



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

KATHYÚSCIA GEÓRGIA ARAUJO DO VALLE SCHMIDT

**AUTISMO INFANTIL:  
INTERAÇÃO PACIENTE-PSICOTERAPEUTA NA CLÍNICA  
PSICANALÍTICA**

---

Londrina  
2022

KATHYÚSCIA GEÓRGIA ARAUJO DO VALLE SCHMIDT

**AUTISMO INFANTIL:  
INTERAÇÃO PACIENTE-PSICOTERAPEUTA NA CLÍNICA  
PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

Londrina  
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Schmidt, Kathyúscia Geórgia Araujo do Valle.

AUTISMO INFANTIL: : INTERAÇÃO PACIENTE-PSICOTERAPEUTA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA / Kathyúscia Geórgia Araujo do Valle Schmidt. - Londrina, 2022.  
125 f.

Orientador: Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2022.  
Inclui bibliografia.

1. Autismo - Tese. 2. fatos clínicos - Tese. 3. psicanálise - Tese. 4. psicoterapia - Tese. I. Barreto Tavares dos Reis, Maria Elizabeth. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

KATHYÚSCIA GEÓRGIA ARAUJO DO VALLE SCHMIDT

**AUTISMO INFANTIL:**  
**INTERAÇÃO PACIENTE-PSICOTERAPEUTA NA CLÍNICA**  
**PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Orientadora Dr<sup>ª</sup> Maria Elizabeth Barreto  
Tavares dos Reis  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Silvia Nogueira Cordeiro  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup> Paulo José da Costa  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 10 de maio de 2022.

Dedico este trabalho ao meu esposo Rony, à minha  
mãe Leonice e ao meu pai Claudinei.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Beth, não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela sua amizade, transmissão, carinho e cuidado.

Aos professores que compõe o colegiado do mestrado, em especial ao Rafael e à Silvia que contribuíram de perto para o meu avanço e crescimento durante este período.

Agradeço à banca por dedicar tempo ao meu trabalho, pelas transmissões e orientações que permitiram alcançar este sonho.

Aos colegas que se fizeram presente, mesmo sendo as aulas virtuais, em especial à Danielle, Jéssica e Francis que me ajudaram com companheirismo a passar pelo mestrado.

Gostaria de agradecer também a algumas pessoas que contribuíram para esta grande conquista. O mestrado sempre foi um sonho para mim, cultivado desde quando eu era criança pela minha mãe, ela sempre me ensinou que o estudo era o melhor caminho. Agradeço a ela por tanto. Agradeço ao meu pai por compreender que nos fins de semana, quando eu ia até a casa deles em Bandeirantes, muitas vezes tive que negar minha presença para que eu pudesse estudar e escrever este trabalho. Agradeço de forma muito intensa ao meu esposo, pois ele foi muito paciente, muito compreensivo, sempre acreditou que eu estaria vivendo este momento de finalizar esta etapa da minha vida, obrigada por ter aceitado adiar nossos planos em sermos papais.

Agradeço aos meus amigos que me apoiaram durante este caminho e, em especial, à Kamila que foi meu ombro amigo durante minhas crises no processo de mestrado.

Agradeço a Deus por me permitir esta oportunidade, por me dar força para chegar até aqui e por me usar como instrumento Dele por meio deste trabalho para ajudar a transformar outras histórias.

SCHMIDT, K. G. A. do V. **Autismo infantil: interação paciente-psicoterapeuta na clínica psicanalítica.** 2022. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

## RESUMO

Tendo em vista o grande aumento de crianças pequenas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista [TEA] no Brasil e no mundo, entende-se que faz parte do papel do psicólogo infantil fomentar pesquisas que possam contribuir para a produção de conhecimento sobre o tema. Nesse sentido, o presente estudo se justifica por buscar compreender as nuances da interação paciente-psicoterapeuta, vivenciadas durante o atendimento às crianças assim diagnosticadas. O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar as interações do paciente, durante as sessões de psicoterapia psicanalítica, realizadas com uma criança diagnosticada com TEA - Transtorno do Espectro Autista. Foi realizada uma investigação psicanalítica, a partir dos fatos clínicos ocorridos no setting terapêutico, os quais foram analisados através de fundamentos teóricos da psicanálise a fim de possibilitar a compreensão, a busca de novos significados e a construção de fatos clínicos psicanalíticos. Participam do estudo uma criança diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista [TEA], sua mãe adotiva e uma coterapeuta. A criança foi atendida em psicoterapia psicanalítica em uma instituição que oferece atendimento a crianças com atraso global no desenvolvimento. A coleta de dados foi realizada a partir dos relatórios produzidos pela psicoterapeuta. Em algumas sessões foram realizados vídeos de curta duração, assim os relatórios decorrem tanto das anotações realizadas após cada sessão quanto da transcrição dos vídeos. O material coletado foi explorado a partir da leitura pormenorizada dos relatórios, assim foram selecionados e analisados os fatos clínicos relacionados às situações em que houve interação através do olhar e/ou da fala pela criança durante as sessões de psicoterapia. Posteriormente, os fatos clínicos psicanalíticos construídos foram organizados nas seguintes categorias: Interação pelo olhar através do espelho; Interação pela fala sem o contato visual; Interação pelo olhar e pela fala. Por fim, a constatação de que a intervenção psicanalítica pode promover fendas no estado encapsulado de uma criança com autismo, foi um dos pontos chaves na realização deste trabalho.

**Palavras-chave:** autismo; fatos clínicos; psicanálise; psicoterapia.

SCHMIDT, K.G.A. do V. **Infantile autism:** patient-psychotherapist interaction in the psychoanalytic clinic. 2022. 123 p. Dissertation (Master's in Psychology) - State University of Londrina, Londrina, 2022.

### **ABSTRACT**

In view of the large increase in young children diagnosed with Autism Spectrum Disorder [ASD] in Brazil and in the world, it is understood that it is part of the role of the child psychologist to promote research that can contribute to the production of knowledge on the subject. In this sense, the present study is justified by seeking to understand the nuances of patient-psychotherapist interaction experienced during the care of children diagnosed with this condition. The objective of this research was to analyze patient interactions during psychoanalytic psychotherapy sessions, performed with a child diagnosed with ASD - Autistic Spectrum Disorder. A psychoanalytic investigation was carried out, based on the clinical facts that occurred in the therapeutic setting, which were analyzed through the theoretical foundations of psychoanalysis in order to enable understanding, the search for new meanings and the construction of psychoanalytic clinical facts. The study included a child diagnosed with Autism Spectrum Disorder [ASD], his adoptive mother and a co-therapist. The child was treated in psychoanalytic psychotherapy at an institution that provides care for children with global developmental delay. Data collection was performed from reports produced by the psychotherapist. In some sessions, short videos were made, so the reports derive both from the notes taken after each session and from the transcription of the videos. The collected material was explored from the detailed reading of the reports, so the clinical facts related to the situations in which there was interaction through the look and/or speech by the child during the psychotherapy sessions were selected and analyzed. Subsequently, the psychoanalytic clinical facts constructed were organized into the following categories: Interaction by looking through the mirror; Speech interaction without eye contact; Interaction by looking and speaking.

**Key words:** autism; clinical facts; psychoanalysis; psychotherapy.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Associations
ASE	Autismo Secundário Encapsulado
ASR	Autismo Secundário Regressivo
APA	Autismo Primário Anormal
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
STS	Sulco Temporal Superior
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UEL	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	12
2.1	PERCURSO HISTÓRICO: DO AUTISMO AO TEA .....	12
2.2	AUTISMO EM PSICANÁLISE .....	25
2.2.1	Melaine Klein .....	28
2.2.2	Wilfred Bion .....	32
2.2.3	Autismo Infantil - Donald Meltzer .....	35
2.2.4	Autismo Infantil - Frances Tustin .....	44
2.3	INTERAÇÃO NO AUTISMO INFANTIL.....	63
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	78
3.1	GERAL .....	78
3.2	ESPECÍFICOS .....	78
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	79
4.1	PARTICIPANTES .....	85
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO .....	85
4.3	CUIDADOS ÉTICOS.....	86
4.4	COLETA DE DADOS.....	86
4.5	ANÁLISE DE DADOS .....	87
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	89
5.1	INTERAÇÃO PELO OLHAR ATRAVÉS DO ESPELHO .....	89
5.2	INTERAÇÃO PELA FALA SEM CONTATO VISUAL .....	97
5.3	INTERAÇÃO PELO OLHAR E PELA FALA .....	107
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	114
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	117

## 1 INTRODUÇÃO

Há seis anos atuo como psicóloga clínica, especialmente com psicoterapia psicanalítica destinada a crianças pequenas que apresentam atraso global no desenvolvimento. A demanda por atendimento às crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou com indicadores de risco psíquico para autismo tem aumentado significativamente, principalmente nos dois últimos anos. Essas crianças chegam na maioria das vezes com indicação de tratamento em equipe multidisciplinar, da qual o psicólogo é um dos integrantes.

Esta trajetória tem me levado a refletir sobre o quanto essas crianças precisam ser percebidas como elas realmente são e o que elas querem dizer com tais sintomas e características. É uma clínica que diz muito sobre o desejo do analista em estar nesta posição de ser outro a contribuir para a construção desta relação entre a criança e seu cuidador.

Tal posição é, em minha opinião, muito difícil, pois lidar com a recusa de uma criança e, principalmente com a recusa de seu olhar, é angustiante. No entanto, é o que me move para seguir nesta construção, buscando encontrar caminhos e vias de passagem para que a criança encontre no outro, representado pelo psicoterapeuta, a vontade de estar se relacionando e se comunicando.

Vivenciar a clínica com os pequenos pacientes que apresentam sintomas de autismo, implica muitas vezes em sentir-se no escuro. Entretanto, a luz que emana da psicologia e principalmente da psicanálise, é que faz compreender o sujeito que há em cada uma daquelas crianças. Ao longo da minha trajetória clínica fui identificando, alguns sentimentos e questionamentos a respeito do autismo infantil.

O fato de uma criança não olhar ou não interagir causou em mim uma grande inquietação. O desejo e o desafio de que essas crianças pudessem encontrar formas de interagir e se comunicar com o outro foi aumentando a cada sessão. Interessante observar que em muitos momentos era como se eu sentisse em mim o porquê aquela criança estava voltada para o seu

mundo interno, seja como um mecanismo de defesa ou por uma não integração de si mesma. Isso fez com que em muitos momentos eu buscasse um caminho para ajudar esta criança a se encontrar com o outro.

A comunicação, a interação e a troca estão interligadas e podem acontecer de diferentes formas. No autismo, as principais características das crianças consistem na recusa do olhar e no atraso de fala. Entretanto, em vários casos tenho observado que, com a intervenção clínica, muitas crianças consideradas em um primeiro momento como autistas passaram a realizar trocas com o outro seja pelo olhar ou pela fala ao longo do tratamento.

A ideia de realizar o presente estudo, surgiu da minha necessidade de melhor entender do que se trata o autismo, de que criança estamos falando e, principalmente, as características da interação estabelecida pela criança no *setting* terapêutico.

Nesse sentido, o presente estudo buscou compreender as nuances da interação paciente- psicoterapeuta vivenciadas durante o atendimento a uma criança de três anos, diagnosticada por um neuropediatra com Transtorno do Espectro Autista (TEA), atendida em uma instituição destinada a esse público localizada no norte do Paraná. Para tanto, a revisão teórica do presente estudo abordou os seguintes temas:

Primeiro, “Percurso histórico: do autismo ao TEA”, composto pela história dos estudos sobre o autismo, trazendo informações sobre a trajetória que os psicólogos, psiquiatras e pesquisadores da saúde mental percorreram até o momento, considerando as nomenclaturas e especificidades da etiologia do autismo até chegar às proposições sobre o TEA.

Segundo “Autismo em Psicanálise”, aborda alguns conceitos desenvolvidos pelos psicanalistas Melaine Klein, Wilfred Bion e Donald Winnicott sobre o desenvolvimento infantil, bem como os conceitos de Donald Meltzer e Frances Tustin a respeito do autismo infantil. Verifica-se que na literatura psicanalítica pesquisada, o termo “Autismo” tem sido mais utilizado que “Transtorno do Espectro Autista - TEA”, assim, optou-se por utilizar a

nomenclatura que cada autor pesquisado menciona a respeito do assunto.

Terceiro, “Interação no autismo infantil”, versa sobre as concepções dos psicanalistas a respeito do desenvolvimento da comunicação na criança, considerando o que tem sido identificado e/ou discutido sobre a dificuldade da interação da criança com o outro e as possíveis implicações.

Posteriormente, ocorre a apresentação das características do método de construção de fatos clínicos psicanalíticos utilizado no desenvolvimento do estudo.

Finalmente, são apresentadas três categorias de fatos clínicos psicanalíticos construídos ao longo do estudo: Interação pelo olhar através do espelho; Interação pela fala sem o contato visual; Interação pelo olhar e pela fala.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 PERCURSO HISTÓRICO: DO AUTISMO AO TEA

Em 1798, um menino na faixa dos 12 anos foi encontrado no Bosque de Aveyron/França. Ele convivia com uma manada de lobos, comunicava-se por grunhidos e se locomovia utilizando as mãos e os pés, sendo considerado como um menino selvagem. Ele foi examinado por Philippe Pinel, que considerou tratar-se de um caso de idiotia e demência, sem solução, com isso um jovem médico, Jean Itard, o acolheu sendo seu tutor, passou a ter relações médico-pedagógicas e lhe deu o nome de Victor. Este caso é o primeiro registro de um menino com características de autismo. O termo autismo deriva do grego “autos” que significa “você mesmo”, este termo foi utilizado pela primeira vez em 1906 por Plouller ao estudar pacientes com demência precoce (Vargas & Schmidt, 2019).

Sadok, Sadok, e Ruiz (2017) relatam que em 1867 o psiquiatra Henry Maudsley observou um grupo de crianças “com transtornos mentais graves que se caracterizavam por desvio, atraso e distorção acentuados no desenvolvimento” (p. 1154), em que se acreditava ser uma perturbação que se enquadrava na categoria das psicoses.

Segundo Belloch, Sandin e Ramos (2008), em 1911 o psiquiatra suíço Bleuler, utilizou-se do termo do autismo para expressar o isolamento do indivíduo do mundo externo que era um dos sintomas apresentados por quem era diagnosticado com Esquizofrenia, definindo-o como perda de contato com a realidade devido à dificuldade de comunicação interpessoal. Todavia, segundo Assumpção e Pimentel (2000), este termo passou a ser mais conhecido a partir dos estudos do psiquiatra austríaco Leo Kanner em 1943 que trouxe para a literatura psiquiátrica um estudo chamado de “distúrbios autísticos do contacto afetivo” (p. 37), no qual discursou sobre o autismo extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia, relacionando-os aos fenômenos da esquizofrenia.

Harris (2018) faz uma retomada histórica sobre como Kanner foi desenvolvendo seus

conceitos sobre o autismo e revela que ele foi o primeiro autor a escrever sobre a psiquiatria infantil, realizando mais de 250 publicações científicas a respeito do autismo e esquizofrenia infantil.

Kanner (1943), que residia nos Estados Unidos, realiza este estudo por meio de uma observação de onze crianças (oito meninos e três meninas) que apresentavam uma tendência ao retraimento antes de completar um ano de idade, denominando como “condição de autismo na primeira infância” (Kanner, 1935/1974, p. 737). Constatou, como principal característica, a incapacidade em estabelecer trocas com as pessoas desde o nascimento, agindo como se o outro não estivesse presente, respondendo as ordens somente de forma mecânica, pouco comunicativa e sem demonstração de afeto. Além disso, apresentavam distúrbios na alimentação e movimentos repetitivos.

Kanner (1943) relata que a maioria das crianças apresentavam debilidade mental ou característica de deficiência auditiva. Os testes psicométricos realizados na época demonstravam que essas crianças apresentavam quocientes de inteligência muito baixos e poucas respostas às convocações por meio de sons, levantando a hipótese sobre uma possível surdez. Porém, após a realização de um teste específico, observaram que na verdade o distúrbio autístico encobria as respostas das crianças frente aos sons, descartando então, a deficiência auditiva.

Kanner (1935/1972), ao observar e analisar a comunicação dessas crianças, percebeu que estas demonstravam atraso na fala, quando comparado ao desenvolvimento da linguagem de outras crianças em desenvolvimento normal. O qual é denominado pelo autor como ecolalia retardada, por perceber que além de falarem poucas palavras, muitas vezes repetiam a mesma palavra de forma literal e não condizente com o contexto, como se fossem um papagaio, tornando o significado das palavras inflexível.

Frankl (1943 citado por Harris, 2018), colega de Kanner, desenvolve um estudo

chamado de “Linguagem e contato afetivo” (p. 1) que trata de uma comparação do contato afetivo entre crianças surdas e crianças com distúrbio de linguagem. Analisou um caso de um menino diagnosticado com Complexo da Esclerose Tuberosa – CET somado a uma incapacidade intelectual, esta criança não demonstrou interesse nas pessoas e nem o desejo de usar gestos ou palavras para trocar com o outro. O referido autor, que acompanhava o trabalho de Kanner sobre os “distúrbios autísticos do contacto afetivo” (p.1), identificou que este garoto não possuía os demais sintomas que Kanner havia apontado, como obsessividade, estereotípias e repetição. Assim, estabeleceu uma distinção, entretanto, concorda com Kanner a respeito do déficit social e a comunicação linguística do autismo idiopático.

Kanner (1935/1972) ressalta que identificou também um fenômeno gramatical, que na maioria dessas crianças durava até em torno de seis anos de idade, podendo estender-se em alguns casos. Elas repetiam os pronomes pessoais, falando de si em terceira pessoa, e reproduziam a frase de outra pessoa de forma idêntica, tanto, na produção da frase quanto na entonação. Por exemplo, se alguém pronunciava uma frase em forma de pergunta se dirigindo à criança e utilizando-se de pronomes, a criança, ao invés de responder, repetia a mesma frase gramaticalmente e com o mesmo tom interrogativo.

Ao analisar a rotina das onze crianças, Kanner (1943) identifica também a inflexibilidade destas em conseguir aceitar situações diferentes para além da rotina habituada, demonstrando um comportamento obsessivo frente às mudanças. Por outro lado, pode perceber que, ao manipular os objetos, as crianças apresentavam satisfação e domínio sobre a situação. Quando as mesmas colocavam os objetos em movimento giratório começavam a ficar em um estado de júbilo estático, demonstrando mais interesse pelos objetos do que pelas pessoas presentes.

Kanner (1943) afirma que o transtorno tem uma origem biológica por considerar que essas crianças vinham ao mundo com uma inabilidade inata para se relacionar e ter contato



afetivo com outras pessoas. Também considerou que a qualidade das funções parentais na relação com as crianças poderia influenciar. Kanner (1935/1972) afirma que em 1943, ele próprio, já havia observado que essas crianças, consideradas autistas, possuíam pais pouco afetuosos, muito estudiosos, inexpressivos e que demonstravam certa obsessão em suas atitudes.

Com o passar dos anos e dos estudos, Kanner e Eisenberg (1956 citado por Wan et al, 2013) ao investigarem a relação das crianças com autismo infantil precoce e seus pais, identificaram que se os pais apresentassem alguma dificuldade de entender as demandas sociais que os filhos solicitavam, o desenvolvimento da criança poderia estar em jogo. Consideraram o autismo então, não mais somente inato, mas sim, como um transtorno psicobiológico por ser decorrente de interação entre a herança genética e o ambiente em que a criança vive.

Asperger (1944/1991), que residia na Áustria, descreveu quatro meninos que apresentavam características semelhantes às apontadas por Kanner. Entretanto, observou que na fala desses meninos eles se colocavam de maneira muito gramatical e observou que estes sintomas não apareciam antes dos três anos de vida, vindo a nomear de psicopatia autística na infância. Também identificou fatores incomuns nos pais das crianças, tal como Kanner, mas Asperger relacionou a um possível fator genético, sugerindo que a causa deveria ser estudada e aprofundada neste campo para investigar a falha genética, a hereditariedade e, no campo ambiental, as lesões cerebrais no parto ou encefalite.

Bettelheim (1967/1987) afirmou que o transtorno do autismo tinha relação causal com alguma situação ruim que a criança viveu durante o início do desenvolvimento psíquico e esta, ao rejeitar o mundo, estaria relacionando as atitudes da mãe com ela, nomeando as mães dos autistas como mães geladeiras. Isto, causou grandes discussões no meio acadêmico e entre as mães, por trazer a ideia de que a culpa da criança ter autismo seria da relação que a mãe realiza com a criança. Por outro lado, para Ritvo e Ornitz (1976) o autismo estaria relacionado a um

déficit cognitivo pertencente a um distúrbio do desenvolvimento, passando a relacionar o autismo com a deficiência mental.

Folstein e Rutter (1977 citado por Fadda & Cury, 2016, p. 413) desenvolveram um estudo para investigar a base genética como causa no autismo. O estudo foi realizado com 21 pares de gêmeos, 11 idênticos (univitelinos) e dez fraternos (bivitelinos), 25 deles sendo diagnosticados como autistas. Os resultados reforçaram a hipótese da determinação genética, e também demonstraram que influências ambientais, como uma lesão cerebral no período perinatal, poderiam causar o autismo de forma independente ou combinada com uma predisposição genética. Entretanto, o que e como era herdado permanecia desconhecido.

Brushan (2004 citado por Mebarak, Martínez & Serna 2009, p. 124) aponta que foi realizado uma meta-análise entre 1966 e 1988 com 23 pessoas com autismo e apenas 6% dos casos apresentavam alguma condição orgânica. Logo, reconhecendo o autismo não com apenas uma causa, mas sim, um conjunto de causas que formam uma disfunção neurológica no cérebro, manifestada na síndrome do autismo.

Os mesmos autores acrescentam que a serotonina (neurotransmissor na inibição da agressão, temperatura corporal, humor, sono e apetite) e noradrenalina (neurotransmissor que mais influencia o humor, ansiedade, sono e alimentação) se encontram alterados na maioria dos casos de autismo.

Antes de entender a forma como a psiquiatria considera os sintomas de um transtorno mental, é importante destacar que há diferença entre diagnóstico clínico e o diagnóstico em psicanálise. Sendo que neste capítulo, pretende-se destacar a história da psiquiatria, relacionada à construção do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O diagnóstico clínico está relacionado a área médica, em que o profissional se utiliza de técnicas e instrumentos para nomear a doença de acordo com as características que o paciente apresenta. Primeiramente, considera o modelo biológico e, em segundo plano, a experiência

subjetiva que pode contribuir para o adoecer do paciente (Finelli & Mendonça, 2015). Enquanto, na psicanálise, o diagnóstico é estrutural, relacionado a estrutura psíquica e subjetiva do paciente. A principal técnica de investigação psicanalista é a escuta.

Dor (1994) considera que quando o indivíduo fala algo, a estrutura psíquica do sujeito se torna localizável e a partir daí consegue-se construir um diagnóstico. O qual ajuda o psicanalista a se orientar e conduzir o tratamento.

Considerando o diagnóstico clínico, é importante conhecer a história da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), pois, são eles que organizam as principais pesquisas para o avanço das classificações dos diagnósticos utilizados na área da psiquiatria e neurologia. Em alguns momentos, percebe-se que um vai dialogando com o outro para a construção dessas classificações.

Segundo a American Psychological Association [APA] (2014, p. XLI):

A classificação dos transtornos está harmonizada com a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde, o sistema oficial de codificação usado nos Estados Unidos, de forma que os critérios do DSM definem transtornos identificados pela denominação diagnóstica e pela codificação alfanumérica da CID.

A American Psychological Association [APA] (2002) afirma que desde 1840 o estímulo para criar classificações de perturbações mentais ocorreu a partir da necessidade de obter informações estatísticas sobre as doenças mentais nos Estados Unidos.

Segundo Morsch (2020), em 1893 foi aprovada a primeira edição da CID, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conhecida como lista internacional das causas de morte, com o objetivo de monitorar a incidência e prevalência de doenças, através de uma padronização de nomenclaturas e códigos para que profissionais do mundo todo utilizassem. O CID 10 publicado em 1990 está presente em 115 países e é a versão que está em vigência até o

momento. Entretanto o CID 11 que foi lançado em 2018, encontra-se ainda em análise, com previsão para entrar em vigor em 2022.

Segundo a APA (2002), em 1952 o DSM I foi criado com 106 categorias, com o objetivo de descrever de forma padronizada terminologias para os diagnósticos das perturbações mentais com utilidade clínica. Entretanto, Dunker (2014) afirma que não estava muito claro a delimitação entre o que era considerado normal e o que era considerado patológico. Nesta versão foi utilizado o termo reacção, o qual demonstrava “. . . a influência da concepção psicobiológica de Adolf Meyer de que as doenças mentais representavam reacções da personalidade a factores psicológicos, sociais e biológicos” (APA, 2002, p. XXV). Dunker (2014) acrescenta que Adolf Meyer evidenciava a oposição entre a neurose e a psicose.

