligação entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais. Winnicott (1975) exemplifica casos que a brincadeira se transformou em uma auto cura para a criança e o resultado foi semelhante ao de uma sessão psicoterapêutica com interpretações do

analista, mas uma interpretação do material poderia ter suprimido a criatividade da experiência lúdica da criança.

Winnicott (1975) chama atenção para uma postura de abertura do analista ao brincar da criança, pois “as crianças brincam com mais facilidade quando a outra pessoa pode e está livre para ser brincalhona” (Winnicott, 1975, p. 75). O momento mais relevante não seria o momento da interpretação do analista, mas o momento que “a criança se surpreende a si mesma” (Winnicott, 1975, p. 85). Antes da interpretação, deve haver um amadurecimento do material, o paciente precisa ter a capacidade para brincar e existir um brincar mútuo. Caso a interpretação seja feita fora da área da superposição do brincar em comum do paciente e do analista, surge a resistência e Winnicott (1975) considera essa interpretação uma doutrinação e uma submissão. O brincar deve ser espontâneo e não submisso na psicoterapia.

No entanto, Winnicott (1975) alerta que os psicanalistas focaram-se mais no conteúdo da brincadeira para realizarem interpretações ao invés de olhar o brincar como algo em si e esse foi o seu objetivo, investigar o fenômeno do brincar. O brincar é natural e tem um lugar e um tempo, não é dentro e não é fora, é no espaço potencial entre a mãe e o bebê. O bebê adquire um estado de confiança quando a mãe consegue proporcionar a experiência da ilusão e da onipotência ao seu filho. “A confiança na mãe cria um playground intermediário, onde a ideia da magia se origina.... Chamo isso de playground porque a brincadeira começa aqui” (Winnicott, 1975, p. 79).

O próximo estágio consiste na capacidade de o bebê ficar sozinho na presença de alguém. Ele brinca ao supor que “a pessoa a quem ama e que, portanto, é digna de confiança, e lhe dá segurança, está disponível e permanece disponível quando é lembrada, após ter sido esquecida” (Winnicott, 1975, pp. 79-80). Depois disso, o estágio seguinte é a superposição de duas áreas do brincar. A criança vai introduzir sua maneira de brincar e irá brincar conjuntamente em um relacionamento (Winnicott, 1975).

Além disso, o brincar envolve o corpo em virtude da manipulação de objetos e da excitação corporal desencadeada. “A excitação corporal das zonas erógenas ameaça constantemente o brincar e ameaça o sentimento da criança de existência como pessoa. Os instintos constituem a principal ameaça à brincadeira e ao ego” (Winnicott, 1975, p. 77). O brincar satisfaz mesmo quando produz muita ansiedade, mas se produzir ansiedade além do suportável, o brincar é destruído. Levando-se em consideração que muitas crianças em estados autísticos mostram-se em um estado de ensimesmamento e fascinadas pelas sensações corporais, esses fenômenos podem dificultar o estabelecimento do brincar.

A área do brincar não é a realidade psíquica interna e não é o mundo externo. “A criança manipula fenômenos externos a serviço do sonho e veste fenômenos externos escolhidos com significado e sentimentos oníricos” (Winnicott, 1975, p. 86). Dessa forma, pode-se pensar no espaço potencial. Winnicott (1975) explica:

A criança traz para dentro dessa área da brincadeira objetos ou fenômenos oriundos da realidade externa, usando-os a serviço de alguma amostra derivada da realidade interna ou pessoal. Sem alucinar, a criança põe para fora uma amostra do potencial onírico e vive com essa amostra num ambiente escolhido de fragmentos oriundos da realidade externa (Winnicott, 1975, p. 85).

O brincar criativo é semelhante ao sonhar, pois eles possuem significado simbólico e o sonhar da criança está relacionado ao viver. O fantasiar é completamente diferente, porque ele não tem valor simbólico e paralisa a ação. Já o brincar é fundamental, pois através dele que o indivíduo pode ser criativo e encontrar o seu *self*. A criatividade também está relacionada à vida. O indivíduo que vive criativamente sente que a vida merece ser vivida enquanto um indivíduo incapacitado para o viver criativo possui dúvidas em relação ao valor da vida. Este último sente que deve somente adaptar-se a realidade e ser submisso a ela, assim o sentimento de inutilidade faz com que ele não se importe com a vida. Dessa forma, o viver criativamente é um estado saudável (Winnicott, 1975).

Os fenômenos transicionais evoluem de forma direta ao brincar, do brincar ao brincar compartilhado e do brincar compartilhado às experiências culturais. A cultura é discutida por Winnicott (1975) como o “fundo comum da humanidade, para qual indivíduos e grupos podem contribuir, e do qual todos nós podemos fruir” (Winnicott, 1975, pp. 157-158). Dessa forma, quando a ilusão é permitida ao bebê, ela torna-se ligada à arte, à religião e à formação de grupos na vida adulta. A formação de grupos ocorre quando uma experiência ilusória é compartilhada pelos indivíduos a partir de uma similaridade das suas experiências. Assim, uma criança incapaz de brincar, pode apresentar um empobrecimento na capacidade de experienciar o seu *self* e o campo cultural.

CAPÍTULO 4. ILUSTRAÇÕES CLÍNICAS

Gadini (1969) ressalta que a relação do objeto da psicose autista é uma relação quase exclusiva com objetos inanimados e apresenta a ideia de a atividade imitativa estar originalmente interessada apenas em objetos inanimados. A palavra autismo em sua etiologia foi derivado do grego *autos*, que significa o si mesmo, e foi criado por Bleuler (1911) para nomear o ensimesmamento psicótico do sujeito em seu mundo interno e a inexistência de contato com o exterior (Roudinesco, & Plon, 1998). Kanner (1943/1997) expôs o autismo como um quadro clínico da esquizofrenia infantil e compreendeu o autismo como uma afecção psicogênica, caracterizada por uma incapacidade da criança de estabelecer contato com seu meio desde o nascimento. Alguns sinais clínicos seriam para reconhecer a psicose

autística: o surgimento precoce dos distúrbios, o extremo isolamento, as estereotípias gestuais e distúrbios da linguagem.

Atualmente os sistemas de classificação descrevem o estado de isolamento do bebê com um sinal do Transtorno Autista (CID-10, 1993; DSM-V, 2014). A descrição do estado de isolamento como um déficit permanente conduz a uma implementação de intervenções terapêuticas fechadas que não levam em conta as capacidades psíquicas da criança. A capacidade psíquica de isolar-se faz parte do desenvolvimento humano, ela é fundada pelo ser e não se caracteriza somente como um estado psicopatológico relativo ao Autismo. O bebê constrói mecanismos psíquicos capazes de afastar os estímulos desagradáveis ao invés de uma incapacidade de resposta aos estímulos da realidade (Tafari, 2006).

Os critérios diagnósticos do DSM-V e do CID-10 são bem similares. Eles apresentam vantagens no sentido de uniformizar a terminologia e proporcionar uma comunicação entre os diferentes profissionais, mas eles demonstram pontos negativos ao não levar em consideração as particularidades evidenciadas pela prática clínica como a singularidade de cada criança (Januario, 2012). Orrú (2013) explica que esses diagnósticos enfatizam os prejuízos e o déficit de um grupo de pessoas espalhadas pelo mundo que possuem o mesmo quadro sintomático e evidenciam uma “coisificação” do indivíduo. Os termos mais encontrados são marcados pela negatividade e pela incapacidade do indivíduo de realizar diversas ações e “formam um quadro sintomático denominado Síndrome do Autismo” (Orrú, 2013, p. 1423).

Os elementos da vida social desse indivíduo são desprezados e são apreciados de acordo com a sua funcionalidade na sociedade. Dessa forma, o indivíduo é considerado um autista e não como um ser humano com sua singularidade e individualidade. A atribuição de um diagnóstico funciona, muitas vezes, como um rótulo e pode gerar muitos efeitos no indivíduo, em sua família, em sua comunidade e na sociedade, que podem ser irreversíveis. A relação social entre o indivíduo e seus familiares e sociedade pode ser alterada profundamente (Orrú, 2013). Devido a isso, o presente estudo evita o uso da expressão criança autista e utiliza as expressões crianças ditas autistas e crianças em estados autísticos para evitar o estigma e o preconceito. O foco da clínica psicanalítica com crianças ditas autistas concentra-se nas subjetividades, nas potencialidades e nos processos de desenvolvimento dessas crianças.

Estigmas e preconceitos são comumente desenvolvidos com percepções de menos-valia, incapacidade, infantilização, subestimação, piedade, medo, rejeição, marginalização e exclusão da sociedade. No Brasil, há a crença absoluta no diagnóstico e de

que crianças com autismo são agressivas, sem capacidade de aprender e isoladas no seu mundo particular (Orrú, 2013). Essas “crenças são equivocadas e revelam desinformação, preconceito e, conseqüentemente, estigma para junto à criança com autismo” (Orrú, 2013, p.1425). A preocupação deve recair sobre a construção de sentido e de “significado da síndrome para o indivíduo e para sua família; sobre a relação com seu corpo, sua singularidade, sua forma de ser e viver” (Orrú, 2013, p. 1425) ao invés de conceber o indivíduo a partir do que falta e esquecer-se dele como sujeito. A partir disso, são discutidos alguns casos clínicos de crianças ensimesmadas a partir das ferramentas da imitação, da empatia e do brincar.

4.1. O brincar no caso Arpad, “O pequeno homem-galo” de Ferenczi

Ferenczi (1913/1993) trouxe um caso de uma criança de cinco anos de idade, o pequeno Arpad. Arpad teve um desenvolvimento mental e físico satisfatório até os três anos e meio de idade. Ele falava normalmente e parecia ser inteligente. Até a família realizar uma viagem nas férias e, depois disso, Arpad mudou abruptamente. A criança começou a se interessar somente pelo galinheiro da casa de campo. Ele demonstrava uma fascinação pelas aves:

Ao amanhecer, corria para junto das aves, contemplava-as com infatigável interesse e imitava seus cacarejos e posturas, chorando e gritando quando era forçado a afastar-se do pátio. Entretanto, mesmo longe do galinheiro, não fazia outra coisa senão soltar seus cocoricós e cacarejos. Era esse o seu comportamento durante horas a fio, sem se cansar, só respondendo a perguntas com esses gritos de animais, e sua mãe passou a temer seriamente que o filho desaperdesse a fala (Ferenczi, 1913/1993, p. 61).

Essa conduta de Arpad continuou durante todo o período de férias e, quando a família retornou para a cidade natal, Budapeste, ele recomeçou a utilizar a linguagem humana. No entanto, Ferenczi (1913/1993) explica que:

Suas conversas giravam em torno de galos, galinhas e pintos, com algumas alusões ocasionais a gansos e patos. Sua brincadeira habitual que repetia inúmeras vezes por dia, era e continuou sendo a seguinte, modelava galinhas e galos com pedaços de jornal e punha-os à venda, depois pegava um objeto qualquer (em geral um pequeno pincel chato) que batizava de faca, levava a sua ‘ave’ até a cozinha, punha-a debaixo da torneira (no local onde a cozinheira tinha realmente o hábito de degolar as galinhas) e cortava o pescoço do seu frango de papel. Mostrava como o animal sangrava e imitava com perfeição, com gestos e voz, a agonia do galináceo (Ferenczi, 1913/1993, pp. 61-62).

Os pais observaram a inquietação da criança quando aves eram vendidas vivas no pátio da casa e ele acalmava-se somente quando a mãe comprava uma ave. Ele demonstrava manifestações afetivas aparentemente ambivalentes, o medo intenso das aves e uma atração ansiosa pela morte delas. Seu jogo comum era a imitação da degola de frangos, sonhava com aves mortas e o momento da morte delas era vivenciado por ele como uma festa, dançava por

horas junto ao cadáver do animal, mas, algumas vezes, acariciava o animal morto e chegava até a entristecer-se (Ferenczi, 1913/1993).

Os pais, sem entenderem a situação, perguntavam ao filho o motivo do excessivo medo das aves e a criança contava sempre a mesma história, ele fora ao galinheiro urinar, um frango havia mordido seu pênis e a arrumadeira havia feito um curativo nele. Logo após o ocorrido, o galo foi morto e seu pescoço cortado. O incidente acontecera durante as férias quando Arpad tinha dois anos e meio. A mãe escutou gritos da criança e a arrumadeira disse que um galo havia tentado bica-lo e ele estava com muito medo desse galo. No entanto, a mãe não se recordava mais se o galo realmente havia bicado o filho ou se a arrumadeira havia feito o curativo somente para tranquiliza-lo. Como a arrumadeira não trabalhava mais com a família, não teve como Ferenczi (1913/1993) saber exatamente o que ocorrera e ele contentou-se com a possibilidade dessa relação causal.

Ferenczi (1913/1993) relatou um encontro com a criança. Assim que entrou no consultório, ela pegou um bibelô de um galo para brincar e desenhou um galo no papel que o analista havia oferecido. Para ele, a criança não trouxe nada de relevante nesse encontro e não fica claro se houve outras sessões. Ele explana:

O meu exame pessoal da criança nada revelou de surpreendente ou anormal.... Fiz então que relatasse o seu incidente com o galo. Mas Arpad já estava enfasiado e quis voltar para os seus brinquedos. A investigação psicanalítica direta não foi, portanto, possível, e tive que limitar-me a pedir a essa senhora que se interessava pelo caso e podia, como vizinha e conhecida da família, observar a criança durantes horas, que anotasse para mim as falas e os comportamentos significativos do pequeno Arpad (Ferenczi, 1913/1993, p. 63).

Para Ferenczi (1913/1993), não havia como realizar uma análise e ele buscou informações da criança a partir de outras fontes, a vizinha e a família da criança. Ele perguntou a família se Arpad costumava masturbar-se e a família, de forma relutante, relatou que ele brincava com o pênis e era constantemente punido pelo seu ato. Assim, o analista interpretou o amor e o ódio pelas aves como uma transferência de afetos inconscientes pelos seres humanos e, especificamente, referente aos pais e aos parentes próximos da criança. A formação dos sintomas da criança seria uma expressão de conflitos oriundos da angústia da castração e do Complexo de Édipo. Arpad estava passando por um momento de repreensões por seus toques no seu pênis e ele viu novamente os galos que, alguns anos atrás, proporcionaram a primeira experiência assustadora na qual a integridade do seu pênis tinha sido igualmente ameaçada. O galo representava o pai no conjunto de sintomas uma vez que “embora amado e respeitado, é ao mesmo tempo odiado por causa das restrições sexuais que impõe” (Ferenczi, 1913/1993, p. 65).

Porém, para Ferenczi (1913/1993) não era necessário serem realizadas interpretações a criança, pois ela não havia ainda recalcado o significado de suas vivências emocionais e comportamentos. Os fenômenos estavam presentes no seu discurso. Arpad disse um dia: “gostaria muito comer mamãe escabeche (por analogia com o frango escabeche); a gente poria a mamãe para cozinhar numa panela, então ficaria mamãe escabeche e eu poderia comê-la” (Ferenczi, 1913/1993, p. 66). Ele também chegou a falar que seu pai era o galo e, em outro momento fez o seguinte raciocínio, “agora sou pequeno, agora sou um pinto. Quando for maior, serei uma galinha. Quando for ainda maior, me tornarei um galo” (Ferenczi, 1913/1993, p. 66). Essas falas da criança confirmam para Ferenczi (1913/1993) que o medo patológico estava associado à ameaça de castração. Posteriormente foi descoberto através da vizinha que a arrumadeira da casa havia pego a criança mexendo no pênis em baixo do lençol e ameaçara-o de cortá-lo.

