

# Recobro do Investimento Objectal pelo Diálogo dos Corpos – Balneoterapia e Massagem

Virginia Manuela Gomes Rocha<sup>1</sup>, Maria Lurdes Lima<sup>2</sup>, Maria Teresa Graça<sup>3</sup>, Ilda Ferraz<sup>4</sup>

## RESUMO

Os autores relatam uma experiência terapêutica de Balneoterapia seguida de Massagem numa criança autista e defendem a utilidade das terapias de mediação corporal em crianças que funcionam predominantemente num estado pré-simbólico.

**Palavras-chave:** Crianças psicóticas, Balneoterapia, Massagem.

Nascer e Crescer 2006; 15(4): 223-229

## INTRODUÇÃO

### A – Enquadramento

De acordo com os conceitos teóricos de Tustin<sup>(1)</sup> e Meltzer<sup>(2)</sup> é possível conceptualizar o autismo como uma reacção de encapsulamento necessária a um certo tipo de crianças, que viveram processos psiconeurobiodesenvolvimentais precoces e catastróficos. Estas crianças parecem recorrer a um “encapsulamento” autista que porventura os proteja do terror de um “Não Eu” e assegure, não a sobrevivência de um psiquismo (que não existe), mas a continuidade “Espécie – Matéria viva Corporal”<sup>(1,3,7)</sup>.

A criança autista teria, então, uma perturbação precoce da elaboração das sensações. Estas não são transformadas em emoções por falha de ligação, ou

seja, de tradução materna transformadora, com conseqüente desenvolvimento de uma auto-sensualidade bizarra.

Nestas crianças, a relação com o meio baseia-se na continuidade “sensação – objecto desmantelado que produz a sensação”. Meltzer<sup>(2)</sup> fala de identificação adesiva (bidimensional), referindo-se à dependência por colagem em superfície a um objecto que não é reconhecido como tendo uma existência separada; nestas circunstâncias, a continuidade “pele – objecto” impede a representação das coisas e a criação de um espaço interior.

### B – Proposta de avaliação de um processo terapêutico em crianças autistas

Para melhor compreensão das perturbações autistas do ponto de vista psicodinâmico, G. Haag<sup>(8)</sup> propôs um esquema evolutivo psicopatológico, ordenado segundo as grandes etapas da construção do Eu corporal (Quadro I e II).

A grelha das etapas evolutivas do autismo infantil, resultado da sua experiência de tratamentos psicanalíticos de longa duração de crianças autistas, permite seguir a evolução clínica de crianças autistas numa perspectiva clínico-biológica integrada. Porque clínico-biológica integrada, permite igualmente distinguir os subgrupos clínicos com expressão biológica diferente, e sugerir eventuais correlações clínico-biológicas, até à data não estabelecidas.

Nesta grelha é dada grande importância à génese da imagem do corpo enquanto primeiro Eu, assim como à estruturação do Espaço que a acompanha indissociavelmente. Esta é uma das charneiras mais profundas entre os aspectos emocionais, pulsionais e identificatórios

da personalidade e do nascimento das capacidades de conhecer (factor K de Bion) – cognição.

Se os psicanalistas, nomeadamente os da corrente Kleiniana e pós-Kleinian, trabalharam os aspectos corporais e espaciais do nascimento da “psique”, Haag preocupou-se em desenvolver a compreensão do funcionamento da percepção, do pensamento e das capacidades de aprendizagem e, para isso, recorreu aos trabalhos de U. Frith<sup>(9)</sup> sobre a “Teoria da Mente” e incapacidade empática das crianças autistas.

A percepção do Espaço estaria no centro da problemática das primeiras identificações, umas adesivas e outras projectivas. Segundo G. Haag, é a incapacidade da criança autista em construir uma identificação projectiva útil que a impede de se identificar às emoções e às ideias dos outros. Também os trabalhos de A. Bullinger concernente a fluxo sensorial, aspectos periféricos e centrais dos diferentes sentidos, construção espacial ligada ao jogo das sensibilidades, tónus-motricidade e emoção, se entrecruzam perfeitamente na perspectiva psicanalítica da primeira construção espacial do Eu<sup>(10,11)</sup>.

### C – Utilização da grelha

Na evolução das crianças autistas em tratamento, além das principais etapas propostas, existem fases interdiárias nas quais a criança pode oscilar de forma muito variável, dependendo de cada caso.

