

## HÁ TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA DO BEBÊ E DA CRIANÇA PEQUENA EM RISCO DE AUTISMO?<sup>1</sup>

Carolina Pires Bellini<sup>2</sup>  
Anna Costa Pinto Ribeiro<sup>3</sup>

### RESUMO:

O presente artigo discute o conceito de transferência dentro das diferentes clínicas psicanalíticas, como a do adulto, da criança e do bebê e analisa a possibilidade de haver transferência na especificidade da clínica com bebês e crianças pequenas em risco de autismo. A peculiaridade da transferência, nesta clínica se faz justamente na antecipação, por parte do analista, ao acreditar que naquele bebê possa haver um sujeito, mesmo que na condição autística. O analista atua justamente no laço entre a cuidadora e o bebê, e a possibilidade de transferência seria estabelecida tanto com os cuidadores quanto com o próprio bebê ou criança pequena em risco de autismo. Para tanto, recorre-se aos referenciais da epistemologia da psicanálise afim de se levantar uma estratégia para a leitura dos textos psicanalíticos que vá além do que já foi previamente estabelecido no campo destes estudos. Os textos clássicos de Freud foram utilizados como instrumentos desta pesquisa, da mesma maneira que pesquisas feitas por Ângela Vorcaro, Inês Catão, Marie Christine Laznik e Jean-Michel Vivès, dentre outros autores.

Palavras-chave: Autismo. Bebê. Clínica psicanalítica. Risco de autismo. Transferência.

### IS THERE TRANSFERENCE IN THE PSYCHOANALYTIC CLINIC OF THE BABY OR YOUNG CHILD UNDER AUTISM RISK?

### ABSTRACT:

This paper discusses the concept of transference within the different psychoanalytic clinics as, the adult, the child and the baby ones, and analyzes the possibility of having transference in the specificity of the clinic with babies and young children under autism risk. The psychoanalysis with babies is growing increasingly in importance within the clinic, mainly regarding cases of babies under risk of autism. The peculiarity of transference in this clinic is exactly the analyst making believe that may be a subject in the referred baby, even if in the autistic condition. The analyst performs precisely in the bond between the caregiver and the baby, and the possibility of transference would be established

---

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF) na Linha de Pesquisa de Práticas Clínicas. Recebido em 27/05/19 e aprovado, após reformulações, em 25/05/19.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF). E-mail: carol\_bellini@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF). E-mail: annaribeiro@cesjf.br

both with the caregivers and with the baby himself or the young child under autism risk. The peculiarity of transference in this clinic is exactly the analyst making believe that may be a subject in the referred baby, even if in the autistic condition. The analyst performs precisely in the bond between the caregiver and the baby, and the possibility of transference would be established both with the caregivers and with the baby himself or the young child under autism risk.

Keywords: Autism. Baby. Psychoanalytic clinic. Autism risk. Transference.

## 1 INTRODUÇÃO

A questão da transferência dentro da clínica do autismo é complexa, o que torna seu estudo imprescindível. Para iniciar uma discussão acerca do tema é importante, primeiramente, destacar de forma breve alguns pontos sobre a trajetória da psicanálise. Freud (1912a, apud GREENSON, 1967) conceitua a transferência como um conjunto de vivências, atitudes, sentimentos e fantasias que são repetidas na figura do analista. Ela é inerente a todo tipo de relação humana e é a partir desse processo que o analista consegue acessar materiais do inconsciente de seus pacientes.

Para que os sintomas do analisando se tornem material psíquico capaz de ser elaborado é necessário, antes de tudo, que a relação transferencial aconteça. Através dela, o analista assume para si a carga efetiva que o analisando carrega e que, aos poucos, é passada para a figura do analista pela via da repetição (GREENSON, 1967). Por isso, é possível afirmar que, para a Psicanálise, a transferência é uma ferramenta essencial à análise.

Na clínica com crianças, Freud acreditava que o método das associações livres não poderia ser aplicado, uma vez que elas teriam uma dificuldade natural em verbalizar seu material inconsciente. Isso, portanto, inviabilizaria uma possível clínica psicanalítica destinada aos infantes (CAMAROTTI, 2010).

O teórico Jacques Lacan fez uma grande contribuição à psicanálise infantil, interligando o sintoma familiar ao sintoma da criança (CAMAROTTI, 2010). Em relação à clínica com bebês, os psicanalistas Dolto e Winnicott, apontaram o papel ativo, tanto dos mesmos quanto dos pais, nos processos de subjetivação dos bebês, fazendo com que emergisse uma clínica direcionada a eles (BARBOSA, 2012).

Diante de todo esse quadro e levando-se em consideração o conceito de transferência (circunscrito à clínica psicanalítica), pretende-se, neste trabalho, levantar um questionamento: afinal, é possível que ocorra o processo de transferência da clínica do bebê ou da criança pequena com risco de autismo? E, caso seja, como isso se daria, tendo em vista a existência da recusa ao Outro<sup>4</sup>? O objetivo deste trabalho é justamente investigar hipóteses acerca dessas duas questões.