Além disso, Ferenczi (1913/1993) compreende que contemplação incansável das aves pela criança era uma forma de entender a própria família e obter informações sobre os segredos desta. Assim, Arpad podia observar à vontade tudo que lhe despertava a curiosidade, “a atividade sexual incessante dos galos e das galinhas, a postura dos ovos e a eclosão da nova ninhada” (Ferenczi, 1913/1993, p. 66). As brincadeiras e os desenhos da criança seriam sublimações do seu grande interesse pelos animais. Posteriormente, ele começou a preocupar-se com assuntos religiosos e fazer perguntas sobre morte, anjos e almas. Evidenciando uma mudança de um campo puramente subjetivo para a realidade compartilhada, a criança já era capaz de pensar em assuntos relacionados a religião (Winnicott, 1975).

Freud (1912-1913/1996) comenta o caso de Arpad baseado nos escritos de Ferenczi (1913/1993). Freud (1909/1996) já havia realizado uma análise do material sobre o pequeno Hans. O pai da criança era psicanalista e enviou relatos de seu filho à Freud. A criança apresentava um intenso medo de cavalos e evitava sair de casa. Hans tinha medo do cavalo entrar no seu quarto e mordê-lo. Freud (1909/1996) percebeu que esse medo estava associado com o receio de um castigo por conta do seu desejo do cavalo cair, ou seja, morrer.

Através do caso do pequeno Hans, Freud (1909/1996) descobriu a existência de um novo fenômeno, as crianças podiam deslocar seus sentimentos em relação ao pai à um animal. É uma forma da criança aliviar-se do seu sentimento ambivalente ligado ao pai, o ódio devido a rivalidade pelo amor da mãe e, também, a afeição e a admiração por ele. Os sentimentos hostis seriam deslocados para o animal. No entanto, não há como fazer uma clara distinção entre os sentimentos hostis e afetuosos e, assim, a ambivalência é, da mesma forma, estendida ao animal. Hans tinha medo dos cavalos e, ao mesmo tempo, demonstrava admiração e

interesse por eles. Para Freud (1912-1913/1996), nos casos de crianças com fobias, reaparecem algumas características do totemismo, mas invertidas para o negativo.

Freud (1912-1913/1996) descreve o caso de Arpad como um “exemplo de totemismo positivo em uma criança... seus interesses totêmicos não surgiram em relação direta com o complexo de Édipo, e sim baseados em sua pré-condição narcisista, o temor da castração” (Freud, 1912-1913/1996, p. 139). Contudo é possível perceber que Arpad admirava seu pai e sentia-o como se fosse uma ameaça, dessa forma, o papel do pai no Complexo de Édipo e no complexo de castração estavam presentes. Arpad demonstrava a ambivalência nos seus sentimentos, ele regozijava-se com a morte da ave e, depois, acariciava e beijava o animal morto. Além disso, Freud (1912-1913/1996) comenta que a fascinação de Arpad pelas aves permitia uma gratificação da sua curiosidade sexual e exibia a alucinação da satisfação, o pensamento e a fantasia.

Ferenczi (1913/1993) encerra seu caso relatando que Arpad realmente queria ser o “galo da aldeia” ao contar à vizinha de forma bem séria: “casarei com você, com você e sua irmã, e com as minhas três primas e a cozinheira, não, é melhor a mamãe no lugar da cozinheira” (Ferenczi, 1913/1993, p. 67). De acordo com Freud (1912-1913/1996), o garoto formou sua própria escolha de objeto sexual segundo o modelo de vida no galinheiro e ele observou dois aspectos, o menino identificou-se com seu animal totêmico, o galo, e demonstrou uma atitude emocional ambivalente para com ele. As duas proibições do totemismo são não matar o totem e não manter relações sexuais com a mãe, os dois crimes de Édipo, e esses são dois desejos primários das crianças. Como o animal totêmico representa o pai, as fobias do pequeno Hans e de Arpad seriam um “produto das condições em jogo no complexo de Édipo” (Freud, 1912-1913/1996, p. 141).

A imitação de Arpad, ao ser pensada a partir das ideias de Gaddini (1969, tradução nossa) possibilitou uma identificação da criança com o galo, ela assimilou aspectos e atributos das aves, transformando-se a partir desse outro modelo como uma forma de se constituir. A criança utilizou-se da atividade psicossensorial ao imitar o galo para ser capaz de perceber a si mesmo e ao seu ambiente. A identificação une e integra os fenômenos da esfera oral e da esfera sensorial perceptivo-imitativa, que são introjeções primitivas, para alcançar os processos de investimentos em objetos e, depois, realizar o uso de objetos. A criança apresentava-se em um isolamento e numa fascinação por si mesmo, ele identificou-se com as aves em um processo imitativo de seus comportamentos, gestos e sons e, após esse processo, retornou a falar e a estabelecer trocas e afetos com as pessoas ao seu redor, principalmente com a sua família.

Tafari, Martins e Safra (2017), discorrem sobre o caso de Ferenczi (1913/1993) e consideram um belo texto ao apresentar a capacidade de Arpad em brincar de imitar aves. No entanto, eles elucidam que Ferenczi (1913/1993) perdeu a oportunidade de se utilizar da imitação e dos interesses da criança para o estabelecimento de uma relação empática e para estar com a criança a maneira dela. Ele limitou-se a explicar a formação dos sintomas como uma implicação do complexo de castração e restringiu-se nas brincadeiras simbólicas da criança que foram produzidas posteriormente. Segundo os autores, os preceitos de Winnicott (1975) sobre a criatividade primária permitem abrir um vasto campo para discutir sobre o brincar e a fascinação de Arpad.

A imitação de ser uma ave pode ser considerada como a expressão da criatividade primária da criança. Ela experimentou, nesse campo, vivamente conteúdos psíquicos não necessariamente associados ao conflito pulsional da angústia de castração e o analista não se sentiu implicado nesse campo de experiência composto por sons e gestos. O fascínio de Arpad pelas aves pode ser visto como a maneira do garoto buscar a constituição das dimensões fundamentais da experiência de si e tomou as aves como seu objeto subjetivo (Tafari, Martins, & Safra, 2017).

As experiências subjetivas são constituidoras da possibilidade de ser da criança. Nesse registro de experiência, não existe ainda experiências representadas simbolicamente, são eventos estético-sensíveis, e não há possibilidade de perceber a realidade externa de modo objetivo. Se essas experiências não ocorrem, a criança é jogada para o campo agônico e pode levar ao desenvolvimento de organizações defensivas de tipo psicótico. Na experiência clínica, pode se observar que a experiência de constituir se como si pode surgir fora da relação entre humanos e o caso do garoto Arpad parece ter sido uma experiência desse tipo. Tafari, Martins e Safra (2017) clarificam que “o pequeno encontra na relação subjetiva com as aves a vivacidade e alegria de possuir um corpo vivo, a partir do qual seria possível experimentar o vigor e a intensidade da presença de si na relação com a vida e posteriormente com o outro” (Tafari, Martins, & Safra, 2017, p. 5).

Winnicott (1945/2000) traz a ausência primitiva de compaixão, um estágio da criança que existe um relacionamento inicial impiedoso. Os estados de ausência de compaixão dissociada são frequentes durante o início da infância e são necessários para a saúde. Winnicott (1945/2000) esclarece:

A criança normal tem prazer na relação impiedosa (*ruthless*) com a mãe, geralmente em meio a brincadeiras, e ela precisa da mãe porque esta é a única de quem se pode esperar que tolere a sua ausência de compaixão (*ruthlessness*) mesmo por brincadeira, pois isto na verdade a fere e a cansa. Sem possibilidade de brincar sem compaixão, a criança terá que esconder o seu eu impiedoso e dar-lhe vida apenas em estados dissociados (Winnicott, 1945/2000, p. 230).

A experiência do amor impiedoso aparece na experiência de Arpad com as aves de forma que ele pudesse curar-se de algo fundamental, que parece ter estado ausente em suas experiências iniciais constitutivas. A imitação permite ao garoto ter acesso a alegria originária de estar vivo. Esse tipo de experiência testemunhada e tolerada pelo meio ambiente possibilita que o menino possa restaurar a experiência de si em direção a um processo curativo de si mesmo. Além disso, para Winnicott (1975), o amor cruel do bebê auxilia a localizar o objeto exteriormente ao *self*.

Arpad, através de sua imitação de ser um galo, mostra a existência de um sofrer, um sofrimento singular, e ele experimenta em si mesmo o acesso ao eu-vida. Ele cria uma forma de enfrentar o seu sofrimento por meio da sua criatividade primária e possibilita-lhe a experiência subjetiva necessária. Ele afasta-se da realidade ao deixar de falar e de responder às demandas sociais para uma experimentação de si. A imitação é realizada com paixão e sua admiração era tamanha que imitava os galos com perfeição chegando mesmo a confundir quem ouvia se os cocoricós eram dele ou das aves. Arpad mostrava-se fascinado pelas aves com suas imitações, mas “não era apenas uma imitação, mas uma verdadeira doação de si na experimentação de ser uma ave” (Tafuri, Martins, & Safra, 2017, p. 6).

Inicialmente, Arpad era um galo de forma apaixonada e desprendida da realidade externa, como uma experiência puramente subjetiva. Essa foi uma experiência subestimada por Ferenczi (1913/1993) e ela permitiu que a criança começasse a brincar como se fosse uma ave. A capacidade de brincar progrediu para um jogo de faz de conta e, posteriormente, surgiram os símbolos, os jogos e as falas arraigadas na experiência viva de si. Assim, a criança começou a representar seus conflitos por meio de objetos representantes da realidade externa. O ressurgimento da fala de Arpad mostrou-se relacionado ao brincar interativo consigo mesmo, a única maneira de alcançar a realidade. As imagens simbólicas dos galos e das galinhas foram representantes privilegiados do seu corpo vivo e operaram como elementos de transição entre seu mundo subjetivo e a realidade compartilhada (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

Deve-se também levar em consideração a importância do ambiente familiar de Arpad que se mostrou suficientemente bom para que ele criasse brincadeiras com aves, desde a imitação até a elaboração de histórias. Apesar do caso ter sido bem-sucedido, Ferenczi (1913/1993) traduziu e interpretou o brincar da criança a partir de categorias de um saber, a teoria freudiana. Todo o brincar e a criatividade do garoto foram reduzidos a um testemunho do papel da sexualidade infantil na etiologia das neuroses em um momento que a psicanálise

buscava o seu reconhecimento e a comunicação afetiva da criança não foi acolhida pelo analista.

A imitação de ser um galo por meio dos gestos e sons de Arpad marcou o surgimento da criatividade primária da criança e mostrou que o analista pode se abrir para um campo de experiência com a criança sem a necessidade de interpretar e decodificar (Tafuri, Martins, & Safra, 2017). Dois casos, que demonstram essa outra possibilidade na clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos, serão apresentados em seguida.

4.2. A experiência imitativa e os fenômenos sensoriais: o caso Edson e o caso Igor

Edson, uma criança de seis anos de idade com diagnóstico de autismo chegou ao grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB) de atendimento de crianças em sofrimento psíquico grave sob coordenação da Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri para iniciar seu tratamento. Foi realizado um tratamento de acompanhamento terapêutico com a criança. Ele apresentava a fala ecológica e aludia a si mesmo com o pronome da terceira pessoa do singular. A mãe contou à acompanhante terapêutica (AT) que a criança se trancava no canil, despia-se ficando apenas de cueca, colocava-se de quatro com a língua para fora e imitava a respiração do cachorro. Um dia, a criança foi ao canil, jogou pipoca no chão e comeu. Os pais sentiram-se horrorizados e angustiados com a cena e com muito receio do futuro do filho (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

A AT encontrava com Edson na casa da avó materna. No primeiro dia, ocorreu algo inusitado, a criança levou-a ao galinheiro nos fundos da casa. Ele começou a imitar as galinhas e o galo com perfeição. Ele cacarejava, cocoricava, ciscava o chão com os pés e batia os braços assim como estes animais. A criança só ficava no galinheiro apesar do grande espaço disponível na casa e no quintal. Os dois primeiros meses de trabalho da AT ocorreram no galinheiro da casa, espaço privilegiado como campo de experiência do garoto. A criança sempre levava a AT para o galinheiro e começava a imitar as galinhas e correr atrás delas. Ele mostrava-se fascinado e alegre com as galinhas e, assim, a AT começou a imitá-lo. Ela começou a fazer o mesmo que a criança, imitava seus gestos e corria atrás das aves (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

Os encontros foram marcados por essa dinâmica durante os primeiros meses e começaram a surgir algumas mudanças na criança, ela começou a nomear as galinhas de galinha-mãe e de galinha-pai e deu a elas características humanas. Dessa maneira, o menino começou a simbolizar as relações familiares vivenciadas por ele no galinheiro. Depois, ele

começou a brincar na sala de visitas da casa da avó e a desenhar as galinhas e o galinheiro. Edson já apresentava uma fala mais desenvolvida a partir dessas transformações e findou sua necessidade de imitar as galinhas e o cachorro. Mais brincadeiras foram surgindo e ele começou a convidar outras pessoas para brincar com ele. Houve um grande desenvolvimento de Edson ao longo do primeiro ano de acompanhamento terapêutico e ele estava cada vez mais inserido no campo simbólico. Ele até mesmo estabelecia uma relação afetiva com a AT através do olhar, dos gestos e da postura, usava os pronomes pessoais para referir-se a si mesmo de modo correto e formava frases para comunicar-se (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

Os fenômenos encontrados no caso de Edson são semelhantes aos descritos por Ferenczi (1913/1993) no caso Arpad. Nos dois casos, as crianças utilizaram-se de animais para sentirem-se vivos e buscaram objetos vivos fora do campo de relações com pessoas na qual puderam viver experiências de intercorporeidade. A complacência dos pais de Arpad e a entrada da AT no campo de experiências vivas e sensíveis de Edson possibilitaram uma evolução da situação clínica das duas crianças (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

Os dois meninos brincaram inicialmente com as mãos, o corpo e os sons de forma erótica ao imitar as aves de forma fascinada. Essa imitação ocorre na área da ilusão, primeiramente, como experiência subjetiva. Com o assentimento e a interação do meio, essas vivências alcançam a experiência de fenômenos transicionais, para adentrarem no campo simbólico em direção aos objetos transicionais. Além disso, os dois garotos brincaram de forma ativa e utilizavam a voz onde e como eles queriam (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

Uma diferença no caso de Edson foram as experiências imitativas terem acontecido em um ambiente terapêutico e pôde-se perceber as mudanças ocorridas na criança e a expressão dos seus sentimentos a partir da imitação da terapeuta. A AT possibilitou um ambiente capaz de acolher o menino com suas brincadeiras e sustentar o *non sense*, que resultou em uma experiência intercorpórea de comunicação entre eles. Segundo Winnicott (1975), alguns pacientes têm necessidade que o terapeuta observe o *non sense* do seu estado mental e não há a necessidade:

...mesmo para o paciente, de comunicar esse absurdo, o que equivale a dizer, sem que o paciente tenha necessidade de organizar o absurdo. O absurdo organizado já constitui uma defesa, tal como o caos organizado é uma negação do caos. O terapeuta que não consegue receber essa comunicação, empenha-se numa tentativa vã de descobrir alguma organização no absurdo, em consequência de que o paciente abandona a área do absurdo, devido à desesperança de comunicá-lo. Uma oportunidade de repouso foi perdida, devido à necessidade que o terapeuta teve de encontrar sentido onde este não existe. O paciente não pôde repousar, devido a um fracasso das provisões ambientais, que desfez o sentimento de confiança. O terapeuta, sem saber, abandonou o papel profissional, e o fez, desviando-se para pior, a fim de ser um analista arguto e encontrar ordem no caos (Winnicott, 1975, p. 92).