Os diferentes aspectos do desenvolvimento articulam-se, ao longo da evolução da criança autista, ou de forma contínua (muito raramente de forma harmoniosa e síncrona) ou à custa de clivagens no tempo, de duração mais ou me-

<sup>1</sup> Assistente Eventual de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

<sup>2</sup> Assistente Eventual Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

<sup>4</sup> Enfermeira Especialista.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia (Porto).

### Quadro I – Etapas da construção do eu corporal. Esquema evolutivo de Haag (1998)

	I. Estado Autístico “réussi”	II. Etapa de recuperação da primeira pele (início da fase simbiótica)	III. Fase simbiótica instalada	IV. Etapa de individuação (separação em corpo esfinterizado)
<b>Expressões emocionais e relacionais</b>	Aceitam o contacto preferencialmente pelo dorso: retraimento quase permanente sobre estereotípias de auto-estimulação sensorial; procura predominante de sensações; emoções reduzidas ao mínimo; recrudescência de estereotípias. Agitação e crises de <i>tantrum</i> (crise de angústia com desorganização corporal) na presença de motivos particulares de ansiedade e preocupação (sem relação com o tipo ou a gravidade).	O contacto corporal do dorso é activamente procurado pela criança ou passivamente aceite, quando a iniciativa é do adulto; procura ou combina o contacto do dorso com o olhar penetrante; ligação emocional que pode passar pelas cores; invólucro sonoro. Demonstrações de angústia de <i>reperda</i> do invólucro: entrada e saída rápida de continentes: crises de <i>temper - tantrum</i> (surtem no desarranjo de estereotípias, na frustração do contacto, por desejos pulsionais mais marcados ou sem causa aparente); diminuição do retraimento das estereotípias, nomeadamente nos tempos relacionais.	Aproximação acentuada ao adulto - “pegar na mão para fazer”: desenhar, mostrar imagens; emergência de momentos relacionais, em mutualidade, com trocas ternas; aparecimento de emoções (ciúmes) e manifestação de desejos; fusão parcial do seu hemicorpo ao hemicorpo do outro (identificação adesiva lateralizada); frequentes flutuações de humor do tipo maniaco-depressivo, mais ou menos prolongadas; esboço de uma consciência de separação; masturbação anal com o fantasma maniaco.	Confirmação da possibilidade de um sentimento de separação (introjecção com vista à estabilização); verdadeira procura de momentos relacionais; manifestações de rivalidade Fraternal e edipiana; emergência de cóleras violentas (idênticas às do 2º ano de vida); momentos de verdadeira ternura; confirmação do estado de espelho; recuperação do desenvolvimento correspondente ao 2º ano de vida.
<b>Olhar</b>	Ausente, fugidio, fixo mas não penetrante: olhar periférico (à procura do contorno do próprio corpo e da contiguidade com o outro ou os objectos).	Alternância do olhar fugidio com o hiper-penetrante (efeito ciclópico); por vezes indícios indirectos de um desejo de “picar” dentro do olho do outro para o atravessar; frequente penetração directa no olhar do outro, juntando as faces.	Estrabismo (para evitar a binocularização); “olhar oral” (comer com os olhos); o olhar também manifesta a problemática da pulsão oral: medo de comer, medo de ser comido com os olhos; troca de olhar quase normal; mais luminoso, entregue ao outro, por vezes perverso.	Cintilante, com verdadeiras trocas.
<b>Linguagem verbal</b>	Inexistente ou ecológica (imediate ou diferida); voz de tonalidade monocórdica; gritos agudos.	Exercícios vocálicos espontâneos, com pouca imitação (“teatro da boca”, Meltzer); lalações; sensação - emoção - construção corporal e espacial vocalizada.	Possível, em eco ou com clivagens variadas (pronuncia meias palavras, sons vocálicos com evitamento de consoantes, jogos de parcelas - papá, dadá, titi), com uma tonalidade normal; imitações da melodia da frase: prolongamentos sonoros de certas palavras; avidez de aquisição de vocabulário com repetição de palavras. Imagem do corpo	Articulação de duas palavras com complexidade progressiva na organização gramatical; aperfeiçoamento da prosódia e interiorização da sequência do diálogo: aparecimento do “não”: linguagem gestual socializada: podem persistir algumas anomalias (por exemplo, na tonalidade e em preciosismos).
<b>Imagem do corpo</b>	Estado hipertónico ou hipotónico: jogos estereotipados (trepar e deslizar sobre o próprio); angústia de queda e de liquefacção: amputação do andar inferior da face (boca mole e flácida, saída de saliva); fâcias pouco expressiva; marcha em pontas de pés.	Tentativas de combinar o apoio do dorso com o olhar penetrante; inclusão do próprio corpo dentro de conteúdos circulares (sinal da recuperação, em curso, do sentimento de invólucro); procura de sensações “de aperto”, de toda a superfície corporal ou de partes, ao mesmo tempo que manifesta sinais de claustrofobia; sinais de recuperação do “andar médio - inferior” da face e ao mesmo tempo angústia de <i>reperda</i> (verifica ao contornos da boca, explora os objectos com a boca, etc.) - início da esfinterização oral; trabalha essencialmente com a parte superior do corpo.	Pegar na mão do outro para fazer; adere o seu lado ao lado do outro (por exemplo, juntar as mãos); investimento na metade inferior do corpo, incluindo a zona anal e sexual; demonstração de diferentes níveis de altura (ex.: colocar o mesmo objecto em cima e em baixo de uma mesa).	Total capacidade total da separação corporal; confirmação do estado de espelho; investimento no espaço, prazer na exploração; esfinterização: procura de trocas mantendo um espaço entre os corpos (percepção de duas pessoas totalmente separadas).