É importante considerar que a relação transferencial na clínica com bebês e crianças pequenas em risco de autismo, defendida aqui como hipótese, se daria a partir do estabelecimento de um vínculo entre o bebê e o analista, quando este é colocado como Outro e percebido pelo bebê em risco de autismo como não invasivo.

Essa relação transferencial dentro da clínica do autismo ainda é muito pouco explorada no ambiente acadêmico. Se forem observadas as mais recentes discussões em torno da clínica psicanalítica com bebês e crianças pequenas em risco de autismo, nota-se que existe grande foco na preocupação em relação às propostas de intervenções, porém, existe também grande carência de entendimento em torno das especificidades que o processo de transferência assume nesse caso. A relevância deste estudo vai ao encontro dessa necessidade de se discutir de forma mais aprofundada a provável existência de tal transferência, que é base para o processo de intervenção.

Para isso, recorre-se aos referenciais da epistemologia da psicanálise através de Monzani (1989), o qual propõe a ideia de se levantar uma estratégia para a leitura dos textos psicanalíticos que vá além do que já foi previamente estabelecido no campo desses estudos. Esse tipo de estudo é destinado não só à psicanálise, mas também para diferentes produções científicas. O autor destaca que, através de uma análise epistemológica de um texto, não se tem como finalidade duvidar da autenticidade da teoria psicanalítica, mas sim ressaltar o significado da mesma juntamente com a mutação de suas significações.

---

<sup>4</sup> Outro: conceito introduzido por Lacan para tratar daquilo que é anterior ao sujeito e o determina em sua constituição, linguagem. A grafia em caixa-alta visa diferenciar do semelhante (outro).

Os textos clássicos em psicanálise, especialmente os de Freud, foram utilizados como instrumentos desta pesquisa, juntamente com fontes secundárias, através de pesquisadores que se dedicam ao assunto, tais como: Ângela Vorcaro, Inês Catão, Marie Christine Laznik e Jean-Michel Vivès.

## **2 A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS**

Cabe a este trabalho contextualizar a investigação proposta a partir de uma breve trajetória da psicanálise em relação ao surgimento da clínica infantil e, posteriormente, da clínica do bebê.

Dentre os métodos que Freud usava na clínica com adulto, a hipnose se destacou em um primeiro momento com o intuito de obter informações que diziam respeito aos conflitos do inconsciente. Com o passar do tempo, porém, Freud substituiu o método da hipnose pelo das associações livres<sup>5</sup>. Freud acreditava que o método das associações livres não poderia ser aplicado às crianças, uma vez que elas teriam uma dificuldade natural em verbalizar seu material inconsciente. Isso, portanto, inviabilizaria uma possível clínica psicanalítica destinada a elas (CAMAROTTI, 2010).

Melanie Klein, pioneira na clínica psicanalítica com crianças, por sua vez, foi a primeira a relacionar o brincar da criança dentro do *setting* analítico com o método de associação livre proposto por Freud, possibilitando, então, a existência dessa clínica particularmente direcionada às crianças (CAMAROTTI, 2010).

Posteriormente, como já exposto, o teórico Jacques Lacan se destaca por suas diversas contribuições para uma nova prática da psicanálise infantil. Os estudos de Lacan, a partir dos textos de Freud, permitiram que os psicanalistas contemporâneos, Françoise Dolto e Donald Winnicott, trouxessem para a discussão um fator novo: a grande competência dos bebês. Essa competência também é fator de grande importância para o cenário de uma clínica específica dirigida aos bebês (BARBOSA, 2012).

---

<sup>5</sup> Método criado por Freud que consiste no fato de o paciente falar ao analista tudo aquilo que lhe vem à mente.

Ainda hoje, a clínica psicanalítica com bebês é muito criticada pelo fato de eles não serem capazes de se expressarem verbalmente, o que, para muitos, comprometeria a prática ortodoxa da psicanálise, como propôs Freud. Porém, é importante considerar o contra-argumento de que a proposta dessa clínica se dá, principalmente, a partir da escuta e não somente a partir da fala. O surgimento do sujeito é possibilitado através da intervenção que o analista faz a partir da escuta do sofrimento do bebê. Jerusalinsky (2002) afirma que a clínica com bebês se diferencia das demais na medida em que o tratamento envolve não apenas os próprios, mas também seus cuidadores. Como então é feita essa escuta? E afinal, quem é escutado?

Desde antes do nascimento, os bebês já se encontram inscritos em uma série de falas dos familiares. Os pais, portanto, têm um grande saber sobre seus bebês, e é a partir deste pressuposto que a escuta dos pais é feita pelos analistas. Ao entender sobre o lugar deste bebê dentro da família, e, primordialmente, na teia de significantes de cada um deles, assim como suas marcas e vivências, torna-se possível dar uma direção ao tratamento. Porém, não somente os pais são ouvidos.

