
Autismo, Ambientoterapia e Psicanálise

FERNANDA AMORIM DO AMARAL
PAULA KERN MILAGRE
RENATA HESSLER KREUTZ
VANESSA GIARETTA*

RESUMO - O presente artigo parte da experiência de tratamento com crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na Ambientoterapia do CEAPIA e tem como objetivo elucidar de que maneira a Psicanálise pode ajudar a compreender e intervir com esses pacientes. São discutidas as intervenções técnicas utilizadas nesta modalidade de atendimento com este perfil de crianças. Priorizamos fazer uma interlocução entre as ciências que, como a Psicanálise, estudam a emergência do *self* dentro de uma visão relacional, tais como a psicologia do desenvolvimento e as neurociências. Deste modo, o embasamento teórico está fundamentado especialmente em pesquisas das neurociências e nas teorias de Anne Alvarez e Richard Solomon. Em nossa experiência, temos observado nos pacientes uma ampliação do espaço mental, com consequente aumento da capacidade de autopercepção, de controle emocional e de autorregulação sensorial, resultados que levam por sua vez ao estabelecimento de vínculos mais positivos com os demais.

PALAVRAS-CHAVE – Autismo. Ambientoterapia. Psicanálise.

Autism, Ambientotherapy and Psychoanalysis

ABSTRACT – This article is based on the experience of treating children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in the CEAPIA's Ambientotherapy and aims to elucidate how psychoanalysis can help you understand and intervene with these patients. The article discusses technical interventions used with this profile of children in this type of service. We give priority to a dialogue between the sciences which study the emergence of the self within a relational view, such as psychoanalysis, developmental psychology and neuroscience. Thus, the theoretical foundation is based especially on researches in neuroscience and theories of Anne Alvarez and Richard Solomon. In our experience, we have observed in patients a broadening of mental space, with consequent increase in self-perceived ability, emotional control and sensory self-regulation, results which, in turn, lead to establish more positive relationships with others.

KEYWORDS – Autism. Psychoanalysis., Ambientotherapy.

* Psicólogas da equipe do setor de Ambientoterapia do CEAPIA – Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência.

Introdução

O que é um corpo quando os furos que o constituem funcionam num espaço subjetivo que, por sua vez, é sem furo. Invadido por uma excitação, o sujeito não consegue, por esse motivo, esvaziá-la em um lugar: ele mesmo se esvazia. Tanto pode não sentir uma sensação, quanto ser transbordado por ela. Não poder dispor de um corpo articulado a furos exige costuras particulares do espaço, bem como adesões a duplos realizados, que fazem suplência à ausência de imagem do corpo.

Jacques-Alain Miller

A Ambientoterapia é uma modalidade de atendimento em grupo, que trabalha o ambiente como principal fator terapêutico. No CEAPIA – Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência, este setor é composto por uma equipe multidisciplinar, formada por psicólogos, psicopedagoga, fonoaudióloga e assistente social. A teoria psicanalítica é o eixo norteador que fundamenta nossa compreensão e nossa prática, mas o método foca principalmente no aqui-agora das vivências e no uso de manejos comportamentais.

O tratamento ambientoterápico tem sido indicado para pacientes com dificuldades de socialização, agressividade, impulsividade, comportamento opositor e negativista, baixa tolerância à frustração e claras dificuldades com limites (Taschetto & Nilles, 1996). Sintomas estes que muitas vezes levam-nos a diagnósticos de Transtornos de Humor, de Personalidade e de Conduta.

No entanto, há outro grupo de pacientes que por vezes é encaminhado para a Ambientoterapia, nos quais as dificuldades de socialização se devem a padrões de interações precárias e disfuncionais porque sequer ainda foi estabelecida uma clara noção de si mesmo como pessoa, quem dirá de um outro. Dentro deste perfil, estão as crianças do espectro do autismo. Embora historicamente na Ambientoterapia do CEAPIA haja relatos de atendimento a esse público desde a sua fundação (em 1985), temos observado que nos últimos anos a demanda para esses pacientes aumentou muito, especialmente para aqueles quadros em que as habilidades cognitivas estão preservadas.