Segundo Dunker (2014) bem como Martinhago e Caponi (2019), neste início a psicanálise e a psiquiatria caminhavam juntas para a compreensão da psicopatologia, contribuindo para fundamentar a classificação norte-americana de doenças mentais principalmente para os conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica. Segundo a APA (2002) em 1952, a OMS publicava a CID 6, no qual pela primeira vez incluía uma secção exclusiva para perturbações mentais contendo “. . . dez categorias para as psicoses, nove para as psiconeuroses e sete para as perturbações de carácter, comportamento e inteligência” (APA, 2002, p. XXV).

O DSM II, conforme mencionado pela APA (2002), era muito parecido com o DSM I. No entanto, foi retirado o termo “reacção” (p. XXV) do manual. Martinhago e Caponi (2019) relatam que em 1970, a partir de novos estudos sobre as classificações, os pesquisadores foram identificando uma confusão de nomenclaturas na psiquiatria, fazendo com que a construção do DSM III adotasse uma medicina baseada em evidências, direcionando a prática da psiquiatria para definição de diagnósticos, identificação de sintomas e testagem da eficácia de medicamentos.

Segundo Vargas e Schmidt (2019) em 1980, após os estudos de Rutter (1979/1983), o autismo passa a ser considerado um Transtorno do Desenvolvimento e não mais como uma psicose infantil, influenciando a definição da síndrome no DSM III. Sadok et al. (2017) complementam que aos poucos se tornou evidente que o autismo e a esquizofrenia eram dois diagnósticos distintos, entretanto, algumas crianças com autismo poderiam “desenvolver transtorno esquizofrênico comórbido em um momento posterior da infância” (p. 1154).

Dunker e Kyrillos Neto (2011) explicam que a psicanálise deixa de fundamentar o DSM III, pois os psiquiatras passaram a relacionar os transtornos mentais à pesquisa experimental, criticando a forma que a psicanálise estava conduzindo, como uma conduta de psicologização dos problemas de ordem social.

Caponi (2014) explica que:

A partir deste momento começou-se a definir as patologias psiquiátricas por referência a agrupamentos de sintomas, o que acarretou a desconsideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento (Caponi, 2014, p. 744).

Segundo Vargas e Schmidt (2019), conforme foram aumentando as discussões sobre as possíveis causalidades do autismo, o CID – 9 e o DSM – III passaram a ser utilizados como referências para o diagnóstico de autismo com o intuito de uniformizar a etiologia do autismo.

Em 1990, o termo que se utilizava para descrever o autismo no DSM III passa a ser questionado. Happé e Frith (1991) criticam a classificação de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, justificando que as desordens apresentadas no desenvolvimento não afetavam as funções nos níveis biológicos, comportamentais, adaptação social e cognitivo. Logo, não poderia ser considerado como algo que acontece no desenvolvimento como um todo.

Em 1993, é publicado o CID 10 e classifica o autismo infantil (F84.0) dentro dos

Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84), caracterizando-o como: desenvolvimento alterado, com perturbação na interação social, na comunicação e no comportamento repetitivo; sintomas manifestados antes dos três anos de idade; também considera a síndrome apontada por Kanner e exclui a ideia de psicopatia autística (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993).

O manual do DSM-IV-TR, a APA (2002) classifica o autismo dentro da nomenclatura “Perturbações Globais do Desenvolvimento” que aparecem na primeira e na segunda infância ou na adolescência, cuja codificação é “299.0 Perturbação Autística [F84.0]” (p.70), separado das patologias “299.80 Perturbação de Asperger [F84.5]” (p.80) e do “299.80 Perturbação global do Desenvolvimento sem outra especificação [F84.9]” (p. 84) (incluindo o Autismo Atípico).

No entanto, no último manual, DSM-5 (APA, 2014), o autismo passa a ser classificado dentro dos transtornos mais frequentes da infância - Transtornos do Neurodesenvolvimento e passa a ser conhecido como de “Transtorno do Espectro Autista 299.0 (F84.0)” (p.50) para enfatizar uma visão dimensional, com sintomas característicos do diagnóstico. Segundo Sadok et al. (2017, p. 1153) o Transtorno do Espectro Autista (TEA) “é um grupo fenotipicamente heterogêneo de síndromes neuroevolutivas, com hereditariedade poligênica”.

A ideia do uso do termo espectro surge a partir da manifestação do transtorno que pode variar de acordo com a gravidade, com a idade cronológica e com o nível de desenvolvimento. O TEA passa a englobar transtornos antes nomeados como autismo infantil, autismo de Kanner, autismo precoce e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (APA, 2014).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014, p. Xlii) “Essa mudança foi implementada para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de transtorno do espectro autista e para identificar alvos mais focados de tratamento para os prejuízos específicos observados”. O autismo deixa de ser um quadro considerado como doença e passa a ser uma síndrome com vários subtipos, com identidade indefinida e distinta dos quadros que envolvem

problemas orgânicos (Happé e Frith, 1991). Com isso, a Síndrome de Asperger passa a ser considerada como uma das possibilidades do autismo. Assim, algumas pessoas com características semelhantes às do Autismo passaram a ser diagnosticadas com a Síndrome (Happé & Frith, 1991).

Sadok et al. (2017) afirmam que o autismo no DSM IV “era caracterizado pela presença de problemas em três domínios: comunicação social, comportamento restritivo e repetitivo e no desenvolvimento e uso de linguagem aberrante” (p. 1153). E no DSM-5 os problemas diagnosticados passam a ser somente deficiências na comunicação e interação social, incluindo também, comportamentos restritivos e repetitivos limitando o funcionamento da criança com o meio no seu dia a dia, podendo ser apresentados desde a infância e classificados entre sintoma leve, moderado ou severo (APA, 2014).

O desenvolvimento e o uso de linguagem aberrante deixam de pertencer ao diagnóstico de autismo, por considerarem que estes dois não são uma característica definidora para o TEA, entretanto, não excluem a ideia de que poderão ter indivíduos com essas características dentro do transtorno (Sadok et al., 2017).

Segundo Sadok et al (2017) mesmo que a linguagem não seja considerada como uma característica definidora, ela é um sintoma preditor dentro do TEA. Apontam que os médicos e os pais relatam suas preocupações com as crianças que ainda não desenvolveram a linguagem no período de 12 a 18 meses de idade ou aquelas que não a desenvolveram e também apresentam retraimento no comportamento social. Os autores acrescentam que, em uma pesquisa realizada pelo DSM-IV (2002) com crianças diagnosticadas com TEA, o diagnóstico era feito em média com 3,1 anos, sendo que as que apresentavam deficiências linguísticas graves associadas ao TEA eram diagnosticadas em média um ano antes daquelas sem problema de linguagem.

O DSM-5 (APA, 2014) elenca alguns critérios para diagnóstico do TEA, dentre eles, os déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos. Tais

como o fato de o indivíduo apresentar dificuldade para estabelecer uma troca de comunicação considerada normal, demonstrando uma redução de interesse para iniciar ou responder a interações sociais, déficits nos comportamentos comunicativos não verbais na troca com o outro. Seja pela compreensão ou utilização de gestos e expressões faciais para se colocar na interação social, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos com a possibilidade de fazer amigos ou compartilhar brincadeiras imaginativas, demonstrando ausência de interesse por seus pares. A gravidade se baseia nos prejuízos na comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos.

Outros critérios mencionados no DSM-5 (APA, 2014) são padrões restritos e repetitivos de comportamento, como por exemplo: movimentos repetitivos, interesse em alinhar ou girar brinquedos; interesse fixo ou apego por algum objeto que normalmente não se teria o foco, falas estereotipadas ou ecológicas, comportamentos verbais ou não verbais de forma ritualística; padrões rígidos de pensamento; dificuldade na inflexibilidade da rotina; dificuldade em diferenciar a dor ou a temperatura.

O DSM – 5 (APA, 2014) acrescenta que os sintomas aparecem precocemente na fase do desenvolvimento e causam prejuízos significativos no funcionamento social, profissional entre outras áreas na vida do indivíduo. Consideram também, que esses sintomas não tem relação com a deficiência intelectual ou com atraso global do desenvolvimento. Além disso, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) costuma ser comórbido nos casos em que a comunicação social está abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Os níveis de gravidade para a classificação do TEA também são explicados dentro do DSM-5. Como este estudo pretende explorar a questão da comunicação e interação em uma criança com TEA, esta característica dentro do DSM-5 será explorada de forma mais aprofundada.

A classificação (APA, 2014) é dividida em 3 medidas de gravidade: “Nível 1 – Exigindo



apoio” (p. 52); “Nível 2 – Exigindo apoio substancial” (p. 52); “Nível 3 – Exigindo apoio muito substancial” (p. 52). Sendo o primeiro nível como dificuldade para iniciar interações sociais e sem abertura social para o outro, podendo apresentar interesse, mas ao final a tentativa se coloca malsucedida. O segundo nível, exigindo apoio substancial, é caracterizado como déficits graves nas habilidades de comunicação verbal e não verbal, mesmo tendo apoio, não consegue iniciar ou responder na troca com o outro. E o terceiro, marcado por uma dificuldade ainda maior causando graves prejuízos de funcionamento, com grande limitação em estar aberto para o social, seja para iniciar ou responder ao outro.

Com isso, esses sintomas demonstram que não se trata de uma dificuldade somente a respeito da comunicação ou da dificuldade no atraso da linguagem, mas sim, quando se utiliza desta para se relacionar e trocar com o outro, o indivíduo se coloca impedido de realizar interação com o outro por meio da comunicação.

DSM-5 (APA, 2014) acrescenta que, havendo linguagem dentro dos três níveis, esta costuma se apresentar sem reciprocidade socioemocional, uma vez que é utilizada mais na ordem de rotular e solicitar do que para compartilhar sentimentos ou conversar. Por outro lado, na comunicação não verbal a ausência do contato visual se faz presente, assim, como a ausência de expressões faciais, de gestos expressivos e espontâneos. Além disso, pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico, e a criança costuma apresentar uma falta de imaginação para brincar e fingir de algo, assim como a falta do jogo social, demonstrando preferência por brincadeiras solitárias ou com pessoas que não tem idade próxima a dela.

A APA (2014, p. 51) faz uma nota dentro do DSM-5 dizendo que:

Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno do Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam,

de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática).

Acrescenta ainda que os sintomas caracterizados pela falta de interesse das trocas no social costumam aparecer em média entre os 12 a 24 meses de vida de uma criança. O DSM -5 coloca o TEA como um transtorno que não é degenerativo, dando a possibilidade de a aprendizagem continuar e de indivíduos com menos prejuízo se tornarem capazes de ter mais independência (APA, 2014).

O DSM-5 (APA, 2014) afirma que o diagnóstico é mais confiável e validado quando baseado em várias informações a respeito do indivíduo, incluindo a observação do clínico. Todavia, Martínez-Hernández (2000a) diz que isto é uma ilusão, pois, a interpretação do relato da história do paciente fica limitada à própria descrição dos critérios diagnósticos do DSM, visto que, já haviam sido construídos como manifestações biológicas.

As classificações do DSM e do CID são as mais utilizadas, no momento atual, principalmente entre os psiquiatras e neuropediatras para diagnosticar crianças com TEA. Dunker (2014) afirma que o diagnóstico é ainda mais valorizado por conta dos efeitos que se tem com o uso da medicação, no entanto, pouco se conhece ainda sobre o mecanismo de ação adequado para os casos de TEA.

Segundo o CID – 10 (1993) a incidência de autismo nos Estados Unidos era de 2-5 indivíduos para 10.000 nascimentos, sendo que a incidência maior ocorria no sexo masculino, 10 anos depois passou a ser de até 16 crianças para 10.000 nascimentos em casos de diagnóstico de autismo e de 20 a 50 crianças a cada 10.000 nascimentos em casos de diagnósticos dentro do espectro do autismo (Chakrabarti & Fombonne, 2001).

Por outro lado, segundo o DSM IV (APA 2002), a incidência de indivíduos com sintomas de autismo naquela ocasião era de 0,5-16 para 10.000 nascimentos, ocupando o terceiro lugar entre os transtornos de desenvolvimento como um todo, entretanto, nos casos

envolvendo somente os indivíduos que já possuíam o diagnóstico do espectro autista a incidência era de 50 indivíduos para 10.000 nascimentos nos Estados Unidos. Anos depois, o DSM V (APA, 2014) relata que nos Estados Unidos a estimativa de crianças e adultos diagnosticados com TEA chega a 1% da população e acrescenta que ainda não está claro se isto é um reflexo do uso do DSM IV ou se foi um aumento real na prevalência do transtorno. Acrescenta ainda que, o TEA é quatro vezes mais frequente no sexo masculino do que no feminino, justifica isto dizendo que indivíduos do sexo feminino tem mais chance de ter deficiência intelectual, dificultando com que estas possam ser diagnosticadas com transtorno do espectro autista.

Após fazer esta retomada do percurso histórico dentro da psiquiatria desde quando iniciou-se a utilização da nomenclatura Autismo até o Transtorno do Espectro Autista, segue-se uma síntese histórica sobre o autismo na perspectiva da psicanálise, considerando os principais autores e pesquisadores que abordaram o tema, sob a vertente psicanalítica inglesa.

## 2.2 AUTISMO EM PSICANÁLISE

Segundo Finelli e Mendonça (2015) é importante retomar que dentro da psicanálise o diagnóstico é estrutural e não clínico conforme a medicina, construído a partir da relação terapêutica e interação entre estes dois sujeitos. O instrumento é a escuta do analista e a partir do discurso do analisando o campo da investigação se abre e é possível chegar a estrutura do sujeito.

Neste sentido, a psicanálise vem realizando e contribuindo com estudos para investigar quais fatores estariam envolvidos no autismo. Alguns conceitos de autores tais como Klein (1952/1991) e Bion (1967/1994), que abordaram o desenvolvimento psíquico do bebê, tem contribuído para a compreensão dos fenômenos inerentes ao autismo.

Antes de apresentar os conceitos que Klein (1952/1991), psicanalista austríaca,

desenvolve, é importante destacar que 13 anos antes de Kanner (1943) publicar seu estudo sobre o autismo infantil, Klein (1930/1996) em seu artigo de 1930 chamado “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego” apresentou o caso Dick, que se tratava de um menino com 4 anos de idade, porém, com intelectualidade de uma criança de 1 ano e 3 meses e possuía características incomum com os diagnósticos apresentados naquela época. No entanto, segundo Oliveira et al. (2018), Dick é um caso amplamente discutido dentro da psicanálise, pois foi tratado como um caso de esquizofrenia, porém era um caso de autismo. Com isso, é considerado como o primeiro caso de autismo registrado dentro da psicanálise.

### 2.2.1 Melaine Klein

Para entender o desenvolvimento psíquico do bebê, Klein (1952/1991) afirma que assim que o bebê nasce ele começa a experimentar sua relação de objeto com a mãe a partir de suas experiências com a alimentação e com a presença dela. Neste início trata-se de uma relação com um objeto parcial, porque os impulsos orais são dirigidos ao seio da mãe. O bebê vai vivenciando essas experiências e sendo estimulado pelos seus impulsos libidinais e agressivos, que correspondem às pulsões de vida e de morte.

Essas experiências são representados pelas sensações de fome e de saciação. Dependendo de como tais experiências se equilibram, a emoção chamada de voracidade atua e conforme esta emoção vai se intensificando, poderá ocorrer a exacerbação dos sentimentos ligados à frustração, a qual poderá contribuir para a manifestação de impulsos agressivos.

Klein (1952/1991) explica que neste início da vida do bebê, ele já vivencia suas primeiras ansiedades derivadas das fontes internas e externas. A fonte interna ligada a pulsão de morte pode colaborar para a vivência da ansiedade persecutória e ao medo de aniquilamento. Já a fonte externa poderia ser identificada, por exemplo, na experiência do nascimento, que é uma primeira experiência que influencia as demais relações do bebê com o mundo exterior. O

bebê ao vivenciar o desconforto e a dor, pode sentir este momento como uma perseguição ou um ataque hostil, conforme mencionado pela autora “portanto, a ansiedade persecutória participa das relações do bebê com objetos na medida em que é exposto a privações” (p. 86).

Klein (1952/1991) acrescenta que em uma criança que possui a agressividade inata, a voracidade, a frustração e a ansiedade persecutória atuam com força e dificultam o bebê a tolerar os momentos de privação e de ansiedade. Nestes três ou quatro primeiros meses de vida, o bebê se encontra na posição esquizoparanóide. Para o bebê, nesta posição, o objeto bom e objeto mau não são completamente distintos (isto é representado pela relação que o bebê estabelece com a mãe através das experiências com a alimentação e a presença dela). Esta relação é estimulada pelos impulsos libidinais e destrutivos decorrentes dos sentimentos de gratificação e frustração. Se vivenciados como gratificante a mãe é percebida como seio bom/objeto bom e se vivenciados como frustrante é percebido como seio mau/objeto mau.

Além disso, Klein (1952/1991) apresenta os processos endopsíquicos chamados de introjeção e projeção, estes contribuem para a relação com o objeto parcial. “O bebê projeta seus impulsos de amor e os atribui ao seio gratificador (bom), assim, como projeta seus impulsos destrutivos para o exterior e os atribui ao seio frustrador (mau)” (p. 88). Ao mesmo tempo, o bebê introjeta o seio bom e o seio mau, com isso, esta imagem de objeto, que é externo e interno, é distorcida dentro da mente do bebê através de suas fantasias, fazendo com que o seio bom (interno e externo) seja modelo de todos os outros objetos gratificantes e o seio mau (interno e externo) modelo de todos os outros objetos persecutórios.

As fantasias destrutivas, segundo Klein (1952/1991), são relacionadas aos objetos persecutórios que fazem com que o bebê morda o seio com a intenção de aniquilá-lo, e com isso, ele acredita que o seio vai fazer a mesma coisa. “À maneira que os impulsos sádicos uretrais e sádicos anais se fortalecem, o bebê ataca o seio em sua mente com urina venenosa e fezes explosivas e espera, portanto, que o seio seja venenoso e explosivo para com ele” (p. 88).

No entanto, a ansiedade persecutória é contrabalançada pelas experiências com o seio bom, vivenciada pela troca que vai tendo com sua mãe ao ouvir a voz dela, ao sentir o toque dela e ao sentir que suas necessidades estão sendo atendidas, isso vai contribuindo para que o bebê aumente sua confiança no objeto-bom e alivie suas ansiedades persecutórias.

Neste estágio a cisão, a idealização, a onipotência, a negação e o controle dos objetos internos e externos são extremamente presentes. Conforme o bebê vai passando por essas experiências, ele vai caminhando em direção a integração então percebe que o objeto bom e o objeto mau fazem parte de um mesmo objeto. Klein (1952/1991) afirma que à medida que a ansiedade persecutória vai diminuindo sua intensidade, o ego vai sendo capaz de se integrar, ou seja, o amor pelo objeto precisa se sobrepor aos impulsos destrutivos, “a pulsão de vida sobre a pulsão de morte” (p. 90).

Klein (1952/1991) apresenta a identificação projetiva como um mecanismo de defesa em que ela considera que o bebê projeta na mãe suas fantasias inconscientes:

Nessas várias fantasias o ego toma posse, através da projeção, de um objeto externo – em primeiro lugar a mãe – e faz dele uma extensão do self. O objeto se torna em alguma medida um representante do ego e esses processos são, a meu ver, a base para a identificação por projeção ou identificação projetiva. A identificação por introjeção e a identificação por projeção parecem ser processos complementares (p. 93).

O bebê pode projetar tanto impulsos destrutivos, quanto projetar sentimentos de amor na mãe. E, posteriormente, poderá identificar tais características no objeto mãe. Assim o bebê poderá perceber a mãe tanto o objeto persecutório (seio mau) quanto o objeto bom (seio bom). Conforme o bebê reintrojeta o objeto bom e o self bom, a ansiedade persecutória diminui, “Desse modo, a relação com ambos os mundos, interno e externo, melhora simultaneamente e o ego ganha em força e integração” (Klein, 1952/1991, p. 94).

Com isso, Klein (1952/1991) afirma que o bebê poderá começar a vivenciar a ansiedade depressiva, nesse sentido a culpa e a necessidade de reparar o objeto (que recebeu os impulsos destrutivos) se intensifica. Os estados de integração vão sendo incorporados aos poucos conforme vão alternando entre os processos de desintegração e integração. Quanto mais o ego estiver integrado e o objeto mais sintetizado, a ansiedade diminui e torna possível o alívio dos impulsos destrutivos pela libido.

O bebê, por volta do segundo trimestre de vida, ingressa na posição depressiva infantil (Klein, 1952/1991). Posição caracterizada pelo momento em que o bebê passa a ampliar suas demonstrações de gratificação e de comunicação com quem está ao seu redor, o que demonstra que o ego do bebê está se desenvolvendo e está diminuindo a desconexão entre o mundo externo e interno. Embora, os impulsos e os desejos orais predominem e as tendências uretrais, anais e genitais se fortaleçam, há o aparecimento de novas ansiedades, amplia-se as fantasias e mudam-se as defesas. A identificação com a mãe se fortalece à medida que o bebê a percebe e a introjeta como um objeto completo. “Os vários aspectos – amados e odiados, bons e maus – dos objetos aproximam-se, e esses objetos são agora pessoas inteiras” (p. 97).

Klein (1952/1991) afirma que o conflito entre o amor e ódio se fazem muito presente nesta época, o sentimento de culpa e a ansiedade depressiva também. Isso, acontece porque o bebê percebe que o objeto bom e o objeto mau referem ao mesmo objeto. A voracidade também se faz presente agora, porque o bebê acredita que o objeto irá deixá-lo, a qual é sentida como destrutiva e incontrolável, ameaçando tanto os objetos externos quanto os internos. Com isso, o ego inibe os desejos pulsionais e o bebê poderá apresentar dificuldades para aceitar ou apreciar a comida.

A ansiedade relacionada à mãe, sentida agora como danificada e com perigo de aniquilação ou até mesmo já aniquilada e perdida para o bebê, faz com que ele se identifique com o objeto danificado e incrementa a tendência a reparar ou inibir os impulsos agressivos.

Klein (1952/1991) acrescenta que nesta posição o ego do bebê faz uso de defesas maníacas e a cisão, a idealização, a onipotência, a negação e o controle dos objetos internos e externos passam a ser utilizados para se contrapor as ansiedades depressivas. Conforme o bebê vivencia esta relação, ele compreende melhor aspectos do mundo externo e vivencia uma realidade externa percebida como mais segura. Assim, “. . . à medida que o bebê reintrojeta repetidas vezes um mundo externo mais realista e reassegurador, e, também estabelece dentro de si, em alguma medida, objetos completos e não danificados, ocorrem desenvolvimentos essenciais na organização do superego” (p. 99).

### 2.2.2 Wilfred Bion

Wilfred Bion (1967/1994) psicanalista britânico, concorda e amplia as ideias de Klein, assim, contribui para melhor compreensão do desenvolvimento psíquico do bebê ao conceituar sua teoria sobre o pensar como sendo o resultado satisfatório de dois desenvolvimentos mentais, sendo o primeiro os “pensamentos” (p. 128) e o segundo como consequência do primeiro, a “atividade ou faculdade de pensar” (p. 128). O autor apresenta esses dois desenvolvimentos para descrever a forma de comunicação que o bebê e a mãe podem estabelecer logo no início da vida. Os pensamentos estariam ligados as “pré-concepções, concepções . . . e, finalmente, conceitos” (p. 128). Sendo assim, o pensamento estaria unido a uma pré-concepção, se houver uma frustração, como por exemplo, o momento em que o bebê espera pelo seio para se satisfazer e percebe que o seio não está disponível para isto, vivencia a situação como um seio ausente em que o bebê precisará “decidir” entre fugir ou modificar tal frustração. Se o bebê tolerar tal a frustração, o seio ausente se transformará em um pensamento e conseqüentemente desenvolverá a existência de um aparelho para pensar. Caso contrário, a psique terá que decidir entre fugir ou modificar a frustração, trazendo como consequência um aparelho para pensar perturbado e sem condição de se livrar internamente dos objetos maus.



Bion (1967/1994) se apoia no conceito da identificação projetiva, mecanismo de defesa descrito por Klein (1952/1991), e complementa que a identificação projetiva seria a primeira forma de comunicação do bebê com a mãe, sendo a origem do pensar e que poderá ser estabelecida como capacidade do bebê pensar ou não. O autor apresenta também um conceito importante chamado “reverie” (p. 134) que seria o estado mental que capacita a mãe em receber as sensações e emoções do bebê (identificação projetiva, sentidas como boas ou más) e contê-las para depois devolver ao bebê. Considera ainda, que ao pensar a respeito e elaborar tais sensações e emoções, a mãe as transforma em uma experiência tolerável que gradativamente vai favorecendo a integração da mente do bebê.