Jerusalinsky (2002) afirma que a clínica com bebês não se dá somente a partir da fala dos pais, mas também a partir da importante produção do bebê. Segundo Teperman (2005), o direito à palavra é de todos. Mesmo que não haja verbalização, o corpo também se torna instrumento de fala das vivências já ocorridas, assim como das vivências presentes. De forma análoga, é possível pensar que os bebês também podem ser ouvidos. Sintomas de cunho respiratório, problemas digestivos, de pele, entre outros, juntamente a comportamentos “atípicos” do bebê, fazem com que os pais o levem a um analista. O pequeno corpo desse bebê, quando exposto à linguagem, torna-se capaz de expressar além do biológico e, portanto, vai em direção ao sentido simbólico dado àquelas disfunções. A linguagem, assim, torna-se capaz de assumir uma função organizadora no bebê (TEPERMAN, 2005)

Laznik (2013) concorda com a hipótese de Lacan, que defende a existência da linguagem desde o início da vida, momento em que já podemos ser capturados pela fala do Outro.

Ao pensar sobre a linguagem, é de grande importância reconhecer os efeitos que as palavras podem ter sobre o bebê. Os pais também são ouvidos pelo analista, porém não devem ser ouvidos sozinhos. O bebê, estando presente, permite que haja uma aproximação entre o analista e ele, sendo esta propiciada pelos significantes parentais. A intervenção proposta é feita através da percepção de como se dá o laço entre o bebê e seu Outro, papel normalmente assumido pela função materna. A grande chave dessa clínica é o bebê tomado como suposto sujeito (TEPPERMAN, 2005).

### **3 A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA COM BEBÊ E CRIANÇAS PEQUENAS**

Pretende-se aqui, primeiramente, definir o conceito de transferência para que então seja possível destacar como ela atua dentro da clínica com bebês e crianças. Isso permitirá, posteriormente, pensar nas possibilidades dessa transferência dentro da clínica do autismo. Já que a psicanálise surge a partir da clínica do adulto, é natural que iniciemos tal discussão dentro dessa clínica.

Freud e Sándor Ferenczi introduzem a transferência como processo imprescindível na clínica psicanalítica. Afirmam que, na relação analítica, os desejos inconscientes do analisando direcionados a objetos externos seriam representados na figura do analista. Este, por sua vez, ocuparia o lugar dos mais diversos objetos (FREUD, 1900; FERENCZI, 1909; apud ONS, 2018).

No texto “A dinâmica da transferência”, de 1912, Freud reafirma que, na análise, o analista tem o papel de substituir outra figura. A seguir, tenta determinar seu lugar no tratamento. Destaca também que a transferência vai além dos processos conscientes, não podendo ser justificada apenas de forma racional. Ela também assume processos inconscientes. Segundo ele, a transferência permite que um material complexo do psiquismo seja transferido para a figura do analista e afirma que todo conflito pode ser enfrentado dentro da dinâmica de transferência.

De acordo com os autores La Planche e Pontalis (2001), é importante destacar a transferência como um conceito de múltiplas definições, pois ao longo do tempo recebeu diversos significados, tendo sido, desde então, objeto de clássicos debates.

A transferência pode ser caracterizada como o espaço no qual o tratamento psicanalítico ocorre, pois é nele que estão as possibilidades de interpretação e resolução que são capazes de definir o decorrer do tratamento. De modo geral e resumido, a transferência envolve o fato de o paciente deslocar representações inconscientes para a figura do analista (LA PLANCHE; PONTALIS, 2001). De forma análoga a este pensamento, Zornig (2008) aponta que a transferência permite que conteúdos recalcados sejam revividos através de um deslocamento ou repetição dentro do *setting* terapêutico.

A transferência pode ocorrer a partir do desejo do analista. Sendo assim, o mesmo assume, de forma inconsciente para o analisando, o lugar do suposto saber. Em outras palavras, o analista é para o analisando aquele que detém a verdade sobre este. Neste sentido, Kaufmann (1996, p.551) destaca a afirmação de Lacan: “[...] onde quer que haja o sujeito suposto saber<sup>6</sup>, há transferência, mesmo que o analisando esteja muitas vezes longe de atribuir esse lugar ao analista quando entra em análise.” E continua:

A transferência está na fronteira entre o desejo e o amor. Isso permite compreender melhor em que medida a complexidade do amor de transferência num sujeito não se limita ao que se passa em seu nível, mas envolve o que se passa no analista e, mais precisamente, com o desejo do analista. (KAUFMANN, 1996, p. 549)

Ao se pensar na clínica com crianças, Zornig (2008) destaca que as características da análise se diferem das de um paciente adulto, apontando uma questão importante: a mudança da dimensão verbal presente na clínica do adulto para a dimensão de construção e contenção na clínica com bebês e crianças pequenas. Sendo assim, como ficaria então a questão da transferência dentro da particularidade desta clínica?

Com o intuito de responder tal pergunta, recorre-se, primeiramente, a uma outra indagação, feita por Vorcaro (1999, p.92), a respeito de quem deveria ser atendido: os pais ou a própria criança? A autora afirma: “Responder a esta questão implica uma decisão que vai distinguir a criança-sintoma do sintoma da criança”. De acordo com esta mesma autora, a transferência abre caminhos para que a criança seja capaz de se desvincular do seu sintoma familiar a fim de criar

---

<sup>6</sup> Sujeito suposto saber: conceito introduzido por Lacan como lugar que o analista é convocado a ocupar, como lugar de alguém que sabe/lugar de corte (KAUFMANN, 1996).

o seu próprio.