**Quadro II – Etapas da construção do eu corporal. Esquema evolutivo de Haag (1998)(cont.)**

	<b>I. Estado Autístico “réussi”</b>	<b>II. Etapa de recuperação da primeira pele (início da fase simbiótica)</b>	<b>III. Fase simbiótica instalada</b>	<b>IV. Etapa de individuação (separação em corpo esfinterizado)</b>
<b>Exploração do espaço e objectos</b>	Sem exploração dos objectos; os objectos são manipulados como objectos autistas; tendência em manter um espaço uni/bidimensional; luta contra as formas tridimensionais (evitam orifícios, extremidades, pregas).	Aparecimento duma reparação do espaço tridimensional: exploração com o indicador dos contornos dos objectos e superfícies; início de actividades de encaixe.	Confirma a exploração com o indicador; interesse por ângulos (demonstração da equivalência simbólica entre o eixo do próprio corpo e o ângulo); interesse pelas articulações e encaixes (ex.: jogos de abertura e encerramento) - exercício relacionado com o controle esfinteriano; interesse por objectos duplos, comparando o parecido com o não parecido, esboço de séries simétricas/assimétricas; interesse pela localização acima ou abaixo dos objectos e continentes: construções de encaixe mais complexas; alinhamentos e montagens obsessivas de objectos com repetições indefinidas.	Interesse por jogos de encaixe (noção de permanência do objecto); jogos de conteúdo - continente (jogos de manipulação do 2º ano de vida): encerramento/abertura dos objectos (janelas, caixas, etc.). Problemática do controlo esfinteriano: condutas de oferta, em que a criança coloca e retira os objectos da mão da outra (reexperimentação do circuito enviar/voltar); manipulação persistente, obsessiva, de alguns objectos.
<b>Agressividade</b>	Auto e hetero agressividade, frequentemente indiferenciada.	Aparente heteroagressividade (destrutibilidade ligada à pulsão oral).	Comportamentos autoagressivos (ataque possível a um lado do corpo, confundindo-o com o do adulto; temporariamente, auto-mutilação dos membros inferiores; hetero-agressividade que inclui os elementos do nível da construção anal normal e patológica: possessão maníaca, estado de excitação, por vezes, sexualizado. Potencialmente tirânico, actos cruéis sobre os animais e crianças mais novas, etc.	Heteroagressividade em contexto de rivalidade, competição por uma pessoa ou objecto (morder, puxar os cabelos, bater pela posse de objectos); a auto-agressividade é possível quando recai sobre si uma heteroagressividade reprimida com movimentos de identificação ao agressor.
<b>Referência temporal</b>	Tempo unidimensional: abolição do tempo, concentração num só canal sensorial. Tempo bidimensional: tempo circular, ritualização (evitamento de variações) para completar os ciclos (voltar ao mesmo).	Charneira entre o tempo circular e o tempo oscilante; preocupação com o tempo circular (à volta de si mesmo); início do tempo oscilante (início da identificação projectiva à mãe); crença na reversibilidade do tempo.	Alternância do tempo circular com o tempo oscilante; charneira do tempo oscilante e tempo linear com megalomania atenuada.	Mantém a noção de tempo linear com melhor tolerância à separação.
<b>Reactividade à dor</b>	Nula.	Hiperreactividade à dor e manifestações de pânico com feridas no próprio ou nos outros.	Hiper-reactividade atenuada ou normalizada (erotização da dor numa problemática sado-masoquista).	Normal.
<b>Estado imunitário</b>	Grande resistência as infecções.	Sensibilidade às infecções.	Aparentemente normal.	Aparentemente normal.
<b>Grafismo</b>	Inexistente ou reduzido a traços desprovidos de elementos rítmicos.	Inexistente ou possível; “varreduras” ritmadas simples: desenvolvimento de espirais; ultrapassagem dos limites da folha.	Verticalização do eixo das espirais, varreduras ou pontilhado; interesse pela duplicação do desenho; desenhos realizados sobre um semi-espaço ou com um jogo de duas metades de desenho em duas folhas unidas verticalmente: horizontalização do eixo das espirais e das varreduras; representações do hemitórax dividido horizontalmente; maior utilização de cores, com significado emocional e de simbolismo primitivo.	Encerramento do círculo; instalação de formas radiárias; mais ou menos rapidamente e de acordo com a idade, tornam-se possíveis traços figurativos; o evitamento de figuras humanas pode ser persistente e haver predomínio de jogos plásticos abstractos.