Hoje, com as inúmeras pesquisas das neurociências e de outras áreas, têm-se obtido cada vez mais informações sobre o autismo, as quais implicaram em reformulações nas diretrizes do DSM - V (2013) e têm favorecido um crescente número de diagnósticos (Solomon, 2013). Paralelamente a esse contexto, temos observado que a procura da Ambientoterapia como alternativa de tratamento também tem aumentado, chegando por vezes a superar a demanda para pacientes com outras patologias. Mesmo assim, ainda deparamo-nos com questionamentos como: “Vocês fazem Psicanálise com crianças do espectro do autismo dentro da Ambientoterapia?” Para tal pergunta, nossa resposta é “Sim, fazemos!” E esse artigo tem por objetivo justamente esclarecer como funciona essa modalidade de tratamento no CEAPIA.

Em primeiro lugar, é fundamental deixar registrado que trabalhar com crianças com autismo utilizando o método psicanalítico não significa desconsiderar a etiologia múltipla deste transtorno ou culpabilizar o ambiente inicial do paciente, pois isto trataria um assunto tão complexo de forma simplista e linear (Alvarez, 1992). Trata-se, acima de tudo, de uma abordagem relacional, que leva em consideração o sujeito, o seu ambiente e o modo que ele encontra para se relacionar com o mundo.

Entendendo o Autismo

Para Schwartzman (2012), “o autismo é considerado, atualmente, um transtorno do desenvolvimento de causas neurobiológicas definido de acordo com critérios eminentemente clínicos” (p.37). Caracteriza-se por déficits qualitativos e quantitativos que afetam principalmente as áreas da interação social, da comunicação e do comportamento, variando dentro de um espectro de maior ou menor comprometimento.

O déficit de relacionamento social, característico destas crianças, está associado a distúrbios no desenvolvimento da atenção conjunta, à falta de reciprocidade social e/ou emocional e à dificuldade de desenvolverem relacionamentos com iguais. Algumas delas mostram-se arredias ou distantes diante da aproximação social, enquanto outras a aceitam de forma passiva (Bosa, 2002; Klin, 2007).

Segundo Klin (2007), há ainda aquelas que se interessam pela interação social, embora não saibam como iniciar ou mantê-la de forma típica. Em geral, elas apresentam desejo de construir vínculos de amizade, mas suas tentativas de aproximação com os iguais são frustradas, em decorrência do seu estilo social atípico ou excêntrico. Trata-se de crianças com dificuldade em regular seu comportamento, o qual tende a ser desajeitado ou rígido, por uma inabilidade em perceber o contexto afetivo da interação – os sinais sociais, os sentimentos e intenções dos demais. Geralmente, elas descrevem corretamente quais são as convenções sociais delas esperadas, mas o fazem de modo racionalizado e formal. Sem uma compreensão genuína, tendem a ser literais na sua interpretação dos fatos e se tornam incapazes de agir de forma espontânea.

Quanto aos problemas na comunicação, estes podem envolver atrasos no desenvolvimento da fala, dificuldades em iniciar e manter uma conversação recíproca, uso estereotipado da linguagem e modulação pobre da voz (em entonação, ritmo, velocidade e fluência, por exemplo). Os prejuízos no comportamento, por sua vez, relacionam-se com interesses restritos e estereotipados, inflexibilidade a mudanças e maneirismos. Algumas estabelecem monólogos incessantes sobre tópicos favoritos, mesmo se o interlocutor não mostrar-se interessado ou tentar propor outro tema de conversa. Igualmente, existem déficits no brincar e nas habilidades lúdicas, pela falha em desenvolver brincadei-

ras imaginativas, em explorar o brinquedo de forma funcional e simbólica e em desempenhar papéis de *faz de conta* (Klin, 2007).

Para Bosa (2002), o déficit na atenção conjunta é um dos preditores mais contundentes de comprometimento no desenvolvimento da criança, o qual orienta a identificação precoce do autismo. Ela, contudo, sugere que haja uma investigação maior a respeito de outros comportamentos preditivos antes dos seis meses.

Nesse sentido, Muratori (2008; 2009) traz uma série de pesquisas baseadas em vídeos caseiros de bebês que foram, posteriormente, diagnosticados com autismo. Ele levanta a hipótese de que os déficits descritos neste transtorno, inclusive o da atenção compartilhada, são secundários a falhas mais primitivas, relacionadas aos primeiros meses de vida e decorrentes do mau funcionamento neurobiológico das estruturas que regulam a interação primária do bebê, tais como o sorriso social, a excitação motriz, a busca pela voz do adulto, o olhar nos olhos. Essas são manifestações de interesse pelo contato social com o cuidador, que acabam também por convocar nos pais respostas universais de estimulação e maternagem, as quais geram novas conexões cerebrais relacionadas às capacidades interativas mais complexas.