É importante ressaltar o papel dos pais no processo analítico da criança, pois normalmente é a partir deles que a demanda de um trabalho analítico com a criança surge. A participação dos pais no tratamento é, com frequência, demandada pelo analista justamente com a finalidade de separar a criança-sintoma do sintoma da criança. É de grande relevância diferenciar o sintoma infantil, o discurso familiar e o desejo dos pais (AZEVEDO, 2018).

Vorcaro (1999) pontua de forma importante que é o discurso parental que mostra onde a criança se situa no enlace familiar e que, a princípio, são eles (os pais) os responsáveis por supor um saber no analista; e é somente a partir disso que a criança será capaz fazer o mesmo. A mesma autora afirma que “a transferência só sustém a análise de uma criança se for incidente nos agentes paternos” (1999, p.57).

Sobre o lugar do analista<sup>7</sup> neste processo, afirma Barbosa (2012, p. 264):

[...] é convocado (o analista) a ocupar, na transferência, o lugar do Outro do bebê, dar sua contribuição libidinal enquanto semblante do objeto visando promover mudanças na subjetividade dos pais até que se lhes restitua o lugar de legítimos outros do bebê.

A transferência com bebês e crianças permite que o analista seja capaz de ler os aspectos corporais que tanto exprimem material para análise. O corpo é morada das primeiras atividades psíquicas e lugar de investimento pulsional. Ao conseguir perceber o que aquele corpo “quer falar” é possível investigar o investimento que o bebê ou criança está recebendo, ou recebeu, do Outro. O bebê sente antes de compreender e é através das trocas não verbais que seu corpo é marcado pelas histórias vividas, mesmo que sejam tão breves (ZORNIG, 2008). É também importante se destacar que estas trocas, além de não verbais, podem ser também verbais, como, por exemplo, quando o corpo do bebê é marcado através do manhês, assunto de grande relevância que será posteriormente tratado no texto.

Ainda de acordo com a mesma autora, a comunicação não verbal entre o analista e a criança ou o bebê, permite, a princípio, o surgimento dos afetos para

---

<sup>7</sup> Lugar do analista: é a causa da transferência; lugar que permite que o analista interprete e perceba o inconsciente do analisando (NÁSIO, 1999)

que depois seja possível exprimi-los através de verbalização. É nesse sentido que a transferência possibilita a constituição do sujeito.

Se o olhar sobre a transferência for ampliado para além de seu papel na interpretação, observa-se que ela também se torna responsável por permitir o surgimento de um espaço necessário para a transposição dos conflitos vivenciados pelo psiquismo na constituição do bebê e da criança pequena (ZORNIG, 2008).

#### **4 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO AUTISMO**

De acordo com Roudinesco e Plon (1998), o termo “autismo” foi criado por Eugen Bleuler. Nele, a palavra grega “autos” significa “o si mesmo”, relacionando-o ao ensimesmamento do psicótico e à negação de uma realidade externa. Bleuler, em 1911, usou o termo “autismo” resumindo-o como uma perda do contato com a realidade. Ele também classificou o termo entre diversas outras características fundamentais dos casos de esquizofrenia (RIBEIRO; MARTINHO; MIRANDA, 2012).

De acordo com Campanário (2008), o termo foi usado, nesse primeiro momento, não para designar uma síndrome única, mas sim uma dentre as outras características relacionadas à esquizofrenia. Ainda de acordo com a mesma autora, foi Leo Kanner que, em 1943, escreveu o artigo “Os Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, fazendo com que o autismo fosse então descrito como uma nova entidade nosográfica, tendo como uma característica fundamental a negação das respectivas crianças em estabelecer relações desde o início de suas vidas. Outras características foram também destacadas por ele, tais como linguagem inalterada ou inexistente, preferência por atividades repetitivas, mesmice e isolamento extremo.

Em 1944, Kanner renomeou os “Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo” e inaugurou a síndrome do “autismo infantil precoce”. Ele concordava que os casos de autismo se assemelhavam aos de esquizofrenia infantil, porém afirmava que nos casos de autismo infantil precoce havia os isolamentos e desapego ao ambiente desde os primórdios da infância (CAMPANÁRIO, 2018).

Um ano após Kanner ter escrito seu artigo, Hans Asperger usa o termo

“Psicopatia autística”, referindo-se às crianças com distúrbios de personalidade e também com as mesmas características já propostas por Kanner, porém mais inteligentes (SUPLICY, 1993).

A partir de 1949, Margareth Mahler iniciou seus estudos sobre a etiologia das psicoses e do autismo. Criou centros de pesquisa e desenvolvimento relacionados ao assunto, o que a possibilitou diferenciar a “síndrome do autismo infantil precoce”, proposta por Kanner, da “síndrome da psicose simbiótica”, proposta por ela mesma. Mahler considerava o autismo uma “defesa diante da necessidade vital de simbiose com a mãe ou um substituto materno” (RIBEIRO; MARTINHO; MIRANDA, 2012).

A partir desse momento foram surgindo novas discussões acerca da posição nosológica que o autismo deveria ocupar, independentemente das classificações que já existiam (SUPLICY, 1993).