nos prolongada, o que deverá ser analisado para cada caso. O desbloqueio, frequentemente desarmónico, resulta de um trabalho de integração incompleto, pois há áreas de desenvolvimento que podem permanecer “mudas” por bastante tempo. Nestas crianças, encontramos pois, dois tipos de desenvolvimento - um tipo que tem um curso normal e contínuo, outro tipo que mantém e é responsável pelos aspectos do desenvolvimento propriamente patológicos.

## D – Balneoterapia e massagem

As terapias corporais, desde há muito tempo aplicadas em doentes mentais, iniciaram-se de uma forma empírica.

Uma das primeiras experiências relatadas na literatura data de 1948 e surgiu no Centro de Tratamento e de Readaptação Social do Centro Especializado de Ville-Evrard<sup>(12,13)</sup>. Com base nas actividades lúdicas realizadas nos Jardins de Infância - plasticina, pintura a dedo, etc. - foram implementadas diferentes técnicas de abordagem corporal, que rapidamente se revelaram úteis em doentes mentais isolados durante longo tempo. À partida, sem nenhum substrato teórico, mas somente com base numa busca obstinada de métodos que permitissem restabelecer a comunicação humana com indivíduos isolados, destacou-se a Balneoterapia, de que nos iremos ocupar.

A balneoterapia permite estimular e integrar as sensações mais primitivas da criança, dando-lhes significado do “banho de palavras” que acompanha indissociavelmente esta terapia. Por este meio, constitui-se um envolvimento psíquico o “Eu-pele” de D. Anzieu<sup>(14)</sup>, tipo de pré-Eu organizador da personalidade. Com efeito, e segundo D. Anzieu<sup>(12)</sup>, a sensação táctil é uma sensação-base, a única que favorece a distinção entre o dentro e o fora, permitindo assim à criança separar o interior do exterior do Self, e o Self do seu ambiente, passar da unidimensionalidade à tridimensionalidade, no dizer de G. Haag<sup>(6)</sup>, do estado autístico “réussi” à fase de separação-individualização.

O vestir, o despir, o secar, os jogos com a água permitem conferir a esta terapia o valor dum *materne* “suficiente-

mente boa” no sentido de Winnicott<sup>(15,16)</sup>. Este autor fala de “não-integração” no autismo e de “desintegração” nos casos de psicose precoce, em que se organizou uma certa comunicação integradora, mas muito frágil.

Para tentar favorecer a reconquista do “vívido corporal” pode-se recorrer à massagem geral. A massagem tem como objectivo diminuir a angústia da criança e ajudá-la a experimentar sensações corporais mais globais.

Já a psicologia do desenvolvimento comparado, tinha revelado a importância do contacto corporal na aceleração dos processos do desenvolvimento psicológico<sup>(17)</sup>. A importância do contacto corporal na relação de objecto e nos processos maturativos biopsicológicos, coloca-nos no cerne da reflexão sobre o estatuto psicológico do corpo; este, objecto para o ego e objecto para o outro está no centro da problemática que liga o Eu reflexivo ao amor do próprio, por intermédio do amor que o outro lhe confere<sup>(18)</sup>.

## E – A técnica de balneoterapia e massagem

De forma sistemática vamos referir os aspectos fundamentais da técnica utilizada.

O terapeuta deve ser bem conhecido da criança, mas não deve ser o técnico que lida diariamente com esta. Numa frequência semanal pré-estabelecida, em horário pré-determinado, o terapeuta irá procurar a criança no grupo, abordando-a individualmente.