A AT não procurou encontrar um sentido para aquela experiência de *non sense*. Ela não interpretava os sons e os maneirismos do menino, somente acompanhava os movimentos dele sem intervir de forma alguma e sem agir de maneira educativa. Ela estava presente na rede afetiva dele e ele passou a criar brincadeiras a serem compartilhadas com ela nesse ambiente. Depois das experiências imitativas da terapeuta, surgiu a demanda de contato afetivo e o brincar de forma simbólica (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

Esses casos permitem uma reflexão da situação clínica de uma forma diferente da perspectiva clássica. A interpretação não é o único manejo possível na clínica e deixa de ser o procedimento clínico predominante. Além disso, discute-se o posicionamento ético do analista no campo de experiência terapêutica que se funda no âmbito da sensibilidade e da afetividade como elementos originários da condição humana (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

As duas crianças começaram a reconhecer o eu e o não-eu depois da experiência da imitação e começaram a confeccionar seus próprios brinquedos ao fazer os galos ou desenhá-los. Assim, eles tomaram posse do objeto, podiam fazer o que quisessem com seus objetos. Eles podiam brincar, demonstrar afeto ou expressar o amor impiedoso. Nos dois casos, as crianças criaram, imaginaram e inventaram e, dessa forma, produziram uma interação com o outro. Também desenvolveram a fala na comunicação e iniciaram um contato afetivo com o outro não-eu (Tafuri, Martins, & Safra, 2017).

Januário (2012) também traz contribuições em relação a hegemonia da técnica interpretativa na clínica com crianças em estados autísticos. Ela traz um caso de uma criança, Igor, de quatro anos com diagnóstico de autismo, e mostra a importância dos vínculos sensoriais não verbais na clínica, mais especificamente a importância do olhar e do corpo como presença para o estabelecimento da relação analítica e para o início do reconhecimento do paciente enquanto sujeito, e, para conseqüentemente, a retomada de seu processo de integração.

A através do *holding* e do manejo, Januário (2012) percebeu que o olhar e o corpo se transformaram em experiências constitutivas para o menino, permitindo que ele habitasse o próprio corpo e reconhecesse suas partes e seus limites. O corpo de Igor começou a mostrar-se unificado e possibilitou o desenvolvimento da linguagem corporal. A autora discorre que ela estava também no lugar da mãe suficientemente boa (Winnicott, 1956/2000) do ponto de vista da relação analítica. Ela tentava adaptar-se às necessidades da criança e fornecia:

Holding (auxiliando o processo de integração, de tal forma que o ego se integrasse em uma unidade e tivéssemos constituição do si mesmo) e manejo (*handling*) (proporcionando a personalização, com a interação dos aspectos da psique e do soma, a partir da qual o Igor adquirisse a capacidade de habitar o próprio corpo) (Januario, 2012, p. 180).

A ênfase, nessa clínica, recai sobre o manejo clínico e sobre o estabelecimento de um ambiente de *holding*. Essa particularidade demanda do analista uma disponibilidade emocional para se deixar ser afetado pelo paciente, sentir as sensações da contratransferência e personificar com seu corpo o que se passa na relação analítica. Januário (2012) também relata que a partir da teoria winnicottiana, ela começou a prestar mais atenção no tempo da criança, a respeitar a forma como ela se coloca no ambiente e a maneira como ela reage a esse ambiente. Ela começou a atentar-se ao ambiente e em proporcionar um ambiente seguro e confiável para possibilitar a criança constituir-se. Além disso, começou a ter um olhar diferenciado em relação à criança, para a sua singularidade ao invés de focar-se nos sintomas. Assim, ela passou a proporcionar um ambiente “terapêutico, afetivo e criativo” (Januario, 2012, p. 155).

Outra forma encontrada por Januário (2012) para poder permitir uma interação com a criança com autismo foi a experiência imitativa. É comum defrontar-se com situações nas quais as palavras são irrelevantes e a relação analítica é estabelecida e criada por meio de vínculos sensoriais, como o corpo, a voz, o olhar e o ritmo. A imitação transforma-se, em alguns casos, a única maneira de entrar em contato com a criança e são percebidas mudanças na criança quando ela sente que está sendo imitada.

Januário (2012) afirma ter escolhido na sua clínica com crianças autistas não utilizar a interpretação para estabelecer a relação analítica e ela constrói a relação com seus pacientes estando junto da criança ao modo dela e acompanhando-a em sua forma de estar no mundo. Ela propõe três momentos na análise a partir dos três momentos do jogo da espátula de Winnicott (1941/2000). O primeiro momento é o período de observação com o intuito de observar a criança e a maneira como ela se coloca na sala até ela sentir-se à vontade com a presença do analista.

Depois vem o momento das experiências imitativas com o objetivo de entrar em contato com a criança por meio da identificação a partir da forma dela de estar no mundo e no ambiente analítico. Nesse momento, o *holding* e o manejo oferecidos são a partir da imitação do analista dos sons, gestos e maneirismos da criança e ela deixa pouco a pouco de ser necessária dando espaço para o terceiro momento, o brincar compartilhado. O espaço começa a ser preenchido pelo brincar através de jogos ou brincadeiras nesse terceiro momento. Dessa forma, a imitação permite que a criança ensimesmada com experiências puramente subjetivas saia da sua ilusão, vivencie os fenômenos transicionais até o uso dos objetos transicionais, insere-se no campo simbólico e no brincar compartilhado e, por fim, experimenta a realidade compartilhada.

CAPÍTULO 5. ESPELHO, ESPELHO MEU. SUA IMAGEM REFLETE QUEM SOU EU? A EXPERIÊNCIA IMITATIVA COMO RECURSO TÉCNICO

Contranarciso

*em mim
eu vejo o outro
e outro
e outro
enfim dezenas
trens passando
vagões cheios de gente
centenas*

*o outro
que há em mim
é você
você
e você*

*assim como
eu estou em você
eu estou nele
em nós
e só quando
estamos em nós
estamos em paz
mesmo que estejamos a sós*

(Leminski, 2016)

Procuramos, por meio dessa pesquisa, aprofundar o conhecimento sobre o uso da técnica da imitação na clínica psicanalítica com crianças autistas a partir da experiência de profissionais atuantes na área por meio de entrevistas individuais de profissionais que trabalham com crianças com diagnóstico de autismo. Há uma escassa bibliografia sobre assunto e, para complementar o estudo teórico, foi realizada uma pesquisa qualitativa. A metodologia qualitativa foi escolhida por privilegiar a narrativa singular ao facilitar a expressão do sujeito entrevistado em toda a sua complexidade e a análise de conteúdo foi selecionada por dispor de técnicas de análise e procedimentos de exposição do conteúdo das mensagens.

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Humanidades da Universidade de Brasília (CEP/IH), com número do parecer 2.669.597. Em conformidade com o artigo 16 do Código de Ética

Profissional do Psicólogo (2005) e com a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

5.1. Sujeitos

Participaram da pesquisa 6 (seis) profissionais que trabalham com crianças autistas, dentre eles, participaram 1 (um) homem e 5 (cinco) mulheres. As idades variam entre 25 e 45 anos, a experiência profissional varia entre 4 e 20 anos e foram entrevistados 5 (cinco) profissionais da área da psicologia clínica e 1 (um) profissional da área da fonoaudiologia.

Tabela 1

Informações dos entrevistados

<u>Profissional</u>	<u>Área de atuação</u>	<u>Sexo</u>	<u>Idade</u>	<u>Experiência</u>
Entrevistado 1	Psicologia	Feminino	36	10 anos
Entrevistado 2	Psicologia	Feminino	45	20 anos
Entrevistado 3	Fonoaudiologia	Feminino	40	14 anos
Entrevistado 4	Psicologia	Masculino	30	7 anos
Entrevistado 5	Psicologia	Feminino	27	5 anos
Entrevistado 6	Psicologia	Feminino	25	4 anos

5.2. Instrumentos e procedimentos

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa, foi estabelecido como critério de inclusão ser um profissional que trabalhasse com crianças com diagnóstico de autismo a partir de uma visão psicanalítica e aceitar participar do estudo. Os sujeitos da pesquisa foram psicólogos e uma fonoaudióloga, que entraram nesses critérios, os quais contatados, demonstraram interesse e disponibilidade em participar do estudo, totalizando 6 profissionais.

Para a realização das entrevistas foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) diretamente aos participantes no ato do início da entrevista, foram assinados por eles e entregue ao pesquisador. No termo de consentimento livre e esclarecido, foi explicitado que os dados coletados seriam posteriormente divulgados em meio científico, contando com o compromisso do sigilo dos dados dos participantes, assegurado pelo pesquisador.

Além disso, foi utilizado um roteiro com 4 (quatro) perguntas semiestruturadas (Apêndice B). As entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes, e

posteriormente transcritas. Foi utilizado um gravador da marca Olympus, modelo WS-210S. As entrevistas tiveram duração média de 18 minutos e 7 segundos, sendo que a entrevista mais longa durou por volta de 20 minutos e a mais curta, 13 minutos. As entrevistas aconteceram no consultório de cada profissional.

1. A partir da sua experiência, qual é o papel da imitação no processo terapêutico da criança com diagnóstico de autismo?
2. Quais são os indícios mais importantes que você observa referente ao estabelecimento da relação transferencial?
3. Como você se sente ao imitar?
4. Quais são as dificuldades em realizar a imitação?

5.3. Entrevistas

A entrevista é uma técnica para obter informações ou coletar dados que não seriam possíveis apenas pela pesquisa bibliográfica e pela observação (Britto Júnior, & Feres Júnior, 2012). Além disso, a entrevista possibilita a apreensão da expressão corporal, da tonalidade da voz e da ênfase nas respostas do entrevistado (Gil, 1999). De acordo com Richardson (1999):

O termo entrevista é construído a partir de duas palavras, *entre* e *vista*. *Vista* refere-se ao ato de ver, ter preocupação com algo. *Entre* indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevista refere-se ao ato de perceber realizado entre duas pessoas (Richardson, 1999, p. 207).

A entrevista tornou-se um instrumento constantemente utilizado por pesquisadores das áreas das ciências sociais e psicológicas e de forma mais aprofundada. Essa técnica é utilizada quando há a necessidade de obter dados que não podem ser encontrados em registros e fontes documentais e esses dados podem ser fornecidos por determinadas pessoas (Salvador, 1980).

A entrevista qualitativa oferece uma compreensão em maior profundidade e ela pode fornecer uma informação contextual com muito valor para explicar achados específicos. Também é muito comum que profissionais que tratam de problemas humanos como psicólogos recorram a essa técnica por ela conseguir abarcar uma complexidade maior de informações (Bauer, & Gaskell, 2000). Rosa e Arnoldi (2006) clarificam que as entrevistas “permitem a obtenção de grande riqueza informativa – intensiva, holística e contextualizada – por serem dotadas de um estilo especialmente aberto, já que se utilizam de questionamentos semiestruturados” (Rosa, & Arnoldi, 2006, p. 87).

A partir do objetivo da pesquisa de obter uma melhor compreensão da utilização da técnica da imitação com crianças autistas, optou-se pela aplicação de entrevistas, pois há escasso material bibliográfico sobre o tema por ser uma técnica recente e consiste em uma transformação da técnica tradicional psicanalítica. Optou-se pelo uso de entrevistas

semiestruturadas, que se configuram por certo grau de flexibilidade na condução do processo, mas orienta-se em torno de um tema específico de interesse e um eixo de questões que guiam o pesquisador. Há uma combinação de perguntas abertas e fechadas. O pesquisador segue um conjunto de questões previamente definidas, mas pode fazer perguntas adicionais caso alguma questão não fique clara ou possa auxiliar no contexto da entrevista. O entrevistado pode falar livremente sobre o tema e, também, o pesquisador tem a oportunidade de delimitar o volume das informações com um maior direcionamento do tema e intervir para que os objetivos da pesquisa sejam alcançados (Boni, & Quaresma, 2005).

5.4. Análise dos dados colhidos na entrevista

O conteúdo coletado das entrevistas foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977). Segundo Bardin (1977), esse método dispõe de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que emprega procedimentos sistemáticos e objetivos de exposição do conteúdo das mensagens. Ele é organizado em torno de três polos, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados que são a inferência e a interpretação.

A análise de conteúdo é um delineamento mais amplo da teoria da comunicação e tem a mensagem como seu ponto de partida (Franco, 2008). A pré-análise consiste na sistematização e na organização, um primeiro contato com o material para desenvolver um esquema preciso das operações necessárias com o intuito de elaborar um plano de análise. Dessa forma, há a escolha do material a ser analisado e a formulação de hipóteses ou objetivos para a elaboração de indicadores que embasem a interpretação final (Bardin, 1977).

A primeira atividade da pré-análise consiste na leitura flutuante dos materiais referentes ao tema e é o momento de deixar-se invadir pelas impressões. Bardin (1977) explica que:

Esta fase é chamada de leitura flutuante, por analogia com a atitude do psicanalista. Pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função da hipótese emergente, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas com materiais análogos (Bardin, 1977, p. 96).

A próxima atividade é a escolha dos documentos. Nessa etapa, o universo de documentos pode ser selecionado a priori e pode ser feito um *corpus* para ser analisado. Bardin (1977) esclarece que “é, muitas vezes, necessário proceder-se à constituição de um ‘*corpus*’. O *corpus* é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A sua constituição implica escolhas, seleções e regras” (Bardin, 1977, p. 96).

A análise do *corpus*, a fase da análise propriamente dita, é realizada a partir de um recorte do corpus com o objetivo de determinar temas centrais que permitam a orientação e agregação dos dados pela frequência e importância do tema, assim há o estabelecimento das unidades de análise e dos nomes das categorias. Segundo Franco (2008), “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos” (Franco, 2008, p. 59). Além disso, ela explana que “a criação de categorias é ponto crucial da análise de conteúdo” (Franco, 2008, p. 59).

Há dois caminhos para serem seguidos na elaboração de categorias, a criação de categorias a priori ou as categorias não são criadas a priori. As categorias criadas a priori são pré-determinadas com o objetivo de encontrar uma resposta específica sobre a questão do pesquisador. As categorias não definidas a priori “emergem da ‘fala’, do discurso, do conteúdo das respostas e implicam constante ida e volta do material de análise à teoria” (Franco, 2008, p. 61). Nesse estudo, o conteúdo das entrevistas formou o *corpus* para ser submetido à análise de conteúdo e as categorias foram criadas a partir do material da entrevista, ou seja, as categorias não foram definidas a priori.