De acordo com Suplicy (1993), a década de 1950 foi marcada por um grande número de pacientes autistas por conta da vasta gama de características que eram usadas para descrever o transtorno. A classificação era feita em conjunto com a da esquizofrenia por não apresentar fatores orgânicos. Já na década de 1960, o que a autora chama de “modismo” decaiu, levando em conta a seriedade que os tratamentos pressupunham, o que colocou em questão quais deveriam ser as classificações vigentes para o autismo. Os anos de 1970 foram marcados por uma necessidade de mudança no foco: o autismo deixa de ser considerado psicose infantil, assim como o enfoque primário dado ao déficit social cede lugar aos déficits cognitivos. As dificuldades relacionadas à linguagem e o prejuízo social ganham o destaque.

Roudinesco e Plon (1998) identificam que na década de 1980 não houve nenhuma comprovação do autismo verdadeiro, ou seja, aquele baseado na não existência de lesão neurológica prévia, sendo de origem apenas orgânica. Foi a psicanálise a única capaz de justificar a abrangência da dimensão psíquica envolvida nos casos de autismo, sem excluir a possibilidade de causas múltiplas. Tornou-se possível, assim, a assistência às crianças não só em ambientes clínicos, mas também em centros especializados e nas escolas.

Os autores Ribeiro, Martinho e Miranda (2012) chamam a atenção para a caracterização do autismo pelo DSM V (Manual diagnóstico e estatístico de

transtornos mentais), classificando-o como “Transtorno do Espectro do Autismo”.

Em contrapartida, de alguns anos atrás até os dias atuais, movimentos no Brasil começaram a incluir o autismo no grupo das deficiências, representando o desejo dos pais em dar aos seus filhos os mesmos direitos que são dados às pessoas deficientes. Segundo Catão e Vivès (2011), este caminho é equivocado, pois tais crianças não são acometidas, necessariamente, por uma deficiência intelectual.

Recentemente, o autismo vem ocupando lugares de grandes contrastes referentes às suas possíveis causas e formas de tratamento, transitando entre diversas áreas com diferentes discursos (CATÃO; VIVÉS, 2011).

Pode-se perceber como a discussão sobre o autismo sempre foi bastante polêmica e muito tem sido escrito sobre o assunto. Campanário (2008) ressalta tal fato e afirma que o crescente número de publicações não se deve somente à gravidade do quadro, mas também ao mistério que cerca a sua etiologia. Talvez por conta da dificuldade que as diferentes áreas têm em trocar informações, o tratamento farmacológico ou psicoterápico do autismo ainda deixa muito a desejar.

De forma análoga a esse pensamento, Laznik (2004, p.30). traz importante fala de reflexão: “Esta patologia é uma grande mestra porquê obriga-nos a aceitar a humilde Doutra Ignorância, proposta como porta de entrada para todo novo saber, pelo escolástico medieval da Sorbonne: Nicolau de Cusa”.

## **5 A CLÍNICA DO BEBÊ E DA CRIANÇA PEQUENA EM RISCO DE AUTISMO**

O histórico familiar de algumas crianças faz com que estas necessitem de uma atenção redobrada em relação a seu desenvolvimento. Campanário e Pinto (2006) apontam que há maior incidência de autismo em famílias com algum histórico do transtorno e também afirmam que crianças portadoras de alguma outra síndrome têm maiores chances de se enquadrarem nos casos de autismo. É importante, porém, ressaltar que as causas ainda assim se mantêm desconhecidas e inconsistentes no campo das pesquisas.

Ainda de acordo com os mesmos autores, há um consenso segundo o qual, antes dos 3 anos, não se pode fazer um diagnóstico definitivo sobre o

autismo. Antes de a criança completar os 3 anos de vida o que pode haver é uma suspeita do quadro a partir do momento que alguém perceba sinais de autismo apresentados pela criança ou bebê. Ao se apresentar sinais de autismo, há então possibilidade de uma intervenção precoce.

### 5.1 RISCO DE AUTISMO

No que diz respeito ao bebê ou criança pequena em risco de autismo, Laznik (2004) afirma que uma das características fortemente identificadas é o não reconhecimento do gozo do Outro desde o início da vida, não fazendo se importar com este gozo. Desta forma, o bebê nada demanda do Outro e assim também não se relacionará com nenhum pequeno outro. Laznik (2004, p.183) continua:

O que me funda, enquanto bebê, é o gozo que vou suscitar ou não, no Outro. Isto vai permitir uma boa organização do pólo alucinatório de satisfação, base do pensar inconsciente, suporte essencial para um desenvolvimento cognitivo capaz de discriminar o que o outro sente.

Campanário (2008) declara que desde os primeiros meses de vida, o bebê em risco de autismo se esquiva do olhar do Outro. Tal questão é instigante pois se faz presente na ordem da escolha, mesmo que o bebê ainda não se encontre como sujeito para tal.

Como já foi discutido neste artigo, a aposta da clínica psicanalítica relacionada à questão do risco de autismo é justamente fazer emergir o sujeito para que assim ele seja capaz de subjetivação.