O local do banho e massagem deverá ser aconchegado, aquecido, pouco iluminado e calmo. Quando a criança e o terapeuta chegarem ao local, todo o material deverá estar pronto para dar início à sessão, assim:

- a água deverá estar a uma temperatura aproximada de 34°C, sensivelmente a temperatura da pele, o que facilita o bem estar da criança;
- as toalhas estarão aquecidas;
- os brinquedos devem ser os mesmos em todas as sessões e estar disponíveis, habitualmente na mesma posição.

A duração do banho será em função do prazer da criança, variando entre os

5 minutos e uma hora. O terapeuta e a criança estarão a sós em relação íntima, dual, em permanente contacto pele a pele. Em nenhuma altura, o terapeuta se deverá ausentar. A aproximação deste à criança deve ser progressiva e prudente (não pensar que o autismo é imediatamente solúvel na água). O terapeuta pode acompanhar a sessão de uma lengalenga. Os movimentos serão gradualmente propostos, e tanto estes como a emersão na água serão pouco a pouco facilitados, para que se faça a transição de um estado de dependência inicial a um “deixar andar” cada vez maior, podendo então o corpo estender-se e abandonar-se para flutuar. A criança poderá também recorrer a brinquedos durante a sessão, e o terapeuta deverá interagir com esta através destes, tentando dar um significado ao jogo.

A massagem corporal deverá ser realizada com delicadeza e extrema atenção. O corpo deverá ser abordado simetricamente (na maioria das vezes, mas não de forma rígida), insistindo-se nas zonas de junção do eixo axial com as extremidades. É importante acompanhar a massagem de uma lenga-lenga, sendo a melodia mais importante que o conteúdo.

A maior parte das crianças manifesta um prazer cada vez mais evidente com o decorrer da terapia.

## CASO CLÍNICO

A. foi enviada à consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência por atraso na aquisição de linguagem, alterações de comportamento e perturbações do sono. Foi observada, pela primeira vez, com 4 anos e 7 meses. Vinha acompanhada dos pais.

Filha de pais jovens, não consanguíneos, saudáveis, indiferenciados, A. é a terceira de uma fratria de 3. A sua irmã de 11 anos é saudável e tem bom aproveitamento escolar. O seu irmão terá falecido com 3 anos, por afogamento, um ano antes do nascimento de A.. Não são descritas intercorrências durante a sua gestação. O pai ficou triste quando soube que ia nascer uma menina. Não são referidos quadros psicopatológicos na mãe durante a gravidez ou no pós-parto.

A. foi descrita como uma bebé muito calma que só esporadicamente tinha comportamentos de chamada, mesmo nas fases de necessidades vitais. Permanecia longos períodos de olhos abertos, sem chorar. Os pais não se recordam da idade com que A. começou a sorrir, referindo que esta revelava alguma indiferença pelas pessoas e preferia brincar sozinha. Iniciou a marcha aos 14 meses, dizia 3 palavras aos 24 meses ("pai, mãe, titi"), não adquiriu outros vocábulos e, e a partir dos 3 anos, deixou de os dizer. Controlo de esfíncteres diurno e nocturno desde 2 anos e meio. O desenvolvimento estaturponderal é harmonioso, dentro dos limites normais, tal como o crescimento do perímetro craniano. Não há referência a lesões orgânicas, nem vivências de acontecimentos traumáticos ou de separações. No entanto, a mãe acaba por reconhecer que A. foi uma bebé sujeita a um relativo isolamento e falta de estimulação. Foi uma criança que não frequentou o Infantário porque as Educadoras consideravam-na "diferente" das outras crianças.

Os pais referiam, sem grande preocupação, o atraso de linguagem da filha. Realçavam que esta tinha, agora, um sono intranquilo, passando grande parte da noite num "choro" angustiante e inconsolável. É uma criança com dificuldades em alimentar-se sozinha, que não solicita os alimentos mas tem alguns caprichos alimentares. Deambula frequentemente sem motivo aparente, indiferente às solicitações; é muito ágil, pondo-se, por vezes, em situações de perigo. Reage a ambientes estranhos e não entra em interacção com os pares. O seu brinquedo preferido é um boneco de corda. São referidas crises de ansiedade desencadeadas por ruídos intensos, por alterações do seu ambiente habitual, por contrariedades; outras vezes surgem sem motivo aparente (ultimamente chega a ter comportamentos de auto e heteroagressividade).