Essas falhas neurobiológicas presentes nesses bebês comprometeriam assim a vivência em número e em intensidade de situações sociais que promovem o desenvolvimento neurológico típico, limitando inclusive a capacidade de atenção compartilhada e de imitação. São crianças com reduzido desejo e iniciativa de busca por contato, que requerem a reclamação de um adulto mais ativo para que reajam adequadamente a conteúdos emocionais decorrentes da experiência intersubjetiva (Muratori, 2008; 2009).

A intencionalidade em provocar o outro é um comportamento chave para o nascimento da intersubjetividade e, por conseguinte, da subjetividade. Todavia, trata-se de bebês que não produzem geralmente situações interativas de grande prazer junto aos cuidadores, os quais sentem esse déficit e diminuem, muitas vezes, sem perceber, a intensidade da estimulação de seus padrões de maternagem e de complexidade interativa. Essa situação interromperia as dinâmicas que levam aos processos normais de desenvolvimento das conectividades cerebrais de longas distâncias e originária, portanto, o quadro que só é mais facilmente observável nas crianças maiores, com prejuízos na compreensão da linguagem, na colaboração conjunta e nas interações sociais (Muratori, 2008).

Uma das dificuldades precoces mais significativas observadas em bebês do espectro do autismo é sua incapacidade para compreender as intenções dos gestos do outro e se anteciparem às mesmas. Talvez daí se depreenda o pouco interesse nas ações dos cuidadores. Uma disfunção no sistema dos neurônios espelhos parece explicar parte dessa dificuldade de usar outros humanos como guia para seus afetos e ações. Esse é um sistema que se ativa quando observamos outras pessoas e buscamos espontaneamente imitar seu comporta-

to, favorecendo a compreensão das intenções e emoções delas. Seria também o que promove a capacidade de perceber a si mesmo a partir das experiências dos outros, já que nos reconhecemos nos iguais (Muratori, 2009).

Pesquisas mostram que os autistas inclusive usam as áreas do cérebro relacionadas aos objetos para reconhecer rostos. Tal constatação aponta para um efeito devastador no desenvolvimento da criança, uma vez que o rosto humano, especialmente o da mãe, está biologicamente programado para servir “como o mais potente estímulo visual capaz de por em marcha os processos neuroevolutivos que sustentam a intersubjetividade” (Muratori, 2009, p.46).

Os olhos são as janelas que permitem à mãe enxergar o mundo interno do filho e ele a se enxergar na mãe, discriminando o *eu* do *não-eu*. Essa relação olho a olho, cara a cara, tem um poder de encantamento sobre a díade, fazendo com que o calor afetivo da relação potencialize o amadurecimento cerebral. Podemos pensar que esse seja o viés neurocientífico da teoria de Winnicott (1975) sobre o rosto da mãe ser o precursor do espelho no desenvolvimento da criança. Ele explica que quando o bebê olha o rosto da mãe, o rosto dela deve refletir ele mesmo. Se o espelhamento não ocorre, a criança pode ter grande dificuldade de reconhecer sua própria imagem e até sua existência.

Felizmente, tendo em vista a capacidade de neuroplasticidade das conexões cerebrais, cuja maturação é geneticamente dependente da experiência ambiental, essa visão do autismo não seria estática, podendo ser reversível quanto mais precoce for a intervenção. Os resultados destas pesquisas têm permitido orientar terapias que não sejam apenas focadas em combater sintomas, mas, sobretudo, em reconstruir os circuitos e conexões neurais relacionadas ao cérebro social. Para isso, Muratori (2008; 2009) conclui que o mais indicado são programas de intervenção precoce, ricos em interações dialógicas, com enfoque na tonalidade da voz e na proximidade corporal.

Autismo e Psicanálise

A Psicanálise infantil desenvolveu-se da dialética entre Anna Freud e Melanie Klein, as pioneiras a abrirem os consultórios para crianças, inclusive aquelas que não estavam inseridas nos quadros de neuroses, nem nos de deficiência mental, porém assemelhavam-se à esquizofrenia dos adultos (Barros, 2012).

Melanie Klein, em 1930, apresenta um caso de um menino de quatro anos com sintomas de isolamento, ausência de atividade lúdica e de linguagem, para ilustrar que a esquizofrenia infantil estaria associada a falhas repetidas e importantes nas trocas afetivas entre a mãe e seu bebê. Sintomas estes que serão descritos mais tarde por Kanner, em 1943, como Autismo Precoce Infantil (Barros, 2012).