Sabe-se que não há respostas em relação às questões etiológicas sobre o autismo. Sendo esta discussão extensa e talvez estéril (CAMPANÁRIO, 2008), torna-se interessante pensar nas possibilidades de trabalho em cima daquilo que já foi definido. A condição do risco de autismo é anterior à instalação do quadro, fazendo com que haja, portanto, possibilidade de intervenção precoce.

## 5.2 INTERVENÇÃO PRECOCE

Campanário (2008) assegura que, no autismo, para que se faça emergir um sujeito, ou seja, para que este se faça notar pelo Outro, a intervenção precoce é de grande relevância.

A condição *infans*<sup>8</sup> permite sairmos da posição de espera para a posição de intervenção, isto porque o bebê ou pequena criança apresenta diferenças em relação à estrutura cristalizada do adulto. Concluímos que nossa intervenção pode mudar o modo de gestão do gozo nessas crianças (CAMPANÁRIO, 2008 p.83)

Em paralelo, Laznik (1991, 1997, 2004 apud CAMPANÁRIO; PINTO, 2006) apresenta a ideia de que uma intervenção precoce em criança com sinais de autismo se faz fundamental pois aponta para uma evolução clínica mais positiva e favorável ao intervir no laço mãe/bebê.

Jerusalinsky (2016), por sua vez, defende a ideia de que esperar um diagnóstico para que somente depois haja a intervenção poderá privar o bebê, ou uma criança, de uma intervenção que possivelmente melhoraria o desenvolvimento de sua constituição.

É importante aqui retornar a um outro assunto também já levantado: o papel da linguagem sobre o corpo. Ainda de acordo Campanário (2008), é através do cuidado da mãe que a linguagem é capaz de mapear o corpo “ao percorrer, distinguir, organizar e historiar o organismo e seus orifícios” (2008, p. 77). O corpo passa então a ser libidinizado através da linguagem, possibilitando assim a constituição de um sujeito.

### 5.2.1 A magia da voz da sereia: o papel do manhês e sua possível relação com o autismo

Ao se destacar o importante papel da linguagem como um todo na subjetivação do sujeito, Campanário (2008) estabelece que o início da organização dos processos psíquicos é marcado pelas primeiras trocas sonoras entre mãe e bebê. Assim, todo som emitido pelo bebê e o êxito da mãe em

---

<sup>8</sup> *Infans*: refere-se, etimologicamente, àqueles que ainda não falam (CAMPANÁRIO; PINTO, 2006).

responder ao seus pedidos têm influência direta na fundação psíquica própria de cada sujeito.

A maneira específica que cada cuidador tem ao se comunicar com seu bebê, aqui chamada de manhês, abre então caminhos para que o mesmo seja capaz de subjetivar (CAMPANÁRIO, 2008). Laznik (2004), em seu livro intitulado “A voz da sereia”, faz uma alusão comparando o manhês à capacidade que as sereias têm de atrair a atenção dos pescadores de forma encantadora. Seria também a mãe capaz de encantar seus bebês autistas como a sereia encanta os marinheiros?

O manhês permite que o cuidador, através de uma fala infantilizada, fantasie a fala de seu bebê. As longas pausas que aparecem na fala deste cuidador cedem espaço para o lugar de locução do bebê, inserindo nele o possível lugar de falante (CAMPANÁRIO, 2008).

A mesma autora destaca uma pesquisa de extrema riqueza e importância que pôde identificar um algoritmo capaz de distinguir o manhês para que posteriormente se pudesse distinguir a fala do manhês de outro tipo de fala dirigida a um adulto. A hipótese consistia em relacionar o empobrecimento do manhês durante a interação mãe/bebê como possível cofator do aparecimento do autismo (MAHDAHAOUI; et al., 2010).

Mahdahaoui et al. (2010) afirmam que os picos prosódicos emitidos pelos pais fazem com que o bebê mantenha seu interesse e atenção nos mesmos. Assim, a pesquisa leva à reflexão sobre a importância do estudo, ao afirmar que:

Se a aprendizagem depende de interesse social entre as pessoas e dos sinais que elas produzem, as crianças com autismo, que apresentam menor interesse social, podem ter uma desvantagem cumulativa na aquisição da linguagem. Sua resposta escassa aos pais pode empobrecer o engajamento parental e também a produção do manhês no decorrer do tempo. Como consequência, esse empobrecimento reforçará o retraimento social e o atraso na aquisição da linguagem (MAHDAHAOUI et al. 2010, p.151).

Ainda de acordo com esta pesquisa, acredita-se que, ao longo do tempo, o manhês se tornaria menos frequente devido a essa falta de resposta da criança. Portanto, haveria uma diminuição na estimulação da fala das mesmas, que teria como possível consequência os prejuízos sociais e alterações de linguagem encontradas em crianças autistas mais velhas.

Diante do exposto, a pesquisa supõe que o estudo do manhês e suas implicações podem ser ricas ferramentas auxiliando na intervenção precoce do autismo. A aposta se faz em melhorar a qualidade desta relação entre cuidador/bebê, através da ferramenta do manhês, para que posteriormente os prejuízos de linguagem e sociais sejam menores.