5.5. Resultados

As entrevistas foram realizadas entre os dias 28/05/2018 e 20/06/2018. Seguindo o roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B) e foram realizadas entrevistas individuais que compuseram o *corpus* textual do estudo a ser analisado. Foram seguidos os passos propostos pela técnica, foi realizada a pré-análise com leitura flutuante das entrevistas. Na fase de exploração do material, o *corpus* do estudo foi aprofundado a partir do recorte das palavras e das frases significativas que constituíram os quadros de referências. Foram definidas as unidades de contexto, de registro, as subcategorias e, finalmente, as categorias.

A partir desse trabalho, emergiram categorias que apontam os referenciais teóricos que norteiam a prática clínica psicanalítica com crianças autistas e emergiram categorias para cada pergunta do roteiro de entrevista semiestruturado. Seguem a seguir as categorias de cada questão em forma de tabelas, com as suas respectivas descrições, os temas e alguns exemplos de verbalizações que possibilitem contemplar os aspectos mais importantes das respostas dos entrevistados.

5.5.1. O papel da imitação no processo terapêutico da criança com diagnóstico de autismo

A primeira questão teve o objetivo de identificar o recurso técnico da imitação no trabalho do profissional com crianças autistas. As respostas foram agrupadas em temas e surgiram quatro categorias. A primeira categoria representa a forma como os participantes concebem a imitação, como uma técnica e um princípio fundamental da clínica psicanalítica contemporânea com crianças autistas:

Tabela 2

Categoria 1.1 – Imitação como técnica

Temas
Princípio fundamental
Método
Verbalizações
“Acaba que eu uso a imitação quanto técnica com as crianças que estão muito isoladas nesse primeiro momento da análise” (Entrevistado 1)
“Começa pela imitação como uma ferramenta técnica mesmo e importante” (Entrevistado 1)
“A imitação é fundamental” (Entrevistado 2)
“A partir da minha experiência nos casos que atendi, a imitação foi fundamental” (Entrevistado 5)

A categoria seguinte remete as experiências imitativas na clínica psicanalítica como uma forma de estabelecer vínculo:

Tabela 3

Categoria 1.2 – Estabelecimento de vínculo

Temas
Forma de estabelecer vínculo
Forma não invasiva
Verbalizações
“É uma forma de estabelecer um contato com essa criança. É por via da imitação que a gente consegue que a criança preste atenção e saia do isolamento para poder interagir minimamente e, a partir disso, a gente começa a criar algum jogo” (Entrevistado 1)
“...uma questão que acontecia muito era justamente tentar imitar os sons ou as palavras que

essas crianças traziam. Essas falas ou sons aparentemente sem intenção comunicativa me possibilitaram aos poucos conduzir ao comunicar. Ajudar essas crianças no intuito de uma interação maior, de trazê-las para uma comunicação mais efetiva. Então eu acho a imitação essencial para a gente conseguir ir até essas crianças” (Entrevistado 2)

“Eu vejo que o papel da imitação é servir para formar um vínculo com a criança a maneira dela já que são crianças que não falam e algumas vezes não brincam de uma maneira organizada que a gente compreenda.... Acredito que a imitação serve num primeiro momento como uma possibilidade de formar um vínculo e de se aproximar da maneira como aquela criança vive o mundo” (Entrevistado 4)

“Assim a imitação para mim junto com esse olhar de que a criança está fazendo algo com sentido foi fundamental para eu conseguir acessar a criança e conseguir ter contato com ela, consegui fazer uma relação, construir uma relação” (Entrevistado 5)

“Para mim, o papel da imitação seria uma maneira de não invadir o universo da criança” (Entrevistado 6)

A seguinte categoria encontrada relativa ao papel da imitação é a imitação como função sensorial:

Tabela 4

Categoria 1.3 – Função sensorial

Temas
Imitação como função sensorial
Consciência de si mesmo
Identificação
Mostrar por meio do corpo o sentimento do outro
Verbalizações
“...eu cheguei a escrever sobre a questão da função sensorial da voz no tratamento psicanalítico das crianças dentro do espectro autista e uma questão que acontecia muito era justamente tentar imitar os sons ou as palavras que essas crianças traziam. Essas falas ou sons aparentemente sem intenção comunicativa me possibilitaram aos poucos conduzir ao comunicar. Ajudar essas crianças no intuito de uma interação maior, de trazê-las para uma comunicação mais efetiva” (Entrevistado 2)
“...a criança precisa ter consciência tanto da imitação corporal e gestual quanto da imitação sonora que é muito importante a consciência fonológica por encadeamento linguístico”

(Entrevistado 3)

“Às vezes quando a criança está brincando, seu brincar é interrompido, fica muito agoniada e faz um comportamento ou me passa a sensação de que está sentindo uma angústia, eu imito com meu corpo essa angústia. Estou achando que estou sentindo o que ela está sentindo. Ou quando a criança está fazendo muita birra, muito chateada e ao invés de chegar e falar não pode, eu expesso os sentimentos que eu acho que ela está tendo pelo meu corpo e a criança muda o rumo do que ela estava fazendo. Então tem sido bem interessante na minha prática” (Entrevistado 5)

A próxima categoria encontrada foi o papel da imitação como um *non sense*, o acolhimento da criança mesmo em seus momentos aparentemente sem sentido ao terapeuta:

Tabela 5

Categoria 1.4 – Non sense

Temas
Sem lógica e sem razão
Sem sentido
Verbalizações
“Então a imitação muitas vezes vem não só para que a gente possa entrar em contato e em sintonia, mas para que de alguma forma a criança possa perceber de que o som, o comportamento, a fala dela afeta o outro e a imitação tem esse poder de aos poucos ir mostrando a criança de que sim, ela está me afetando não de uma maneira necessariamente lógica ou racional, mas muito daquilo que Winnicott chama de non sense” (Entrevistado 2)
“Eu acho que a imitação junto com o estar atento aos significados que a criança está produzindo com os comportamentos que até então a gente vê como sem sentido, porque com nosso mundo ‘neurotizado’, a gente não entende muito bem” (Entrevistado 5)

5.5.2. Principais indícios referentes ao estabelecimento da relação transferencial

A segunda questão teve o objetivo de investigar como os profissionais identificam que ocorreu a formação de uma relação transferencial com a criança. As respostas foram agrupadas em temas e surgiram três categorias. A primeira categoria retrata a interação e a comunicação não-verbal e verbal como um forte indício do estabelecimento da relação transferencial:

Tabela 6

Categoria 2.1 – Interação/Comunicação não-verbal

Temas
Saída do isolamento
Reconhecimento do terapeuta
Expressão dos conteúdos subjetivos
Verbalizações
<p>“A gente parte dessa imitação como uma forma de acessar a criança, entrar no mundo dela e identificar-se com ela. A partir disso, ela fica menos isolada na sessão, começa a reconhecer a gente e prestar atenção. No momento em que ela começa a me usar de alguma forma, a se relacionar comigo de alguma forma ou interagir comigo de alguma forma, eu falo que essa relação transferencial aconteceu” (Entrevistado 1)</p>
<p>“...se ela passou a me sondar, se ela me olha, se ela já antecipa, se ela me faz um convite para interagir comigo, se ela estruturou ali uma rotina que existe, eu entendo que já existe uma relação entre o eu e o outro diferente de antes que só era isolamento, só estereotípiia ou uma relação que a criança me usava só como objeto, não era com um outro” (Entrevistado 1)</p>
<p>“...ela vai explorar a gente de alguma forma. Pode ser olhar mais, pode ser se antecipar, pode ser pelo corpo, pode buscar nosso corpo de uma forma mais sensorial, pode estar mais próximo do que a gente fala na nossa voz, a nossa sonoridade, que acaba que a nossa relação com essas crianças, às vezes, passam também pelos vínculos sensoriais não-verbais” (Entrevistado 1)</p>
<p>“Olha nem sempre os indícios são coisas que você percebe visualmente, mas você vê a maneira como essa criança se sente bem ou mesmo trazendo questões negativas e repletas de angústia, ela consegue ficar ali com você. Então a coisa vai fluindo mesmo. Você vê que a criança já entra na sua sala com facilidade, daqui a pouco você vê que a criança já consegue estabelecer uma certa rotina com você” (Entrevistado 2)</p>
<p>“A percepção é quando eles não precisam mais dos pais dentro de sala, porque a gente faz essa transição. Quando são crianças muito pequenas, demora um pouquinho mais essa transição dos pais saírem da sala do ambiente terapêutico, mas depois quando eles se sentem bem com o terapeuta, fica tranquilo e eu vejo que existe essa transferência positiva de vínculo” (Entrevistado 3)</p>
<p>“...quando a criança começa a olhar muito mais, começa a olhar no olho da gente de forma</p>

muito mais presente. Em um segundo momento, a criança procura muito mais o corpo da gente” (Entrevistado 4)

“...a criança está conseguindo colocar para o terapeuta seus conteúdos subjetivos e o terapeuta consegue compreender aquilo por uma questão de uma linguagem que já está sendo compartilhada” (Entrevistado 4)

“...quando a criança se abre para o contato com você” (Entrevistado 5)

“...quando a criança começa a te imitar também” (Entrevistado 6)

A segunda categoria encontrada é a do brincar. Os profissionais relatam o início de um brincar compartilhado:

Tabela 7

Categoria 2.2 – O brincar

Temas
Estabelecimento de brincadeiras
O brincar de forma repetida
Verbalizações
“...quando ela começa a prestar atenção em mim, a me demandar, a estabelecer uma brincadeira, eu entendo que existe já uma relação entre eu e a criança” (Entrevistado 1)
“A partir da imitação que a gente consegue ter acesso mesmo para poder estabelecer uma relação para ela poder prestar atenção em mim, estabelecer um brincar e, a partir disso, já existe uma relação ali imposta mesmo que seja uma relação em termos de uma experiência diferente para a criança, ela poder usar a gente de uma forma diferente” (Entrevistado 1)
“Então há algo muito mais primário que elas buscam na gente para depois estabelecer uma relação transferencial propriamente dita. Eu acho que existe primeiro uma vinculação, uma relação, uma relação às vezes baseada na sonoridade, numa rotina, num brincar bem precoce, num jogo, numa imitação e, depois, uma vinculação como as outras crianças” (Entrevistado 1)
“As crianças que estão menos isoladas, elas começam assim que a gente explica para elas que a gente vai brincar de imitação, elas já começam a brincar de uma maneira repetida. Então ao longo das sessões de uma sessão a outra, elas começam a repetir as mesmas brincadeiras e, com o tempo, essa brincadeira começa a ficar cada vez mais simbólica” (Entrevistado 4)
“Não sei direito o que é, mas são pequenas coisas, um olhar, uma brincadeira que surge

dali, uma resposta com um som, ela bate e você vai e bate na mesma hora, ai ela olha para você, ai vira, mas vai e bate em outra coisa. Começa a se comunicar com sons. Então assim isso para mim é indício que tem uma relação transferencial ali se iniciando” (Entrevistado 5)

“Eu percebo a relação transferencial acontecendo quando a criança não faz mais movimentos tão aleatórios. Ela começa a ver se você está seguindo ela, começa a demonstrar satisfação de ser imitado através do olhar, de um sorriso, os movimentos ficam mais deliberados e aquilo vai realmente virando uma brincadeira.” (Entrevistado 6)

A terceira categoria encontrada foi a contratransferência. Esse mecanismo também é um indício do estabelecimento da relação transferencial:

Tabela 8

Categoria 2.3 – Contratransferência

Temas
Sensação no profissional
Sentir em si
Verbalizações
“A maneira de eu visualizar isso é muito também eu prestando atenção na relação contratransferencial na minha própria sensação e no meu próprio sentimento quando estou com aquela criança. Se eu me sinto angustiada, se eu me sinto sem saber o que fazer, se eu me sinto acolhida, meu desejo inclusive do tipo ‘ai que bom hoje eu vou ter atendimento do fulano’. Acho que prestar atenção na nossa própria sensação é tão importante quanto você entender como a criança está se sentindo” (Entrevistado 2)
“A criança tem um comportamento e você imita algo que ela interrompeu, mas que você sentiu que ela estava colocando” (Entrevistado 5)
“Eu digo até que essa clínica é diferente, mas ela é muito mais intensa até porque ela é sentida de uma maneira sensorial para a gente também não só para a criança” (Entrevistado 6)

5.5.3. Sensações e sentimentos dos profissionais ao realizar a imitação

A terceira questão teve o objetivo de investigar os sentimentos e sensações decorrentes da imitação nos profissionais. As respostas foram agrupadas em temas e surgiram quatro categorias. A primeira categoria encontrada foram os sentimentos de satisfação e naturalidade.

Tabela 9

Categoria 3.1 – Satisfação/Naturalidade

Temas
Naturalidade
Entusiasmo
Diversão
Verbalizações
“É algo quase natural hoje em dia. Às vezes eu me pego fazendo repetições sonoras interrompendo até o discurso dos pais quando a criança está presente. Então já é uma coisa muito natural para mim” (Entrevistado 2)
“Assim eu gosto bastante, porque eu me sinto em contato com aquela criança... acho que é muito importante e muito gostoso esse sentimento de você estar com a criança e não gerar angústia nela” (Entrevistado 3)
“Eu gosto. É interessante... Eu me sinto bem” (Entrevistado 6)
“...tem uma coisa de diversão, assim eu me sinto engraçada... me traz uma sensação boa” (Entrevistado 6)

A segunda categoria encontrada foi a presença de sentimentos desagradáveis e a sensação de estranheza.