Para tanto, Bion (1967/1994) se utiliza dos conceitos matemáticos de função alfa, elementos alfa e elementos beta para explicar a construção do pensamento. Segundo o autor, a mãe transforma os elementos beta (elementos não pensáveis) em elementos alfa (elementos pensáveis), por meio da função alfa, a qual possibilita que, após a mãe receber e conter em si mesma as emoções comunicadas pelo bebê através da identificação projetiva, possa pensá-las, transformar os elementos impensáveis do bebê em elementos pensáveis e devolvê-las para que assim possam ser introjetadas pelo filho.

Bion (1967/1994) acrescenta que se a mãe estiver bem ela conseguirá receber as emoções ruins, digeri-las, utilizando o seu próprio aparelho para pensar, e devolve-las ao bebê de forma pensável, possibilitando que o bebê as tolere. Caso a mãe não consiga conter e elaborar tais projeções, o bebê poderá reintrojetá-las sem um significado, entretanto, as reintrojeta com a mesma força que os projetou. Fato que pode comprometer a sua capacidade de pensar.

Bion (1967/1994) explica que nestes casos, como o de pacientes psicóticos, há uma forma anormal de identificação projetiva, ocasionando em um fracasso no desenvolvimento do ego de realidade. O ego de realidade seria quando o bebê deixa de ter um ego de prazer que evacua desprazer, para internalizar inconscientemente um objeto capaz de pensar. Esse fracasso

pode se dar por conta do fracasso da mãe em organizar a comunicação com o bebê, privando o bebê de conseguir organizar a existência de um objeto diferente dele.

O'Shaughnessy (1981/1990) ao retomar este conceito de Bion (1967/1994) explica que:

No lugar de um pensar baseado no princípio de realidade e na comunicação simbólica tanto dentro do self quanto com outros objetos, ocorre um engrandecimento anômalo do ego de prazer, com excessivo uso de cisão e identificação projetiva, resultando num modo concreto de relacionar-se com objetos odiados e que odeiam. A onipotência substitui o pensar e a onisciência substitui o aprender com a experiência em um ego desastrosamente confuso, não desenvolvido e frágil (p. 199).

Ressalta ainda, que isso faz com que o bebê confunda os estados de estar acordado, alucinando, sonhando, produzindo confusões mentais e até delírios. Dificultando assim, sua capacidade de reconhecer e identificar o que é seu e o que é do outro.

Para Bion (1967/1994) os pensamentos necessitam ser traduzidos para a ação. O que para ele envolve o que ele chama de “publicação, comunicação e senso comum” (p. 135), a publicação ajuda com que os dados sensoriais se tornem conscientes ao bebê de forma privativa. A comunicação “se faz através da identificação projetiva realista” (p. 136) que contribui, a partir de uma relação boa, para a transformação da capacidade do self dar conta de seus próprios pensamentos, “abrindo assim caminho para a função alfa e o pensamento normal” (p. 136). Sua função é a de obter correlação entre os dados sensoriais e para isso é importante que haja a concepção, o pensamento e a verbalização entre um dado sensorial e outro.

Conforme esses dados vão se harmonizando, vai surgindo assim, “a visão emocional compartilhada” (p. 137), que é o senso da verdade baseado no senso comum para estabelecer uma correlação, ou seja, “vivencia-se uma sensação de estar com a verdade se a visão de um

dado objeto, odiado, puder unir-se a visão do mesmo objeto quando amado, e tal conjunção confirmar que o objeto experimentado sob emoções distintas é o mesmo objeto” (p. 137).

Neste estudo também é importante mencionar, o conceito de Bick (1967/1991) sobre as funções psíquicas da pele no desenvolvimento mental do bebê, que considera a pele como um limite para o que é interno e externo ao bebê.

Segundo este autor, o bebê desde o seu nascimento passa por inúmeras sensações em seu corpo, como o toque, o banho, o colo, que vão formando seu esquema corporal. “Mas esta função interna de conter as partes do self depende, inicialmente, da introjeção de um objeto externo, sentido como capaz de cumprir esta função” (p. 194). Posteriormente, o bebê se identifica com esta função do objeto de introjetar a função continente e substitui o que não está integrado dando origem “à fantasia de espaços internos e externos” (p. 194), a ponto de prepará-lo para os momentos em que não estará mais no colo da mãe para não passar pelo sentimento de desintegração do seu eu corporal.

Ainda para Bick (1967/1991) se houver falhas nessa experiência o bebê passará por confusões de identidade e poderá, movido pelas ansiedades catastróficas da não integração, ter a necessidade de um objeto continente “que possa prender a atenção e desta forma ser vivenciado ao menos momentaneamente, como um objeto que mantém unidas as partes da personalidade” (p. 195). Desenvolvendo assim, a formação de uma “segunda pele” (p. 195) para substituir a dependência do objeto por uma “pseudo-independência” (p. 195), com o objetivo de ter um substituto para a função da pele continente.

### 2.2.3 Autismo Infantil - Donald Meltzer

Considerando tais ideias, Meltzer (1975/1979), psicanalista americano e seguidor de Melaine Klein, apresenta dois conceitos fundamentais que regem a sua construção teórica sobre o tema, o estado autista propriamente dito e o pós autista. Ele separa o conceito “estado autista

propriamente dito” (p. 21) das qualidades da mente que aparecem durante o desenvolvimento por considerar que há uma suspensão da vida mental dentro deste estado. Ou seja, ele considera que a estrutura do autismo é uma estrutura mental, mas ao mesmo tempo é um estado desmentalizado, no qual as funções cerebrais estão mais presentes do que as funções mentais. Apresenta também o conceito estado residual do autismo, chamado de “pós autismo” (p. 21).

Considerando estes dois conceitos, Meltzer (1975/1979) ao estudar o autismo, ressalta que crianças neste estado são muito inteligentes, possuem fatores de sensibilidade perceptiva e emocional, que em ação, interpretam e consideram que seus objetos também possuem esses fatores iguais a elas. Segundo o autor, essas crianças acreditam que seus objetos fazem recusa à sensibilidade perceptiva e emocional, e que não querem identificar a consciência da dor do outro, assim vivenciam o fato como um sinal de rejeição. A partir disto, se colocam vulneráveis às “experiências depressivas catastróficas” (p. 24), cujo sentimento é marcado pelo abandono do outro que não está disponível para acudi-las, passando então a encontrar certo apoio nas ansiedades persecutórias.

Meltzer (1975/1979) relaciona as ansiedades persecutórias a uma relação minimamente sádica, onde a criança autista quer se livrar de qualquer rival que venha causar desilusão ou privação para ele, fazendo com que se aposse do objeto materno como uma forma bastante primitiva de amor e para isso, utiliza-se da sensualidade. O autor aponta que a tendência à repetição destes casos parece emergir a partir desses fatores de alegria e triunfo pela posse do objeto ao invés de realizarem explosões de ansiedades persecutórias.

Meltzer (1975/1979) acrescenta duas ideias “o evento e a experiência” (p. 25) sobre este movimento que a criança autista faz. O evento se apresentaria como descontínuo e inato, para que não haja recordações e memórias e não seja vivenciado como experiência de algo, muito presente nos comportamentos descritos sobre os autistas propriamente ditos. Por outro lado, a experiência seria a vivência das recordações e antecipações.

Para ajudar na compreensão do conceito estrutural de atenção no processo que leva ao estado autista, Meltzer (1975/1979) diferencia o termo “desmantelamento do self” (p. 25) do termo “processos dissociativos” (p. 25). O desmantelamento do self estaria ligado ao fato de uma estrutura se apresentar desmentalizada, neste sentido a criança demonstra uma capacidade de suspender a atenção e “os sentidos vagam para aquilo que mais chama a atenção no momento, com isso parece acontecer o desmantelamento do eu como aparelho mental, que se desfaz em pedaços, de forma passiva” (p. 26). Acrescenta que nesta retirada da criança do mundo não se acompanha a ansiedade de perseguição, pois não há ataque contra si ou contra o objeto, tratando-se então de uma tendência compulsiva “como reiteração do ato ou do pensamento subjacente” (p. 27).

Segundo Meltzer (1975/1979), à medida que o self é desmantelado por conta da suspensão da função de atenção do ego, o self deixa de existir temporariamente, reduzindo-se a um estado primitivo desprovido de atividade mental. Neste sentido, o autor faz um paralelo com o atendimento e suas intervenções. Para ele, dentro da relação transferencial há a necessidade da interpretação do terapeuta sobre o momento anterior à queda da criança ao autismo, para que possa identificar o que estava acontecendo na sessão antes da criança se ausentar psicologicamente. Assim, o terapeuta poderá intervir e mobilizar a atenção suspensa da criança de volta para o contato com o outro, por meio de técnicas intuitivas conduzidas pela voz e atenção, capazes de ajudar a criança a reunir as partes de seu self.

Meltzer (1975/1979) considera que o seio materno acaba funcionando como um ímã, pois é o que capta a atenção mais estimulante do bebê, e aponta que se este bebê tiver uma relação boa com o seio isso possibilitará ao bebê evoluir e sair do estado autista em seu desenvolvimento. No entanto, se a mãe sofre de depressão, por exemplo, e reduz a sua atenção para esta troca, o self desmantelado poderá ficar fragmentado por mais tempo.

Quanto aos processos dissociativos, Meltzer (1975/1979) explica que eles estão relacionados ao momento em que os impulsos destrutivos atacam o vínculo com os objetos, trazendo como consequência a divisão de si (self). “É por isso que o processo primordial de dissociação e idealização do objeto é a exigência da divisão entre as partes boas e más do eu e seus impulsos” (p.25).

Klein (1952/1991) fala desses ataques aos objetos parciais quando explica sobre a posição esquizoparanóide e a posição depressiva. Na primeira todos os estímulos “ao medo persecutório reforça os mecanismos esquizóides, isto é, a tendência do ego para cindir a si mesmo e ao objeto” (p. 91), como quando os desejos sádicos-orais do bebê atacam e originam um sentimento de que o seio está destruído dentro dele. Ou quando acontece um ataque predominantemente anal em que o bebê por meio de suas fezes fantasia atacar o objeto com substâncias más, podendo também ser experienciado como um self inteiro (self mau) “que entra no corpo da mãe e o controla” (p. 93). E na posição depressiva, o controle dos impulsos é feito para evitar a frustração e o ego acaba dividindo “o objeto completo em um objeto vivo não-danificado e um objeto danificado e ameaçado” (p. 98), fazendo com que o ego tente reparar ou fazer reviver o objeto amado danificado.

Meltzer (1975/1979) em seus apontamentos afirma que junto a esta divisão funcional apresentada acima, há uma segunda ordem estrutural da personalidade, que se relaciona com a geografia do espaço vital da criança, a organização do self e dos objetos. A organização do espaço vital possui quatro regiões características, sendo estas as regiões “interna e externa do self, dentro e fora dos objetos” (p. 30). Destas duas dimensões da estrutura da personalidade (geografia do espaço vital e organização do self e dos objetos), o pós autismo estaria relacionado à primeira dimensão, este que também pode ser chamado de uma saída do autismo propriamente dito ou uma sequência do autismo infantil da primeira infância.

Pensando na primeira dimensão da estrutura da personalidade – espaço vital, Meltzer

(1975/1979) explica que as crianças autistas sofrem um impedimento no desenvolvimento, por conta de fazerem uma confusão com as quatro regiões na geografia da personalidade, que por serem crianças com ciúmes possessivo do seu objeto materno e apresentarem um modo de funcionamento sádico, passam por experiências depressivas, o que induz a se fundirem com o objeto (como por exemplo, quando a criança agarra a mão do terapeuta para manipular algo, acaba demonstrando uma dificuldade em identificar o outro), e quando oferece ao outro um olhar vago e vazado, demonstra não experimentar a diferença entre estar dentro e fora do objeto.

Meltzer (1975/1979) acrescenta que a possessividade intensa dessas crianças as levam a experimentar a posse de um objeto não possível, produzindo “uma falha primária na função continente do objeto externo, e em consequência o conceito de um self que o contém” (p. 31). Logo, acaba gerando uma função de recipiente inadequada devido ao estresse da ansiedade.

No entanto, na criança com personalidade pós autista, há uma falta de espaço interno no self e no objeto da criança que não está relacionado ao estresse da ansiedade. Meltzer (1975/1979) relaciona isso, com a dificuldade na função de conter a função da linguagem, já que muitas vezes a criança parece ser surda, como se não absorvesse o som. Esta falta de espaço interno acaba gerando uma “qualidade maníaca na personalidade” (p. 32) em que, ao mesmo tempo em que a criança não segura os objetos, ela expulsa-os de forma sádica como as fezes, podendo resultar em um colapso depressivo.

Contudo, Meltzer (1975/1979) afirma que a criança além de não conter o conteúdo mental e físico, ela possui uma abertura sensorial vivenciada de forma intensa que dificulta a elaboração de fantasias, brincadeiras e aprendizado. Trazendo como consequência a dependência das funções mentais do objeto externo, utilizado como uma extensão do self para executar suas funções (o que justifica o atraso mental dessas crianças que até então se apresentam como inteligentes).

Meltzer (1975/1979) acrescenta que, em uma relação terapêutica, a criança solicitaria que o terapeuta desempenhasse uma função de ego, em que este não executaria somente a ação, mas também deveria decidir a ação a ser realizada. Conforme o terapeuta executa essa tarefa e falha, surge na criança uma tendência em se isolar no estado autista propriamente dito. Indicando, assim, que os estados autísticos não devem ser compreendidos como mecanismos de defesa contra a ansiedade, mas sim compreendidos pelas sensações ruins que sentem na falha da dependência.

Meltzer (1975/1979) compara essa relação de dependência, que o pós autista tem, com o bebê recém-nascido que também necessita do objeto para realizar as funções do ego. Explica que, quando essas crianças autistas exigem de suas mães que realizem as funções do ego e estas não correspondem a este lugar por conta de suas próprias limitações em seu estado mental, isto gera na criança também uma falha primária na dependência.

Agora entrando na segunda dimensão da estrutura da personalidade – organização do self e dos objetos, Meltzer (1975/1979) afirma que estes fenômenos teriam relação com os “aspectos primários dos mecanismos obsessivos” (p. 34), no que se refere a obsessão e no que se refere ao elemento obsessivo dentro das perversões. A obsessão poderia ser descrita por dois aspectos, sendo um aspecto em relação ao controle onipotente sobre o objeto e o outro aspecto em relação a separação dos objetos, para que assim haja a possibilidade de mantê-los controlados.

Para Meltzer (1975/1979) o ataque destrutivo ao vínculo entre os objetos ou objetos parciais acaba sendo dirigido contra o self (processo dissociativo) e os ataques indiretos ao vínculo através do dismantelamento do self direciona os sentidos para a qualidade de objeto mais estimulante. Com isso, o grau dos distúrbios obsessivos varia de acordo com o nível da ansiedade de perseguição, cujo resultado é o controle onipotente sobre o objeto e a separação dos objetos.



Segundo Meltzer (1975/1979):

Pode-se dizer que o caráter obsessivo da personalidade pós autista, é, portanto, composto de uma tendência a empregar o dismantelamento do self de uma maneira particular, a serviço do controle onipotente e da separação dos objetos, o que resulta em preocupação ruminante pela forma de como os elementos do mundo estão ligados uns aos outros (p. 37).

Ao falar sobre a separação dos objetos nos casos de crianças no pós autismo, Meltzer (1975/1979) afirma que um objeto fragmentado, é um objeto dividido e reduzido em vários pedaços relacionados a segmentos das experiências sensoriais e não das experiências emocionais. Exemplifica dizendo que para estas crianças é como se elas separassem o objeto materno em pedaços, entre sabor, cheiro, som, ao mesmo tempo em que possuem um self que vê, um self que cheira, um self que ouve.

Meltzer (1975/1979) acrescenta ainda que, dentro dessa compreensão a respeito das crianças autistas, é possível construir um espectro do sadismo, no qual em uma extremidade estaria a euforia pelos objetos estarem mantidos em um estado de paralisia e na outra extremidade estaria o dismantelamento não sádico do self dentro do pós autismo. Considera esses dois pontos como um distúrbio na organização do espaço mental.

Contudo, Meltzer (1975/1979) diferencia o autismo propriamente dito do pós autismo e refere-se ao primeiro como o “desempenho do conjunto de fatores que dão origem ao próprio estado autista são muito mais intrínsecos à criança, e que a “falha” ambiental apenas o modifica” (p. 39), enquanto que o segundo é dependente da interação e da obsessão nas relações objetais. Ambos levam a um tipo de defesa obsessiva e que levados ao extremo podem produzir uma desmentalização.

Segundo Meltzer (1975/1979), praticamente, faz parte da natureza das crianças autistas apresentar alguma dificuldade na fala, muitas vezes levando estas ao silêncio. Para entender

este caminho, o autor apresenta cinco fatores encontrados clinicamente que contém a “teoria do desenvolvimento e da função da linguagem, tanto da verbalização quanto da vocalização” (p. 172).

Os cinco fatores que Meltzer (1975/1979, p. 172) aponta são:

- a) É necessário que o funcionamento mental seja suficientemente ordenado para que ocorra a formação de pensamentos oníricos adequados à comunicação por algum meio, e não que eles simplesmente requeiram evacuação (Bion);
- b) Deve haver um aparelho capaz de transformar pensamentos oníricos em linguagem; este aparato consiste em objetos falantes internalizados, a partir dos quais e em identificação com os quais (seja por um processo de identificação narcísica ou introjetiva) a gramática musical profunda pode ser aprendida para representar estados mentais;
- c) Nos primeiros anos de vida, quando o impulso laleo (impulso lalling) ainda é forte, a criança deve construir um vocabulário para descrever o mundo externo, para que possa desenvolver a capacidade de sobrepor essa linguagem superficial e lexográfica ao mais profunda linguagem musical; e então ser capaz de se comunicar sobre o mundo externo;
- d) Essas transformações internas (fala interna) devem encontrar no mundo externo um objeto com realidade psíquica suficiente e adequadamente diferenciada do self para exigir a vocalização desse processo interno para que a comunicação ocorra,
- e) O desejo de se comunicar com outros seres humanos deve ser suficiente para sustentar o processo contínuo de formação de pensamentos oníricos.

Meltzer (1975/1979) elucida que a letra “a” equivale aos desejos de comunicar as informações e os estados mentais; a letra “b” seria a necessidade de ter um objeto dentro da realidade do psiquismo para que a linguagem se direcione; “c” trata-se da introjeção de um objeto falante por meio da identificação “d” implica na aquisição de um vocabulário capaz de

transformar pensamentos oníricos em uma linguagem interna ligada aos pensamentos e externa ligada a comunicação, por último a “e” sustenta os outros fatores, visto que é necessário um aparato mental para elaborar os pensamentos oníricos e expressá-los através da comunicação.

Meltzer (1975/1979) chama atenção ao mutismo na criança autista e considera que não se trata de um sintoma da criança, derivado de sua estrutura, mas sim, que a partir do ponto de vista da estrutura da doença a fala se coloca ausente na criança autista, caso a fala se apresente, ela aparece sem sentido, demonstrando a dificuldade na criança em desenvolver pensamentos oníricos. Isso acontece porque há uma imaturidade nos processos de introjeção que impossibilita de formar o espaço interno, trazendo uma falha no desenvolvimento da linguagem e nos processos de identificação com os objetos falantes.

Meltzer (1975/1979) acrescenta que mesmo quando a linguagem está se desenvolvendo, há ainda uma não vocalização, pois, o “ciúme edipiano pré-genital interfere na relação verbal dos objetos internos, deixando-os separados e silenciosos” (p. 181). Por fim, o autor coloca que como as identificações são empobrecidas, elas não incentivam o desejo da comunicação na criança, somente o desejo de controlar a obediência do objeto e para que isto aconteça a utilização de sinais e gestos já basta.

Meltzer (1975/1979) ao falar sobre a intervenção terapêutica nestes casos explica que o terapeuta, em suas interpretações, irá buscar identificar a imagem fragmentada que aparece na relação transferencial com a criança no estado autista, comparando esta ação como se o terapeuta fosse reconstruir uma parede a partir de escombros, no qual o terapeuta necessitará elevar a interpretação a um nível alto de abstração para juntar os fragmentos de uma experiência desmentalizada.

Contudo, foi possível identificar que para Meltzer (1975/1979) o autismo consiste em um atraso no desenvolvimento que ocorre em crianças. Estas apresentam inteligência e grande sensibilidade emocional sendo que, no início da vida identificam os estados depressivos em

quem representa a figura materna, resultando em uma angústia depressiva para a criança também. Conforme a criança sente falta de ser amparada neste sofrimento mental, ela se afasta da possibilidade de modificar sua angústia.

Neste sentido, a criança acaba utilizando-se de mecanismos obsessivos para lidar com as ansiedades persecutórias e fantasias de obter o controle onipotente dos objetos. Com isso, acaba desmantelando seu self e suas diferentes capacidades de tocar, ouvir, falar e o objeto passa a ser reduzido em vários eventos unissensuais, trazendo como consequência a desmentalização.

No entanto, Meltzer (1975/1979) revela que essas dissociações acontecem por meio da suspensão da atenção e não pela dissociação ativa de ataques sádicos, dando a possibilidade da reintegração sem sofrimento depressivo, visto que se o objeto atrai a atenção da criança autista, o self se une novamente. Porém, ainda assim, esse mecanismo deixa marcas no desenvolvimento do ego e poderá retardá-lo.

#### 2.2.4 Autismo Infantil – Frances Tustin

Tustin (1972/1975, 1981/1984), psicoterapeuta infantil inglesa, se apoiou nos estudos de Kanner (1943), Klein (1952/1991), Bick (1967/1991) e Meltzer (1975/1979) para desenvolver conceitos a respeito do autismo. A princípio alegou que além do autismo, considerado patológico, haveria, também, outro tipo de autismo relacionado a um estado autístico inerente ao desenvolvimento de toda criança. Seria uma fase primitiva, logo após o nascimento, onde a criança reage ao mundo externo “em termos de seu próprio corpo e suas disposições internas” (p. 15).

Tustin (1981/1984), neste primeiro momento de sua teoria, explica que “o autismo normal é, como estado, anterior à capacidade de pensar (pré-pensamento), ao passo que o autismo patológico é um estado de antipensamento” (p. 11). Explica que o autismo primário

normal não estaria relacionado a um “estado desprovido de objeto” (p. 15), pois:

“Esse tempo primitivo é um estágio em que a experiência com “objetos-sensação” centradas no corpo e com a mãe experimentada como um “objeto sensação” que constitui parte de seu corpo prepara o bebê para relacionamentos posteriores com objetos ‘não-eu’ (not-self), experimentados como separados de seu corpo e aos quais ele tem que aprender a se ajustar” (p.15).

Ou seja, o autismo normal consistiria em uma fase normal do desenvolvimento que se faz presente antes do que Klein (1952/1991) considera como posição esquizoparanóide e que prepara o bebê para as demais construções psíquicas. No entanto, posteriormente a autora em seu texto “A perpetuação de um erro” (Tustin, n.d./ 2017) reconsidera tal proposição e modifica sua concepção sobre o tema, apontando que o autismo estaria relacionado ao funcionamento patológico da criança e não relacionado a uma fase normal do desenvolvimento.

Tustin (1972/1975) explica também que, quando os processos cognitivos primários do bebê não fazem o percurso de integração do eu e a capacidade do bebê em receber e fazer uso dos cuidados dos pais está desorganizada ou confusa, o bebê poderá entrar em uma depressão psicótica. Na qual vai desenvolver uma resposta para se proteger da depressão tomando o caminho do autismo patológico, como consequência, o bebê poderá paralisar o seu desenvolvimento ou deteriorar o desenvolvimento cognitivo e emocional.

Tustin (1972/1975) traz o conceito de depressão psicótica, que foi apresentado por Winnicott (1958) e que posteriormente Margareth Mahler (1979/1983) chamou em 1961 de profundo desgosto e luto interno. O qual ocorre em momentos de frustrações em que o bebê ou a criança se angustia pela ausência da mãe ou do seio, por ainda não ter recursos psicológicos internos para dar conta desta separação, colocando-os em um sentimento de perda de uma parte de si, o que pode causar uma parada no desenvolvimento emocional. Este sentimento de perda de uma parte de si está ligado à ilusão que a criança possui no início da vida de que tudo que

está ao seu redor é sinônimo de seu corpo e faz parte de sua continuidade, com isso, as experiências que estão relacionadas à perda da continuidade corporal caracterizam a depressão psicótica (Tustin, 1972/1975).

Tustin (1972/1975, p. 35) acrescenta que:

Transitar do estado psicológico de não separação para o dualismo “eu-não eu”, é tarefa particularmente árdua para o bebê e creio que hoje ninguém terá dúvida de que a espécie de berço protetor que o vai conter durante o período tão importante, é feito da relação mãe-filho.

Tustin (1972/1975), ao relatar sobre o caso clínico chamado John, lembra que quando ele nasceu a mãe passou por dificuldades que trouxeram sofrimento e insegurança para ela, impedindo-a de ter uma boa relação com seu filho, e não excluiu o fato dela poder ter tido até uma depressão puerperal. Associa junto a sua experiência clínica que, na maioria dos casos de crianças que fazem uma retirada autística, algo havia acontecido com a família no nascimento destas crianças.