A. é uma menina particularmente bonita, sem qualquer traço dismórfico, mas com um fâcies pouco expressivo.

Durante a entrevista, aceitava relativamente bem o contacto físico com os pais, moldando-se ao colo destes. No

entanto, evitava o nosso contacto, aceitando-o, por vezes, pelo dorso. Tinha um olhar fugidio e periférico; não respondia à chamada, nem utilizava gestos reguladores da interacção social quando solicitada. Também não dirigia o olhar aos pais, nem tinha qualquer resposta emocional às iniciativas verbais e não verbais destes (no entanto, os pais referiam que A. por vezes era afectuosa). Manipulava indiscriminadamente diferentes objectos, cheirava-os quase sempre, sem lhes fixar o olhar ou os explorar (não parecia atribuir-lhes significação icónica e simbólica), geralmente por curtos períodos de tempo. Era evidente um comprometimento tanto do jogo simbólico como dos jogos sociais de imitação. Frequentemente, ficava imóvel por períodos mais ou menos prolongados ou detinha-se em jogos estereotipados. O seu baixo limiar à frustração foi evidenciado por gritos e agitação dos membros superiores. Apresentava alguns maneirismos motores: passar os dedos à frente da face, passar a mão pelo cabelo, fechar todas as portas, mesmo que entreabertas; marchava em bicos de pés inclinando-se para a frente.

Realizou-se a seguinte investigação médica:

1. Exame neurológico: normal.
2. Childhood Autism Rating Scale<sup>(19)</sup>: 56 (Autismo Severo).
3. Estudo socio-familiar: índice social de Graffar III.
4. EEG: normal.
5. Potenciais evocados auditivos: sem alterações da audição.
6. TAC cerebral: normal.
7. Rotinas analíticas: sem alterações.
8. Cariótipo: 46,XX.
9. Consulta de oftalmologia: fundo de olho sem alterações.
10. *Screening* para detecção de doenças metabólicas: negativo.

De acordo com CID X e DSM IV, A. Foi diagnosticada em "Perturbações globais do desenvolvimento ou Perturbações invasivas do desenvolvimento" - Autismo Infantil (F84.0).

Nestas circunstâncias foi internada no Hospital de Dia - unidade terapêutica destinada ao tratamento de crianças com patologia predominantemente psicótica,

da 1ª e 2ª infância (Graça et al.<sup>(20)</sup>; Matos<sup>(21-23)</sup>). Iniciou um processo terapêutico de Balneoterapia e Massagem em Janeiro/98 - as sessões tinham uma frequência bissemanal, com duração aproximada de 60 minutos, realizadas por uma Enfermeira Especialista e por uma médica interna de Pedopsiquiatria, com a supervisão da médica-pedopsiquiatra coordenadora do Hospital de Dia. Este tratamento teve uma duração de 7 meses, num total de 32 sessões. No final de todas as sessões era realizado um registo escrito, tendo sido algumas documentadas com um registo videográfico. Simultaneamente, a mãe beneficiou de uma abordagem terapêutica quinzenal, efectuada pela médica pedopsiquiatra assistente de A.

A grelha de referência clínica acima apresentada (Quadro III) foi o instrumento utilizado para a análise da evolução do processo terapêutico. Ao longo do processo terapêutico foi possível identificar, progressivamente as 3 primeiras fases de evolução: Estado autístico "réussi", Etapa de recuperação da primeira pele e Fase simbiótica. Como poderemos observar todos os itens de cada fase eram observados mais ou menos no mesmo período de tempo à excepção do grafismo, cujas características correspondiam já à fase imediatamente a seguir.

#### **ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA MÃE**

A mãe foi terapêuticamente apoiada pela pedopsiquiatra da filha em entrevistas quinzenais durante o período da balneoterapia. Inicialmente em postura tensa e algo receosa, acabou por mostrar de uma forma explícita e até implícita, maior tranquilidade ao sentir que tinha alguém com quem podia falar da sua bebé, do seu desenvolvimento e dos sentimentos que tinha despertado nela. Foi percebendo que tinha um espaço e alguém que a sabia escutar, percebendo também que era importante escutar melhor a sua filha-problema.

Tentou-se questionar o conteúdo latente dos intercâmbios filha-mãe e seu meio-ambiente. Foram-se percebendo algumas emoções, fantasmas e mensagens latentes, que muito contribuíram para amadurecer a relação terapêutica.

Reflectiu-se sobre a criança e as dificuldades da relação mãe-filha. Procurou-se estar atento aos disfuncionamentos da díade mãe-filha, nunca julgando ou aconselhando.

A história familiar de A. está marcada com a morte de um filho do casal, que com três anos de idade se afogou num tanque em casa de seus pais. Um ano depois nasceu A., desejada e planeada, conforme descreve a mãe. Contudo, a perda do filho terá sido um traumatismo psíquico grave, provocando uma enorme angústia aos pais durante a gestação de A..