Tabela 10

Categoria 3.2 – Sentimentos desagradáveis

Temas
Estranheza
Vergonha
Desconforto
Verbalizações
“Olha tem vezes que eu me sinto, no início principalmente, eu me sentia muito estranho, porque eu não tinha ainda a experiência suficiente para saber que aquilo ia dar certo” (Entrevistado 4)

“No início, eu sentia um pouco de vergonha” (Entrevistado 5)

“Às vezes eu me sinto um pouco fora da realidade, porque são coisas que normalmente eu não faria... pode trazer um desconforto de eu sair mesmo da minha zona de conforto” (Entrevistado 6)

A terceira categoria encontrada foi o incômodo com o julgamento externo dos atos imitativos:

Tabela 11

Categoria 3.3 – Julgamento externo

Temas

Opinião alheia

Presença de um observador

Julgamento externo

Verbalizações

“...tinha essa questão do tipo ‘ah o que os outros estão achando que eu estou fazendo aqui?’, mas ao mesmo tempo eu via um sentido e via que a criança estava estabelecendo uma relação ali” (Entrevistado 5)

“É eu acho que o desconforto surge muito mais quando tem um observador. Se eu tiver sozinha com a criança, é tudo legal e é ok. Então parece que é mais algo de um julgamento externo assim que trava. ” (Entrevistado 6)

A quarta categoria encontrada foi relacionada ao sentimento de abertura que envolve trocas com a criança:

Tabela 12

Categoria 3.4 – Estado de abertura

Temas

Disponibilidade

Troca com a criança

Sente as emoções da criança

Verbalizações

“É um momento em que a gente se disponibiliza. Acho que é um estado de se disponibilizar. Disponibilidade antes de tudo. Se propor a imitar a criança é estar com ela, é

se propor a estar no lugar dela e buscar uma identificação com ela. Ao invés de ser uma coisa submissa de que ela se submeta a mim e entre no meu jeito de ser e no meu funcionamento. A oferta é outra: eu acolho, eu te respeito e quero estar junto de você. Para isso, eu me coloco disponível para ela e é uma forma também de eu me aproximar, entender como ela se sente, qual sentido faz aquilo para ela, que sentido tem para ela os gestos que ela traz. É uma forma que eu busco para me aproximar, identificar-me com ela e estar nesse estado de abertura: eu quero ficar perto de você, você me aceita? É mais um convite que eu faço” (Entrevistado 1)

“É como se quando a gente repete o som da criança, a gente faz que ela sinta que o som dela foi ecoado puxando para essa parte do som. De eco mesmo, de fazer eco, de trazer um retorno para ela” (Entrevistado 2)

“Você compartilha uma brincadeira ou tudo que a criança estiver afim de realizar, você vai compartilhar e ela vai sentir prazer naquele ambiente com você. Ela vai sentir-se bem. São brincadeiras importantes. O brincar compartilhado para a criança autista se desenvolver. Então existe essa necessidade e o brincar compartilhado é o pré-diálogo” (Entrevistado 3)

“Ao imitá-la, eu faço que aquela linguagem se torne própria do meu conhecimento. A partir daí, eu posso usar ela para acessar melhor a criança” (Entrevistado 4)

“Às vezes quando eu estou imitando alguma criança que parece estar muito angustiada, eu sinto muita angústia, muita mesmo. Às vezes, o paciente faz algumas estereotípias e eu começo a fazer as mesmas coisas que ele. Por exemplo, já aconteceu dele estar chorando e eu chorar junto, me veio uma vontade de chorar. Então assim você sente emoções ali” (Entrevistado 5)

“Eu realmente encaro como uma forma de brincar, eu me sinto conectada com a criança” (Entrevistado 6)

5.5.4. Dificuldades na realização da imitação

A quarta questão possuiu o objetivo de investigar as dificuldades referentes a imitação de crianças autistas. As respostas foram agrupadas em temas e surgiram cinco categorias. A primeira categoria concebe a enorme disponibilidade exigida do profissional ao realizar as imitações.

Tabela 13

Categoria 4.1 – Disponibilidade

Temas
Presença física e emocional Atenção Aposta
Verbalizações
<p>“...você deve estar disponível, tem que estar aberto e você deve estar 100% ali com a criança. Então é você poder estar inteiro imitando e buscando uma conexão com alguém que você aposta que vai responder e que não necessariamente vai responder naquele momento em que você está se oferecendo, mas que você aposta nisso. Então é uma coisa que exige do analista em termos de aposta e esperança, de energia psíquica.” (Entrevistado 1)</p> <p>“Traz isso de uma frustração, de uma expectativa grande, esperança e, ao mesmo tempo, você deve estar muito atento a tudo. Então além dessa frustração dessa resposta não vir do jeito que a gente gostaria ou de não ter, exige uma presença física de energia do analista, energia para estar sustentando essa imitação física e emocional” (Entrevistado 1)</p> <p>“Não é fácil estar ali disponível para o que a criança vai trazer... Então assim eu acho que é uma posição que você tem que estar muito presente e eu acho que essa é uma dificuldade de você estar presente para aquilo que a criança está fazendo e imitá-la em alguma coisa que você não espera” (Entrevistado 5)</p>

A segunda dificuldade encontrada foi a imitação de comportamentos estranhos da criança:

Tabela 14

Categoria 4.2 – Comportamentos estranhos

Temas
Comportamentos bizarros Comportamentos incomuns
Verbalizações
<p>“O que eu vejo de dificuldades à vezes é quando a imitação envolve alguns comportamentos como lambem algumas coisas, às vezes, as crianças lambem chão, sofá e alguns objetos que não estão muito limpos” (Entrevistado 4)</p> <p>“As dificuldades para imitar... essa questão de você “desneurotizar” no sentido de fazer algo que não é muito comum e que é uma experiência fenomenológica, você vai lá e vai</p>

ver o que vai surgir. Não tem um roteiro e, às vezes, elas fazem umas coisas que assim como pegar baba e passar no espelho” (Entrevistado 5)

“Outra dificuldade que eu encontro é quando, às vezes, você se vê deparado com seus limites. Assim da criança talvez querer tocar em partes genitais ou coisas que são consideradas como nojenta tipo cuspir. Podem ter coisas muito primitivas que a criança traz que aquilo vai de encontro com o limite do terapeuta e aí você cai numa questão talvez até ética assim se você imita ou não. Tem que localizar o limite do terapeuta no que seria terapêutico” (Entrevistado 6)

A seguinte categoria encontrada foi a ausência de dificuldades em relação as experiências imitativas. Os profissionais relataram não sentir dificuldades em realizar a imitação:

Tabela 15

Categoria 4.3 – Ausência de dificuldades

Temas

Não vê dificuldades

Verbalizações

“Assim, eu não vejo dificuldades...Eu nunca me deparei com dificuldades na área de imitação. Eu acho que sempre foi um recurso muito bom e que eu uso continuamente com os pacientes” (Entrevistado 3)

“...hoje em dia realmente não vejo muita dificuldade de imitá-las” (Entrevistado 4)

A quarta categoria refere-se a dificuldade de imitar os gestos e os sons da criança de forma exatamente igual:

Tabela 16

Categoria 4.4 – Imitar exatamente igual

Temas

Conseguir atingir a produção da criança

Não fazer exatamente como a criança faz

Captar o que a criança está fazendo

Acertar o ponto como um trabalho corporal e de fala

Verbalizações

“Dificuldades talvez quando a criança está num estado de isolamento muito sofrido e, às vezes, você não consegue atingir por exemplo sonoramente o timbre que a criança está produzindo” (Entrevistado 2)

“Talvez as dificuldades sejam mais no sentido da criança entender a minha disponibilidade, a minha intenção de repeti-la, porque às vezes eu não faço exatamente como ela está fazendo, mas quando a gente acerta, aí a criança se sente muito bem da gente conseguir alcançar aquilo ou, às vezes, ela se sente muito mal” (Entrevistado 2)

“...a criança está fazendo de um jeito e eu sinto que eu não estou captando direito o que ela está fazendo. Então ela está batendo de uma forma e eu de outra e eu fico pensando o que é o principal daquele gesto para aquela criança. Isto impede e atrapalha de estar presente na hora da imitação” (Entrevistado 4)

“...acessar aquilo que eu acho que a criança está sentindo até que é que algumas vezes, não faz tanto sentindo para ela e outras vezes sim, mas esse negócio de você acertar o ponto como um trabalho corporal e de fala” (Entrevistado 4)

A última categoria é relacionada ao incômodo referente ao julgamento externo:

Tabela 17

Categoria 4.5 – Julgamento externo

Temas

Vergonha na presença dos pais

Julgamento do trabalho e da técnica

Verbalizações

“Realizar a imitação em local público, por exemplo, no caso acompanhamento terapêutico, eu ficava vergonha mesmo e, às vezes, na presença dos pais e no começo” (Entrevistado 4)

“Uma das dificuldades é quando os pais estão presentes. É uma situação estranha e levemente incômoda até mesmo porque o que é esperado do psicólogo muitas vezes é o “normalizar” a criança. Fazer com que ela acabe com as estereotípias e os comportamentos que não são tidos como normais tanto pela idade quanto pela nossa sociedade e a imitação é justamente o oposto disso, é você estar com a criança de um jeito “estranho”, o jeito dela. Então pode ser interpretado que você não estava fazendo seu trabalho.... então é um pouco disso de você ter seu trabalho e sua técnica serem julgados de uma forma muito negativa”

(Entrevistado 6)

A seguir serão apresentadas tabelas com o número de vezes que os temas de cada categoria apareceram nas entrevistas:

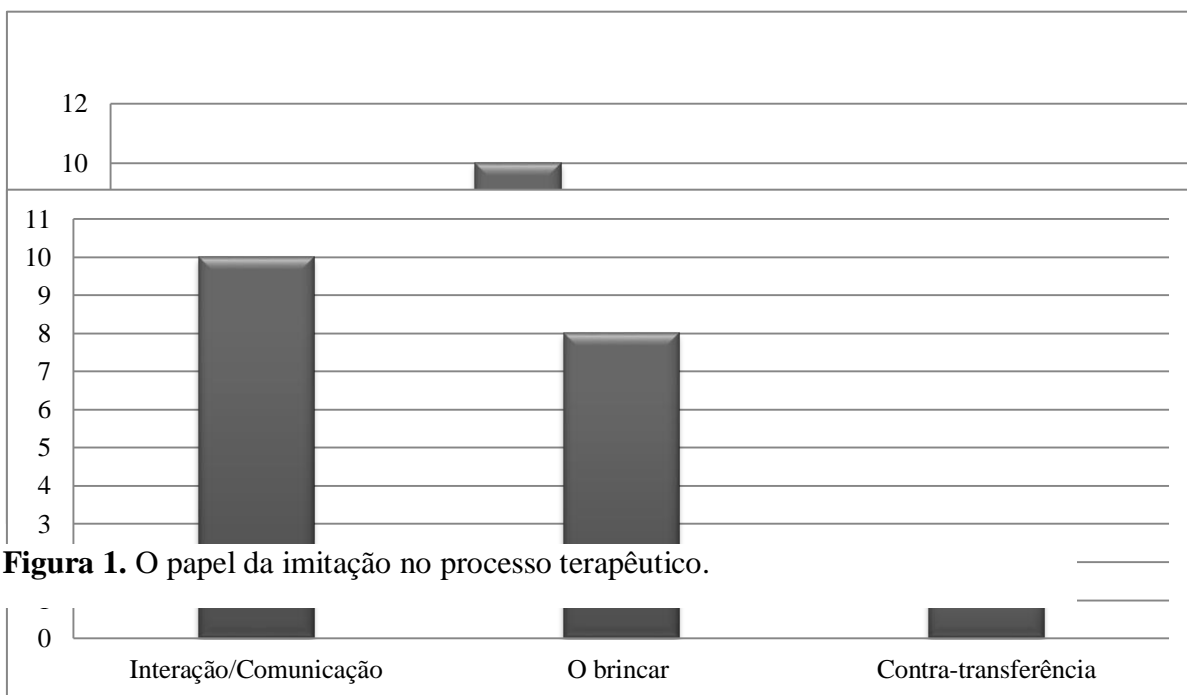


Figura 1. O papel da imitação no processo terapêutico.

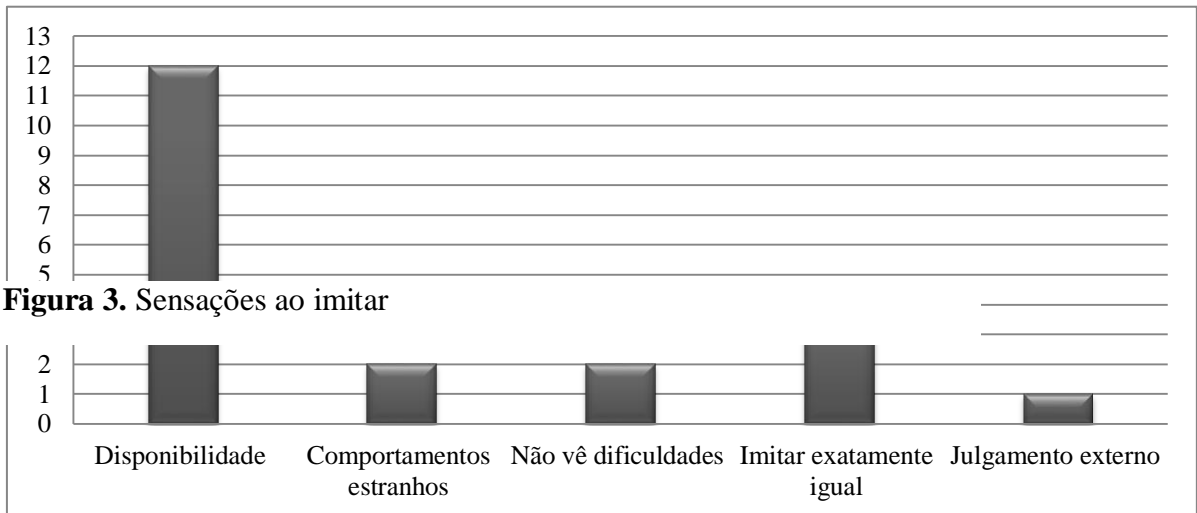
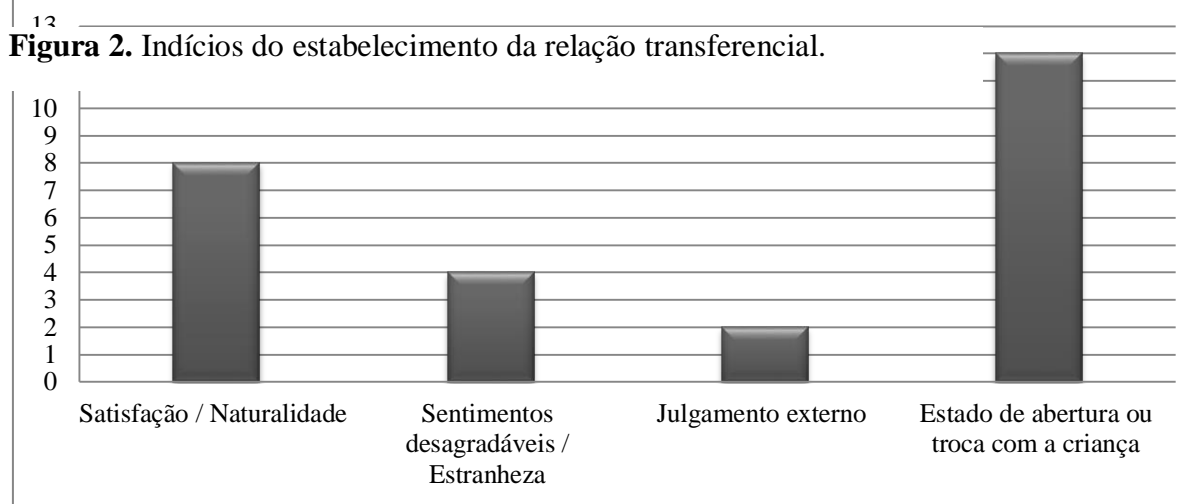


Figura 4. Dificuldade da imitação

5.6. Discussão

5.6.1. O papel da imitação no processo terapêutico da criança com diagnóstico de autismo

A primeira categoria encontrada nas respostas emitidas pelos participantes foi o papel da imitação como técnica de trabalho no processo terapêutico da criança com diagnóstico de autismo. Técnica é um conjunto de métodos e práticas referentes à execução de uma profissão ou trabalho (Ferreira, 1999). Segundo Ferenczi (1928/1993), “o próprio Freud, em suas últimas comunicações sobre a técnica, deixava livre o campo para outros métodos de trabalho em psicanálise, paralelos ao dele” (Ferenczi, 1928/1993, p. 97). Na verdade, Freud (1911b/1996; 1915b/1996) fez poucas orientações em relação as técnicas da psicanálise e, através da abertura dos psicanalistas ao atendimento de um público infantil e de pacientes psicóticos, *boderlines* e dentre outros, houve a necessidade do desenvolvimento de novas técnicas de trabalho. Ferenczi (1928/1993) já defendia uma elasticidade da técnica psicanalítica e ela foi ocorrendo ao decorrer do tempo.