No entanto, Tustin (n.d./2017, p. 87) menciona o erro que teria cometido ao considerar que existia uma fase no desenvolvimento da criança anterior ao narcisismo primitivo, considerado como um estágio de não relação objetal, chamado de autismo normal, em que o autismo patológico seria uma regressão a esta primeira fase. A autora cita um artigo de sua autoria em que teria apontado a questão:

Hoje, quero que pensemos sobre um erro cometido por muitos terapeutas psicanalíticos (incluindo eu mesma), para o qual chamei a atenção no artigo publicado em 1991 no *International Journal of Psychoanalysis*. Nesse artigo, assinalei que os estudos feitos com bebês por pesquisadores de muitos países, como por exemplo, Colwyn Trevarthen, na Escócia; Daniel Stern, nos Estados Unidos; Miller, Rustin e Shuttleworth, na Inglaterra; Piontelli, na Itália; Perez-Sanchez, na Espanha, mostraram, finalmente, que não há um estágio infantil normal de

autismo primitivo para o qual o autismo infantil poderia ser uma regressão.

Tustin (n.d./2017) relata que começou a identificar que o autismo normal não faz parte do desenvolvimento da criança, por perceber que este estado de unicidade com a mãe estava ligado a uma situação patológica e não uma situação normal.

Tustin (n.d./2017, p. 98) explica que:

Finalmente percebi que o autismo é uma reação protetora que se desenvolve para lidar com o estresse associado à ruptura traumática de um estado anormal perpetuado de unidade adesiva com a mãe – sendo o autismo uma reação que é específica do trauma. É uma doença de dois estágios. Primeiro, há uma perpetuação da unidade dual e depois a ruptura traumática disso e o estresse que ela desperta.

Tustin (n.d./2017) descreve que o bebê em desenvolvimento normal desenvolve uma “pele sensitiva” (p. 98) que contribui para que se sinta seguro, esta pele é permeável a entrada e saída de experiências, porém, as crianças autistas, para se protegerem contra o trauma, desenvolvem um “isolamento autossensitivo” (p. 98) que barra a entrada e a saída de experiências. Acrescenta que o clínico precisa considerar que esse isolamento possui “uma consciência marginal, de margem periférica, pela qual as intervenções terapêuticas podem infiltrar-se” (p. 98).

Para entender o que acontece entre a mãe e o filho, bem como a influência que isso tem para esta psicopatologia, Tustin (1972/1975) se apoia no conceito que Winnicott (1958, p. 238) nomeou como a primeira “situação contensora”, que seria o momento exato quando o bebê chora de fome e desprazer e a mãe oferece o seio ou a mamadeira, com isso oferece também ao bebê a ilusão de continuidade de seu corpo. Tustin (1981/1984) explica que as habilidades relacionadas aos “objetos-sensação” (p. 17), que não são identificadas como separadas do corpo, contribuem para o uso dos objetos que passam a serem reconhecidos como “não-eu”. E relaciona que a sensualidade do bebê com a adaptabilidade da mãe fazem uma proteção para o

bebê em seu início de vida para que não tenha a experiência de “não-eu” (p. 18).

Tustin (1972/1975) explica que à medida que a mãe vivencia estas situações com seu filho, poderá ocorrer uma “identificação empática” (p. 37) que dá sustentação para estas experiências primárias que ela e a criança vivenciam. Tustin (1981/1984) acrescenta que essa proteção acontece entre os momentos intra-útero e extra-útero, que possibilitam a sensação de um útero protetor no pós-natal. E, conforme essas experiências vão se tornando mais diferenciadas para o bebê, ele vai tendo a “ilusão de unidade com a mãe” (p. 19). Essa empatia contribui para a ilusão de continuidade, ao mesmo tempo, que prepara a criança gradualmente para a ideia de que estão separados. Este processo gera na criança uma tensão que se alivia somente por meio de descargas corporais, as quais podem ser expressas através dos movimentos corporais e das evacuações. A mãe por sua vez, recebe tais projeções e, caso ela não esteja bem e segura com suas questões internas, isto poderá ser vivenciado como angústia para ambos e resultará em “falência dos processos psicológicos” (Tustin, 1972/1975, p.38).

Bion (1967/1994) explicita que nem sempre o momento exato de a mãe identificar as projeções do filho está presente, o que pode resultar em uma vivência de ansiedade para a criança. Ao mesmo tempo, Tustin (1972/1975) esclarece que é importante ter em mente que o bebê também pode responder pouco às solicitações do ambiente, e isto, pode gerar ansiedade na mãe também. Tustin (1981/1984) acrescenta que as crianças consideradas psicóticas têm uma consciência do “não eu” de forma agonizante antes de terem um eu (self) integrado pra dar conta desta vivência, chamado pela autora de “integração neuromental” (p. 18).

Tustin (n.d./2017), após reformular seus estudos, afirma que, no desenvolvimento normal, a criança passa por oscilações naturais da sensação de unicidade à consciência de estar separado da mãe e do mundo exterior. Ou seja, a criança oscila entre ter espaço e não-espaço entre a mãe e o bebê, porém, nas crianças autistas essas oscilações não acontecem e ao invés de fluir à unicidade, ficam congeladas. “Tal criança tornou-se traumatizada e congelada num



estado de pânico e aflição ao estar aderida à mãe que é tão inexperiente como um objeto inanimado que pode ser agarrado. É uma reação de medo, essas crianças estão “em choque”” (p. 98).

Tustin (1972/1975) acrescenta que se a mãe não estiver bem para receber e conter os ataques do filho, em função de questões dela própria relativas à sua infância, acontecimentos externos e/ou do próprio filho, poderá ficar presa às suas vivências mal resolvidas, vagando em suas emoções e não conseguir oferecer a contenção necessária que o filho solicita. Assim, a mãe estará presente de corpo, mas não em espírito, provocando a mesma vivência na criança, gerando nela uma quebra no que a faz se sentir contida (a ilusão de continuidade). Quando isso acontece, o bebê se percebe sozinho, frente às suas ansiedades, e vivencia a ansiedade persecutória ligada a pulsão de morte e ao medo de aniquilamento. As quais são típicas da posição esquizoparanóide (Klein, 1952/1991).

Tustin (1972/1975) observa que nestes casos o bebê poderá usar de seu próprio corpo como sendo o da mãe e o corpo da mãe como sendo seu, de certa forma isso dará a ilusão de continuidade, mas dificultará o processo do bebê em se apropriar de si. Assim, à medida que esta ilusão de continuidade começa a ser atacada e o bebê começa a perceber que ele e a mãe não são apenas um, mas sim dois, ele começará a usar cada vez mais seu próprio corpo e se distanciará da relação com o outro, efeitos que ficam claro nas crianças com sintomatologia de autismo.

Tustin (n.d./2017) explica que as crianças autistas não possuem uma conscientização do espaço de identificação ou de identidade, considera que essas crianças apresentam uma “unicidade adesiva” (p. 99).

Conceitua-se o sentido de adesividade adjacente (o termo é de Ogden, pele na pele como “equação adesiva” ou unicidade adesiva). Elas só se tornam conscientes da sua aproximação adesiva retroativamente, quando são perturbadas e a separação violenta

está sendo experimentada. . . experimentam um sentimento de perda de algo que não sabem o que é (Tustin, n.d./2017, p. 99).

Tustin (n.d./2017) acrescenta que o processo de identificação ajuda a criança a perceber/compreender o espaço que existe entre ela e outras pessoas possibilitando assim que se aproprie de sua identidade. A identidade está relacionada a empatia e na unicidade adesiva a criança autista sente o mesmo que a outra pessoa e se prende a ela como se fosse um objeto inanimado. “Isso ajuda a sentir que ela existe” (p. 100), desta forma, fica impedido o processo de identificação e de identidade, assim a criança se torna congelada na “unicidade adesiva” (p. 100). Com isso, todos os processos de ligação (empatia, identificação, de nascimento psíquico) junto com os processos de projeção e introjeção são evitados. Assim, “A criança não sente, não fala, não responde a outras pessoas. Ela parece um *automaton* congelado” (p. 100).

Ao se referir à “perpetuação de um erro”, Tustin (n.d./2017) não propõe alterar as suas considerações anteriores sobre as formas de autismo patológico, as quais são descritas a seguir.

Tustin (1972/1975) considera que nas situações em que o “desenvolvimento psicológico cujo curso se desviou do habitual” (p. 9) poderá se instalar o autismo patológico, e este pode se apresentar através de três principais formas, Autismo Primário Anormal (A. P. A.), o Autismo Secundário Encapsulado (A. S. E.) e o Autismo Secundário Regressivo (A. S. R.). Sendo que o primário pertence a fase primitiva, logo após o nascimento da criança. No secundário a criança já passou pela fase primitiva, mas se desvia do desenvolvimento normal e tem como mecanismo de defesa o autismo secundário.

O autismo primário anormal (A. P. A.) ... prolongação anormal do autismo primário, ocasionada por um dos seguintes fatores: 1. Ausência quase total do que é básico para que a criança seja criada e nutrida de forma relativamente equilibrada. 2. Ausência parcial da mesma coisa: (a) devido a graves deficiências das figuras nutridoras, (b) devido a impedimentos intrínsecos à criança, (c) devido à combinação dos fatores (a) e (b) (Tustin, 1972/1975, p. 83).

Ao abordar o Autismo Primário Anormal (A. P. A.), Tustin (1972/1975) conta que são crianças que não demonstram indícios de terem iniciado no autismo secundário, pois continuam ativamente no autismo primário por conta da falta de estimulação adequada do outro, que prepara a criança para o reconhecimento do mundo externo.

Tustin (1972/1975) menciona a ausência quase total e exemplifica com as crianças que eram criadas em instituições sem contato físico de afago, sendo tocadas somente para os cuidados com a alimentação ou higienização de forma limitada ou também crianças criadas pelas famílias, mas que passam muito tempo desamparadas no berço. Considera que se a criança não é tocada e estimulada, ela passará a dar conta somente de suas sensações corporais, tendo uma percepção mais intensa do que na realidade é, como forma de compensar a falta da troca ligada ao cuidado do outro.

No caso da “Ausência parcial da mesma coisa” (Tustin, 1972/1975, p.83), seja apenas em função de “graves deficiências das figuras nutridoras” ou estas associadas a “impedimentos intrínsecos à criança”, a autora aponta que as crianças que já nascem com alguma questão orgânica (cegueira, surdez, paralisia cerebral) podem desenvolver o autismo primário anormal por serem crianças que demandam cuidados maiores e estímulos específicos. Cita também as dificuldades reais e orgânicas que também podem estar presentes nos pais e que podem interferir nas trocas com os filhos.

Tustin (1972/1975) menciona a ausência parcial, considerando que a criança até passa pelos cuidados dos pais, mas estes cuidados estariam ligados a pais com dificuldades de organizar uma relação com o mundo e com o filho. Como se a mãe, por exemplo, não conseguisse oferecer segurança para o filho quando ele se dá conta de que está separado da mãe, ficando em inércia, e o filho, por sua vez, acaba recorrendo ao próprio corpo para dar conta de seus anseios. A mãe age “quase como se sua forma de responder ao mundo fosse sempre confusa - caminho que o filho parecia também trilhar” (pp. 86-87).

Quanto ao Autismo Secundário Encapsulado (A. S. E.) Tustin (1972/1975) explica que, neste caso, a criança entra no encapsulamento como mecanismo de defesa contra o sentimento de perceber que ela e sua mãe são dois corpos separados. Acrescenta ser provável que dentro dos fatores constituintes das crianças que se tornarão autistas, pode haver certa predisposição para tal, por exemplo, “a hipersensibilidade de um ou mais órgãos dos sentidos” (p. 90), que pode provocar o sentimento de separação corporal da mãe cedo demais, de forma dura, e até sendo vivenciado como um susto. Esses fatores, segundo Tustin (1972/1975), podem se somar aos fatores inerentes aos pais e aos fatores ambientais, como por exemplo a família se mudar com frequência de casa, trazendo certo desconforto para a criança; a falta de suporte para a mãe, do pai ou familiar, para ajudar na criação de um recém-nascido, gerando na mãe sentimento de insegurança e dificuldade em responder às necessidades de seu filho.

Contudo, Tustin (1972/1975) afirma que as experiências ambientais que a criança passa, descritas acima, atuam como fonte de traumatismo para ela, deixando-a sensível ao ponto que se ela revive situações parecidas a ação traumática, então esta angústia opera novamente. Com isso, se somar essa ação traumática com a repetição compulsiva que está presente nestes casos, “teremos o quadro de um bebê que é dado a entrar em estado de traumatismo psicológico” (p. 92).

Em ambos os casos, no Autismo Primário Anormal (A. P. A.) ou no Autismo Secundário Encapsulado (A. S. E.), a criança busca uma forma de evitar a fonte de traumatismo. Segundo Tustin (1972/1975, p. 92):

A primeira o fará quando camuflar a possibilidade de se dar conta de que a diversidade é um fato da vida, ficando em estado de subdiferenciação. A segunda, quando diferenciar exageradamente o “eu” do “não-eu” e colocar este último nitidamente à parte, apenas para experimentá-lo como barreira entre si e o mundo externo.

Ainda pensando sobre o A. S. E., Tustin (1972/1975) esclarece que quando essas

crianças se utilizam das estereotípias, como por exemplo dar voltas em torno de si mesmas, elas buscam se concentrar em si para evitar os sentimentos ligados ao “não-eu” (p.93) que o mundo externo lhes provoca.

No Autismo Secundário Regressivo (A. S. R.), Tustin (1972/1975) descreve que este sistema de autismo patológico implica em crianças que aparentemente estavam se organizando bem dentro de seu desenvolvimento mas que, ao analisar a forma como a criança se coloca no mundo e com o outro, é possível identificar que permaneceu de certa forma dentro do estado autístico. Nestes casos, as crianças fazem uma parada em seu desenvolvimento, principalmente na área da personalidade e seguem em um processo regressivo, no entanto, a área da fantasia continua preservada.

Tustin (1972/1975) sugere que para fazer um diagnóstico diferencial entre o A. S. R. e o A. S. E., é importante diferenciar que no primeiro a criança fantasia demais, principalmente com questões envolvendo as sensações corporais. E no segundo, a criança quase não traz aspectos relacionados a fantasia, apresentando uma “síndrome psicótica designada por autismo na infância primitiva” (p. 100). Para tanto, a autora associa o A. S. R. à esquizofrenia infantil e justifica isso ao comparar a esquizofrenia do adulto ao autismo regressivo, no qual teriam em comum “(a) a existência de fantasias, (b) uma interrupção do desenvolvimento psicológico que, até então, parecia seguir um curso normal” (p. 99). Com isso, o A.S.R. estaria relacionado ao grupo da esquizofrenia infantil que também se encontra dentro da psicose infantil e o A.S.E. estaria relacionado ao grupo do autismo infantil primitivo.

Dentro do Autismo Secundário Regressivo, Tustin (1972/1975) acrescenta dois quadros diferentes, chamados de A. S. R. (1) e A. S. R. (2), sendo que o primeiro se refere ao momento em que a criança percebe ser separada da mãe e entra em contato com o “não-eu” (p. 103). Enquanto que no Autismo Secundário Encapsulado (A.S.E.) a criança se defende se encapsulando, no A. S. R. (1) a criança se defende é de estar parcialmente consciente dessa

separação corporal e com isso, se a dispersão de pedaços de si não for vivenciada como fragmentadora por muito tempo, a criança acabará ficando neste quadro. Já no A. S. R. (2), se a criança com estes sintomas não chegar para atendimento psicológico a tempo, poderá ficar em um “estado de deterioração psicológica” (p. 103).

Seis anos depois do livro *Autismo e Psicose Infantil* (Tustin, 1972/1975), Tustin (1981/1984) sugere um novo termo para as crianças psicóticas, chamado de estado autístico confusional. Dentro deste estado, apresenta o estado autístico confusional primário (tipo engolfamento) e o secundário (tipo fragmentado), explica estes termos a maneira que vai diferenciando eles do estado autístico encapsulado que também são divididos em dois, o estado primário (tipo concha) e o estado secundário (tipo segmentado).

Para desenvolver este conceito confusional, Tustin (1981/1984) se apoia nos conceitos que ela desenvolveu em 1975 e aponta que estas crianças consideradas no estado confusional também passam pela mesma sensação traumática da depressão psicótica vivenciada pela perda corporal.

Entretanto, como defesa, essas crianças se utilizam da confusão e dos embaraços com os objetos exteriores e com isso, os fragmentos do eu (self) são vivenciados como dispersos e a dimensão do “eu” (self) e “não-eu” (p. 55) são extremamente confusos.

Tustin (1981/1984) afirma que as crianças no estado autístico confusional engolfam e confundem o “não-eu” (p. 60). A palavra engolfado em termos figurados está ligada, segundo o Dicionário (2021), a estar imerso em algo ou mergulhar-se em algo, isso ajuda a entender que estas crianças absorvem o “não-eu” dentro do “eu-ismo” do “eu” (Tustin, 1981/1984, p. 60).

Quanto a comunicação, as crianças confusionais em sua maioria conversam e até fazem trocas de pronomes, mas raramente são ecológicas e a autora acrescenta que “Sua conversa engolfa o ouvinte e tem o efeito de que este cessa de prestar atenção ao significado do que está sendo dito” (p. 63).

Em relação a troca de olhar com o outro, as crianças confusionais nunca desviam o olhar e olham de forma responsiva, ao contrário das crianças encapsuladas que desviam o olhar com frequência.

As crianças no estado autístico encapsulado formam uma cápsula protetora e no tipo concha, essa concha se apresenta para a criança de forma não integrada e indiferenciada, como se a criança estivesse dormindo esperando por condições melhores para seu desenvolvimento. Essas crianças quase não falam e quando isto acontece, a fala se apresenta de forma ecológica e com pronomes invertidos (Tustin, 1981/1984).

Já na encapsulada segmentada Tustin (1981/1984), a partir do conceito que Meltzer (1975), afirma que a criança terá momentos de consciência de “eu” e “não-eu” (Tustin 1981/1984, p. 60) e suas percepções sobre os objetos do mundo exterior são vivenciadas como segmentadas e encapsuladas. Acrescenta ainda, que o delírio neste estado é o de ter o controle do mundo, enquanto que no confusional a criança se sente confusa com o mundo, embora as vezes também se sinta no controle.

Tustin (1981/1984) apresenta uma longa tabela intitulada “Manobras autísticas patológicas conduzindo à psicose” (pp. 81-83) em que apresenta características para diferenciar o autismo encapsulado do autismo confusional. A seguir, serão apresentados alguns daqueles aspectos visando melhor compreender as ideias da autora.

O desenvolvimento psicológico de uma criança no estado encapsulado consiste em uma fusão imitativa que provoca a patologia, enquanto na confusional há uma identificação projetiva que vai se colocando de forma excessiva que contribui para a emergência da patologia.

Na confusional, sua integração é desintegrada e na encapsulada é parcialmente não integrada. Os objetos escolhidos pelo encapsulamento são objetos autísticos e no confusional objetos confusionais.

No encapsulamento “a criança vive em um mundo predominantemente inanimado. Seu

corpo é uma ‘coisa’ inanimada, não de carne e sangue vivos. É como um autômato mecânico” (p. 83), já no confusional “a criança confunde animado e inanimado. O corpo é às vezes uma ‘coisa’ e às vezes carne e sangue. É como um humano sonâmbulo” (p. 83). Especifica que nas crianças encapsuladas se dá a psicose autística e nas crianças confusionais se dá a “psicose narcisista (resultante da sustentação de perturbações autísticas)” (Tustin, 1981/1984, p. 83). Tustin (1972/1975) ressalta a importância do diagnóstico diferencial nessa construção de conceitos sobre o autismo infantil primitivo, diferenciando-o da esquizofrenia infantil e destaca algumas diferenças sobre cada uma destas síndromes. Esta necessidade de diferenciar também foi identificada na revisão teórica realizada no presente estudo do ponto de vista da psiquiatria.

Tustin (1972/1975) diferencia e trata o autismo infantil primário como uma retirada autística já no início da vida da criança, enquanto, que a esquizofrenia infantil os sintomas mais graves, seguem em um tempo de relativa normalidade. Em relação aos aspectos orgânicos, no autismo as crianças demonstram uma excelente saúde desde o nascimento e na esquizofrenia a maioria das crianças apresentam dificuldades respiratórias, digestivas e metabólicas.

Para Tustin (1972/1975) o corpo da criança no autismo se apresenta de forma rígida e na esquizofrenia acaba se moldando ao colo que é oferecido, no autismo a criança evita a troca com o outro e evita o olhar do outro, na esquizofrenia se relaciona de forma invasiva e com um olhar que transpassa o outro, não focalizando. Em seus pensamentos, a criança no autismo demonstra inibição enquanto na esquizofrenia demonstra confusão. Quanto a fala, ou não falam ou falam de forma ecológica no autismo e de forma confusa ou prolixa na esquizofrenia. No autismo a criança gira os objetos com frequência e com potencial intelectual alto, apesar de cessarem o desenvolvimento lógico, se colocam como “absorvidas em si mesmas” (p. 156) e na esquizofrenia geralmente a criança é desajeitada para girar os objetos, a inteligência varia, o desenvolvimento psicológico regride e se coloca insegura em sua identidade.

Quanto a relação com a família, Tustin (1972/1975) explica que o ambiente familiar no



autismo tende a ser um ambiente com padrões educativos e pouca incidência de doença mental, por outro lado o ambiente familiar na esquizofrenia tende a ser muito variado e com alta incidência de doença mental.

Do ponto de vista da criança autista “a mãe parece ter se fechado por que: (a) A criança se afastou dela. (b) A mãe é uma pessoa remota e distante por natureza. (c) A mãe está deprimida ou preocupada” (p.155).

Do ponto de vista da criança com esquizofrenia a mãe aparenta ser “aberta por que: (a) A criança é demasiado invasora. (b) a mãe é uma pessoa confusa e desordenada. (c) A mãe trata a criança de uma forma sedutora e excessivamente indulgente” (p. 155).

É importante ressaltar, que alguns anos depois, Tustin (1990a citado por Ferreira, 2014) reconsidera alguns pontos também em relação a etiologia do autismo. Assim, considera-que nem todas as crianças que possuem mãe depressivas ou que possuem dificuldades alimentares tem autismo, mas não nega que o autismo está relacionado a dificuldade na interação mãe-bebê.

Tustin (1990a citado por Ferreira, 2014) acredita que a interação mãe-bebê insere a criança no laço com o outro, pois sem isso, o bebê fica preso somente nas características da espécie. Tal qual no autismo em que a criança não possui interação com a mãe, ou isso, ocorre de forma muito precária. Destaca que, não se trata de culpar as mães pelo autismo do filho, “mas sim de esclarecer que é a função materna e transformação do elo primordial que liga o animal bebê ao ser humano bebê, o bebê espécime ao bebê simbólico” (p. 136).

Tustin (1990a citado por Ferreira, 2014) afirma que quando o bebê nasce é esperado que a mãe possua uma relação psicótica com o filho para que o bebê suporte as dores do mundo desconhecido. Principalmente neste início da vida de uma criança, a mãe é considerada uma mediadora entre o mundo psíquico do bebê e o mundo externo, por isso ela o ajuda neste início com continência, para que em seguida o bebê consiga por si só ir desenvolvendo sua própria continência. Acrescenta que aos poucos a mãe e o bebê vão construindo uma comunicação, a

partir da identificação projetiva descrita por Klein e aprofundada por Bion, para construir este novo lugar para a criança.

Nos casos de autismo infantil, Tustin (1990a citado por Ferreira, 2014) pontua que talvez mesmo com um mãe que consiga oferecer os cuidados necessários para essa construção psíquica e subjetiva do bebê, há algo dele que parece não conseguir receber esses cuidados, por isso há necessidade dessas crianças receberem intervenções psicológicas desde muito cedo para que ajude a criança e a família a se organizarem psiquicamente.

Tustin (1981/1984) apresenta algumas ideias que auxiliam na compreensão das diferenças sobre relações de objeto estabelecidas pelos autistas em relação às crianças cujo desenvolvimento não teria se desviado do curso considerado mais adequado, as quais serão descritas a seguir.

Em outro momento, a autora descreve o caso de David para falar sobre os processos autísticos em ação, narrativa clínica relativa a uma criança de dez anos e dez meses diagnosticada com psicose, e pontua que “os processos de cerco e de enclausuramento, basicamente destinados a permitir que ele sobrevivesse psicologicamente numa situação desesperada, acabaram por impedi-lo de continuar a desenvolver-se emocionalmente” (Tustin, 1972/1975, p. 53).

Ressalta que, conforme a criança se enclausura dentro do autismo patológico, a criança encontra formas de sobreviver psicologicamente e desenvolve maneiras para isso, como por exemplo, tocar com as mãos ou a boca algum objeto externo para que de fato o objeto exista. Caso isso não ocorra, sente-se ameaçada e entra em contato com o vazio, intensificando sua vivência de que está separada e vivenciando a morte como realidade por não ter aonde se apoiar internamente.