## **6 TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA COM BEBÊ E CRIANÇAS PEQUENAS EM RISCO DE AUTISMO**

Os apontamentos neste texto, já previamente levantados, são de grande importância para que se possa discutir como se daria o arranjo da transferência na clínica do autismo, especificamente no caso de bebês e crianças pequenas em risco de autismo, ou seja, aqueles que ainda não têm tal condição cristalizada.

Para se pensar nesse sentido, é necessário que se interroge o conceito psicanalítico de transferência recorrendo às indagações feitas por Vorcaro (1999, p. 67) acerca do tema: *“Transferência de quem? Interpretação do quê?”*

### **6.1 O LUGAR DO ANALISTA NA CLÍNICA DE BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS EM RISCO DE AUTISMO**

Vorcaro (1999) deixa claro que o papel do analista dentro do tratamento psicanalítico com bebês e crianças autistas está situado em um pressuposto de grande importância: a suposição por parte do analista de que, naquele bebê ou criança, haja um sujeito, mesmo antes de realmente advir um. É a partir daí que o trabalho da transferência pode atuar e se desdobrar.

Diante da possibilidade de transferência é que o analista assume uma importante função: a da interpretação. Para que possa interpretar aquela criança é necessário, primeiramente, a aposta imaginária na possibilidade de leitura das manifestações da criança. Desse modo, seria o imaginário do analista que possibilitaria a leitura das manifestações (VORCARO, 1999). Completando a mesma linha de raciocínio, Campanário, Vorcaro e Pinto (2013) apontam que “Na clínica com essas crianças... muitas vezes interpretamos os seus

movimentos, falamos o que elas poderiam querer dizer, transformando o gesto de escuta num ato de fala” e continuam posteriormente ao afirmarem que “Escutar quem não fala, mais do que escutar, é ler imagens, balizada pela fala dos pais” (CAMPANÁRIO, VORCARO E PINTO, 2013, p. 52 e 53).

Ao se estabelecer a transferência, objetiva-se, segundo Vorcaro (1999), que a criança se separe do sintoma familiar para constituir seu próprio *sinthome*<sup>9</sup>, fazendo-se advir no laço social tão precário à crianças autistas. “O *sinthome* serve ao sujeito para sair de seu gozo autista e enlaçar a realidade psíquica do sujeito barrado” (p.64).

O analista assume o lugar do *Outro primordial*, fazendo com que haja corte, separação, furo. É assim que, então, se possibilita o surgimento de um sujeito (VORCARO, 1999).

## 6.2 A IMPORTÂNCIA DA TRANSFERÊNCIA COM OS CUIDADORES DE BEBÊS E CRIANÇAS EM RISCO DE AUTISMO

Visando a não cristalização do quadro, o analista há de sustentar a transferência, tanto advinda da criança quanto de seus pais (VORCARO, 1999). No que tange esse assunto, Campanário e Pinto (2006) afirmam que as interpretações e intervenções não são direcionadas apenas aos bebês, mas também àqueles que exercem as funções do agente maternante, fazendo com que o analista atue justamente neste laço entre a mãe e o bebê.

Campanário e Pinto (2006) destacam que a fala do analista direcionada ao bebê faz com que a mãe também escute à mesma. Assim, o lugar que o analista dá ao bebê é observado pela mãe, fazendo com que a ela também seja capaz de supor, naquele bebê, um sujeito.

Campanário, Vorcaro e Pinto (2013) afirmam que, mesmo não se situando em um discurso, o autista não está fora do campo da linguagem. Passando brevemente por Lacan, destacam ainda que o autista se insere na linguagem justamente quando se coloca recusando a mesma. Afirmam também que o fato

---

<sup>9</sup> A concepção do *sinthoma* difere radicalmente do sintoma. *Sinthoma* refere-se a um sintoma completamente vazio de sentido, que não é um significante, não interpretável, que não é uma metáfora, sendo então não “curável”.

de o analista reconhecer as manifestações do bebê como linguagem é ponto crucial para que a criança possa observar-se fonte de tais manifestações.

Podendo haver, então, o enlace da transferência com bebês e crianças pequenas em risco de autismo, levando-se em conta as condições já expostas, há possibilidade de tratamento do autismo logo em seu início, momento no qual os sintomas, segundo Campanário e Pinto (2006) ainda não estão cristalizados.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de tudo o que foi discutido ao longo deste artigo, é indispensável pensar que a relação transferencial é condição inicial para que advenha um sujeito, além de também ser de extrema relevância para que o bebê e a criança pequena em risco de autismo sejam capazes de estabelecer um laço social. Ao se supor a existência de um sujeito naquele bebê ou criança com quadro ainda não cristalizado, o analista logo assume a relação transferencial como condição àquele tratamento.

O assunto do autismo ainda é circundado por diversas teorias e suposições nas quais os estudiosos do assunto se mostram cada vez mais interessados, já que cada caso é sempre tão singular. Isso leva a se pensar sobre a peculiaridade da transferência, ainda dentro de cada caso. Com certeza a transferência na clínica com bebês em risco de autismo não é conceituada da mesma forma que na clínica com adultos, ou, até mesmo com crianças.