Barros (2012) descreve que, quando iniciou seu trabalho com crianças autistas, na década de 70, apoiou-se nas obras de Mahler, Bick, Tustin e Meltzer.

Observa-se então que vem de longa data o envolvimento da Psicanálise com o autismo. Cada um destes autores teve, a sua época, um jeito particular de pensar a etiologia do autismo, vinculando-o à Psicanálise. Não abordaremos aqui o pensamento individual de cada um. Desejamos apenas ressaltar o ponto de partida para então chegarmos onde nos encontramos atualmente.

O fato é que para muitas pessoas, no imaginário cultural, a Psicanálise para crianças com autismo ainda é ficção. Contudo, acreditamos que ela tem muito a oferecer, desde que seja levado em consideração que cada funcionamento mental exige um enfoque terapêutico diferenciado. Entendemos que não são os pacientes que devam se adaptar à técnica, mas a técnica ao paciente, como alertava Winnicott (1954/2000).

Dito de outro modo, a clássica interpretação de conflitos inconscientes é eficaz com pacientes cuja estrutura psíquica é mais integrada. Diante de estados mentais primitivos, como é o caso das crianças a quem estamos nos referindo, a escuta do inconsciente não é abandonada, mas nossas intervenções devem ser ajustadas a sua demanda e a sua singularidade. Reduzir o paciente a um transtorno neurodesenvolvimental seria, ao nosso ver, um enquadramento rígido e frio, que foca menos na pessoa e mais na patologia.

Laurent (2014) alerta para o fato de que mais do que repudiar a Psicanálise como uma possibilidade de intervenção para as crianças com TEA, os adeptos ao reducionismo biológico acreditam num transtorno puramente cognitivo, para o qual somente técnicas de aprendizagem para atividades cotidianas elementares seriam aceitas. Deste modo, invalidam qualquer abordagem relacional. Nas palavras desse autor “a batalha do autismo é uma proposição de respeito à forma de ser de cada um”, e acreditamos que essa forma singular e respeitosa de ver cada indivíduo é o grande diferencial da Psicanálise (Laurent, 2014, p.2).

Autismo e Ambientoterapia

De acordo com Winnicott (1960/1983), um ambiente facilitador é fundamental para a saúde no desenvolvimento emocional de qualquer indivíduo. Por este motivo, nos casos em que o ego ainda não está suficientemente integrado, ele deverá ser o principal dispositivo terapêutico, através do qual as falhas maturacionais possam ser resgatadas. Este pensamento é o cerne que sustenta os objetivos do tratamento ambientoterápico. Se, obviamente, a técnica no atendimento ambulatorial para pacientes com TEA precisa sofrer adaptações, na Ambientoterapia isso não seria desigual.

Lefort (citado por Laurent, 2014) argumenta que pertencer a uma instituição terapêutica oferece a oportunidade ao sujeito de experimentar-se em novos contextos e situações, de modo que possa vivenciar suas dificuldades em um ambiente protegido, como ponte para o mundo exterior. Tendo em vista

esta perspectiva, nossa rotina diária é arranjada de forma a contemplar situações parecidas com aquelas que os pacientes enfrentarão no dia-a-dia, tendo como premissa a ideia de lar-clube-escola. O lar remete à família como o núcleo afetivo de referência da criança, as suas primeiras experiências relacionais, isto é, a base para o desenvolvimento. O clube se refere a elementos lúdicos e recreativos fundamentais para a evolução psíquica e a escola representa a unidade social que centraliza as vivências de grupo da criança e os aspectos pedagógicos (Taschetto & Nilles, 1996).

Deste modo, a rotina na Ambientoterapia do CEAPIA é organizada em atividades de trinta minutos cada, dentre as quais estão a hora do conto, o grupo operativo, o pátio, a psicopedagogia, a fonoaudiologia, etc. Percebemos que meia hora é um tempo suficientemente bom para ser tolerado e aproveitado pelas crianças, auxiliando-as a desenvolverem maior capacidade de organização tempo-espacial e a criarem um ritmo de segurança.

Para auxiliar os pacientes na compreensão das atividades e também das regras, utilizamos com frequência figuras ilustrativas, uma vez que esse suporte ajuda-os a se organizarem e a se manterem conectados com o que se passa à sua volta. Lima (2012) afirma que o recurso visual é uma estratégia eficaz para crianças com autismo, uma vez que a memória é a competência mais forte e mais bem desenvolvida que comumente apresentam. A autora aponta para a importância da ilustração estar adequada ao nível de entendimento da criança, facilitando o que se quer comunicar. Não se trata aqui de um treinamento visual, mas a busca de um apoio capaz de permitir uma comunicação alternativa.