A clínica psicanalítica com crianças autistas foi marcada por inovações da técnica psicanalítica desde o seu início. Klein (1930/1996) inseriu o desenvolvimento de um brincar para formar a relação transferencial com a criança e para interpretá-la. A partir do caso Dick, uma criança que não brincava, Klein (1930/1996) criou um jogo simbólico e interpretou a criança. Apesar de muitas críticas como a de Lacan (1953-1954/1979), pelo fato de Klein ter realizado uma interpretação baseada em conflitos edípicos, a análise teve bons resultados. A criança começou a estabelecer contato afetivo e vínculo com sua família e com sua babá. Além disso, Klein (1930/1996) proporcionou uma historicidade ao mundo de Dick e teve um olhar diferenciado a criança, possibilitando o seu desenvolvimento emocional.

Posteriormente, Winnicott (1961/1989) trouxe o *holding*, o manejo clínico e o brincar como técnicas para pacientes psicóticos, autistas e borderline. Ele também enfatizou a importância do ambiente para esses pacientes e a utilização das técnicas tradicionais da psicanálise ou o oferecimento de *holding* de acordo com o paciente e com o seu momento. Laznik (1997) fez outra alteração na técnica psicanalítica com crianças autistas, começou a realizar uma tradução para a criança e para os pais possibilitar a criação da relação transferencial e a compreensão da mãe das angústias relacionadas ao filho e a si mesma.

A partir desse histórico, é possível perceber que as inovações técnicas sempre estiveram presente na clínica psicanalítica com crianças autistas. As técnicas anteriores utilizam-se de interpretações e traduções da criança e há predominância das interpretações verbal das representações vagas. O recurso técnico da imitação, diferentemente, rompe com a necessidade de uma interpretação ou tradução desde o início do tratamento com crianças autistas e utiliza a imitação para criar a relação transferencial. A imitação mostra-se como uma nova técnica disponível para essa clínica e essa primeira categoria demonstra a relevância da imitação como uma nova técnica a ser explorada e pesquisada.

A segunda categoria encontrada é a formação de um vínculo afetivo, os profissionais relatam o estabelecimento de vínculo terapêutico com a criança após um trabalho imitativo. O tratamento terapêutico de crianças com autismo ocorre a partir da construção de uma relação basilar com o terapeuta. É crucial que a criança possa fazer-se ouvir e fazer-se ver, assim, podem ocorrer construções necessárias ao seu desenvolvimento (Cardoso, & Sielski, 2004). O objetivo, nessa clínica, não é realizar interpretações dos fantasmas do inconsciente, mas permitir o advento do sujeito (Marques, & Arruda, 2007).

Zimerman (1999) discorre sobre o vínculo do reconhecimento. Ele sempre está presente nas inter-relações pessoais e o reconhecimento remete a necessidade de todo ser humano de se sentir reconhecido e valorizado pelos demais e de existir em sua individualidade. É muito importante que o analista reconheça o paciente e suas necessidades de ser acolhido, contido, compreendido e reconhecido nas suas manifestações de ilusão onipotente, de amor e de agressividade. Esses aspectos são fundamentais nos processos de diferenciação, separação e individuação. Assim, o recurso imitativo torna-se muito importante ao possibilitar que a criança dita autista se sinta reconhecida em sua individualidade e em suas necessidades.

As crianças com diagnóstico de autismo, muitas vezes, chegam aos consultórios apresentando uma ensimesmamento e, a partir disso, interagir com essa criança torna-se um desafio nessa clínica. A percepção da existência de um outro parece prejudicada e há um

intenso investimento em si mesmo. A imitação das suas ações, gestos e sons permite essa criança ver o outro enquanto reflexão de si. A imagem dela refletida no terapeuta auxilia o reconhecimento de um outro e possibilita a interação com esse outro mesmo que de forma narcísica nesse primeiro momento.

A fascinação por si mesmo sempre intrigou bastante vários estudiosos culminando nos estudos da perversão (Moreno, & Endo, 2014). No entanto, Freud (1905a/1996) entendeu o narcisismo, a fase perversa polimorfa e o ensimesmamento como uma fase do desenvolvimento humano que é superado por outros processos para alcançar o amor pelo objeto, o investimento em objetos. O narcisismo estaria entre o autoerotismo e o amor de objeto. O narcisismo seria o momento de transição quando os instintos sexuais, que se ocupavam somente com atividades auto eróticas são reunidos para a obtenção de um objeto amoroso. Nesse momento, o objeto amoroso é si próprio e o próprio corpo. Assim, os estados autísticos estariam intimamente ligados ao narcisismo primário, o investimento libidinal no próprio indivíduo.

Freud (1911a/1996) também comenta sobre a metáfora do “ovo de pássaro”, um funcionamento psíquico de base, um sistema psíquico isolado dos estímulos externos capaz de obter satisfação psíquica. Ele é um processo instituído pelo bebê nas primeiras relações com o cuidador e prepara o recém-nascido para conduzir estímulos negativos para fora. Assim, esse isolamento é importante e necessário ao desenvolvimento do bebê nessa fase.

Além disso, Freud (1914/1966) frisa a importância de sair do estado de autoerotismo e alcançar o investimento em objetos para não haver um adoecimento do indivíduo, a escolha de outro objeto só pode ser realizada com o surgimento do investimento objetal. O narcisismo secundário, um processo de retorno da libido do investimento de outros objetos, é formado pela identificação com o outro. Assim, o narcisismo secundário evidencia o investimento objetal. A imitação, juntamente com as sensações e a percepções, é um movimento primordial na constituição das identificações. A identificação une e integra os fenômenos da esfera oral e da esfera sensorial perceptivo-imitativa permitindo o desenvolvimento dos investimentos objetais (Gaddini, 1969, tradução nossa). Dessa forma, o recurso técnico da imitação é uma técnica que auxilia no desenvolvimento da identificação, da relação de objeto e do estabelecimento de vínculo.

Três profissionais descreveram a imitação como uma função sensorial. Gaddini (1969, tradução nossa) relata uma forma de conhecer o mundo através da percepção e das sensações, a atividade psicossensorial. O bebê imita para perceber. A imitação relaciona-se à percepção, na medida em que a percepção primitiva é fisicamente imitativa. A criança primeiro percebe

modificando o próprio corpo em resposta a um estímulo. Assim, o bebê não percebe o estímulo propriamente dito, mas a modificação do seu corpo.

Não há como acessar conteúdos e processos tão primitivos pelas palavras, somente pelas sensações, pela percepção e pelo corpo. As sensações e as percepções possuem papel fundamental na atividade psicossensorial e a identificação une e integra os fenômenos da esfera oral e esfera sensorial perceptivo-imitativa, que são introjeções primitivas. A imitação funciona como uma restauração mágica da fusão entre ego e objeto e esse processo juntamente com a introjeção obedecem ao princípio do prazer (Gaddini, 1969, tradução nossa).

A partir da identificação, é possível construir a relação de objeto. A identificação segue o princípio da realidade, é uma forma do indivíduo constituir-se ao assimilar aspectos e atributos do outro e transformar-se total ou parcialmente de acordo com o modelo do outro e é expressão de um laço emocional com outra pessoa de forma bem precoce (Freud, 1921/1996). Assim, a imitação é um movimento primordial na constituição das identificações e associada as sensações e as percepções, possibilitando a criança dita autista integrar suas sensações e percepções ao serem refletidas no terapeuta, ter consciência sobre si e iniciar um processo de identificação com ele.

O entrevistado 5 relatou expressar em seu corpo as sensações da criança e ter bons resultados com esse recurso. A função sensorial tem lugar privilegiado na clínica psicanalítica com crianças autistas. O uso de percepções e sensações no recurso técnico da imitação auxiliam todo o processo terapêutico. O terapeuta por meio da identificação, da relação empática e da contratransferência entra em ressonância com efeitos inconscientes do paciente, mas sem perder a integridade do seu eu (Decety, 2002), e torna-se disponível a criança e a imitar o seu comportamento.

A quarta categoria encontrada foi o *non sense*. Os profissionais consideram a técnica da imitação como uma forma de acompanhar a criança mesmo nos momentos que a criança faz comportamentos, gestos, olhares e sons incompreensíveis ao terapeuta. Mesmo que ininteligível ao profissional o sentido daquelas ações, elas afetam-no e ele atenta-se a todas produções da criança no *setting* terapêutico oferecendo *holding*, acolhimento e experiências imitativas. O recurso técnico da imitação permite ao terapeuta estar em uma atitude de respeito a criança e estar consciente de não saber o que está acontecendo com a criança naquele momento. Ele não deve procurar um sentido para a experiência de *non sense* da criança, não precisa intervir de modo a realizar interpretações e não é necessário agir de maneira educativa.

5.6.2. Os principais indícios referentes ao estabelecimento da relação transferencial

A primeira categoria encontrada foi a interação e a comunicação não-verbal ou verbal como indícios do estabelecimento da relação transferencial. A partir da identificação do terapeuta com a criança e da realização de imitações com fins clínicos, a criança inicia um processo de identificação com o terapeuta. Ela é capaz de perceber a si refletida no terapeuta e, assim, torna-se possível alguma aproximação com o terapeuta, o reconhecimento dele e o início de interações, mesmo que seja uma comunicação bem primitiva.

Winnicott (1956/2000) descreve que, no início da vida do bebê, ele ainda não é capaz de identificar-se com sua mãe, pois não há um ego desenvolvido e uma diferenciação entre o eu e outro. É necessário que a mãe se identifique com seu bebê, para isso, é necessário um investimento nessa criança e uma compreensão das suas necessidades. Nessa fase primitiva, investir no outro e identificação tornam-se o mesmo. A mãe, em sua preocupação primária, identifica-se com seu bebê, é capaz de empatizar com ele e proporcionar o cuidado e o ambiente necessário. Da mesma forma, o terapeuta suficientemente bom identifica-se com a criança em estado autístico, acompanha-a em seus movimentos a maneira dela e realiza as imitações necessárias. Enquanto as palavras podem não oferecem um *holding* necessário aos pacientes em estados autísticos, o recurso técnico da imitação é um comportamento de *holding* possibilitador da continuação dos processos psíquicos, a integração, a personalização e a realização, e promove o desenvolvimento emocional da criança.

Em relação a comunicação, ela não está estabelecida nos momentos iniciais da vida do bebê como linguagem da forma corriqueira da palavra, não há emissão de palavras e discurso verbal. Há uma comunicação não-verbal entre mãe-bebê. O importante não é a mãe falar com o bebê necessariamente, mas ela inspirar confiança através da sensorialidade, como um gesto, uma entonação de voz, uma expressão facial, uma melodia. A confiabilidade humana estabelece uma comunicação antes do discurso significar algo (Winnicott, 1968/1996). No *setting* terapêutico com uma criança dita autista ainda sem palavras ou uma fala organizada, faz-se importante que o terapeuta estabeleça uma relação de confiança com ela a partir do que a criança traz e, assim, a imitação das ações da criança permite o terapeuta estar com criança sem invasões e demonstrando respeito a ela. Dessa forma, ela começa a sentir-se bem no *setting*, a se interessar pelo terapeuta, a buscar o terapeuta e a sair do isolamento mesmo que de forma insipiente. Os olhares e atenção podem se voltar ao terapeuta e ele começa uma interação com a criança, uma comunicação primitiva tem início.

Segundo Jacobson (1964), o investimento pulsional da mãe na criança é capaz de induzir reações afetivo-motoras e ocasionar novos investimentos maternos em um processo contínuo entre as duas partes. Da mesma forma, o investimento pulsional do terapeuta na criança e a realização de imitações são capazes de suscitar reações afetivo-motoras na criança dita autista e de promoverem novos investimentos do terapeuta na criança, desencadeando uma relação de trocas e estabelecendo uma relação transferencial.

A segunda categoria encontrada é o brincar como um indício do estabelecimento da relação transferencial. A criança em estado autístico, normalmente, encontra-se ensimesmada, ela entra num estado de experimentação de si, e, muitas vezes, não promove brincadeiras e não se interessa pelos brinquedos e pelo terapeuta.

As experiências imitativas ocorrem na área da ilusão da criança como uma experiência subjetiva. Se a imitação da criança tiver o assentimento do seu ambiente e o seu meio utilizar-se desse recurso como uma forma de estar com a criança, essa vivência pode tornar-se um fenômeno transicional.

Os fenômenos transicionais possibilitam a ilusão de encontrar um suporte na realidade, uma zona de ilusão entre o concebido pela criança e o oferecido pelos indivíduos próximos a criança como os pais e o terapeuta. Esses mecanismos representam uma zona intermediária entre a subjetividade e a objetividade e uma transição à verdadeira relação de objeto. A mãe apresenta o mundo ao bebê de forma gradual e permite a ilusão de criação dos objetos encontrados por ele, propiciando uma experiência de onipotência (Winnicott, 1975).

O analista também exerce essa função e os comportamentos imitativos dele permitem a criança sentir-se criadora daqueles movimentos, sons e gestos emitidos pelo terapeuta que refletem as suas próprias ações. O paradoxo é formado, não se sabe se a criança concebeu os movimentos imitativos do terapeuta a partir da sua ilusão ou as ações vieram do mundo exterior de forma objetiva. Não há uma resposta para esse paradoxo e ele conduz a uma tensão que só é aliviada na área intermediária da experiência. A aceitação do paradoxo é essencial ao desenvolvimento saudável e a área intermediária funda o relacionamento entre a criança e o mundo segundo Winnicott (1975).

Os fenômenos transicionais possibilitam a passagem do controle onipotente e mágico do bebê para o controle pela manipulação. Ele representa a alteração de um estado de um bebê em fusão com sua mãe para um estado de relação do bebê com uma mãe externa e separada dele. Ele abandona um tipo narcísico de relação de objeto (Winnicott, 1975). Dessa forma, as experiências imitativas proporcionam a saída da criança de uma relação de objeto narcísica

para o uso de objetos, ela começa a perceber o terapeuta como algo separado e com sua existência independente.

Os fenômenos transicionais expandem ao brincar, à criatividade, ao ser e ao sentimento afetivo (Winnicott, 1975). Assim, a experiência imitativa como um fenômeno transicional permite o início da experiência de si, do brincar, da criatividade, do viver e da constituição do ser. Os entrevistados relataram o estabelecimento de uma interação com a criança e o início de brincadeiras após o uso do recurso técnico da imitação. Essas ocorrências mostram aos terapeutas o estabelecimento de uma relação transferencial. Após esse momento, as brincadeiras vão tornando-se mais complexas até o início de um brincar compartilhado com a existência da simbolização. O brincar compartilhado ocorre com o terapeuta e com outras pessoas como a família e outras crianças, o que mostra que a criança está interagindo com seu ambiente, experimentando a realidade compartilhada e inserindo-se no seu campo cultural.

A terceira categoria encontrada foi a contratransferência como um indício ao estabelecimento da relação transferencial. Os entrevistados relataram a importância de prestar atenção nas sensações e nos sentimentos evocados pela relação com a criança para o trabalho analítico e o seu uso durante o tratamento psicanalítico. A contratransferência tornou-se mais importante na clínica psicanalítica com pacientes psicóticos e ditos autistas pelo foco do tratamento ter se tornado a relação terapêutica e as reações do analista frente ao paciente (Laplanché, & Pontalis, 1988). Esses pacientes demandam uma carga emocional mais forte (Winnicott, 1947/2000) e a contratransferência permite acesso a comunicações inconscientes, auxiliando o tratamento (Decety, 2002).