A partir de todo o exposto no decorrer do texto, é possível assumir que a transferência possível dentro da clínica psicanalítica com bebês e crianças pequenas em risco de autismo se difere da transferência proposta por Freud no início da psicanálise. Na particularidade desta clínica, tal conceito se mostra mais sutil e fluido, assim como merecedor de novas descobertas, pois para que as intervenções ocorram de forma satisfatória é necessário que antes ocorra o estabelecimento de algum tipo de transferência.

Desta forma, diante de um tema talvez ainda pouco explorado frente à sua relevância clínica e acadêmica, uma possível e interessante continuação a este estudo seria justamente se pensar em outras possibilidades de transferência,

assim como aprofundar os estudos mais especificamente relacionados às peculiaridades e possibilidades da mesma.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso. A transferência na clínica com crianças. **Cadernos UniFoa**. Três Poços, v.13, n.38. 2018. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2041>>. Acesso em 17 mar. 2019.

BARBOSA, Denise Carvalho. A clínica psicanalítica: de crianças a bebês, uma especificidade. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 17, n.2, p. 262-277, dez. 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282012000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 nov. 2018.

CAMAROTTI, Maria do Carmo. O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar. **Reverso**, Belo Horizonte , v. 32, n. 60, p. 49-53, set. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952010000300007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 nov. 2018.

CAMPANÁRIO, Isabela Santoro. **Espelho, espelho meu: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves**. 1. ed. Salvador: Ágalma, 2008. 169p.

CAMPANARIO, Isabela Santoro; PINTO, Jeferson Machado. O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias: uma clínica da antecipação do sujeito. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 11, n. 21, p. 150-169, dez. 2006 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282006000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282006000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 maio 2019.

CAMPANARIO, Isabela Santoro; PINTO, Jeferson Machado; VORCARO, Angela Maria Resende. (2013). Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo. Uma clínica ao avesso?. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 35, n. 65, p. 47-55, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952013000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 maio 2019.

CATÃO, Inês; VIVES, Jean-Michel. Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 36, p. 83-92, dez. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372011000300007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 14 nov. 2018.

FREUD, Sigmund. A Dinâmica da Transferência. In:\_\_\_\_\_. **O caso de Schreber; Artigos sobre técnica; Outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1979c. p. 59-66 (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v.XII)

GREENSON, Ralph R. **A técnica e a prática da psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1967.

JURESALINSKY, Julieta. Clínica com bebês: intervenção nos primórdios da constituição. In: VANIER, et al. **Laço mãe-bebê: intervenções e cuidado**. São Paulo. Primavera editorial, 2016. p. 51-72.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem**. 1. ed. Salvador: Ágalma, 2002. 306p.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 608p.

LAZNIK, M. C. **A hora e a vez do bebê**. 1. Ed. São Paulo: Instituto Langage, 2013. 239p.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2004. 211p.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da psicanálise**. 4 ed. São Paulo: Martin Fontes, 2001.

MAHDHAOUI, Ammar; et al. . Detecção automática do manhês: análise da prosódia de pais de crianças autistas. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem** , [S.l.] v. 8, p. 148-170, 2010. Disponível em: <[http://www.revel.inf.br/files/artigos/revel\\_15\\_deteccao\\_automatica\\_do\\_manhe\\_s.pdf](http://www.revel.inf.br/files/artigos/revel_15_deteccao_automatica_do_manhe_s.pdf)>. Acesso em: 19 mar 2019.

MONZANI, L. R.. **Freud: o movimento de um pensamento**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1989.

NASIO, J. D. **Como trabalha um psicanalista?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

ONS, Sílvia. **Tudo o que você precisa saber sobre psicanálise**. São Paulo: Planeta, 2018.

RIBEIRO, M. A. R.; MARTINHO, R. H.; MIRANDA, E. R.O sujeito autista e seus objetos. **A peste: revista de psicanálise e sociedade e filosofia**, São Paulo, v.4, n.2, p.77-89, jul./dez. 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/apeste/article/view/22116/16225>>. Acesso em: 8 nov 2019

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. 1. ed. **CADERNOS DE PSICOLOGIA – CESJF - jun.2019 v.1 n.1 p.166- 185**

Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 874 p.

SUPLICY, Adriana Mazzilli. Autismo infantil: revisão conceitual. **Revista Neuropsiq. da infância e adolescência**. [S;l.], n.1, v. 1, p. 21-28, 1993.

Disponível em:

<[http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_01\\_1/in\\_01\\_06.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_01_1/in_01_06.pdf)>.

Acesso em: 27 fev 2019.

TEPPERMAN, D. **Clínica Psicanalítica com bebês**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 159p.

VORCARO, Angela Maria Resende. Transferência e interpretação na clínica com crianças autistas e psicóticas. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 4, n. 7, p. 52-72, 1999. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71281999000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 nov. 2018

ZORNIG, Silvia Maria Abu-Jamra. Transferência na clínica psicanalítica com crianças. **J. psicanal.**, São Paulo , v. 41, n. 75, p. 123-133, dez. 2008. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 mar 2019.