Como exemplo, citamos um de nossos pacientes que tinha muita dificuldade em entender a rotina se ela fosse apenas escrita no quadro. Observamos que ele gostava de números e relógio e que tinha uma boa memória. Deste modo, buscamos fazer a rotina com imagens que associavam os eventos da manhã aos ponteiros do relógio. Verificamos, ao longo do tempo, que isso o ajudou, permitindo que ele contivesse melhor suas ansiedades e desenvolvesse a capacidade de antecipação.

O afeto é o principal agente terapêutico

Atualmente, diversos autores apontam que tratamentos que reforçam e implicam as crianças em interações cara a cara, acolhedoras, vivas e calorosas podem proporcionar um importante efeito reparador no autismo (Muratori, 2009). Essa visão vai ao encontro da teoria de Anne Alvarez (1992), com seu conceito de *companhia viva*.

Conforme Alvarez (1992), as mães interagem com seus bebês de forma rítmica e cíclica, alternando entre momentos em que os acalmam e confortam, respeitando certo grau de retraimento por sua parte e outros em que os aler-

tam e estimulam, trazendo-os de forma ativa, de volta à interação. Para essa autora, a maternagem envolve muito mais do que a adaptação e o ajustamento passivo ao lactente. Em sua opinião, tão vitais no desenvolvimento quanto as atividades tranquilizadoras, estão as que denomina de *reivindicatórias*, que são aquelas que incitam e chamam a criança para a relação. Vale ressaltar, contudo, que as mesmas diferem de uma interferência intrusiva, pois a reclamação ao contato ocorre em quantidades toleráveis para o bebê.

Alvarez (1992) ressalta que, assim como as mães, os terapeutas de crianças com autismo devem realizar um movimento reclamatório, com semelhante vivacidade e vitalidade, buscando sensivelmente resgatá-las do seu retraimento excessivo e atraí-las para o prazer de estar e comunicar-se com o outro. Apresentando-se como um objeto vivo, que modula seu ritmo e tom de voz, bem como suas expressões faciais (em contraponto à relação com objetos inanimados e estáticos) chamam o paciente para o contato humano, buscando elevá-lo à surpresa, ao divertimento e ao deleite.

Por outro lado, uma das principais dificuldades técnicas no trabalho com crianças com TEA é que elas são pouco responsivas e tendem a ocuparem-se predominantemente com objetos inanimados. Desta forma, dos terapeutas é exigido grande esforço para que consigam manter a conexão com o paciente e interessá-lo, sem que se desmotivem e desistam de reivindicar a sua presença. Diante do retraimento excessivo e dos rituais autistas repetitivos são frequentes as reações contratransferenciais de impotência e tédio. Trata-se, pois, de digerir as intensas emoções despertadas e de transformá-las, na determinação e insistência de uma companhia que busca avivar e chamar pela criança (Alvarez, 2012).

Gergely, citado por Muratori (2008), traz o termo definido como *marcação*, que é a maneira como os pais agem para assinalar a emoção que se passa no mundo interno do seu bebê. Eles fazem isso geralmente expressando de forma quase teatral os afetos do filho, de modo que o bebê é capaz de entender que a emoção que está sendo dramatizada não se refere ao estado emocional dos pais, e sim, espelha o que se passa dentro dele próprio. A diferença na maneira de expressar uma emoção sua e a da criança é algo instintivo nos cuidadores, e é ela que permite ao bebê apropriar-se de si, de seus estados mentais e diferenciar-se dos outros. Essas *marcações*, provavelmente, são importantes para acionar novas conexões cerebrais relacionadas às experiências sociais. Por este motivo, enfatiza-se fortemente nas intervenções uma abordagem técnica de imitação intensificada e exagerada dos gestos da criança, como meio de engajá-la em comportamentos intersubjetivos.

Dapretto et al, citado por Muratori (2009), realizou um estudo que demonstra que as crianças com TEA são capazes de imitar expressões emocionais, mas que não guiam sua imitação pelo sistema de neurônios espelho, como as crianças típicas. Elas usam áreas ligadas especialmente à atenção visual e motora, e por isso não conseguem compreender o significado emo-

cional do gesto imitado, fazendo com que esta seja uma experiência desligada de sentido. Barros (2011) entende que muitos dos comportamentos repetitivos das crianças autistas são restos de tentativas frustradas de dar sentido às suas vivências internas e externas. Acrescenta ainda que é muito difícil, no trabalho com elas, ultrapassar estes comportamentos que têm funções defensivas e enclausuram as crianças em funcionamentos rígidos que engessam o desenvolvimento.