Desde o seu nascimento que A. Teve cuidados especiais carregados de ansiedade, diríamos mesmo, uma certa hiperprotecção ansiosa, principalmente após ter apresentado características diferentes das outras crianças e terem surgido as dificuldades de funcionamento da díade. A mãe ficou submetida a uma enorme tensão, e mostrou-se incapaz de encontrar respostas adequadas aos pedidos da filha. Por vezes, nem escutava tais pedidos. Outras vezes, era-lhe fácil deixá-la sozinha em casa, dado tratar-se de uma bebé extremamente calma e sossegada, mas logo aumentando a sua culpabilidade com o sentimento de abandono da filha; dinâmica que só contribuía

para o agravamento do quadro psicopatológico.

A partir de algumas sessões, a mãe mostrou-se mais atenta, mais capaz de atender às necessidades da menina e de responder a elas de uma forma mais maternal e menos reivindicativa, parecendo ter aprendido a escutar e a interpretar melhor a problemática da filha.

No final das entrevistas, o papel de continente do sofrimento da mãe pareceu ter sido de primordial importância. Foi aí que encontrou espaço para projectar, sem temer ser julgada, toda a sua vivência depressiva perante uma filha que a decepcionou e angustiou, rompendo uma imagem de bebé ideal e pondo em questão a competência materna. Progressivamente esta mãe deixou de se sentir tão só, com o peso dos seus sentimentos incomunicáveis, começou a viver a experiência de poder comunicar os seus afectos dolorosos, de poder partilhar as suas dúvidas com outro adulto que a ouvia sem julgar, nem tão pouco a aconselhar, mas que sabia escutar e reflectir com ela sempre que necessário. Além disso, procurou-se ajudá-la a sentir-se mais segura na sua competência materna, estando atentos aos fantasmas de desqualificação e às suas projecções, que se traduziam mui-

tas vezes em pedidos de conselhos, confissões de incompetência ou condutas maternas inadequadas.

A pedopsiquiatra procurou nunca se identificar com este imago tutelar, no dizer de Houzel<sup>(24)</sup>, para que a mãe por si própria arranjasse soluções adequadas, através da elaboração dessas projecções, sentindo-se assim, pouco a pouco, cada vez mais segura na sua competência materna. Assim, a mãe de A., no final das entrevistas, era uma pessoa mais tranquila, mais empenhada na relação maternal e mais confiante na ajuda terapêutica proposta, contribuindo, não só mas também, para o evoluir de A., como ficou demonstrado enquanto permanecia no Hospital de Dia, em regime de semi-internato.

## CONCLUSÃO

Apesar da idade da criança constituir um “handicap” grande a uma melhor evolução, nomeadamente a nível da linguagem, o processo terapêutico propiciou uma aprendizagem relacional que permitiu a saída do estado autístico, com uma evidente melhoria da relação em todos os aspectos. A abordagem terapêutica da mãe, figura de vinculação, parece-nos também primordial na medida em que lhe permitiu investir e aceitar a filha real<sup>(25-29)</sup>.

De realçar ainda a necessidade do trabalho de sensibilização na comunidade e, nomeadamente nos Centros de Saúde, a fim de que estas patologias com manifestações precoces possam ser diagnosticadas e tratadas atempadamente.

## AGRADECIMENTOS:

Os autores agradecem a colaboração da Técnica de Serviço Social Rosário Figueiredo.

## BATH THERAPY AND MASSAGE: RESTAURING THE OBJECTAL RELATIONSHIP WITH INTERBODY COMMUNICATION

## ABSTRACT

The authors describe the use of a Baththerapy plus Massage Therapy on an autistic child and point out the efficien-

Quadro III – Grelha de referência do Caso Clínico

	I. Estado Autístico <i>réussi</i>	II. Etapa de recuperação da 1ª pele	III. Fase simbiótica instalada	IV. Etapa de individuação
Expressões emocionais e relacionais	Janeiro	Março/Maio	Junho	
Olhar	Janeiro	Maio	Junho	
Linguagem verbal	Janeiro	Março	Maio	
Imagem do corpo	Janeiro	Maio	Maio/Junho	
Exploração do espaço e objectos	Janeiro	Maio	Junho	
Agressividade	Janeiro	Maio	Junho	
Referência temporal	Janeiro	Abril/Maio	Junho	
Reactividade à dor	Janeiro	Abril/Maio	Junho	
Estado imunitário	Janeiro	Abril/Maio	Junho	
Grafismo		Janeiro	Março/Junho	

cy of these bodily mediated therapies on a pre-symbolic functioning children.