Nesse sentido, Tustin (1972/1975) fala sobre os objetos autísticos, que dizem respeito a: “partes do corpo da própria criança, ou partes do mundo externo, por ela experimentada como

partes de si mesma” (p. 73). Estes objetos aparecem quando o bebê vivencia um momento de desconforto ou se sente ameaçado, busca então encontrar em algum objeto, como por exemplo a mão na boca ou pegar a “naninha”, uma sensação de prazer e de conforto. Nestes momentos, o bebê encontra a ilusão de continuidade por encontrar em si mesma a sensação de ter consigo algo que completa sua boca, assim como era o seio, com o objetivo de fazer desaparecer o espaço vazio que ele sente em si.

Tustin (1981/1984) explica que há dois tipos de objetos autísticos, os normais e os patológicos. O primeiro está relacionado a situações em que os bebês normais utilizam de seus dedos e da mão, onde a criança quase não faz distinção entre seu corpo e o mundo externo, todos as formas de objetos que o bebê utiliza com uma tendência interior de chupar (semelhante a estarem chupando o mamilo da mãe) produzem uma sensação excitante, como os “objetos-sensação” (p. 138). E com isso, essas sensações, “constituem o âmago do eu (**self**)” (p. 138).

O segundo, objetos autísticos patológicos são utilizados por crianças psicóticas e têm origem nas “atividades auto-sensuais ocultas que começam na infância” (p. 139), como por exemplo, chupar a língua comprimida e as paredes internas das bochechas, tornando-as atividades cada vez mais desviadas, como se os objetos autísticos fizessem parte de seus corpos para que a vivência da separação corporal não fosse experimentada.

Segundo Tustin (1981/1984), as experiências sensoriais não são diferenciadas para as crianças psicóticas e com isso ver e ouvir são vivenciados para a criança como se fossem tocadas pelo objeto. Palavras escritas, objetos, figuras e sons que se apresentam de forma parecida são sentidas por essas crianças como sendo iguais, levando a mostrar ao observador que a criança psicótica vivencia suas experiências de forma concreta.

Tustin (1981/1984) acrescenta que os “Objetos Autísticos” (p. 131) são utilizados principalmente pelas crianças encapsuladas, de forma obsessiva, ritualizada, estereotipada e idiossincrásica que podem impedir o desenvolvimento mental. Afirma que são objetos

dominados pelas sensações e que nem sempre há a alguma fantasia associada, mas caso tenha, geralmente é associado a uma fantasia muito cruel.

Segundo o autor, são objetos estáticos e com pouca abertura para novas redes de associações, com possibilidade de serem substituídos por outros objetos que serão utilizados da mesma forma. “Se um Objeto Autístico se vai, a criança fica tensa como se houvesse perdido uma parte de seu corpo, mas o objeto é logo substituído por outro, que é experimentado como sendo o mesmo” (pp. 131, 132).

Tustin (1981/1984) enfatiza que como essas crianças psicóticas tiveram a vivência, desde muito cedo, de lidar com a separação corporal do seio antes que tivessem organizações neuromentais integradas para isto, esta falta precisava ser preenchida imediatamente através de sensações corporais, encontradas nos objetos autísticos. Os quais passam a ser utilizados de forma excessiva e patológica, ao invés de criarem formas saudáveis de ilusões ou alucinações que conduzisse às fantasias ou sonhos para lidar com isto.

Importante ressaltar um exemplo de comunicação que a autora apresenta de objetos-sensação ou autísticos, a ecolalia, que seria a manipulação das palavras como se fossem objetos físicos para transformá-los em “eu” (p. 143). Destaca também, que os pais acabam por reproduzirem este tipo de comunicação com seus filhos, como forma de atrair a atenção deles, por considerarem a ecolalia como forma de comunicação pessoal. Entretanto, Tustin (1981/1984) orienta que, se o terapeuta reforça a ecolalia, ele compactua com a relação que esta criança faz do uso do objeto e deixa de ajudar no desenvolvimento genuíno de esforço e cooperação que a criança poderá fazer para se comunicar.

A autora faz questão de diferenciar o conceito de objeto autístico, do objeto transicional formulado por Winnicott (1958) para que não sejam confundidos. Sendo que, o primeiro se refere ao bebê utilizar o objeto escolhido como sendo “eu” (p.75) e o segundo se refere ao bebê utilizar o objeto como sendo um misto de “eu” e “não-eu” (p. 75), este pode ser compartilhado

com outras crianças (Tustin, 1972/1975).

No exemplo citado anteriormente, quando a criança não faz uso das palavras ou só repete a fala dos outros de forma ecológica, ressalta-se que é difícil para a criança passar da relação do objeto autístico para o objeto transicional, pois a criança se fixa somente nos objetos autísticos como sendo “eu” (p.77) e não faz a transição para o “não-eu” (p.77), e encontra nisto, uma “forma de preservar a ideia delirante de que as palavras ‘não-eu’ fazem parte de sua boca, transformando-se por isso em ‘eu’. Há também o não-uso das faculdades cognitivas, para evitar o reconhecimento da existência do ‘não-eu’” (p. 77).

Tustin (1981/1984) apresenta também o conceito dos objetos confusionais e os trata como sendo “uma confusão de ambos os elementos ‘eu’ e ‘não-eu’” (p. 155), são objetos macios, usados de maneira compulsiva e não são compartilhados, muitas vezes confundidos com os objetos transicionais. Para isso, a autora explica que “Ambos, Autísticos e Confusionais, desviam a atenção da criança da tensão associada com dolorosas situações ‘não-eu’. São distrações evasivas, ao invés de auxiliar a criança a lidar e padronizar a tensão, como os Objetos Transicionais” (p. 156).

Os objetos autísticos e os confusionais impedem o desenvolvimento das memórias e dos pensamentos fazendo com que as crianças não sintam a necessidade de aprender novas habilidades. As crianças que se utilizam dos objetos confusionais apresentam-se em um estado de consciência inseguro, tanto no momento em que se utilizam dos objetos, quanto quando não utilizam. Os objetos confusionais estão associados às fantasias que envolvem as sensações, a rigidez e a repetição.

Tustin (1981/1984) afirma que a função principal destes objetos é proteger a criança da ilusão dos perigos do “não-eu” (p. 158), é evadir a criança dos perigos do mundo exterior e criar uma barreira entre a criança e quem cuida dela. Com isso, a criança evita ter a sensação de necessidade e de esperar pela satisfação, enquanto a função principal nos objetos transicionais

é ajudar a criança a lidar com o que sente a respeito do mundo exterior, como uma ponte que liga a criança até a experiência da mãe “não-eu” (p. 161).

Para Tustin (1981/1984) embora os objetos autísticos e confusionais possuam a mesma função para a criança, de ajudar a lidar com o senso da “perda” (p. 162), eles apresentam algumas diferenças. Os objetos autísticos duros são experimentados como pertencentes ao corpo da criança, tanto que caso a criança sintasse ameaçada pelo sentimento de perda, ela o agarra. Por outro lado, quanto aos objetos confusionais a criança tem certa consciência de que estes são separados de seu corpo, entretanto utiliza dele para se aninhar e com isso se sentir confusa.

No primeiro caso estes objetos obstruem a consciência de “não-eu” (p. 163) e no segundo estes objetos somente ofuscam esta consciência.

Ao revisitar a literatura psicanalítica, percebe-se que, embora cada autor mencionado no presente estudo ressalte diferentes nuances a respeito do autismo, destacam-se pontos de convergência sobre a dificuldade na comunicação e interação com o outro seja pelo olhar ou pela voz, como pode ser verificado a seguir.

Kanner (1943) apresentou o atraso na fala, a utilização de poucas palavras para se comunicar e a fala ecológica. A qual consiste em utilizar a mesma palavra que o outro fala, de forma literal, seja na produção ou na entonação, fazendo com que a criança não estabeleça um diálogo, uma troca e uma comunicação com o outro. O autor afirma que o transtorno tem uma origem biológica, por considerar que essas crianças vem ao mundo com uma inabilidade inata para se relacionar e ter contato afetivo com outras pessoas.

Pouco tempo depois Klein (1952/1991), ao teorizar sobre o desenvolvimento psíquico infantil, aborda o fenômeno da identificação projetiva considerando que o bebê projeta na mãe através da fantasia inconsciente, tanto de seus impulsos destrutivos quanto seus sentimentos de amor. E a mãe por sua vez o ajuda a reintrojetar isso nele, fazendo com que ela funcione como

sua extensão e se torne o objeto mãe representante do objeto bom e mau, contribuindo para que o bebê diminua suas ansiedades persecutórias.

Bion (1967/1994), posteriormente, acrescenta o conceito de reverie e ressalta que através da identificação projetiva e desta contenção que a mãe faz com o bebê, acontece a primeira comunicação entre a díade mãe-bebê.

Ressalta ainda que, tal mecanismo contribui para desenvolver a capacidade de pensar do pequeno, pois, através da sua função alfa a mãe processa essas sensações de seu filho (elementos beta) e as transforma em experiência tolerável e pensável (elementos alfa) que gradativamente vão integrando a mente do bebê. Assim, vai sendo desenvolvido o aparelho para pensar os pensamentos do próprio bebê.

Bion (1967/1994) também entende que se há alguma falha nestes processos entre ambos, o bebê poderá se encaminhar para uma estrutura psicótica, por não conseguir organizar estas funções de pensar, falar e conseqüentemente organizar suas trocas com o outro por meio da interação e comunicação. Condição que se mostra presente nas características que as crianças diagnosticadas com autismo apresentam.

Meltzer (1975/1979) se apoia nestes conceitos e fala sobre o autismo propriamente dito bem como sobre pós autismo. O primeiro considerado como uma estrutura mental e um estado autístico e o segundo como uma saída do autismo propriamente dito ou uma seqüência do autismo infantil da primeira infância. Neste sentido, a criança se retira da possibilidade de troca com o outro e vaga para aquilo que chama mais a sua atenção naquele momento, que geralmente não é a relação com o outro. Sendo assim, o psicoterapeuta deve intervir buscando encontrar o que aconteceu no momento anterior a essa retirada autística para conseguir intervir e buscar um caminho de volta para a possibilidade de troca.

Meltzer (1975/1979) ao falar sobre a linguagem na criança pós autista, ressalta que pode haver uma dificuldade em conter a função da linguagem, justificando assim porquê muitas

vezes essas crianças parecem ser surdas. Ele relaciona isto, ao que Bion (1967/1994) menciona, a respeito da função de reverie materna e acrescenta que nestas crianças, existe uma falha no desejo de se comunicar, uma falha em ter a consciência da existência de um objeto externo ao qual a criança possa direcionar sua fala e introjetar, em si, a ideia de um objeto falante.

Segundo Meltzer (1975/1979, p. 172): “É necessário que o funcionamento mental seja suficientemente ordenado para que ocorra a formação de pensamentos oníricos adequados para a comunicação por algum meio, e não que eles simplesmente requeiram evacuação (Bion 1967/1994)”.

Tustin (1972/1975) expõe duas ideias fundamentais para a construção do conhecimento sobre o autismo, o autismo da infância primitiva e o autismo patológico. Afirma que no caso do autismo patológico, a criança não passa pelo autismo primitivo, mas pela dificuldade de integrar o eu e o não eu, entra em uma depressão psicótica e pega a via da patologia.

Entretanto, convém ressaltar que posteriormente, Tustin (n.d./ 2017) reconsidera suas ideias e afirma que o autismo na infância primitiva já poderia ser considerado como patológico. A autora se apoia nos conceitos apresentados acima por Klein (1952/1991) e Bion (1967/1994), para falar sobre a relação que a mãe ou quem faz essa função exerce, posteriormente ressalta que nestes casos há uma falha na função contensora das ansiedades do bebê.

Tustin (1972/1975), discorre sobre o Autismo Primário Anormal (A. P. A.), o Autismo Secundário Encapsulado (A. S. E.), o Autismo Secundário Regressivo (A. S. R.) e, seis anos, depois sobre o Estado Autístico Confusional (Tustin, 1981/1984). A autora explana o funcionamento de cada um deles, e enfatiza que as crianças encapsuladas desviam o olhar do outro com frequência e quase não falam, e se o fazem, a fala se apresenta de forma ecolálica e com pronomes invertidos, muito próximo do que Kanner (1943) descreveu sobre essas crianças.

Ao falar da ecolalia, Tustin (1981/1984) destaca que por mais que a maioria dos pais acabem reproduzindo a mesma fala da criança para buscar uma forma de comunicação com ela,



o psicoterapeuta não necessita compactuar com esta ideia, pois se o fizesse, estaria reforçando esta fala da criança. Com isso, o psicoterapeuta pode buscar outras possibilidades de contribuir para o desenvolvimento da comunicação da criança.

Nesse sentido, convém refletir sobre o conceito de identificação projetiva (Klein 1952/1991), bem como, sobre a capacidade de continência e de reverie, do psicoterapeuta que atende crianças com sintomas de autismo, como possibilidade de conter, digerir e transformar os elementos beta projetados pelo paciente em elementos alfa (Bion, 1967/1994). Pois, a partir da compreensão do que ocorre com a criança, o psicoterapeuta também poderá intervir através da interpretação do que se passa, intervir utilizando-se de brincadeiras, músicas, dramatização, manejo clínico para colaborar para que a criança incremente a capacidade de pensar a respeito e comunicar suas emoções.

A seguir são apresentados estudos mais específicos sobre a comunicação estabelecida pela fala e pelo olhar em crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista.

### 2.3 INTERAÇÃO NO AUTISMO INFANTIL

As dificuldades relacionadas à comunicação e à interação com o outro, por meio do olhar ou da fala, faz parte das principais características das crianças que apresentam sinais de autismo. As quais já foram identificadas e destacadas por Kanner (1943), quando ele realizou o estudo com onze crianças que apresentavam características semelhantes e que as nomeou como autistas, conforme mencionado no primeiro capítulo do presente estudo.

Tanto a psiquiatria quanto a psicologia consideram que os déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos são indicadores para realizar o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (APA, 2014) e, dependendo do prejuízo identificado nestas áreas, a criança poderá ser diagnosticada em um dos níveis de gravidade, sendo leve, moderado ou severo.

Na psicologia e mais especificamente do ponto de vista da psicanálise, também são utilizados como indicadores de risco de autismo, a recusa do olhar da criança para o outro e o atraso na fala, os quais podem ser representados pela dificuldade na comunicação e na interação com o outro.

Meltzer (1975/1979) afirma que isto pode estar relacionado a uma dificuldade da criança em conter a função da linguagem, desta forma, a criança não consegue elaborar pensamentos oníricos para se comunicar por algum meio, evitando então a comunicação.

Sendo assim, convém apresentar como os psicanalistas têm abordado o desenvolvimento da comunicação na criança, o que tem sido identificado e/ou discutido sobre a dificuldade da interação da criança com o outro e as possíveis implicações. Para tanto é importante destacar, a diferença entre comunicação e interação para a compreensão deste capítulo.

Comunicação, segundo o dicionário Oxford Languages (2022), significa “ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta”, enquanto interação significa “influência mútua de órgãos ou organismos inter-relacionados; ação mútua ou compartilhada entre dois ou mais corpos ou indivíduos”.

Portanto, embora sejam apresentados aspectos relativos à comunicação da criança, o que se pretende com este trabalho é refletir sobre a interação da criança autista com o outro, seja pelo olhar ou pela fala. Considerando, também, que a comunicação se faz presente dentro da interação e que há a presença de uma dificuldade da criança autista em interagir e comunicar.

A seguir são apresentadas algumas considerações sobre as formas como a voz, o olhar e a comunicação do bebê ocorrem na criança considerada com desenvolvimento normal para, posteriormente abordar as falhas e/ou dificuldades que acontecem no percurso das crianças autistas.

Segundo Catão (2009), desde 1940 as pesquisas em psicologia, apontam para a

existência de algo da ordem da relação entre a mãe e o bebê desde o período intrauterino. Maiello (1997 citado por Catão, 2009, p. 157) desenvolveu algumas hipóteses em relação a audição do som da voz materna dentro do útero, alternado com o silêncio, que acaba constituindo uma “proto-experiência de presença-ausência para o feto” (p. 157). O que representaria a “constituição de um proto-objeto pré-natal de qualidade sonora, o *objeto sonoro*, um possível precursor do objeto interno materno pós-natal” (p. 157). Maiello acrescenta que se acontecer algum desprazer nesta experiência, o feto poderá instaurar reações defensivas precocemente.

Maiello (2000, citado por Catão, 2009) explica que o feto, ao vivenciar a alternância da exposição ao som da voz materna com o barulho do corpo da mãe, passa a distinguir esta diferença e constrói uma primeira representação de objeto, a partir do que chamou de “audiogramas” (p.157) os quais correspondem ao processo de representação nomeado por Bion como “ideogramas”.

Entretanto ressalta que, ao invés de serem fundado por experiências visuais, seriam a partir das experiências sonoras e com isso, constituiria uma primeira base segura para a construção da personalidade. Desta forma, no ambiente pré-natal, também vai se constituindo um elemento de descontinuidade na continuidade, gerando uma possível diferenciação “eu-não eu” (p. 158), já que a voz por si só realiza um papel organizador. Acrescenta que, “a função continente da escuta, condição básica para a constituição de um objeto sonoro pré-natal, é anterior à função continente da pele proposta por Esther Bick (1968)” (p. 158).

Sendo assim, para o feto os barulhos produzidos pelo corpo da mãe fazem parte dele, então, a voz materna seria a representação de o único objeto “não-eu” (p. 158) do mundo externo, com isso, a autora hipotetiza a possibilidade de a protoconversaço existir entre a mãe e o bebê antes mesmo do nascimento. Por isso, Maiello também explica que existe o risco do bebê, mediante a voz, não conseguir ter um estado de integração psíquica materna, podendo

não receber o “alimento psíquico, emocional auditivo primário de que necessita como estímulo de sua atividade protomental” (p. 158).

Conjectura que o bebê, ao se proteger do som da voz da mãe ainda antes do nascimento e não perceber a voz materna como estimulante ou “continente poderá gerar uma não diferenciação defensiva do estímulo de voz desde intra-útero” (p. 159) e, com isso, deixa de fazer a experiência da constituição do objeto sonoro, o que pode trazer consequências psicopatológicas. Catão (2009, p. 157) esclarece ainda que, “a sonoridade do meio intrauterino parece deixar traços na memória e constituir um verdadeiro código sonoro pessoal contendo a base da futura linguagem da criança”.

Segundo o obstetra Cardoso (n.d. citado por Echeverria, 2015), quando o bebê começa a ouvir a voz materna dentro da barriga da mãe, ele passa a ter suas primeiras experiências de relação na troca com o outro. Na 12ª semana de gestação já existe um funcionamento primitivo do sistema auditivo fetal, por volta da 16ª semana, o bebê passa a ouvir sons abafados, e a partir da 21ª semana de gestação o bebê começa a ouvir e vai identificando a voz materna, esta que lhe chega de fora e de dentro, misturada pelo líquido amniótico ao seu redor.

Busnel (1997a), pesquisadora de fisiologia fetal e perinatal, afirma que durante os últimos três meses de gestação, o bebê tem capacidade de distinguir dois sons de frequências diferentes, como duas sílabas, dois locutores, duas palavras, duas frases ou duas línguas diferentes. O bebê também reconhece melodias musicais escutadas durante a gestação e não reage da mesma maneira em músicas conhecidas e desconhecidas, sua frequência cardíaca aumenta quando escuta uma canção desconhecida e sua frequência diminui quando escuta uma canção repetida por sua mãe durante seis semanas.

Busnel (1997a) afirma que o bebê reage igualmente também quando sua mãe fala com ele por meio do pensamento, explica que a mãe dispõe de duas formas de comunicação com o bebê, à palavra sonora articulada no discurso e a emoção provocada por uma comunicação

interna, com isso o bebê responde a esta troca com a mãe através de movimentos gestuais, demonstrando o destino preciso da mensagem e armando uma comunicação entre a mãe e o bebê.

Segundo Parlato-Oliveira (2017) a voz humana é uma língua afetada por sentimentos bons e ruins e possibilita ao bebê captar a atenção interpretativa, ou seja, a atenção à voz da língua possibilita uma condição de codificar e dar valor aquilo que o cerca. A língua do bebê será constituída apoiada no código da língua materna permitindo que este entorno perceptivo com a língua se expande para um universo pluridimensional. A voz passa a não ser captada somente pela audição, mas também pelo corpo, tornando-se parte do corpo do bebê.

Trevarthen (2011) descreve os micros comportamentos de iniciativa e adaptação de bebês entre 6 e 8 semanas: mãe e bebê se escutam mutuamente, olhos nos olhos, trocas de sinais multinodais imitando as expressões faciais, gestuais e vocais um do outro, os movimentos das mãos e da boca, bem como as mímicas faciais do bebê são coordenadas pelo ritmo da fala materna, permitindo que esta nova competência conversacional seja organizada a partir da emergência das primeiras vocalizações sociais.

Enquanto Gratier (2017) aponta que com 4 meses o bebê aumenta seu repertório vocal e passa a fazer sons variados, aos 6 meses o bebê passa a emitir sons mais articulados e similares aos sons da língua materna, deixando de fazer um balbucio com fonemas universais e passando a fazer um balbucio fonético ligado à língua que é falada com ele. Ou seja, “O balbucio reduplicado é progressivamente transformado em um balbucio diversificado e a introdução da combinação variável de sílabas diferentes (babi no lugar de baba) é acompanhada por uma redução da variabilidade no plano melódico” (p. 31).

Acrescenta que a maneira que a mãe fala com o bebê de forma musicalizada contribui para “regular a atenção do bebê, exprimir as nuances emocionais e favorecer a percepção de unidades linguísticas” (p. 33).

Gratier (2017) aponta sobre um estudo que realizou sobre “o timing e a organização sequencial precisa das expressões das mães e dos bebês em interação” (p. 34) onde explicam que as respostas dos bebês não são somente reflexos. Ressalta que “elas são orientadas para estimular uma resposta adaptada por parte do adulto” (p.35) e afirma que a partir dos 4 meses o bebê vocaliza sozinho, mas antes, aos 2 meses o bebê já faz uma vocalização social que está relacionada ao contexto social.

Sendo assim, Gratier e Devouche (2011, citado por Gratier, 2017), observaram uma amostra de 20 interações vocais entre mãe-bebê com bebês de 2 e 3 meses, em que a maioria das vocalizações entre mãe e bebê durante uma interação de 2 minutos são sequenciadas por trocas de turnos, ou seja, o bebê “participa de trocas protoconversacionais elaboradas que implicam em imitações de contornos melódicos bidirecionais com a mãe” (p. 35).

Segundo Catão (2009), a mãe utiliza-se de um modo especial para falar com seu filho bebê, o qual também é encontrado nos pais e no geral, quando alguém direciona a fala para um bebê. Esta forma especial de falar com os bebês, é conhecida como “manhês” (p. 163). E, assim, apresenta 3 características para este tipo de fala:

Características sintáticas: frases curtas e independentes, paradas durante o enunciado, repetição;

Características lexicais: simplificação morfológica, reduplicação, multifuncionalidade das palavras;

Características prosódicas: tom de voz alto e bastante agudo, entonação exagerada, velocidade de emissão mais lenta, silabação, alongamento de vogais (Catão, 2009, pp. 163-164).

Catão (2009) explica que este estilo de voz da mãe é acompanhado por expressões faciais que chamam a atenção do bebê e acentua o interesse dele pelo outro, como “contato olho a olho, levantamento de sobrancelhas, grandes sorrisos” (p. 164), acrescenta que estas

características do manhês mais a “frequência fundamental (F0)” (p. 164) são responsáveis pelo interesse do bebê, inclusive bebês que se tornarão autistas.

Segundo Severina Ferreira (1997, citado por Catão, 2009), as primeiras vocalizações do bebê funcionam como “atos de fala ainda que não sejam realizações linguísticas” (p. 164) e enfatiza a importância de a mãe assumir o lugar do bebê no diálogo com ela, onde ela interpreta a vocalização que o bebê faz e fala por ele. Com isso, à medida que o bebê vai se desenvolvendo e assumindo seu papel de interlocutor ativo, a mãe não interpreta mais e não fala mais por ele, deixando de ser um no discurso e passando a ser dois.

Para Catão (2009) este comportamento do diálogo que a mãe oferece ao falar pelo o bebê, antecipa um lugar para o bebê, por levantar uma demanda que ainda não existe. “Ela cria e sustenta os intervalos para que o bebê possa se manifestar e tomar suas manifestações como portadores de sentido. A mãe escuta significantes onde há apenas realização sonora não identificável como elemento linguístico” (p. 165). Acrescenta que a presença ou não deste diálogo é um indicador de risco clínico para o desenvolvimento infantil, pois dá a medida de como está sendo a constituição da interação entre a mãe e o bebê.