Tendo em vista os aspectos acima salientados, buscamos na Ambientoterapia ajudar nossos pacientes a construírem relacionamentos mais saudáveis com os demais, trabalhando no aqui-agora o desenvolvimento de habilidades sociais. Tecnicamente, além dos terapeutas apresentarem-se como companhias vivas que atraem as crianças para o contato (Alvarez, 1992), eles muitas vezes servem como um ego auxiliar delas. Para tanto, é comum usarmos a estratégia de “pensar em voz alta”, o que o paciente ainda não é capaz de pensar sozinho. Por exemplo, durante uma atividade que estava sendo realizada, um paciente começou a jogar brinquedos para onde estava seu colega de grupo. A terapeuta que estava próxima dele então disse: “Parece que tu estás querendo brincar com ele. Quem sabe a gente o chama aqui pra perto de nós?”.

Narrar e nomear os afetos ligando-os aos acontecimentos são intervenções fortemente utilizadas na nossa Ambientoterapia, as quais permitem o caminho rumo à integração sensorial e afetiva. Outro exemplo vem de um de nossos pacientes, que com frequência relembra ao grupo quais são as regras de convivência, dizendo de maneira operativa: “Não pode bater porque a pessoa não vai gostar, não é legal. A gente tem que dizer para ela o que não gostou”. Contudo, diante de alguma frustração, ele muitas vezes quer agredir os outros. Torna-se visível, então, a necessidade de ajudá-lo a conectar sua experiência ao significado emocional, para que estes conhecimentos façam sentido afetivo e não sirvam apenas como uma simples memorização de regras.

Em outra ocasião, um paciente começou a cantar uma música, durante uma atividade, e seu colega de grupo começou a rir, sendo a risada a expressão que ele utiliza quando está empolgado ou excitado com algo. Contudo, a criança que cantarolava pensou que o colega estava debochando dele e se levantou para tentar agredi-lo. Uma das terapeutas sinalizou: “Sabe, me parece que ele está rindo porque gostou de te ouvir cantar. Esse é o jeito dele de mostrar que está feliz. Entendo que para ti parece o contrário, mas ele não estava rindo de ti”.

A partir destas duas ilustrações clínicas, é possível perceber como buscamos incluir na nossa técnica a postura afetiva de ajudar as crianças a perceberem o contexto afetivo das interações sociais e regularem seu comportamento. Alvarez (1992), em uma mesma linha de pensamento, entende que estratégias interativas sensíveis, que envolvam linguagem simples, atitudes previsíveis e contingentes permitem que as crianças com autismo interessem-se e engajem-se mais em atividades com o outro. Concorda com Winnicott (1960/1983) so-

bre a provisão de um ambiente estável e contínuo favorecer o desenvolvimento da autorregulação emocional e sensorial e, conseqüentemente, da capacidade de interação, uma vez que diante do excesso de estimulação e excitação, as crianças tendem a retrair-se mais.

É também de suma importância descobrir e considerar os interesses da criança, mais do que os nossos e interagir com ela a partir disto. Neste contexto, Vera (2012) mostra-se crítico a alguns tratamentos propostos para crianças com TEA, os quais considera essencialmente instrumentais e operacionais, cujos objetivos são puramente adaptativos. No seu entendimento, sem contemplar o prazer da troca e da interação, toda estimulação oferecida é oposta à aprendizagem e à retenção da experiência.

Por este motivo, em muitas circunstâncias, nossas intervenções pretendem ressignificar mais do que disciplinar. Isto é, o soco de uma criança com autismo, que esteja representando a busca de contato e o reconhecimento da pessoa que está ao seu lado, será manejado pontuando seu movimento, nosso corpo, a dor e oferecendo outras possibilidades de interação, tendo em vista que o limite é fundamental para adquirirem a noção do *eu* e do outro e aprenderem a administrar seus impulsos e emoções.