**Key-words:** Autism. Psychotic children. Baththerapy. Massage.

Nascer e Crescer 2006; 15(4): 223-229

## BIBLIOGRAFIA

1. Tustin, F. *Autistic States in Children*. London: Routledge and Kegan. 1981.
2. Meltzer, D., et al. *Explorations dans le Monde de l'Autism*. Paris: Payot. 1980.
3. Tustin, F. *Autisme et Psychose de l'Enfant*. Le Seuil. 1977
4. Tustin, F. *Conversation Psychologique*. Paris : Andit Editions. 1994.
5. Hochmann, J., Geissman, C., & Visier, J.P. *Hommage à Frances Tustin*. Paris: Audit Éditions. 1993.
6. Kanner, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. *The Nervous* 1943 (2): 217-250.
7. Klein, M. *The Psychoanalysis of Children*. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis. 1932.
8. Haag G., et al. (1995). "Grille de repérage clinique des Étapes évolutives de l'Autisme infantile traité ". *La Psychiatrie de L'Enfant* 1995 (XXXVIII): 495-527.
9. Frith, U. *Autism: Explaining the Enigm*, Oxford: Blackwell. 1989.
10. Vidigal, MJ. Que Psicose? *Rev. Port. Psican* 1987 (5): 65-92.
11. Vidigal, MJ e al. *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo*. Trilhos Editora, Lisboa. 2003.
12. Sivadon, P., Chanoit, P., Lefèbvre, D. Thérapeutique Psychomotrice des Maladies Mentales en Institution, *L'information Psychiatrique* 1971 (47): 405-417.
13. Sivadon, P., Fernandez-Zoïla, A. Corps et Thérapeutique. Paris: PUF. 1986.
14. Anzieu, D. *Le Moi-Peu*. Paris : Dumod. 1985.
15. Winnicott, D. *Processus de Maturation chez l'Enfant*. Paris: Payot. 1970.
16. Winnicott, D. *Jeu et Réalité*. Paris: Gallimard. 1975.
17. Malpique, C. Influência da Relação mãe-filho no Desenvolvimento Psicomotor da Criança Angolana nos Dois Primeiros Anos. *Separata do Bol. Invest. Cient. Ang.* 1968 (5): 41-66.
18. Figueiredo, E., Gonçalves, P., & Mota Cardoso, R. As Massagens no Tratamento de Descompensações Esquizofrênicas Agudas, com Sintomatologia de Destruturização da Imagem Corporal, *Análise Psicológica* 1979 II (2): 297-302.
19. Schopler, h.r., Reichler, R.J., De Vellis, R.F., Dally, K. Toward Objective Classification of Childhood Autism: Childhood Autism Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1980 (10): 91-103.
20. Graça, M.T., Figueiredo, R., et al. Hospital de Dia em Psiquiatria, *Nascer e Crescer* 1998 (7): 258-260.
21. Matos A. Coimbra de. *Hospital de Dia para Crianças e Adolescentes*. In Matos A. Coimbra de (Ed.) *Escritos 2*. Porto: Bial. 1975.
22. Matos A. Coimbra de. *O Hospital de Dia*. In Matos A. Coimbra de (Ed.) *Escritos 2*. Porto: Bial. 1977.
23. Matos, A. Coimbra de. O Desenvolvimento Infantil na perspectiva Psicanalítica. *Análise Psicológica* 1983 (III): 477-485.
24. Houzel, D. La Psychothérapie Psychanalytique d'un Enfant Autiste. In Misès, R., Grand P. (eds) *Parents et Professionnels Devant l'Autisme*. CTNERHI, 1997, 179-189.
25. Bowlby, J. *Soins Maternels et Santé Mentale*. OMS, Monographie, 2. 1951.
26. Stern, Q. *The First Relationships Infant and Mother*. In Brune, Cole & Lloy (Eds.) *The Developing Child*. Paris: Havard University Press. 1977.
27. Lebovici, S. *Le Nourrison, La Mère et le Psychoanalyste*. Paris: Editions du Centurion. 1983.
28. Marques, C. Autismo – Modelos Teóricos e Intervenção Terapêutica na 1ª Infância. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, número especial, 1998, 7-13.
29. Alvarez, A. *Companhia Viva: Psicoterapia, Psicanalítica com crianças Autistas, Borderline, Carentes e Maltratadas*. Porto Alegre : Artes Médicas. 1994.

## Correspondência

Maria Teresa Graça  
Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia  
Rua Prof. Álvaro Rodrigues  
4200 Porto