Segundo Catão (2009) para a psicolinguística, a voz é o estímulo que mais provoca sorrisos no bebê, que atrai o olhar do bebê e que motiva a troca de comunicação verbal. Com isso, o manhês vai se remodelando de acordo com o crescimento da criança e, assim, contribui para a aquisição de novas palavras e para a compreensão das frases:

Por meio da prosódia as crianças organizam a palavra em grupos funcionais (sintagmas, orações), segmentam as frases em unidades elementares e extraem as palavras na língua corrente. A disposição dos bebês a reagir as variações de duração e entonação que estruturam a prosódia são pré-requisitos para esse trabalho (Catão, 2009, p. 166).

Catão (2009) acrescenta que tendo em vista estas construções realizadas pelo bebê, convém considerar que além do desenvolvimento da voz, há também o desenvolvimento da

troca de olhar entre a mãe e o bebê que marcam esta relação. O fato de o bebê evitar ou até mesmo recusar o olhar da mãe, pode ser considerado como um sinal de risco para o desenvolvimento infantil.

Winnicott (1971), ao falar sobre o olhar e o papel do espelho da mãe no desenvolvimento infantil, relata que o artigo de Lacan (1968) sobre o estágio do espelho o influenciou para este estudo e explica que Lacan, ao falar do uso do espelho, se referiu ao desenvolvimento da função do eu de cada pessoa.

Entretanto, o próprio Winnicott ressalta que pensa no espelho em termos do rosto da mãe, acredita que quando o bebê olha para sua mãe, ele vê a si mesmo, explica que “a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali” (p. 154).

Observa-se que nestes casos, a criança ao olhar no espelho, adquire a tranquilidade de que a imagem materna também se encontra ali e que sua mãe pode olhar para ela e encontrar-se em rapport com ela. No entanto, Winnicott (1971) destaca que nos casos em que isso não vai bem, em que a mãe reflete a rigidez de suas defesas, o bebê olha e não se vê. Afirma que a capacidade criativa da criança passa a atrofiar e procura outras formas no ambiente de obter algo de si de volta, e com isso, o bebê acostuma a olhar e ver o rosto de sua mãe, mas neste momento, o rosto da mãe já não é mais um espelho, “toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo de duas direções no qual o auto enriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas” (p. 155).

O autor acrescenta que nos casos graves quando o bebê não consegue reagir a esta dificuldade na troca com a mãe, o bebê se retira ou deixa de olhar. “Um bebê tratado assim crescerá sentindo dificuldades em relação a espelhos e sobre o que o espelho tem a oferecer. Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não a ser examinado” (p. 155).



Winnicott (1971) compara o vislumbre que o bebê se vê no rosto da mãe e depois passa a ver no espelho com o processo psicoterapêutico, diz que a psicoterapeuta reflete para o paciente o que há para ser visto. Por isso, se o psicoterapeuta fizer seu papel suficientemente bem, o paciente conseguirá descobrir “seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real” (p. 161).

Ainda sobre o olhar e o ser visto, Laznik (2013) ressalta que “o olhar pode ser um efeito da palavra” (p. 40). A autora destaca a diferença entre o olhar e a visão, em que o olho está ligado ao investimento libidinal e a visão relacionada ao órgão responsável por ver. Por isso, o olhar se contrapõe a visão em relação a presença. Acrescenta, ainda, que essa presença também pode ser manifestada pela voz e, no caso da ausência supõe-se uma presença original, que só faz sentido se estiver sendo olhado, acredita então que o corpo e o eu são produzidos pelo olhar.

Selma Freiberg (1982 citado por Laznik, 2013), psicanalista americana, publicou uma pesquisa sobre descrição clínica. Seus estudos eram voltados para bebês cegos e explica que eles “respondem ao olhar de suas mães: sorriem tocando seu rosto, chamam escutando sua voz; enquanto os bebês autistas evitam o rosto e a voz da mãe” (p. 40). Isso deixa claro que, na relação de troca com o outro por meio do olhar, não é o órgão da visão que está em função mas sim o olhar, considerando que implica na interação com o outro por meio do investimento libidinal.

Laznik (2013) aponta a importância de abordar a instauração do narcisismo primário e da constituição da imagem corporal originária. E para isso retoma o esquema óptico, anterior a fase do estágio do espelho. Segundo Lacan (1968/2003) o estágio do espelho é um tempo de reconhecimento da imagem especular pelo Outro.

Laznik (2013, p. 38) explica este tempo como:

... o momento em que a criança se vira para o adulto que a segura, que a carrega, e pede para ratificar pelo olhar o que ela percebe no espelho como assunção de uma imagem,

de um domínio ainda não advindo . . . Se este momento da relação jubilatória à imagem do espelho é crucial, é porque é ela que vai dar ao bebê o sentimento de unidade, e a base de sua relação com os outros, seus semelhantes.

Laznik (2013) menciona a experiência de Bouasse e utiliza o funcionamento do esquema óptico, considerando que ao olhar um espelho côncavo vive-se “a ilusão de ver surgir um buquê de flores que se encontra escondido em relação ao campo visual do observador” (p. 42), explica que utilizando tal metáfora é possível entender as primeiras instaurações do aparelho psíquico e assim a constituição do corpo próprio. A autora (p. 44) acrescenta que “É portanto, no esquema de Bouasse, onde se encontra o conjunto constituído pelo “objeto real” fazendo um com a “imagem real”, que vai se atualizar a constituição da imagem corporal originária” (p. 44). Isso só é possível, segundo Laznik (2013), por meio do olhar do Outro.

No entanto, o aparelho psíquico da mãe precisa ser capaz de ter uma “ilusão antecipadora” (p. 45), para antecipar uma produção do bebê antes mesmo que de fato esteja presente a produção. Winnicott (1956/2000) nomeia isso de “loucura normal da mãe” (p. 45). Enquanto Laznik (2013) considera que é esta imagem originária que possibilita que o bebê, por volta do sexto mês, reencontre jubilarmente sua imagem especular, esta é a primeira imagem fundadora da unidade do bebê. Se o bebê se vira na direção de quem o segura ou o sustenta, é para reencontrar no olhar de quem o segura a confirmação de sua imagem.

Laznik (2013) acrescenta que:

a impossibilidade da instauração conveniente do estágio do espelho na criança poderia ser efeito de uma falha ao nível do reconhecimento primeiro. Isto daria conta do evitamento de que fala Selma Freiberg no artigo citado, evitamento de tudo que poderia ter ligação com o olhar da mãe, no sentido de presença, de investimento libidinal (p.46).

Laznik (2013) completa que algumas mães não conseguem se deixar enganar por nenhuma imagem real e assim não conseguem nenhuma imagem antecipadora, só veem o real.

Com isso, “a ausência da imagem real deixa a criança sem a imagem do corpo e, tal como para os pequenos bebês de Selma, só resta o “congelamento” . . . vivências de . . . despedaçamento” (p. 46).

A comunicação entre a díade mãe-bebê pode ocorrer de diferentes maneiras. Golse e Desjardins (2005, p. 16) apontam duas formas de comunicação “a “analógica” (infraverbal ou pré-verbal ou pré-linguística), de um lado, e a comunicação “digital” (verbal ou linguística), de outro”. A primeira relativa à região do lado do “hemisfério cerebral menor (o direito dos destros)” (p.16), que é responsável pelos afetos e emoções por meio de comportamentos não linguísticos como olhares e gestos, se apresenta de forma global e analógica. A segunda refere à região do “hemisfério maior (o esquerdo para os destros)” (p.16), responsável pelos conceitos da comunicação, onde a transmissão verbal de mensagens está presente por meio de palavras e frases. Pode-se dizer que de certa forma o pré-verbal está presente no verbal por meio da “música da linguagem” (p. 17), e é neste ponto que se compreende a entrada da criança na linguagem.

Por outro lado, Zilbovicius (2004 citado por Saboia 2007) aponta a possibilidade de pensar a psicanálise dialogando com a neurociência a respeito da comunicação em crianças com sintomas de autismo, pois um estudo comparativo entre a imagem cerebral de 21 crianças autistas e 12 crianças com desenvolvimento normal revelou que houve (p. 83):

. . . uma diminuição significativa da concentração de substâncias cinza no nível do Sulco Temporal Superior (STS), região responsável pela escuta da voz humana. Consequentemente, esses sujeitos afetados apresentaram dificuldades de discernir a voz humana de outros sons, tais como de um sino de caminhão etc.

Ainda acrescenta que o bebê nasce com interesse pelos estímulos humanos e conforme vai interagindo com o mundo, se torna um “verdadeiro expert na voz e nas expressões humanas” (p. 83). Assim, hipotetiza que a criança autista tem uma predisposição genética que impede o

bebê de se tornar “sensível à leitura das vias responsáveis pelas interações sociais.

Golse e Desjardins (2005) explicam que a fala é sempre acompanhada de um conteúdo e de um continente. O conteúdo trata do que é enunciado como fonemas, palavras e frases que formam a semântica, já o continente engloba as regras que organizam o que é enunciado, como a gramática e a música da linguagem como o ritmo e a intensidade da voz. O continente é o que traz o sentido para a palavra:

A parte segmentária da linguagem verbal veicula a parte cognitiva propriamente dita da mensagem, ou seja, a parte verdadeiramente ideativa do enunciado, enquanto sua parte supra-segmentar veicula provavelmente a parte mais emocional e motivacional dela, isto é, a expressão das condições afetivas de sua enunciação (p. 17).

Segundo Golse e Desjardins (2005), os bebês entram na linguagem pela parte afetiva e analógica e não pela parte simbólica e digital. Pois acreditam que o bebê está mais sensível “a música da linguagem e sons” (p. 18) do que “à significação dos signos” (p. 18).

Segundo Haag (2005 citado por Saboia, 2007, p. 83) o autismo estaria associado aos problemas sonoros desde o período pré-natal, o que vai de encontro com o que Maiello (1991 citado por Saboia, 2007) diz sobre a voz ser percebida pelo bebê desde o quarto mês de gestação. Saboia (2007) considera o que Maiello aponta: “Desse modo, a voz humana seria considerada matéria-prima para a constituição de um proto-objeto que, por sua vez, serviria como base criadora para a concepção de um objeto-externo, por exemplo, a imagem do seio constituída pela criança” (p. 83).

Saboia (2007) relaciona isto ao jogo de ausência e presença que constitui a realidade psíquica do bebê, pois assim haveria a regulação da ausência e presença da voz materna entre o silêncio e a presentificação dos sons e ritmos. Pela voz se apresentar de forma “imprevisível e sem controle” (p. 84), essa descontinuidade rítmica da voz equivaleria ao seio materno na

vida pós uterina, em que o bebê experimenta sensações de gratificação e sensações de frustração. Acrescenta que esta experiência permite ao bebê ter uma “proto-experiência da perda” (p. 84) que possibilita vivenciar em um tempo precoce a alteridade que vai contribuir para a consciência de outro que não o próprio bebê.

Segundo Maiello (1991 citado por Saboia 2007, p. 83) a única possibilidade de existir a capacidade do bebê em interagir precocemente com objetos exteriores, como o seio, seria pelo fato do bebê conviver, desde o início de sua vida, com objetos externos pela intermediação da voz materna.

Neste sentido, para Haag (2005 citado por Saboia, 2007) o autismo seria explicado pela falta ou ausência do envelope corporal chamado de “eu-corporal” (p. 84), por conta da ausência da sensibilidade aos sons. Afirma que a experiência rítmica é “a base formadora para o senso vivência da continuidade de ser indivíduo” (p. 84), por isso que as crianças autistas se interessam por determinados barulhos ou inclusive não toleram o som que se expressa de maneira forte.

Convém ressaltar que Tustin (1981/1984), ao falar sobre as crianças autistas, apresentou uma pesquisa que apontava para uma maior predisposição para acionar o lado esquerdo do cérebro (mais linguístico) do que o lado direito do cérebro (ampliação da comunicação – ex: protomusicalidade).

Klin (2006) explica que crianças com autismo tem pouca preferência pelo contato humano, acrescenta que de 20 a 30% dos autistas nunca falam, no entanto, explica que este número diminuiu nos últimos 10 anos e considera que isto ocorre graças as intervenções que estão sendo realizadas com as crianças em tempo precoce. Considera que as aquisições da linguagem, como o balbucio e os sons, na maioria das crianças se apresentam ausente. Em geral, as crianças autistas tendem a pegar nas mãos dos pais para guiar até o objeto que desejam, sem necessariamente fazer o contato visual, como se a criança estivesse obtendo o que quer pela

mão e não pela pessoa que a está ajudando. Acrescenta que no caso dos autistas que falam, a linguagem se apresenta de diversas formas, como por exemplo, repetir o que falam a elas no minuto seguinte, chamado de ecolalia imediata ou o que ouvem na TV ou celular e reproduzem depois, chamado de ecolalia tardia.

Segundo Mergl e Azoni (2015), dentro da ecolalia tardia há a ecolalia própria, a ecolalia do outro e ecolalia impessoal. Todas consideradas estereotipadas. Sugerem que as ecolalias podem ser usadas pelas crianças autistas para se posicionarem em relação aos interlocutores, servindo como um recurso emocional, por isso acreditam que a ecolalia pode ser considerada como uma forma de comunicação, como um fenômeno de interação e não apenas como uma manifestação de patologia.

Por outro lado, Miranda (1993) acrescenta a ecolalia mitigada, trata de quando a criança repete o que ouve de forma alterada. Acredita que para a criança sair do isolamento, o outro precisa considerar o que a criança está sentindo naquele momento que está se expressando pela ecolalia e não somente tentar decodificar os códigos linguísticos.

Desta forma, a criança identifica que o receptor está interessado por ela e responde a isto. Além disso, Schuler (1979) explica que se uma criança possui boa memória associativa, ela pode produzir uma ecolalia de acordo com o que está acontecendo com ela naquele momento. Por isso, Vickers e Zollman (1999) fala da importância de haver uma troca com os pais da criança autista, pois os pais tendem a identificar de onde vem a ecolalia tardia e podem contribuir para a interpretação da ecolalia.

Korbivcher (2007) considera que a função do analista diante da barreira autística é tentar entrar nela e contribuir para este mundo inanimado de maneira ativa, trazendo vida psíquica para os estados autísticos. Enquanto, Alvarez (1992/2020) já apontava a função do analista como uma companhia viva, como algo que traz interesse à criança.

Apresenta o conceito “reclaiming” (p. 66) como uma forma do terapeuta provocar o

interesse da criança autista para que ela tenha a experiência de ser despertada, como uma forma de trazer o autista para a troca com o humano, a maneira que isto também ajuda a recuperar o senso de existência para a própria criança.

Miranda (1993) ressalta a importância de olhar para a ecolalia como uma forma de acessar a criança autista e como uma possibilidade terapêutica para a intervenção. Nesse sentido, Dib (2018) afirma que “o objetivo do trabalho psicanalítico não é extinguir a ecolalia de forma indiscriminada, mas transformar um modo de comunicação estereotipado e repetitivo em um modo dialógico de comunicação” (p. 215).

Contudo, pensando nas intervenções e no processo terapêutico, para Haag (2005 citado por Saboia 2007, p. 84) o contato entre as crianças com autismo e a palavra do terapeuta podem ter um caráter invasivo, por conta da falta do envelope corporal da criança. Por isso que o cuidado nesta clínica é tão valioso.

Para Marques e Arruda (2007) o olhar entre terapeuta e paciente também representa um canal de comunicação, quando uma criança com autismo aceita o olhar do outro na relação terapêutica, ela está dando início em seu processo de diferenciação entre o eu e não-eu, o que contribui para a individuação e para a construção do vínculo terapeuta-paciente.

Verifica-se que os estudos encontrados e aqui mencionados, abordam mais a comunicação pela fala da criança autista do que a comunicação pelo olhar. No entanto, entende-se que ambas fazem parte da troca de comunicação e interação que a criança não faz ou tem grande dificuldade em fazer com o outro, nos casos de autismo, e que de certa forma estas duas grandes áreas, o olhar e a fala, se complementam. Percebe-se que na maioria das vezes, nestes casos, se não há troca de fala não há troca de olhar e vice versa.

Considerando o acima exposto foi realizado o presente estudo, cujos objetivos são colocados a seguir.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

✓ Analisar as interações do paciente, durante as sessões de psicoterapia psicanalítica, realizadas com uma criança diagnosticada com TEA - Transtorno do Espectro Autista.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

✓ Descrever os fatos clínicos em que houver interação do paciente, por meio do olhar e da fala.

✓ Analisar os fatos clínicos relativos às situações de interação, através do olhar e da fala, a partir dos fundamentos da psicanálise.



## 4 MÉTODO

Segundo Freud (1915/1996) muitos afirmam que a ciência precisa ser estruturada com conceitos básicos e definidos, no entanto, para o autor nem mesmo a ciência mais exata segue tais definições. Afirma que o início da atividade científica acontece antes mesmo da descrição dos fenômenos, passando para o agrupamento, para a classificação e a correlação.

Acredita que, na própria descrição dos fenômenos, não é possível a aplicação de ideias abstratas ao material utilizado as quais, posteriormente, se tornarão conceitos da ciência. Por isso, no início possuem um grau de indefinição, “enquanto permanecem nessa condição, chegamos a uma compreensão acerca de seu significado por meio de repetidas referências ao material de observação do qual parecem ter provindo, mas ao qual, de fato, foram impostas”. (p. 123).

Afirma que, somente após uma investigação mais densa e completa por meio da observação, somos capazes de criar conceitos científicos, desta forma, talvez chegaria o momento de definições. Acrescenta que “o avanço do conhecimento, contudo não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições” (p. 123). Isso pode ser observado por exemplo, quando Freud deixa de usar a técnica da hipnose e passa a usar a técnica da associação livre, ou seja, caminha para o avanço da produção do conhecimento.

Conte (2004) ressalta que os estudos que Freud faz ao lado de Breuer sobre as mulheres em “Estudos sobre a histeria” (Freud 1895/1996), a análise dos sonhos e o fracasso do caso de Dora (Freud 1905/1996) “demonstram como o método de investigação da psicanálise vai proporcionando a montagem da teoria psicanalítica” (p. 3).

Assim, conforme vai discorrendo sobre a interpretação dos sonhos e seus relatos clínicos, vai alinhando a correlação entre a clínica e a teoria. À medida que também o seu trabalho clínico vai sendo revisado gerando novos conhecimentos “aparece, claramente, a superposição entre o trabalho investigativo e a aplicação do método de tratamento, gerando a

nova disciplina científica, a Psicanálise” (p. 3). Conte (2004) acredita que quando um trabalho clínico se submete aos questionamentos teóricos, a Psicanálise possivelmente é renovada dentro da especificidade do tempo e da cultura atual.

Freud (1937/1996) aponta para o sujeito do inconsciente e considera que o sujeito associa livremente sobre seus conteúdos. Lo Bianco (2003 citado por Silva & Macedo, 2016, p. 522) explica que “o inconsciente não é um objeto de estudo delimitado, como são os objetos de investigação das ciências médicas. Ele se faz presente no discurso do sujeito e em sua produção psíquica tanto na esfera da psicopatologia quanto na dita normalidade”.

O psicanalista por sua vez, escuta e interpreta o fato para direcionar o sujeito para a cura (Freud, 1937/1996). Isto tudo é permeado pela relação transferencial, que sustenta o trabalho psicanalítico. Desta forma, o tratamento clínico pode se transformar em uma pesquisa através do método psicanalítico e assim se estender para a construção do conhecimento sobre determinado fenômeno.

Iribarry (2003), ao falar sobre o pesquisador, que utiliza o método psicanalítico, considera ser ele o primeiro sujeito de sua pesquisa, pois no setting terapêutico quando o paciente entra em análise e traz algo de seu padecimento psicopatológico, o pesquisador através da transferência, testemunha ao outro a sua investigação. Acrescenta que isto, não significa que os demais participantes não são importantes, mas, que o pesquisador está implicado diretamente na investigação realizada e, é por meio do pesquisador, que acontecerá um novo conhecimento psicanalítico.

Aponta que no caminho da investigação, o pesquisador psicanalítico não só cita a teoria para validar suas conclusões, mas problematiza “um aspecto do campo psicanalítico” (p. 123) para oferecer sua contribuição sem ser limitada somente pela confirmação da teoria.

Figueiredo e Minerbo (2006) explicam que há duas possibilidades de fazer uma pesquisa psicanalítica, a pesquisa em psicanálise e a pesquisa com o método psicanalítico. A primeira

está relacionada a produção de conhecimento, tanto com os objetos de estudos sistemáticos quanto com as reflexões epistemológicas que podem ser realizadas por diferentes pesquisadores. Já a pesquisa com o método psicanalítico trata de um psicanalista que está em atividade clínica e que permite por meio de seu olhar que o objeto de estudo se desconstrua e se transforme. Com isso, o pesquisador, o objeto pesquisado e os meios de investigação (conceitos e técnicas), produzem após a realização da pesquisa, novidades à Psicanálise.

Por outro lado, Dallazen, Giacobone, Macedo & Kupermann (2012) explicam que para que uma pesquisa seja considerada psicanalítica, o pesquisador precisa utilizar como ferramenta as “revisões bibliográficas, interpretações de conteúdos e formulação de conclusões” (p. 49) a partir da presença do inconsciente e da transferência. Tais autores ressaltam que é um método de observação e de construção na dimensão subjetiva e relacional da prática clínica e acrescentam que:

A construção aconteceria a partir da comunicação de fatos ocorridos dentro e fora da sessão, como sonhos, estados afetivos e condutas da parte do analisando e pela experiência emocional, técnicas e teorias do analista que permitem atribuir novos significados aos fatos relatados (p. 53).

Quinodoz (1994) explica que a palavra fato está relacionada a algo que aconteceu e o que efetivamente existe, e que não necessariamente se trata de uma realidade somente concreta, mas algo que pode ter acontecido na realidade psíquica de alguém. Diferencia o fato científico do fato clínico para explicar que o fato científico está relacionado ao que é verificado por meio da observação, enquanto que o fato clínico estaria relacionado a fatos envolvendo seres humanos em seus aspectos subjetivos e relacionais.

Dallazen et al (2012) afirmam que os fatos clínicos sempre serão em certa parte uma produção do analista, pois é impossível transcrever fielmente o que aconteceu nas sessões, mesmo que isto seja feito após o término das mesmas, pois o analista estará sujeito aos

processos do seu próprio psiquismo da relação transferencial. No entanto, o analista não privilegiará qualquer elemento do discurso, porque estará conduzindo sua pesquisa por meio dos pilares da técnica analítica, ao sustentar a mesma atenção em tudo que se escutará.

Considera-se que pesquisas decorrentes de atendimentos clínicos em psicanálise devem ser realizadas apenas após o encerramento dos atendimentos. Nesse sentido, Silva, Reis & Barbeiro (2020) apontam que utilizar cenas clínicas de um caso encerrado assegura a integridade da pesquisa, visto que ao analisar os relatos e ver seus resultados o sujeito participante não sofrerá com possíveis influências do pesquisador em seu processo clínico.

Dentre as diferentes possibilidades de realização de pesquisas em psicanálise, tais como estudos de caso, encontra-se o método de construção de fatos clínicos psicanalíticos.

Segundo Guimarães e Bento (2008) o estudo de caso trata do atendimento clínico junto a construção do sentido do que ocorreu na clínica do caso, com isso, ao escrever sobre a clínica, o analista sai do registro da experiência clínica particular e vai para a experiência compartilhada no nível da teorização “capaz de ampliar a rede de significações do psicopatológico” (p. 93). A realização de pesquisa através de estudo de caso pressupõe uma descrição mais pormenorizada da história de vida do paciente e das sessões clínicas para, posteriormente, realizar uma articulação com a fundamentação teórica utilizada pelo psicoterapeuta e/ou pesquisador.

Por outro lado, ao utilizar o método de construção de fatos clínicos psicanalíticos, pode-se prescindir das informações detalhadas sobre a história do paciente e do processo terapêutico, ressaltando apenas os detalhes relativos aos fatos clínicos vivenciados e destacados naquela pesquisa em questão. Assim, minimizando a exposição do paciente ao realizar a publicação do estudo realizado.

Para entender a construção dos fatos clínicos psicanalíticos, Quinodoz (1994) explica a diferença entre fatos clínicos e fatos clínicos psicanalíticos. Para o autor, o termo fato clínico tem uma origem médica por estar ligado ao que o médico observa em seu paciente, ouve o

relato da queixa e os relaciona aos fatos clínicos característicos de uma gripe, por exemplo. Neste caso o profissional considera o fato vivido ou descrito pelo paciente e parte do pressuposto que é uma queixa verdadeira por acreditar na queixa de seu paciente. Em relação ao fato clínico psicanalítico, Quinodoz (1994) explica que quando Freud começa a olhar para suas pacientes histéricas, ele não estava olhando só para os corpos que entravam em conversão histérica, mas também para a realidade psíquica de suas pacientes e, a cada nova descoberta, ia formando as características dos fenômenos próprios da psicanálise. O autor considera que o fato clínico psicanalítico só é psicanalítico se o fato acontecer dentro do “contexto da relação analisando-analista” (p. 619).