Outra referência técnica que utilizamos em nossa Ambientoterapia é baseada no *Play Project* (Solomon, 2013). Este é um modelo de intervenção precoce do autismo desenvolvido nos Estados Unidos pelo pediatra Richard Solomon. Possui como um dos seus princípios seguir os interesses da criança, com a finalidade de desenvolver suas habilidades sociais através da brincadeira e da diversão. Para isso, busca primeiro conhecer a maneira como a criança com autismo processa as informações sensoriais e como ela se relaciona com as pessoas. A partir daí propõe alternativas lúdicas que permitam engajar e ajudar a criança nas suas dificuldades de integração sensorial, permitindo assim enriquecer seu repertório social e interativo.

Os objetivos de tal abordagem são: atuar na falta de compartilhamento de alegria, na pouca reciprocidade emocional e/ou social e nos padrões de comportamento e interesses restritos e repetitivos. O modelo surgiu com o intuito de *ensinar* os pais a brincarem com seus filhos, proporcionando uma interação terapêutica. Originalmente, a prática se dá através de um terapeuta habilitado que orienta os pais a agirem de forma sensível e lúdica com a criança com TEA para que ela se engaje na interação.

Na Ambientoterapia, adaptamos algumas ideias desse programa, disponibilizando por vezes um terapeuta exclusivo para cada paciente. Isso ocorre especialmente quando o nível de socialização entre as crianças do mesmo grupo está ainda muito precária. Por exemplo, na hora do grupo operativo, atividade em que cada dia um paciente escolhe o que quer fazer em conjunto com os colegas e terapeutas, em um dos grupos de pacientes com TEA (com idades que variam de quatro a sete anos), quando um dos meninos escolhe brincar de dinossauro, geralmente seu colega não consegue interagir com ele na mesma

brincadeira. Então cada criança fica com um terapeuta para brincar com ela no nível em que puder, seguindo suas pistas. Dessa forma, a brincadeira pode ser correr com o dinossauro na mão, imitando seus sons e gestos ou criando histórias com o personagem. Temos observado uma resposta bastante positiva das crianças, neste sentido.

Em outro dos grupos, no qual os pacientes possuem de oito a dez anos, observávamos muitos conflitos na hora do lanche, a maior parte deles devido à desorganização ou à desconexão dos pacientes, em decorrência do excesso de estímulos visuais, sonoros e olfativos presentes neste momento. Percebemos que deveríamos proporcionar um ambiente mais lúdico e estruturado, para que todos pudessem se engajar e aproveitar o lanche. Surgiu assim a ideia de “brincarmos de restaurante”. Desta forma, as crianças assinalavam como deveriam agir os “terapeutas garçons” neste momento e, a brincadeira, mesmo que um pouco dirigida, proporcionava que eles estivessem conectados com as pessoas, criando com elas. Alguns sugeriam fazer reservas de seus lugares, outros decidiam o que escolher para comer do cardápio de “faz de conta”. Passamos, deste modo, a ter um ambiente mais tranquilo, divertido e terapêutico na hora do lanche.

Estas manobras evitam que os pacientes busquem sua zona de conforto, que se refere normalmente a padrões de comportamentos obsessivos e estereotipados ou a estimulações sensoriais repetitivas. Sendo assim, é fundamental identificarmos qual o nível de funcionamento em que a criança se encontra e, a partir disto, criar estratégias para interagir com ela no seu nível, ao mesmo tempo em que desafiamos e estimulamos interações mais complexas.

Para Vera (2012), o objetivo principal da ajuda terapêutica para pacientes com autismo é auxiliá-los a desenvolverem-se de forma menos sintomática e mais próxima do comportamento das crianças típicas, especialmente no que diz respeito aos relacionamentos que estabelecem. Para isso, é imprescindível que a técnica de trabalho privilegie momentos de interação e vinculação emocional com alguém que empatize com a criança, compreendendo seus temores sem ser cúmplice deles e respeitando suas defesas sem eliminá-las brutalmente.

Na nossa equipe, interessa-nos mais do que tornar as crianças adaptadas ao meio, compreender como veem o mundo, como funciona sua mente e como se desenvolve seu psiquismo para, desta maneira, sermos capazes de ajudá-las. Antecipar acontecimentos da rotina, prever suas reações e agregar significado emocional aos seus comportamentos, sem rotulá-los, são estratégias fundamentais de *holding*, que têm como objetivo acolher, conter, metabolizar e transformar suas angústias.

Considerações finais

Neste artigo, partimos da nossa experiência no tratamento ambientoterápico com crianças com TEA no CEAPIA para esclarecer que, na prática, a prioridade é sempre o ajustamento da técnica ao paciente, não o contrário. Deste modo, quando a Psicanálise dialoga e se integra com outras áreas do conhecimento, como as Neurociências e a Psicologia de Desenvolvimento, ampliamos nossa capacidade de compreender e ajudar essas crianças.