O profissional precisa de uma habilidade técnica e capacidade interna para suportar e dar continência a criança dita autista (Melo, Magalhães, & Féres-Carneiro, 2014). Para isso, é importante o terapeuta estabelecer uma relação empática com ela. A empatia, apesar de pouco explorada na psicanálise, é fundamental no *setting* analítico. Ela é considerada uma condição prévia na clínica psicanalítica e uma forma de guiar o trabalho do analista e é um fator decisivo no manejo de casos e situações clínicas com limitações no poder das intervenções verbais e nas interpretações (Pimentel, & Coelho Junior, 2008).

A imitação pode ser considerada uma forma de estabelecer uma relação empática com a criança com diagnóstico de autismo uma vez que é uma tentativa de compreensão da criança a partir das suas próprias referências e não do terapeuta. Freud (1921/2010) elucidou haver uma forma da identificação através da imitação levar à empatia. Uma identificação parcial e temporária é fundamental com o paciente para alcançá-lo, mas não é o suficiente para interpretar o comportamento da criança (Decety, 2002). A identificação e a imitação são

necessárias ao estabelecimento da empatia. Alguns conceitos de empatia revelam essa relação. O conceito mais comum de empatia é o sentir com, que mostra importância do mecanismo da identificação. Lipps (1965) conceituou a empatia como uma imitação interior do movimento percebido em outros e Titchener (1909) pensou a empatia como derivação de uma espécie de imitação física da aflição dos outros e ela origina os mesmos sentimentos em si mesmo. Esses conceitos designam um envolvimento físico na empatia que também está presente nas experiências imitativas.

Marcas são impressas na fase inicial da vida psíquica e ficam gravadas em um campo de difícil acesso pela palavra e são inscritas na memória corporal. Assim, faz-se necessário aproximar da criança através da percepção, da ressonância afetiva e da sintonia emocional. A empatia torna-se uma forma de comunicação com as crianças autistas possibilitadora de uma troca subjetiva. A partir dessa troca, podem ocorrer transformações na experiência dos sujeitos e é considerado um fator terapêutico. De acordo com Safra (2008), a empatia foi discutida na psicanálise no conceito de contratransferência. Então pode ser visto que esses dois mecanismos são fundamentais na clínica psicanalítica e possuem um lugar significativo na clínica psicanalítica com crianças autistas e que, quando ocorrem, uma vinculação está formada entre a criança e o terapeuta, já existem fenômenos transferenciais na relação.

5.6.3. Sensações e sentimentos dos profissionais ao realizar a imitação

A primeira categoria encontrada é a naturalidade e a satisfação. Alguns entrevistados relataram naturalidade ao realizar as imitações com a crianças ditas autistas em seus consultórios clínicos por ser um recurso técnico utilizado rotineiramente na sua prática clínica. Outros participantes expressaram sentir satisfação ao emitir as imitações por conta do bem-estar gerado na criança e devido a sensação boa trazida ao próprio profissional, pelos efeitos provocados na criança e pôr oferecer momentos de diversão a ele.

A segunda categoria encontrada compõe sentimentos desagradáveis e de estranheza. Metade dos entrevistados, três profissionais, relataram sentimentos desagradáveis em decorrência da imitação de crianças ditas autistas. Os três participantes possuem menor tempo de experiência profissional na clínica psicanalítica com crianças diagnosticadas com autismo em relação aos outros participantes. Foi relatado também que, no início do trabalho com essas crianças, era mais presente os sentimentos desagradáveis como a estranheza e a vergonha.

Assim, percebe-se que pode ser comum os sentimentos desagradáveis relativos ao recurso técnico da imitação quando o profissional possui menor tempo de experiência ou esteja no início da utilização desse recurso técnico em sua clínica. Nesses casos, o terapeuta pode ainda não ter dominado completamente a técnica ou não ter vivenciado os benefícios que a técnica pode propiciar para a criança. No entanto, com a experiência, o profissional percebe as mudanças ocorridas na criança na relação terapêutica com a criança a partir da experiência imitativa e adquire confiança em relação a técnica.

A terceira categoria encontrada é o sentimento de julgamento externo. Dois profissionais relataram sentirem-se julgados por outras pessoas quando realizam imitações das crianças ditas autistas. O entrevistado 5 expressou preocupação com o julgamento externo, mas ao perceber o sentido em suas ações como uma forma de possibilitar uma relação transferencial com a criança, conseguiu lidar com esse julgamento externo e deu continuidade às experiências imitativas. O entrevistado 6 relatou um maior desconforto ao realizar as imitações com um julgamento externo. Os dois profissionais possuem menor experiência com crianças diagnosticadas como autistas em relação aos outros entrevistados, cinco e quatro anos de experiência respectivamente. O restante dos participantes não relataram incômodo ao realizar imitações da criança perante os pais ou outras pessoas. Dessa forma, pode-se pensar que quanto maior a quantidade de tempo de experiência nessa clínica, o profissional seja capaz de lidar com a possibilidade de um julgamento externo, adquire maior segurança em relação a técnica e consiga recomendar aos pais também realizarem imitações dos comportamentos, estereotípias, gestos e sons do filho afim de estabelecerem uma interação com a criança.

A quarta categoria abrange um estado de abertura ou troca com a criança. Todos os entrevistados relataram o sentimento de abertura na experiência imitativa com a criança em estados autísticos e a existência de trocas com elas. A abertura e a disponibilidade do terapeuta são imprescindíveis a criança no *setting* analítico. Assim como uma mãe somente devolve o bebê a si mesmo quando ela se encontra disponível (Winnicott, 1975), o terapeuta possibilita a criança dita autista enxergar a si mesma no terapeuta se ele estiver disponível a criança e capaz de identificar-se com ela.

Os profissionais entendem a técnica imitativa como uma forma de estar com a criança a maneira dela e na linguagem dela. A imitação funciona como um eco a experiência da criança e tem um função especular ao refletir a criança e o seu mundo subjetivo. O que a criança traz ao terapeuta, torna-se uma experiência compartilhada através da experiência imitativa. As ações da criança e as imitações do terapeuta podem transformarem-se numa

comunicação, numa interação e numa brincadeira. O entrevistado 5 também relatou a abertura e uma troca com criança em estado autístico por meio da contratransferência ao sentir as emoções da criança em si e realizar as imitações a partir das suas sensações e sentimentos.

5.6.4. Dificuldades na realização da imitação

A primeira categoria compreende a disponibilidade. Uma dificuldade encontrada nos relatos dos profissionais ao realizar as imitações da criança foi a disponibilidade física e emocional do terapeuta. Winnicott (1956/2000) comenta sobre a importância da mãe estar em um estado de preocupação com seu bebê de forma que ela esqueça outros interesses e ocupações temporariamente para dedicar-se, identificar-se e adaptar-se as necessidades do seu bebê. A preocupação mostra a importância dada ao filho e a aceitação da responsabilidade gerada pela concepção do bebê (Winnicott, 1963/1983). Da mesma forma, o terapeuta deve estar disponível, inteiro e em um estado de preocupação com o seu paciente, a criança com diagnóstico de autismo, no *setting* analítico. Ele oferece *holding* e imitações, mas não sabe se a criança responderá ou quando ela irá interagir com ele e, mesmo assim, ele deve sustentar toda a imitação física e emocional.

É preciso que o terapeuta esteja disponível aos conteúdos que a criança possa trazer para imitá-los. Podem aparecer comportamentos, sons, sentimentos, gestos inesperados. É necessário atenção e cuidado para o profissional conseguir alcançar esses conteúdos emitidos pelas crianças e comunicar à criança de forma reflexiva.

A segunda categoria encontrada abrange os comportamentos estranhos. Os comportamentos estranhos das crianças ditas autistas são outra dificuldade encontrada pelos profissionais ao imitá-las na sua prática clínica. Os profissionais deparam-se com comportamentos incomuns e com comportamentos que podem ultrapassar princípios éticos caso sejam imitados. Nessa questão, o profissional deve encontrar o seu próprio limite e o limite de quais imitações podem realmente ser terapêuticas, propiciadoras de uma relação transferencial e éticas.

A terceira categoria é ausência de dificuldades. Dois profissionais expuseram não terem dificuldades ao utilizar o recurso técnico da imitação. O entrevistado 3 relatou nunca ter encontrado dificuldades e o entrevistado 4 expressou ter tido dificuldades no início da utilização da imitação, mas não encontra muita dificuldade atualmente.

A quarta categoria compreende o imitar exatamente igual. A dificuldade de imitar a criança de forma exatamente igual foi relatada por dois profissionais. Eles expuseram que a criança percebe o terapeuta quando ele consegue refletir o comportamento, a ação, o gesto ou

o som igual ao da criança. A criança dita autista em seu narcisismo primário, em seu ensimesmamento e na ausência de um outro com existência própria parece ser capaz de enxergar e reconhecer o outro somente se ele puder devolver ela a si mesma, com comportamentos reflexos a ela, assim como um espelho. Para isso, o profissional deve estar totalmente disponível para a criança com o seu corpo e todas as suas emoções para conseguir se identificar com a criança e realizar imitações o mais próximo possível do que a criança traz ao *setting* analítico.

A quinta categoria refere-se ao julgamento externo. O julgamento externo foi outra categoria das dificuldades encontradas ao realizar as experiências imitativas na clínica psicanalítica com crianças ditas autistas. O entrevistado 6 fala a respeito de ter seu recurso técnico julgado por ser uma técnica que acompanha a criança na sua forma de estar no mundo ao invés de focar na adaptação da criança aos comportamentos socialmente esperados dela. As “práticas psi” são criticadas por uma tendência normalizadora ao longo de sua história (Silva, 2008) e a psicologia brasileira possui um histórico de construção de teorias com o objetivo de controlar, higienizar, diferenciar e categorizar os indivíduos (Gonçalves, 2010).

Atualmente a psicologia tem produzido muito conhecimento sem esse viés normalizador de ciência e de atuação profissional. O enfoque está direcionado cada vez mais a uma atuação profissional comprometida com a garantia dos direitos humanos e da ética como potencialização do sujeito e do reconhecimento de sua humanidade (Gesser, 2013). O recurso técnico da imitação é uma técnica propiciadora de um respeito a criança e a seus movimentos. A criança é reconhecida em sua humanidade, em sua individualidade e em suas peculiaridades. O processo analítico é realizado a partir dos movimentos da criança e dos conteúdos trazidos por ela. Há um respeito pelo tempo da criança, as interações e as brincadeiras só ocorrem quando a criança mostra-se disponível e à vontade. As estereotípias da criança são vistas como uma produção subjetiva da criança e com valor para ela ao invés de um comportamento anormal a ser extinguido.

Os dois profissionais relataram uma maior dificuldade ao realizar as imitações na presença dos pais e de outras pessoas. Os comportamentos, ações, gestos, sons e estereotípias emitidos pelas crianças com diagnóstico de autismo são considerados diferentes e o diferente não é visto somente como um desvio da norma, mas uma norma diferente e valorada como inferior. O conceito de normalidade refere-se ao julgamento a respeito da adequação a uma norma de funcionamento considerada como melhor (Silva, 2008). Dessa forma, as estereotípias são vistas, em muitos casos, como algo negativo pelas pessoas e os pais sentem-

se envergonhados e culpados diante dos comportamentos do filho e da reação das pessoas, suscitando um sentimento de falha.

O próprio diagnóstico que os pais recebem do médico costumam ser bem negativos, enfatizam somente os prejuízos e o déficits. Os termos mais encontrados são marcados pela negatividade e pela incapacidade do indivíduo de realizar diversas ações. Os preconceitos são inúmeros em relação as crianças ditas autistas, consideradas incapazes e muitas vezes excluídas do convívio social (Orrú, 2013). Diante de tantas dificuldades enfrentadas pelos pais, as estereotipais da criança podem apontar e revelar o diagnóstico da criança e trazer sofrimento aos pais. É importante o terapeuta escutar o sofrimento dos pais e o trajeto da família até o diagnóstico. Muitos pais sentem-se culpados pelo adoecimento do filho e a elaboração desse sentimento é muito importante para o processo terapêutico da criança. A responsabilização pela via do cuidado ao invés da culpabilização é mais favorável ao construir novas formas de olhar para o filho e de estar junto dele (Durante, 2007). É necessário um acolhimento aos pais e o recurso técnico da imitação pode ser uma nova forma dos pais também estarem com seus filhos e poderem estar em contato com eles.

CONCLUSÃO

A experiência imitativa mostrou-se como um importante recurso técnico na clínica psicanalítica com crianças e pode ser pensada como uma nova técnica a ser inserida nessa clínica. Elas permitem o estabelecimento do vínculo terapêutico, a formação de uma relação sensorial, o acompanhamento da criança em seu *non sense*, o estabelecimento da relação transferencial e o desenvolvimento do brincar compartilhado. Essa ferramenta pôde ser explorada e aprofundada de forma que foram feitas uma sistematização e uma organização do conhecimento. A imitação pôde ser discutida como um processo necessário a constituição psíquica e, assim, essencial ao desenvolvimento e no processo terapêutico.

A imitação, a relação empática e o brincar são ferramentas muito importantes na clínica psicanalítica com as crianças ditas autistas e foi realizado um embasamento teórico dessas ferramentas. Foi realizada uma leitura psicanalítica da empatia além de discutir a contratransferência como um processo aliado na clínica psicanalítica. O estudo possibilitou um embasamento teórico para os profissionais que lidam com esse tipo de público e uma abertura para novas pesquisas sobre a ferramenta clínica como o trabalho da imitação com os pais no qual é ensinado aos pais a técnica para usarem com as crianças e possibilitá-los uma relação empática e uma interação com seus filhos.

REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Araújo, M. (2009). Os sentidos da sensibilidade e sua fruição no fenômeno do educar. *Educ. rev*, 25(2), 199-221.
- Balint, A. (1994). Love for the mother and mother love. In: Balint, M. *Primary love and psycho-analytic technique* (pp. 109-127). London, AFI: Maresfield Library. (Originalmente publicado em 1939).
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, LIS: Edições 70.