Quinodoz (1994, p. 619) complementa que:

Em suma, para mim um autêntico fato clínico psicanalítico corresponde ao momento em que o psicanalista apreende a totalidade do complexo dos elementos significativos que observa na relação de transferência-contratransferência, considerando-os modificáveis pela interpretação, de modo a resolver a neurose de transferência e, com eles, os sintomas.

Quinodoz (1994) explica que para ser considerado um fato clínico psicanalítico propriamente dito, ele precisa acontecer dentro do contexto da situação psicanalítica, na relação analista e analisando. Acrescenta que tudo o que é comunicado pelo analisando seja verbalmente ou por meio de “jogos, expressões, comportamento etc., é possível de ser observado e de adquirir um significado transferencial inconsciente” (p. 621).

Quinodoz (1994) explica que durante a sessão vários fatos clínicos podem aparecer, mas o analista seleciona somente alguns como fatos clínicos psicanalíticos para formular sua interpretação. Acrescenta que há duas características para o fato clínico psicanalítico, o sentido manifesto e o sentido latente. O primeiro trata de conteúdo do paciente que são claramente observados e “só é significativo na medida em que revela o conteúdo inconsciente” (p. 628), já

o segundo não está relacionado a uma observação direta, “pertence, em sua essência, à área da realidade psíquica, sendo observável somente por instrumentos específicos adequados à apreensão de fenômenos inconsciente, ou seja, pelas mente do psicanalista e do paciente” (p. 628).

Vollmer Filho (1994, p. 673) explica duas formas de compreender o fato clínico psicanalítico:

O primeiro, imediato, ocorre no aqui-e-agora da experiência emocional que se desenvolve na sessão e nele predominam aspectos inconscientes e pré-conscientes do analista, especialmente aqueles decorrentes do seu esquema referencial teórico inconsciente. O segundo nível de abstrações, imediato, é feito posteriormente à sessão e, mesmo incluindo elementos do nível anterior, caracteriza-se mais pela presença de elementos racionais, conscientes, que permitem a formulação de conceitos teóricos mais gerais e articulações mais amplas das associações do paciente umas com as outras, com a sessão como um todo, com o momento da análise, com a história do paciente e com diferentes referenciais teóricos.

Vollmer Filho (1994) acrescenta que o analista não considera o fato como definitivo, pois, cada relato é considerado como uma expressão interna do analisado e com isso, o fato comum passa a ser transformado, dentro da situação analítica, em um fato clínico psicanalítico a partir do momento que o analista olha para a realidade psíquica do analisando. Justifica que se o analista considerar o fato somente como fato real, sem realizar a análise do mesmo, poderá não identificar outros fatos inconscientes ali inseridos.

O autor ressalta que, além do pesquisador e analista conhecer a técnica da psicanálise, para construir um fato clínico psicanalítico ele poderá se utilizar de suas ideias teóricas e experiências clínicas a partir de um fato clínico vivenciado no setting terapêutico.

Vollmer Filho (1994) explica que além do analista ter em mente a realidade psíquica, é

necessário a existência de outros elementos: como quando o analisando relata um fato, mas pode demonstrar um afeto desproporcional ao que relata; os fatos trazidos pelo analisando representam uma temática e uma conduta repetitiva e “mudança nos padrões habituais de conduta ou de narração” (p. 674).

Segundo Silva e Macedo (2016), o fenômeno clínico escolhido pelo analista para ser pesquisado surge a partir de algum enigma que foi gerado na escuta analítica. Consideram que “é na experiência clínica que um psicanalista tem o principal fomento de interrogações” (p. 526). Portanto o que é vivido na prática clínica é o que constrói o problema de pesquisa e com isso, o desejo de responder as inquietações e o desejo de alcançar o avanço dos conceitos da psicanálise aparecem na pesquisa psicanalítica.

#### 4.1 PARTICIPANTES

Uma criança diagnosticada por um neuropediatra com Transtorno do Espectro Autista [TEA], que iniciou o atendimento em psicoterapia aos 3 anos de idade e sua mãe adotiva e uma coterapeuta. Para este trabalho foi escolhido um nome fictício para a criança para preservar sua identidade, aqui será chamado de Jonas.

Convém ressaltar, que o atendimento psicoterápico havia sido realizado pela psicóloga autora do presente estudo.

#### 4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

Instituição, localizada em uma cidade do sul do Brasil, que oferece atendimento a crianças com atraso global no desenvolvimento.

### 4.3 CUIDADOS ÉTICOS

Antes de iniciar a coleta de dados, as participantes (mãe da criança e a coterapeuta) assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina [CEP-UEL] (Parecer nº. 4.187.441; CAAE: 15415019.1.0000.5231).

### 4.4 COLETA DE DADOS

Foi realizada a partir dos relatos das sessões e das sessões filmadas com a criança ao longo de 2 anos de atendimento em psicoterapia psicanalítica. Algumas sessões foram realizadas na presença da mãe e de uma coterapeuta, outras somente com a criança. Na instituição em que o atendimento psicoterapêutico ocorreu são realizadas filmagens de alguns trechos das sessões, os quais podem ser utilizados em sessões específicas com os pais e/ou reuniões/supervisões de caso. Sendo assim, no caso utilizado no presente estudo houve a filmagem de situações em que se detectava alguma manifestação que fosse considerada como uma nova forma da criança se expressar de se relacionar com o outro ou quando a criança fazia algo novo na troca com o outro, que até então não estava fazendo.

A primeira etapa consistiu em examinar em quais sessões havia somente o relato escrito, quantas sessões filmadas, quantos vídeos havia no acervo e quem estava presente em cada sessão. Em seguida, foram selecionadas as sessões em que havia a filmagem e que não houvesse outras pessoas além da criança, a mãe e as terapeutas.

Através dos relatos de sessão e dos vídeos provenientes das filmagens realizadas durante as sessões clínicas, foram selecionadas 14 sessões, nas quais foram encontrados 39 vídeos cuja duração que varia entre 09 segundos e 03:14 minutos, os quais foram transcritos para análise. Os relatórios, escritos logo após cada uma das 14 sessões, bem como aqueles produzidos a partir da transcrição dos vídeos constituem o material analisado no presente estudo.



Convém ressaltar que a filmagem fazia parte da rotina de vários atendimentos e com Jonas, geralmente a psicoterapeuta acabava filmando mais os atendimentos, enquanto, a coterapeuta mediava as interações com Jonas. Nem sempre eram combinados os momentos das filmagens e nem quem filmaria, mas, conforme a coterapeuta foi direcionando mais as intervenções com Jonas, a psicoterapeuta foi ocupando este lugar de registrar as cenas por meio da filmagem.

Geralmente as filmagens visavam registrar comportamentos da criança que eram comum às queixas da mãe, como por exemplo reação frente a regras e limites, para posteriormente levar para supervisão e discussão do caso, bem como, o planejamento das intervenções. A ideia era realizar a filmagem de forma não invasiva. Em outros momentos, a filmagem ocorria quando a criança passava a realizar algo que era muito difícil para ela e agora passou a fazer, registrando uma cena de evolução relativa a uma forma de brincar ou de interagir e assim por diante. Em algumas situações as terapeutas se comunicavam durante a sessão sobre a importância de registrar aquele momento, nomeando para a mãe e para a criança também aquilo que estava sendo registrado e, de certa forma, interpretando o fato clínico ocorrido no *setting*.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

A leitura e a visualização ocorreram sustentadas pela técnica de atenção livre e flutuante preconizadas pelo método psicanalítico, utilizando como recurso principal a interpretação e os fundamentos teóricos da psicanálise (Silva & Macedo, 2016).

A análise dos dados, contou com a participação de três auxiliares de pesquisa que integram um projeto maior intitulado “Estudo Exploratório sobre fatos clínicos na clínica Psicanalítica”, realizado na UEL. A psicoterapeuta-pesquisadora leu os relatórios produzidos a partir dos vídeos e dos prontuários, posteriormente listou os fatos clínicos detectados.

O material foi enviado as colaboradoras de pesquisa, que realizaram a leitura e apontaram os fatos clínicos que continham interação pelo olhar ou pela fala em cada sessão. Posteriormente foi realizada uma reunião onde ocorreu um debate sobre os fatos clínicos elencados pelas respectivas auxiliares. A seguir a psicoterapeuta-pesquisadora selecionou aqueles fatos clínicos que foram detectados por pelo menos 2 integrantes da equipe de pesquisa.

Finalmente os fatos clínicos detectados foram analisados a partir dos fundamentos psicanalíticos visando a compreensão e a busca de novos significados, que possibilitaram a construção de fatos clínicos psicanalíticos relacionados ao tema do presente estudo. A seguir, os fatos clínicos foram organizados em três categorias de análise.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os fatos clínicos em que a criança apresentou interação pelo olhar ou pela fala no *setting* terapêutico, foram analisados a partir de fundamentos de psicanálise, os quais foram divididos em 3 categorias: Interação pelo olhar através do espelho, Interação pela fala sem contato visual e Interação pelo olhar e pela fala.

A seguir, serão apresentados os fatos clínicos relativos a cada categoria e a análise que possibilitou a construção dos fatos clínicos psicanalíticos do estudo em questão.

### 5.1 INTERAÇÃO PELO OLHAR ATRAVÉS DO ESPELHO

Em várias sessões os atendimentos de Jonas aconteceram em frente ao espelho. Além, do espelho ser um recurso utilizado pelas profissionais para o atendimento com crianças, havia um colchonete grande utilizado para que a criança pudesse brincar sentado no chão, junto aos demais presentes, tais como pais e terapeutas, em frente ao espelho. Ao chegar o paciente por vezes encontrava brinquedos ou materiais destinados a alguma atividade previamente programada pelas terapeutas, em cima deste colchonete, e/ou ele pegava algo no armário e levava para o colchonete. Percebe-se que Jonas sempre optava por ocupar este espaço da sala do atendimento que ficava em frente ao espelho.

Os fatos clínicos em que a criança preferia ficar frente ao espelho foram consideradas como algo especial, pois o espelho é um objeto utilizado para refletir a imagem de algo ou de alguém. Tendo em vista que uma das características predominantes encontradas nas crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista consiste na recusa do olhar e na dificuldade de se apropriar de si e de sua imagem (referencia), Jonas, ao desejar estar próximo do espelho, parecia se interessar pela imagem que via e, também, querer expressar ou comunicar algo por meio deste objeto.

O bebê por volta do sexto ao oitavo mês de vida já começa a dar risadas para o espelho

iniciando um processo de buscar entender quem é aquele bebê que ele vê do outro lado do espelho.

Para Winnicott (1971) o espelho pode representar o rosto materno, em que o bebê olha para a mãe e vê a si mesmo, desta forma ao olhar para o espelho o bebê se tranquiliza por encontrar também a imagem materna e aos poucos o mesmo vai compreendendo e integrando aquela imagem que é de si mesmo.

Segundo o autor, isso acontece porque a mãe acaba refletindo ao bebê a rigidez de suas defesas, o bebê olha para ela e não se vê, com isso o bebê procura no ambiente e nos objetos outras formas de obter algo de si de volta, não tomando o rosto da mãe como um espelho. Acrescenta que nos casos mais graves o bebê se retira ou deixa de olhar para o outro, fazendo com que tenha dificuldades expressivas de olhar para o espelho e buscar o que ele tem a oferecer. Nesse sentido é possível considerar que, tal qual Winnicott referia a dificuldade acima mencionada com pacientes graves, o mesmo pode ser aplicado aos pacientes com sintomas de autismo.

Através da análise dos fatos clínicos verificou-se que Jonas evitava olhar para o outro, mas passou a se interessar pelo espelho cada vez mais, buscando entender assim, o que o espelho podia lhe oferecer. Mas, percebe-se que isso passou a ocorrer de forma mais intensa a partir dos 3 anos, segundo o relato da mãe, momento em que iniciou a psicoterapia, pois aos poucos foi demonstrando interesse em entender a imagem que refletia no espelho e dando conta de olhar para o olhar do outro por meio do espelho, como se o espelho pudesse fazer uma mediação entre as trocas de olhares. Quando Jonas olhava por meio do espelho o contato visual não era direto com o outro, mas sim, um olhar que entrava no espelho e o espelho direcionava este olhar para o outro, possibilitando com que tivessem trocas de olhares através da mediação do espelho.

Para refletir sobre isso segue o seguinte fato clínico:

*Jonas estava em um primeiro momento com a mãe desenhando no quadro negro com giz, enquanto a coterapeuta e a psicoterapeuta foram mediando as produções de desenho da criança, bem como algumas palavras que ele foi falando enquanto desenhava. A Mãe estava comentando, em alguns momentos em nome dele e em outros por ela mesma, que Jonas havia ido passar uns dias na casa da avó materna em outra cidade sem a presença da sua mãe. À medida que a mãe se afasta da cena com o filho e se senta, deixando de fazer desenho com ele, a coterapeuta se aproxima e passa a desenhar com ele. Nesse interim, conversa visando sustentar ainda mais os significados das produções que Jonas foi desenhando no quadro, relacionando-as ao fato de ter viajado.*

Bion (1967/1994) fala sobre o estado mental em que a mãe ou alguém recebe as sensações, emoções e experiências do bebê, contém e depois as devolve ao bebê, transformando-as em uma experiência tolerável que gradativamente vai integrando a mente do bebê. Tanto a mãe de Jonas quanto as terapeutas foram contendo as produções de Jonas, desde as lembranças do momento anterior à sessão (lembrança da viagem), até as produções que ele estava realizando durante a sessão, por meio do desenho, para contar de alguma forma o que ocorreu na viagem. Assim, através da função de reverie, a mãe e as terapeutas auxiliavam Jonas a refletir sobre os seus pensamentos, possivelmente, contribuindo para melhor integração de seu aparelho psíquico.

Em seguida, ocorre um fato clínico em que ele vai para o colo da coterapeuta. Sobe e desce várias vezes, pega no cabelo dela, permite que ela o beije no rosto, ele a abraça e quando ela diz que ele foi viajar e não a levou junto com ele, ele vai em direção ao espelho. Percebe-se em tal momento que Jonas realiza trocas expressivas de afeto, aparentemente após sentir-se contido e compreendido. Assim permite acesso e maior interação com ele após ter sido contido, demonstrando o quanto essa capacidade de ajudá-lo a se integrar possibilitou à ele a

disponibilidade de trocar com o outro.

Após este momento, ocorreu o seguinte fato clínico:

*Jonas vai em frente ao espelho, coloca a mão no espelho se olha e olha pelo espelho para a psicoterapeuta, ela o olha pelo espelho e a coterapeuta diz “olha aí que menino passeador” e completa “quem foi passear?”. Jonas morde a boca, olha na direção de coterapeuta e a mãe. Então a mãe diz “de ônibus, quem foi de ônibus?” Jonas dá um passo pra trás, se esconde do espelho, em seguida volta para o espelho e olha a mãe pelo espelho. A coterapeuta vem em direção a ele, no espelho, e diz “eu vou desenhar você aí Jonas”. Jonas balança a cabeça parecendo querer encostar na coterapeuta, então ela passa o giz no espelho e diz “ó, vou desenhar você”. Ele apaga o giz no espelho e ela mostra como ele pode ficar encostado no espelho para ela desenhá-lo e diz “encosta assim ó, pra eu te desenhar”.*

Primeiramente é importante expressar como a psicoterapeuta-pesquisadora se auto observou ao assistir as cenas dos vídeos nos momentos em que sustentava as produções da criança pela palavra. Se lembrou do momento em que estava na sessão e que se cobrava para se colocar na cena de alguma forma, já que na maioria das vezes era a coterapeuta que estava mais próxima de Jonas. Alternava-se uma auto cobrança para fazer algo, por também ser psicoterapeuta, ao mesmo tempo em que gerava certa insegurança em como conduzir o manejo clínico na frente da coterapeuta e mãe, visto que ela estava atendendo junto a uma profissional com muitos anos de experiência.

Revedo as filmagens em que houve a ocorrência do fato clínico, a psicoterapeuta-pesquisadora percebeu que isso, de certa forma, não colaborava para as intervenções junto à criança, pois em alguns momentos parecia que ela falava algo somente para marcar sua presença e não para fazer de fato uma intervenção clínica. Possibilitando refletir sobre as características

da relação transferencial estabelecida tanto entre Jonas e a psicoterapeuta, quanto entre ela e a coterapeuta.

Ao realizar a análise do fato clínico a posteriori, conforme mencionado por Vollmer Filho (1994), foi possível perceber que ao atender uma criança com autismo, o caminho era nebuloso. Assim, era muito difícil sustentar uma intervenção, tanto por estar se sentindo pressionada quanto por não obter uma resposta imediata da criança frente a uma interpretação. Quase nunca dava para saber se estava sendo captada pela criança e/ou se produzia algum efeito. Enquanto filmava e observava as intervenções da coterapeuta, a psicoterapeuta pode refletir sobre as melhores formas de interagir e buscar a comunicação com o paciente Jonas. Tendo percebido a necessidade de estar mais próxima de Jonas para que pudesse dar continuidade ao que a coterapeuta estava construindo com ele.

Interessante pensar que a psicoterapeuta-pesquisadora também vivenciava a sensação de que o caso não era tão dela, quanto era da coterapeuta, fato que não acontecia com a mesma frequência em atendimentos realizados com outras crianças e outras duplas terapêuticas. O que levou a refletir se isto estava relacionado ao fato de Jonas ser adotado, pois a mãe também vivenciava um sentimento de que o filho “não era tão dela”. Nesse sentido levantou-se a hipótese de que a psicoterapeuta poderia estar captando a projeção de emoções vivenciadas pela mãe adotiva e as identificando em si mesma. Mas, a reflexão sobre tal fenômeno só foi possível, a posteriori no momento em que houve o novo contato com os fatos vivenciados nas sessões clínicas, ao revisitar a teoria psicanalítica sobre o fenômeno e a construção, agora, do fato clínico psicanalítico.

Quinodoz (1994, p. 619) explica que o fato clínico psicanalítico é construído no momento em que o psicanalista reconhece a totalidade e complexidade dos elementos significativos que observa na relação de transferência-contratransferência.

Nas cenas que antecedem o fato clínico mencionado, a psicoterapeuta-pesquisadora se percebeu, observando os comportamentos e expressões da mãe ao ver a coterapeuta realizar trocas expressivas de afeto com Jonas. Assim, foi possível refletir sobre o que a mãe estaria pensando ou entendendo ao ver Jonas abraçando a coterapeuta, estando no colo dela, ela o beijando, etc. Inclusive se a mãe estaria com ciúmes ou não destas trocas, fato que a psicoterapeuta-pesquisadora identificou também ter sentido isso durante a sessão.

Portanto, a auto cobrança e a insegurança não estava relacionado somente ao fato da pouca experiência da psicoterapeuta, mas possivelmente também por ter recebido da mãe, através de identificação projetiva, tal qual conceituada por Klein (1952/1991), uma projeção inconsciente de seus impulsos destrutivos, motivados pelas dificuldades de se relacionar com um filho adotivo com autismo infantil. Assim, fazendo com que a psicoterapeuta funcionasse como sua extensão, como um objeto representante do objeto bom e do objeto mau, e colaborando para que a mãe diminuísse suas ansiedades persecutórias.

Retornando ao fato clínico destacado, Jonas só sai do colo da coterapeuta quando ela diz que ele não a levou para a viagem, neste momento ela expressa para ele a falta que ele faz ao outro e imediatamente ele vai em direção ao espelho. Será que ele estaria indo confirmar sua existência? E a sua falta?

Quando Jonas vai até o espelho e coloca a mão no espelho é como se fosse para ele realmente sentir sua existência no espelho e na vida. Primeiro ele se olha, certificando-se de si para depois procurar o olhar da psicoterapeuta para confirmar a existência dela, a qual retribui o olhar. Ou seja, há uma resposta do outro diante da sua busca de olhar, como se estivesse se certificando pelo olhar do outro a sua presença.

Winnicott (1971) ao comparar o vislumbre que o bebê se vê no rosto da mãe e depois passa a se ver no espelho com o processo psicoterapêutico, diz que o psicoterapeuta reflete para o paciente o que há para ser visto. Por isso, se o psicoterapeuta fizer seu papel suficientemente



bem, o paciente conseguirá descobrir “seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real” (p. 161). Esse recorte teórico exprime bem o momento em que Jonas olha para a psicoterapeuta.

Tustin (n.d./2017) também explica que no desenvolvimento normal de uma criança a consciência de estar separado da mãe e do mundo exterior acontece de forma natural, porém nas crianças autistas ao invés de fluir à unicidade, elas ficam congeladas para se defender do sentimento de perceber que ela e sua mãe são dois corpos separados. No entanto, percebe-se que neste momento Jonas, a partir das intervenções está demonstrando certa abertura para oscilar entre ter e não ter espaço entre ele e a mãe.

Em seguida, a coterapeuta afirma, por meio da palavra, a existência de Jonas e abre um questionamento onde deixa um lugar vazio (já reservado para ele) para ser completado pela presença de Jonas, pois ela sabia que ele era o menino passeador ao qual ela se referia. Em seguida a mãe abre o mesmo questionamento, pois ele era o menino que andou de ônibus que ela se referia. Ou seja, o outro produz uma falta no discurso para ser completado por ele mas, também revela que o lugar era dele, dando a possibilidade de ele se fazer presente.

Bion (1967/1994) afirma que os pensamentos necessitam ser traduzidos para a ação. E um dos processos que ele apresenta é a comunicação que “se faz através da identificação projetiva realista” (p. 136) a qual contribui para a transformação da capacidade do *self* em dar conta de seus próprios pensamentos, “abrindo assim caminho para a função alfa e o pensamento normal” (p. 136). Percebe-se que a coterapeuta e a mãe de Jonas favorecem este lugar para ele, pois contribuem para que ele consiga ir dando conta de seus próprios pensamentos e aos poucos consiga se apropriar deles.

Na primeira pergunta, Jonas se expressa mordendo a boca, como se estivesse marcando sua presença por meio de seu corpo e conclui com o olhar para a coterapeuta e mãe, neste momento não precisou da mediação do espelho. Assim, percebe-se que em um primeiro

momento ele necessitou do espelho para mediar a troca de olhar, para que depois pudesse realizar a troca de olhar de forma direta ao outro. Estaria Jonas experimentando sua integração?

Na segunda pergunta, Jonas dá um passo para trás, provavelmente literalmente para mostrar o quanto também era difícil para ele existir, se perceber integrado, e compreender que ele era um eu e o outro o não-eu. Jonas também expressa uma forma de responder ao que mãe estava perguntando, ele não diz com a voz, mas diz com o corpo quando volta para o espelho “sou eu?”, finaliza olhando para a mãe pela mediação do espelho. Percebe-se que é como se Jonas estivesse em um processo de apropriação e integração de seu mundo interno. Embora isso tudo ainda fosse confuso para ele e oscilasse, por estar ainda em construção.

Klein (1952/1991) afirma que à medida que a ansiedade persecutória vai diminuindo sua intensidade, o ego vai sendo capaz de se integrar. Acredita-se que, ao vivenciar o fato clínico relatado, Jonas vai transitando da posição esquizoparanóide (ego mais fragmentado) à caminho da posição depressiva, à medida que vai se integrando um pouco mais seu mundo interno, e percebendo como um objeto inteiro e separado dos demais.

Considerando que Jonas é uma criança diagnosticada com autismo infantil, percebe-se que ele começa a sair do encapsulamento, ou seja, ele está deixando o lugar em que se encontrava fechado em si mesmo para o momento posteriori de se reconhecer e conhecer o outro. Assim, exemplificando as ideias de Tustin (1981/1984).

Voltando ao fato clínico mencionado, quando a coterapeuta propõe desenhá-lo e ele busca encostar na coterapeuta. Estaria Jonas procurando uma sustentação física para o que ele estava sentindo e descobrindo? Então quando ela começa a esboçar um desenho que o representaria, ele apaga sua imagem. Estaria demonstrando de certa forma como para ele isso tudo ainda era frágil? Quando a coterapeuta mostra a ele como poderia ficar, supondo que talvez ele nunca teria marcado seu corpo em algum lugar e a maneira que supõe isso, também sustenta que ela está ali com ele e que ele pode dar conta de entender que seu corpo é uma unidade e

que pode se estender para a imagem no espelho, para o desenho, para a troca com sua mãe, para a troca com o outro. De certa forma, a coterapeuta o auxilia, tanto, contendo como verbalizando a maneira como o compreende, assim colaborando para o paciente que sintasse contido e possa usar o seu aparelho para pensar a respeito das emoções por ele vivenciadas, tal qual sugerido por Bion (1967/1994).

Além disso, convém recordar as ideias de Alvarez (1992/2020) que ao mencionar a função do analista como uma companhia viva, apresenta o conceito “reclaiming” (p. 66), como uma forma de o terapeuta provocar o interesse da criança autista para que ela tenha a experiência de ser despertada, como uma forma de trazer o autista para a troca com o humano, à medida que isto também ajuda a recuperar o senso de existência para a própria criança.