Como foi visto, nosso método de trabalho com este perfil de pacientes engloba intervenções não interpretativas, que visam à sua integração emocional. Priorizamos uma linguagem simples, lúdica, com foco nos afetos, ajudando-as a nomear sentimentos e a organizar seu mundo interno, o qual é por vezes sentido por elas de forma caótica. Narrar e associar elementos verbais às manifestações não-verbais dos pacientes são formas de aumentar sua capacidade de integrar suas experiências, caminhando de expressões concretas para mais simbólicas. Através do contato pele a pele, olho a olho, buscamos espelhá-los como pessoas, desenhando seus contornos e sua imagem corporal.

Nosso trabalho busca, através de uma companhia viva (Alvarez, 1992), identificar em cada paciente suas capacidades, tentando estimulá-las e reforçá-las, fazendo emergir habilidades para que cada um, a sua maneira, possa encontrar sua forma de se expressar e de se relacionar com o outro. O terapeuta apresenta-se a essas crianças como uma pessoa interessante e confiável, com quem pode compartilhar atividades e experiências emocionais significativas que preenchem pouco a pouco seus abismos internos com conteúdos humanos: a brincadeira, a voz, o choro, a dor, o riso, a falta, o desejo.

Temos observado, em nossos pacientes, uma ampliação do espaço mental, com conseqüente aumento da capacidade de autopercepção, de controle emocional e de autorregulação sensorial, levando-os a brincar mais, interagir melhor e assim estabelecer vínculos mais positivos com os demais. Claro que esses resultados são muito mais eficazes quando estão associados a outros atendimentos conjuntos: psiquiatria, neurologia, fonoaudiologia, acompanhadamente terapêutico e/ou outros.

E são mais efetivos ainda quando, junto com os pais, conseguimos formar uma grande equipe. O grupo de cuidadores oferecido na nossa Ambientoterapia é uma via que possibilita conter a angústia e o vazio da família, desenvolver empatia e oferecer-lhes um novo jeito de ver e pensar as crianças, assim como a si mesmos na tarefa de cuidar, validando as dificuldades e reforçando-os nas suas capacidades. Por vezes, é dar a esperança a quem já deixou de a ter, é vislumbrar um sorriso de satisfação com as pequenas conquistas que se transformam em grandes.

Para finalizar, reiteramos que a busca pelo prazer nas relações interpessoais tem sido, acima de tudo, nosso foco com as crianças do espectro do autismo. A satisfação em fazer coisas com os outros, as leva a gostar de estar em

companhia, reconhecendo os que estão a sua volta como pessoas inteiras e percebendo a si mesmas como parte do universo desse outro, com sensações e sentimentos humanos. Isto é Psicanálise!

Referências

- Alvarez, A. (1992). *Companhia Viva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barros, I. G. (2012). *Transtorno do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon.
- Bosa, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo [Online]. Psicologia: Reflexão e Crítica. <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a10v15n1.pdf> [2015, 20 de julho].
- Klin, A. (2007). *Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral*. Yale University School of Medicine: Connecticut, EUA. <http://www.appda-norte.org.pt/docs/autismo/AutismoSíndromeAsperger.pdf> [2015, 16 de julho].
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. (2014). Porto Alegre: Artmed.
- Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (I Parte). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 39- 49.
- Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (II Parte). In: *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 13, 21-30.
- Laurent, É. (2014). *A Batalha do Autismo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lima, C. B. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção*. Lisboa: Lidel.
- Solomon, R. (2013). O Projeto Play: um modelo de treinamento de formadores de intervenção precoce para criança com transtorno do espectro do autismo. In: Schmidt, C. (Org.). *Educação e Transdisciplinariedade*. Campinas: Papyrus.
- Schwartzman, J. S & Araújo, C.A. (2012). *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon.
- Taschetto, A. R. & Nilles, M. A. (1996). Ambientoterapia: uma indicação terapêutica na infância e adolescência. In: *Publicação CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência*, 9, 126-134.
- Vera, J. L. (2012). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional: guía para cuidadores*. Octaedro: Barcelona.
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: D. W. Winnicott. *O Brincar e a realidade* (pp.153-162). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: D. W. Winnicott. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp.38-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. In: D. W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas* (pp.374-392). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1954).