- Bauer, M., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Binet, A. (1888). Le fétichisme dans l'amour. *Études de psychologie expérimentale*. Paris, PAR: Octave Doin.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, BUE: Paidós.
- Bolognini, S. (2008). *A empatia psicanalítica* (Vannucchi, A. M., Radvany, E. A., Sandler, E., Botelho, Z., Ricci, F, Gentilezza, L. e Franch, N., trad.). Rio de Janeiro, RJ: Editora Companhia de Freud. (Original publicado em 1949).
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80.
- Braid, J. (1853). Hypnotic Therapeutics: Illustrated by Cases with an Appendix on Table moving and Spirit-rapping. *Journal of Medical Science*, 17.
- Brandão, J. (1987). O mito de Narciso. In *Mitologia grega*. (ed. 5). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Britto Júnior, A., & Feres Júnior, N. (2012). A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Revista Evidência*, 7(7).
- Cardoso, C., & Sielski, M. (2004). Sobre o autismo: o real, a repetição e a transferência. *Psicol. argum*, 22(37), 39-44.
- Cavalcanti, A., & Rocha, P. (2001). *Autismo: construções e desconstruções*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- CID-10. (2003). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Chertok, L., & Stengers, I. (1990). *O coração e a razão*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Resolução CFP nº 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: Autor.
- Cromberg, R. U. (2012). A autoria de Sabina Spielrein. *Jornal de Psicanálise*, 45(82), 83-98.
- Decety, J. (2002). Naturaliser l'empathie. *L'encéphale*, 28(1), 9-20.
- de Waal, F. (2010). *A era da empatia: lições da natureza para uma sociedade mais gentil*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Durante, J. (2007). *O discurso do especialista sobre o lugar dos pais na clínica do autismo*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE.
- Eidemberg, L. (1959). Humiliation in masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(2), 274-283.
- Eiguer, A. (1995). *O parentesco fantasmático: transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Ellis, H. (1927). Auto-erotism: a study of the spontaneous manifestation of the sexual impulse. In: *Studies in the psychology of sex*. (Vol. 1.) London, AFI: Project Gutenberg. (Trabalho original publicado em 1898).
- Federn, P. (1953). *Ego Psychology and the psychoses*. London, AFI: Imago.
- Fenichel, O. (1937). The Scopophilic Instinct and Identification. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 6.
- Ferenczi, S. (1993). Transferência e introjeção. In *Obras Completas* (Vol. 1, pp. 77-108). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1909).
- Ferenczi, S. (1993). Um pequeno homem-galo. In *Obras Completas* (Vol. 2, pp. 68-76). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1913).
- Ferenczi, S. (1993). Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. In *Obras Completas* (Vol. 3, pp. 109-126). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1920).
- Ferenczi, S. (1993). Contra-indicações da técnica ativa. In *Obras Completas* (Vol. 3, pp. 365-376). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926).
- Ferenczi, S. (1993). Elasticidade da técnica psicanalítica. In *Obras Completas* (Vol. 4, 25-36). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928).
- Ferreira, A. (1999). *Novo Aurélio – O Dicionário da Língua Portuguesa: Século XXI*. São Paulo, SP: Nova Fronteira.
- Fine, R. (1981). *A História da Psicanálise*. Rio de Janeiro - RJ. LTF/Edusp.
- Fliess, R. (1942). The metapsychology of the analyst. *The Psychoanalytic Quarterly*, 11(2), 211-227.
- Franco, M. L. (2008). *Análise do conteúdo*. Brasília, DF: Liber Livro.
- Freedberg, D., & Gallese, V. (2007). Motion, emotion and empathy in esthetic experience. *Trends in cognitive sciences*, 11(5), 197-203.
- Freire, T. (2012). *Transparência psíquica em nova gestação após natimorto*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 5 e 6). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1996). Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 7, pp. 119-231). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1905a).
- Freud, S. (1996). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 8). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1905b).

- Freud, S. (1996). Sobre a Psicoterapia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 7, pp. 245-257). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1904).
- Freud, S. (1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 10, pp. 13-135). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (1996). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 11, pp. 125-136). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 12, pp. 235-244). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1911a).
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 12, pp. 235-244). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1911b).
- Freud, S. (1996). Totem e tabu. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 13, pp. 333-345). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1912-1913).
- Freud, S. (1996). A disposição à neurose obsessiva-uma contribuição ao problema da escolha da neurose. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 12, pp. 335-347). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 14, pp. 77-108). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). Os instintos e suas vicissitudes. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 14, pp. 117-144). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1915a).
- Freud, S. (1996). Observações sobre o amor transferencial. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 12, pp. 175-190). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1915b).
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia analítica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 17, pp. 201-216). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (1996). Além do princípio de prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 18, pp. 13-72). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

- Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e análise do ego. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 18, pp. 77-146). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (1996). O ego e o id. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 19, pp. 15-82). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996). Uma nota sobre o bloco mágico. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 19, pp. 15-82). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1996). Conferência XXXIV. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 22, pp. 145-165). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 23, pp. 231-270). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1996). Esboço de psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 23, pp. 151-219). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1938).
- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In Freud, S. *Obras Completas* (Volume 10, pp. 147-162). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In *Obras completas introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos* (1914-1916), (P. C., Souza, trad., vol. 12, pp. 10-37). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S., & Jung, C. (1975). *Correspondance* (Vol. I e II). Paris, PAR: Gallimard. (Trabalho original escrito em 1906-1914).
- Freud, S. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887/1904* (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Gaddini, E. (2001). *L'imitation*. Paris, PAR: PUF.
- Gaddini, R., & Gaddini, E. (1959). Ruminations in infancy. In Jessner, L. & Pavenstedt, E. (Eds.). *Dynamic psychopathology in childhood* (pp. 166-185). New York, NY: Grune & Stratton.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36(4), 171-180.
- Garcia-Roza, L. A. (2008). *Introdução à metapsicologia freudiana 3: artigos de metapsicologia. Narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente* (1914-1917). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

- Gesser, M. (2013). Políticas públicas e direitos humanos: desafios à atuação do Psicólogo. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, SP: Atlas.
- Gonçalves, M. (2010). *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo, SP: Cortez.
- Green, A. (2003). *Winnicott póstumo: ensaio sobre a natureza humana*. São Paulo, SP: Rocca.
- Greenacre, P. (1958). Early Physical Determinants in the Development of the Sense of Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 6(4), 612-627.
- Greenson, R. (1966). A transvestite boy and a hypothesis. *Internacional Journal of Psycho-Analysis*, 47, 396-403.
- Hanns, L. (1966). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do setting em Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. London, AFI: Hogarth Press.
- Januário, L. M. (2012). *Transferência e espaço potencial: a relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Januário, L., & Tafuri, M. I. (2010). A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. *Psicologia Clínica*, 22(1), 57-70.
- Jung, C. G. (1985). *Prática da psicoterapia*. Petrópolis, RJ: Vozes. (Originalmente publicado em 1957).
- Kanner, L. (1997). Os distúrbios do contato afetivo. In Rocha, P. (Org). *Autismos* (pp. 111-170). São Paulo, SP: Escuta. (Trabalho original publicado em 1943).
- Klein, M. (1996). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In Klein, M. *Amor, culpa e reparação* (pp. 249-264). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis – An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, 459-483.
- Lacan, J. (1986) *O Seminário, livro I: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original proferido em 1953-54).
- Laplanche, J. (1998) *Problemáticas I: a angústia*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993).

- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1988.
- Laznik-Penot, M. (1997). *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo, SP: Escuta.
- Leminski, P. (2016). *Caprichos & relaxos*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Lispector, C. (1999). *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Lipps, T. (1965). Empathy and aesthetic pleasure. *Aesthetic theories: Studies in the philosophy of art*, 403-412.
- Lucero, A., Torquetti, F., Poggiali, L., Carvalho Ribeiro, L., & Ribeiro, P. C. (2006). Um lugar para a imitação em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(4).
- Lucero, A., & Vorcaro, A. M. (2017). Lacan Leitor de Melanie Klein: O Caso Dick em Questão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, e3348.
- Marques, C., & Arruda, S. (2007). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 115-124
- McGuire, W. (1976). *Freud/Jung: correspondência completa de Sigmund Freud e Carl Gustav Jung (1906-1914)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Melo, C. V., Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2014). Segredos de família: a contratransferência como recurso terapêutico. *Estilos da Clínica*, 19(1), 163-182.
- Mesmer, F. A. (2005). Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. In S. Nicolas (Org.), *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal* (pp. 2-85). Paris, PAR: Harmattan. (Trabalho original publicado em 1779).
- Mijolla, A. (2005). *Dicionário internacional da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Monteiro, M. (2003). *Um coração para dois: a relação mãe-bebê cardiopata*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Moreno, G. L., & Endo, P. C. (2014). A origem da palavra narcisismo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3).
- Näcke, P. (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. In: *Arch. Psychiat. Nervenkrankh.*
- Orrú, S. (2013). O perigo da supervalorização do diagnóstico: rótulos introdutórios ao fracasso escolar de crianças com autismo. *Gestão e Saúde*, 4(1), 1699-1709.
- Ovídio (n.d.). Metamorfoses. In: Carvalho, R. N. (2010). *Metamorfoses em tradução*. Tese de pós-doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Pigman, G. W. (1995). Freud e a história da empatia. *Livro anual de psicanálise*, XI, 123-42.

- Pimentel, P., & Coelho Junior, N. (2009). Algumas considerações sobre o uso da empatia em casos e situações limite. *Psicologia Clínica*, 21(2), 301-314.
- Rapaport, D. (1951). *Organization and pathology of thought: selected sources*. New York, NY: Columbia University Press.
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear: The inner experience of a Psychologist*. New York, NY: Farrar Straus.
- Ribeiro, P. (2010). *Imitação: seu lugar na psicanálise*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Richardson, R. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo, SP: Atlas, 1999.
- Ritvo, S., & Provence, S. (1953). Form perception and imitation in some autistic children: Diagnostic findings and their contextual interpretation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 8(1), 155-161.
- Rosa, M., & Arnoldi, M. (2006). *A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados*. Belo Horizonte, MG: Autentica.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Safra, G. (1995). *Momentos mutativos em psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Safra, G. (1996). O trabalho não-verbal na análise de crianças. *Espaço criança*, 2(1), 25-29.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo, SP: Ideias e letras.
- Safra, G. (2008). *Entropatia: na constituição da pessoa e seu manejo clínico*. [DVD]. Série: Da técnica à ética. São Paulo, SP: Edições Sobornost.
- Salvador, A. (1980). *Métodos e técnicas de pesquisas bibliográficas: elaboração de trabalhos científicos*. Porto Alegre, RS: Sulina.
- Sampaio, L., Camino, C., & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(2), 212-227.
- Segal, H. (1973). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Silva, M. M. (2008). A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. *Interação em Psicologia*, 12(1).
- Spielrein, S. (1981). La destruction comme forme du devir. In Guibault, M., & Nobecourt, J. *Entre Freud et Jung*. (pp. 211-262). Paris, PAR: Aubier Montaigne.
- Stoller, R. J. (1966). The mother's contribution to infantile transvestic behaviour. *The International journal of psycho-analysis*, 47(2), 384-395.
- Strachey, J. (1948). Natureza da ação terapêutica do Psicanálises. *Rev. de Psicanálises*, 4.

- Tafuri, M. I. (2000). O início do tratamento psicanalítico com crianças autistas: transformação da técnica psicanalítica?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(4), 122-145.
- Tafuri, M. I. (2003). Realidades e controvérsias em relação ao conceito psicanalítico de autismo normal. *Psicologia em Revista*, 10(14), 108-123.
- Tafuri, M. I. (2006). Satisfação autística, isolamento e autismo: da constituição psíquica à psicopatologia. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(2), 69-83.
- Tafuri, M. I., & Safra, G. (2008). Extrair sentido, traduzir, interpretar: um paradigma na clínica psicanalítica com a criança autista. *Psychê*, 12(23).
- Tafuri, M. I., Martins, F., & Safra, G. (2017). *Revisitando Árpád, "O Pequeno Homem Galo" de Sándor Ferenczi (1913), à luz da noção winnicottiana de criatividade primária e da Fenomenalidade da Vida de Michel Henry*. Manuscrito em preparação.
- Titchener, E. (1909). *Elementary psychology of the thought*. New York, NY: Macmillan.
- Tustin, F. (1992). *El cascarón protector em niños y adultos*. Buenos Aires, BUE: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1990).
- VandenBos, G. R. (2010). *Dicionário de Psicologia da APA*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Vischer, R. (1873). On the optical sense of form: A contribution to aesthetics. *Empathy, form, and space: problems in German aesthetics*, 89-124.
- Vorcaro, A. M., & Guimarães, M. (2014). Lacan leitor de Klein: da clínica kleiniana com Dick à teorização lacaniana. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(2), 208-219. Recuperado em 10 de dezembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202014000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Weiss, E. (1960). *The structure and dynamics of the human mind*. New York and London, NY and AFI: Grune & Stratton.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. (Abreu, J. e Nobre, V., Trad.) Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Winnicott, D. (1983). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In Winnicott, D. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 114-127). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1959-64).
- Winnicott, D. (1983). O desenvolvimento da capacidade de preocupar-se. In Winnicott, D. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70-78). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. (1989). Tipos de psicoterapia. In Winnicott, D. *Tudo começa em casa* (pp. 79-86). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).

- Winnicott, D. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In Winnicott, D. *Explorações psicanalíticas* (J. Abreu, Trad., pp.195-202). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969).
- Winnicott, D. (1994). Os bebês e suas mães. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Winnicott, D. (1996). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In Winnicott, D. *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. (1997). Autismo. In Shepherd, R., Johns, J., & Robinson, H. T. (org). *Pensando sobre crianças* (pp. 179-192). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1966).
- Winnicott, D. (1997). Pensando sobre crianças. In Shepherd, R., Johns, J., & Robinson, H. T. (org). *Pensando sobre crianças* (pp. 193-196). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. (2000). A observação de bebês numa situação padronizada. In Winnicott, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, (pp. 112-132). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1941).
- Winnicott, D. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In Winnicott, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, (pp. 218-232). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1945).
- Winnicott, D. (2000). O ódio na contratransferência. In Winnicott, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, (pp. 277-287). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1947).
- Winnicott, D. (2000). Psicoses e cuidados maternos. In Winnicott, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, (pp. 305-315). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1952).
- Winnicott, D. (2000). Retraimento e regressão. In Winnicott, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, (pp. 347-354). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1954).
- Winnicott, D. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In Winnicott, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, (pp. 374-392). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1954-55).
- Winnicott, D. (2000). Preocupação materna primária. In Winnicott, D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, (pp. 399-405). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. (2001). O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In Winnicott, D. *A família e o desenvolvimento individual*, (pp. 3-20). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958).
- Zambelli, C., Tafuri, M., Viana, T., & Lazzarini, E. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25(1).

- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. Porto Alegre, RS: Artmed.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, do estudo que tem como pesquisador responsável a aluna de mestrado, Wanessa Kesya Moreira Gonçalves da Silva, do Programa de Pós-graduação em Psicologia e Cultura da Universidade de Brasília (UnB), que pode ser contatado pelo e-mail wanessakesya@gmail.com e pelo telefone (61) 99999-6669. Tenho ciência de que o estudo tem em vista realizar entrevistas com profissionais que atuam com crianças ditas autistas, visando, por parte da referida aluna a realização da dissertação do mestrado. A pesquisa possui o intuito de explorar o recurso técnico da imitação no tratamento psicanalítico com crianças autistas e obter maior conhecimento sobre o assunto, que é escasso na atual literatura. Minha participação consistirá em conceder uma entrevista que será gravada e transcrita. Entendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica, que os dados obtidos não serão divulgados, a não ser com prévia autorização, e que nesse caso será preservado o anonimato dos participantes, assegurando assim minha privacidade. Além disso, sei que posso abandonar minha participação na pesquisa quando quiser e que não receberei nenhum pagamento por esta participação.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura

Brasília, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. A partir da sua experiência, qual é o papel da imitação no processo terapêutico da criança com diagnóstico de autismo?
2. Quais são os indícios mais importantes que você observa referente ao estabelecimento da relação transferencial?
3. Como você se sente ao imitar?
4. Quais são as dificuldades em realizar a imitação?