## 5.2 INTERAÇÃO PELA FALA SEM CONTATO VISUAL

Em vários fatos clínicos verificou-se que a interação pela fala de Jonas aparecia sem o contato visual. Ele verbalizava algo, mas não direcionava o olhar para quem ele respondia ou estava presente.

A mãe dizia que eles escutavam bastante música e, nas sessões terapêuticas, a mãe cantava aquelas que eles cantavam ou assistiam o vídeo relativo à música em sua casa, trazendo para a cena clínica músicas que faziam parte da vida deles. Jonas expressava gostar muito de música. Assim ao longo das sessões, tanto a psicoterapeuta, quanto a coterapeuta e mãe cantarolavam músicas infantis, como tentativas de realizar interações e trocas com Jonas.

As músicas infantis são utilizadas com frequência nos atendimentos infantis da psicoterapeuta-pesquisadora como recurso para interagir com as crianças e realizar trocas por meio do prazer compartilhado. A psicoterapeuta-pesquisadora percebe que a música para as crianças com autismo infantil é um recurso utilizado para entrar e sustentar a troca de relação com a criança, visto que a melodia, o ritmo, a expressão corporal, a fluidez da música, os

movimentos do corpo que se faz quando canta ou escuta uma música possibilitam alcançar uma leveza para se relacionar com o outro. Além do que, a música provoca uma sensação de estar envolvido em algo, fazendo uma borda, uma camada no próprio corpo para que este corpo sinta a música e se utilize dela para se expressar, seja através do corpo ou da fala.

Bick (1967/1991), ao falar sobre as funções psíquicas da pele no desenvolvimento mental do bebê, considera a pele como um limite para o que é interno e externo ao bebê. Quando o bebê introjeta a função continente e substitui o que não está integrado dá origem “à fantasia de espaços internos e externos” (p. 194), a ponto de prepará-lo para os momentos em que não estará mais no colo da mãe para não passar pelo sentimento de desintegração do seu eu corporal. Mesmo que Jonas não fosse mais um bebê, é possível conjecturar que, por ele apresentar um atraso significativo em seu desenvolvimento afetivo emocional, ele provavelmente não estava com sua função psíquica da pele totalmente integrada. Inclusive, Bick (1967/1991) cita que se um bebê passa por falhas nesta função, ele poderá desenvolver uma “segunda pele” (p. 195) com o objetivo de substituir a função da pele através de um objeto continente que une as partes da personalidade. No entanto, nos fatos clínicos vivenciados com Jonas, foi possível perceber que à medida que ocorreram as intervenções por meio das músicas ele foi adquirindo uma integração do seu ego corporal.

Considerando que Jonas apresentava bastante dificuldade em se expressar e interagir pela fala, observou-se que durante o canto de uma música a troca com o outro se tornava menos difícil para ele e também para as pessoas que com ele estavam no *setting*. A música servia como uma mediação entre ele, a coterapeuta, a psicoterapeuta e a mãe. O fato de ele falar algumas palavras e não olhar, trazia muita angústia em quem estava presente.

Para a psicoterapeuta- pesquisadora ele trazia a sensação de que ela não estava ali, por não lhe direcionar a fala, não sabia se ele estava falando para ele próprio, para o outro ou para o vazio. Entretanto, quando a fala espontânea acontecia mesmo que sem o contato visual, como

por exemplo durante o canto de uma música, provocava na psicoterapeuta-pesquisadora uma diminuição da tensão da recusa do olhar e também ampliava o prazer em estar ali com ele, em trocar com ele, em cantar com ele. Assim, à medida que ele cantava ou completava a música que alguém estava cantando, todos sorriam, demonstrando possivelmente que era um alívio para a tensão de todos também.

O sorriso de todos aparecia em situações semelhantes a aquelas em que uma criança faz algo que ninguém estava esperando ou quando a criança aprende a fazer coisas novas e o adulto “se derrete” ao presenciar a cena. Nos momentos em que Jonas completava a música ou cantava, era possível perceber que algo muito novo estava acontecendo, ele estava se desabrochando para a troca com o outro, mesmo que fosse uma fala sem direção. Era um sentimento de que a aposta em Jonas estava dando certo e de reconhecer que ele tinha abertura para realizar trocas com o outro. Assim, seria por meio dessas aberturas, aqui nomeadas pela psicoterapeuta-pesquisadora como “fendas no encapsulamento”, que as trocas com ele poderiam ser acessadas.

Neste sentido, a partir do que Tustin (1981/1984) apresenta sobre o estado encapsulado tipo concha, foi possível identificar que conforme Jonas recebia as intervenções psicanalíticas ele ia permitindo a ocorrência de uma fenda ou seja uma abertura em seu estado encapsulado, que possibilitava o início da troca com o outro e conseqüentemente com que aos poucos ele fosse saindo do estado encapsulado. Essa fenda foi observada durante os vários fatos clínicos analisados.

Em outro fato clínico, Jonas e sua mãe estavam em frente ao espelho e sua mãe estava cantando para ele músicas que eles costumavam cantar em casa, segundo o relato da mãe. Como se tratava de uma das primeiras sessões de Jonas, a mãe e Jonas também estavam contando a história de vida deles, a mãe contava fazendo gestos e mostrava para Jonas como ele poderia fazer os gestos também. Amparado nas ideias de (Bion, 1967/1994), é possível considerar que, através da sua capacidade de reverie, a mãe não apenas continha mas também decodificava os

elementos beta e os transformava em elementos alfa, possibilitando que Jonas pudesse pensar sobre o que acontecia com ele.

Por outro lado, em vários momentos Jonas se colocava de forma muito agitada, como se estivesse “descarregando” a energia de tudo que estava sendo dito ou sentido em seu corpo. Ele dava pulos, mexia as mãos, corria de um lado para o outro e, também, ia em direção a mãe e a empurrava, parecia não conseguir medir sua força na troca com a mãe. Então ela dizia para ele que ela era moça e que ele tinha que ter cuidado com o corpo dela, que ele poderia fazer carinho e não empurrar. Isso aconteceu em várias sessões não somente neste dia. Tustin (1972/1975) explica que se a mãe não estiver bem para receber e conter os ataques do filho ela não consegue oferecer a contenção necessária que o filho solicita. Gerando na criança uma quebra no que a faz se sentir contida (a ilusão de continuidade). Quando isso acontece a criança se percebe sozinha, frente às suas ansiedades, e vivencia a ansiedade persecutória ligada a pulsão de morte e ao medo de aniquilamento. As quais são típicas da posição esquizoparanóide (Klein, 1952/1991).

Jonas estava de cabelo cumprido e sua franja tampava um pedaço de seus olhos. Sobre este detalhe, há algo importante a destacar, pois, sua mãe era cabelereira. No entanto, Jonas passou muito tempo assim, com o cabelo e a franja compridos. A mãe não mencionava qualquer queixa quanto a não conseguir cortar o cabelo dele. Neste sentido, é possível conjecturar que a franja servia para esconder os olhos dele, visto que ele evitava o olhar do outro, a franja poderia representar, inconscientemente, uma função de proteção para a mãe. Pois, realmente era angustiante olhar para ele e não ser olhada, mas quando você olha e há algo escondendo este olhar, você pode inclusive ficar na dúvida se há troca de olhares ou não e até mesmo esconder a recusa do olhar. Isto remete ao que Winnicott (1971) aponta sobre a mãe refletir na criança sua rigidez e suas defesas quando ela também não está bem, o que justifica a mãe de Jonas deixar o cabelo grande para se defender da dificuldade em se relacionar com o filho, assim

como Jonas se retira e deixa de olhar. Esta recusa de olhar da criança é considerada como uma das principais características de uma criança com Transtorno do Espectro Autista (APA, 2014).

À medida que as intervenções foram acontecendo, foi existindo um reposicionamento da criança e da mãe. Jonas passou a vir com o cabelo e a franja mais curtos, como se ele estivesse podendo sair por detrás das cortinas e virar protagonista de sua história, das suas atitudes, de seu saber e assim poder se relacionar com o outro. De fato isso parecia estar contemplando as ideias de Klein (1952/1991) sobre o processo de integração vivenciado pela criança ao transitar da posição esquizoparanóide para a depressiva.

Conforme mencionado anteriormente, foi escolhido um nome fictício para a criança, protagonista dos fatos clínicos que estão sendo analisados. A psicoterapeuta-pesquisadora escolheu o nome Jonas e, pouco depois, se lembrou da história de Jonas que há na Bíblia Sagrada. A história de Jonas começa quando ele deveria entregar uma mensagem de que haveria um castigo divino para as pessoas de uma determinada cidade. Por não entregar a mensagem, ao viajar de barco passa por uma tempestade no mar. Então, solicita-se aos tripulantes que ele seja jogado ao mar para que a tempestade pare ao considerar que a tempestade estava acontecendo pela desobediência dele e com isso ele é engolido por uma baleia e só sai de lá quando decide entregar a mensagem (Jonas 2:1-10 Nova Tradução na Linguagem de Hoje).

A psicoterapeuta-pesquisadora se percebeu sofrendo os efeitos da contratransferência ao analisar os fatos clínicos, a ponto de retomar uma histórica bíblica e relacionar com a história de Jonas fazendo uma imagem visual do que Jonas sentia e vivia. O paciente Jonas não entregou a “mensagem” de se relacionar com o outro, ao vivenciar um quadro autístico, fica preso em algo muito maior que ele, que o impede de falar com alguém, de olhar para alguém. Na história, quando Jonas aceita entregar a mensagem ele é cuspidor para fora da baleia e consegue viver. À medida que o pequeno paciente vai se integrando e saindo do encapsulamento, citado por Tustin (1981/1984), passa a aceitar a interação com o outro e começa a realizar pequenas trocas com

as pessoas o outro.

Vollmer Filho (1994, p. 673) apresenta duas formas de compreender o fato clínico psicanalítico e percebe-se que psicoterapeuta-pesquisadora vivenciou o que o autor chama de “segundo nível de abstrações” imediato, ao formular e articular o fato clínico com conceitos teóricos a partir da percepção de sinais dos efeitos da contratransferência em si mesma, após a sessão.

No fato clínico seguinte a coterapeuta realizou a filmagem, a psicoterapeuta estava próxima de todos os presentes, Jonas e sua mãe estavam em frente ao espelho.

*A mãe completa “pela cidade” e em seguida fala “e as rodas do ônibus giram giram” enquanto faz sinal com a mão direita girando. Jonas se olha e balança a cabeça lentamente como se estivesse dançando a música que a mãe estava cantando (...) Jonas fala “giram” em tom baixo e mãe repete quando ele para de falar “giram”. Jonas balança a cabeça com mais força em sinal de não e dá um grito “aiou” e mãe diz “não?” (...) Jonas fala “giram” e mãe diz “pela” e Jonas completa “cidade”. Mãe fica feliz e faz cócegas no filho, neste momento ele está com o rosto abaixado olhando dentro da casinha (quando ele fala cidade, está com a cabeça praticamente dentro da casinha).*

A mãe está bastante atenta na cena com o filho e disposta a interagir com ele, em outros momentos, mãe sempre aparentava estar cansada e se queixava disto. Percebe-se que ela tanto canta com ele, quanto oferece um espaço, entre as frases da música, para que ele completasse com a palavra seguinte da música e assim cantassem juntos. A mãe se utiliza do próprio corpo para expressar a música, unindo a palavra com a expressão corporal, e oferece a Jonas a possibilidade de se expressar de duas formas (palavra e corpo).

Há uma suposição vinda da parte da mãe de que Jonas iria completar sua frase ou iria imitá-la na dança e é justamente deste lugar de supor que ali tem uma criança que vai responder, interagir, comunicar e mostrar seu desejo, que a criança de fato em algum momento irá assumir



esta posição. Neste momento, a mãe demonstra estar permitindo que o filho alcance o que Bion (1967/1994) chama de transformar os elementos beta (elementos não pensáveis) em elementos alfa (elementos pensáveis) por meio da função alfa para ajudar Jonas a construir um pensamento. Desta forma, a mãe transforma os elementos impensáveis dele em elementos pensáveis e devolve para que esses possam ser introjetados pelo filho.

Outro fato importante, é que em outro momento desta discussão, foi mencionado que a mãe não conseguia dar conta do que o filho projetava nela, fazendo com que ela conseqüentemente não conseguisse auxiliá-lo a perceber e, provavelmente, reintrojetar também objetos bons, no entanto, neste momento é possível identificar que mãe está se reposicionando na relação com o filho. Já consegue receber as emoções ruins, digeri-las, utilizando o seu próprio aparelho para pensar, e devolvê-las a Jonas de forma pensável, possibilitando que ele as tolere (Bion, 1967/1994).

Jonas começa a corresponder a este lugar de que pode saber também e começa lentamente a dançar expressando que estava ouvindo, que estava gostando e que estava disposto a trocar. Isso pode ser relacionado às ideias de Klein (1952/1991) a respeito do bebê, considerando que conforme ele reintrojeta o objeto bom e o self bom, a ansiedade persecutória diminui: “Desse modo, a relação com ambos os mundos, interno e externo, melhora simultaneamente e o ego ganha em força e integração” (Klein, 1952/1991, p. 94). Jonas não é mais um bebê, mas por considerar que apresenta atraso global no desenvolvimento e por estar passando pelo processo interventivo, isso foi se reorganizando mais tarde.

Em vários momentos a mãe procura pelo olhar da psicoterapeuta-pesquisadora para afirmar as produções que ela via no filho, parecia querer se certificar de que a psicoterapeuta-pesquisadora também tinha visto e se estava reconhecendo a produção dele. De certa forma, este olhar da psicoterapeuta-pesquisadora para ela afirmava também que ela era uma boa mãe e que estava identificando as demandas do filho. Isso produzia na psicoterapeuta-pesquisadora

um sentimento de que ela era alguém importante para a mãe, que ela representava uma extensão do reconhecimento de seu saber materno.

Bick (1967/1991) ao falar da função interna de conter as partes de um self, explica que isso depende do sentimento de quem o conterá de se sentir capaz para exercer tal função. Percebe-se que psicoterapeuta-pesquisadora oferecia à mãe de Jonas a segurança de ser um objeto continente para ela, de introjetar as partes da mãe para que, em um segundo momento, a mãe pudesse substituir o que não estava integrado em espaços internos e externos, preparando-a para os momentos que não estivesse na presença da psicoterapeuta-pesquisadora e a reassegurando de que ela poderia saber e reconhecer as produções do filho sozinha. O qual reafirma o que Winnicott (1971) falou sobre a psicoterapeuta refletir para o paciente o que há para ser visto.

Voltando ao fato clínico, Jonas ao completar a música que a mãe estava cantando com ele, de início se apresenta com o tom de voz baixo, como se ele estivesse na dúvida se era isso que deveria ser dito ou na dúvida de se realmente ele poderia se colocar e se apresentar para o outro. A mãe espera Jonas parar de cantar para reafirmar o som dele, mostrando ao filho que havia ouvido o que ele disse, que havia observado a presença dele na troca com ela, mesmo que fosse em tom baixo.

Aqui se faz necessário refletir sobre a maternidade de crianças com autismo infantil, pois é muito difícil para as mães e/ou cuidadores não saber o que esperar o tempo todo de seu filho, se está no caminho, se terá a resposta que almeja. É lidar com o vazio e o inesperado quase que a todo momento. A forma como Jonas se apresenta na relação com o outro mostra que ele estava no estado encapsulado, como citado por Tustin (1981/1984), mas, o fato de a mãe se colocar como continente da emoção e da comunicação de Jonas, mesmo pelo não falar, colaborou realmente para que ele se sentisse acompanhado e a partir disto conseguisse se expressar pela fala.

Isso remete ao que já foi comentado por Meltzer (1975/1979) de que faz parte da natureza das crianças autistas apresentar alguma dificuldade na fala, no entanto, desenvolve cinco fatores para a “teoria do desenvolvimento e da função da linguagem, tanto da verbalização quanto da vocalização” (p. 172) que traduzem muito este momento do desenvolvimento de Jonas. Conforme Jonas vai conseguindo se expressar pela fala, ele vai manifestando a intenção de comunicar as informações e seus estados mentais ao outro. Aos poucos vai integrando a ideia de que há um objeto a quem direcionar sua linguagem e também demonstra perceber que há um objeto falante através da identificação. Aos poucos vai adquirindo um vocabulário capaz de transformar seus pensamentos oníricos em uma linguagem interna para que depois a externalizar por meio da comunicação. Também demonstra que está em construção seu aparato mental, que elabora seus pensamentos oníricos para posteriormente expressá-los por meio da comunicação.

Ao revisitar o fato clínico mencionado foi interessante perceber que ao invés de Jonas sinalizar pela voz que não havia gostado de algo, também utiliza-se do próprio corpo para expressar e marcar isto para o outro. A mãe demonstra entendê-lo e contém as emoções do filho. Meltzer (1975/1979) explica isso quando fala que a criança possui uma dependência das funções mentais do objeto externo e utiliza-se desta extensão do self para executar suas funções. Portanto, quando a mãe demonstra compreender as emoções do filho, ela desempenha uma função de ego para ele e essa função contribui para que Jonas se integre e vá se apropriando do seu eu corporal (Bick 1967/1991).

Jonas retorna à música que estavam cantando, pronunciando de forma mais clara, com tom normal de voz e invertendo a situação, pois desta vez é ele que dá o espaço para a mãe completar, ou seja, ele dá abertura para que o outro interaja com ele e assim a mãe o faz. Neste momento, Jonas aparenta estar mais integrado, vivenciando a posição depressiva descrita por Klein (1952/1991), assim como parece estar saindo do estado encapsulado tipo concha proposto

por (Tustin, 1981/1984). Em seguida, a mãe oferece novamente sua função de ego e expressa sua alegria por ele ter realizado uma troca com ela, marca isso no corpo dele por meio de cócegas.

Jonas, ao falar a última palavra da música, finaliza olhando para dentro de uma casinha de brinquedo. Estaria ele olhando para dentro de si? Estaria ele olhando se tinha alguém ainda dentro da casa? Estaria ele olhando o vazio que era estar sozinho dentro de si? São muitas possibilidades de questionamento e hipóteses, mas é possível conjecturar que realmente a casa representava seu mundo interno.

É importante destacar que, na função somente de psicoterapeuta de Jonas dentro do *setting* terapêutico da cena selecionada para esta categoria, a psicoterapeuta-pesquisadora não havia chegado a tais compreensões, reflexões e construções teóricas tal qual como foi apresentado aqui. Conforme a psicoterapeuta e agora pesquisadora foi revisitando os fatos clínicos ocorridos, com a bagagem teórica fundamentada na psicanálise que adquiriu até o momento, inclusive pela própria elaboração do presente estudo, foi possível que construísse e transformasse os fatos clínicos em fatos clínicos psicanalíticos, conforme Vollmer Filho (1994) destacou sobre como a construção do fato clínico psicanalítico pode se dar.

Ao longo dos atendimentos foi possível que a psicoterapeuta-pesquisadora fosse resignificando as possibilidades de atendimento terapêutico a crianças diagnosticadas com autismo infantil. Assim como, teve a oportunidade de reformular suas hipóteses clínicas sobre o desenvolvimento de Jonas, pois durante os atendimentos acreditava que ele não era autista, e isso foi motivo de grandes questionamentos. Entretanto, a partir da teoria apresentada neste trabalho foi possível constatar que Jonas vivenciava o estado encapsulado, relativo a uma das formas de manifestação do autismo (Tustin, 1981/1984), e ao longo dos atendimentos foi saindo do estado encapsulado.

A psicoterapeuta-pesquisadora se sentia também, a partir da relação transferencial,

identificada com a mãe ao suportar a falta de comunicação pela fala e por vezes pelo olhar de Jonas, mas ao mesmo tempo continuou sustentando com sua presença e com sua função de ego (Meltzer, 1975/1979) para ambos, na expectativa de uma hora surgir uma resposta vinda de Jonas. Meltzer (1975/1979) ao falar sobre a intervenção terapêutica nestes casos, explicou que o psicoterapeuta busca identificar a imagem fragmentada que aparece na relação transferencial com a criança no estado autista e compara esta ação como se o psicoterapeuta fosse reconstruir uma parede a partir de escombros, no qual o terapeuta necessitará de elevar a interpretação a um nível alto de abstração para juntar os fragmentos de uma experiência desmentalizada.

A psicoterapeuta-pesquisadora vivenciou situações em que se utilizou das teorizações sobre a identificação projetiva (Klein, 1952/1991), da capacidade de reverie (Bion, 1964/1994) para melhor compreender a sua participação no processo psicoterapêutico a partir da relação transferencial e contra transferencial. Assim, foi possível a análise e construção dos fatos clínicos psicanalíticos em que pode funcionar como continente para Jonas e sua mãe, a ponto de contribuir para que Jonas fosse saindo do estado encapsulado, tal qual o personagem bíblico ficou aguardando e temendo pela saída de dentro da baleia. Também contribuir para que mãe fosse adquirindo e fortalecendo sua capacidade de também conter o filho e ajuda-lo a integrar seu “eu-não eu” (Klein, 1972/1975, p.158) e continuar o seu processo de amadurecimento e individualização.

### 5.3 INTERAÇÃO PELO OLHAR E PELA FALA

Conforme os atendimentos foram sendo realizados as interações entre a criança e os presentes no *setting* terapêutico foram ampliadas. A interação pelo olhar e pela fala foram aos poucos se tornando mais presentes, refletindo a maneira como a criança deixava o seu estado encapsulado e se abria para a troca com o outro (Tustin, 1981/1984). Neste caso, Jonas realizava interações olhando e falando para alguém, mesmo que por pouco tempo, possibilitando a quem

estivesse presente, saber com quem ele estava falando, pois até então a fala se apresentava de forma solta, sem endereçamento a alguém. Para a psicoterapeuta-pesquisadora, nas sessões em que havia a ocorrência de fatos clínicos em que o endereçamento da criança para alguém se tornava mais claro, a psicoterapeuta-pesquisadora vivenciava a sensação de estar presente na cena, o que amenizava as angustias, permeadas relação contra transferencial, nas quais sentia-se identificada com a mãe.

Antes de apresentar o fato clínico selecionado, relativo a interação pelo olhar e fala, convém mencionar o que estava acontecendo naquela sessão. Jonas estava sentado em frente ao espelho, onde havia várias massinhas de modelar coloridas pressionadas e coladas no espelho. A psicoterapeuta encontrava-se ao seu lado, entre o espelho e a parede, sua mãe estava mais ao fundo, mas na direção do espelho. Por outro lado, a coterapeuta estava para fora do espelho, mas próxima de Jonas, e a psicoterapeuta era quem estava filmando.

Jonas pegava uma massinha, tirava um pedaço e a colava no espelho. A atividade de colar massinha no espelho havia sido apresentada pela psicoterapeuta em outras sessões, a massinha precisou ser inserida aos poucos na cena clínica porque Jonas as comia. No espelho havia pedacinhos de massinha em vários tamanhos, na maioria deles pequenos, massinha em formato de círculo, em formato de flor e em formato do número quatro (4).

Os pedaços de massinha soltos foram feitos por Jonas e os demais pela psicoterapeuta, que ia inserindo conforme cantavam ou falavam sobre algo. A psicoterapeuta-pesquisadora considera que os pedaços de massinha representavam o mundo interno de Jonas, recortado em vários pedaços espalhados pelo espelho, embora naquele dia ele estivesse interagindo de forma mais integrada, tanto pela fala quanto pelo olhar. A psicoterapeuta, por sua vez, ajudava Jonas a incrementar a sua possibilidade de integração, através da sua função alfa (Bion, 1967/1994) buscando dar sentido à imagem que estavam construindo com massinha no espelho, relacionando-a com a música que estava sendo cantada. Por exemplo, conforme cantavam a

música infantil “pirulito que bate-bate” a psicoterapeuta ia modelando a massinha no espelho em formato de pirulito. Isso faz parte da função do analista com crianças com autismo conforme Alvarez (1992/2020) aponta. Possibilitando com que Jonas olhasse para as massinhas como algo que também estava contando uma história e, assim, favorecesse a sua compreensão, a capacidade de pensar sobre as emoções vivenciadas (Bion, 1967/1994), a possibilidade de introjeção de objetos e organização do seu mundo interno.

Conforme Jonas pressionava as massinhas no espelho e elas iam ficando grudadas, ele ia cantando uma música e parecia alternar entre cantar a frase da música de forma compreensiva e falar algumas palavras que não eram compreensíveis. Sua mãe, cuja imagem aparecia refletida no fundo do espelho, sorria e parecia se encantar a cada frase que ele falava. Percebe-se que a mãe apesar de aparentar cansaço deixava o filho, de forma livre e leve, produzir o que ele estava fazendo e assim trocar com o outro por meio de suas produções. Convém ressaltar o fato clínico vivenciado como algo que foi muito importante, pois a mãe não aparentava disputar a atenção de Jonas com as terapeutas, algo que já foi percebido em outros atendimentos pela psicoterapeuta-pesquisadora. A mãe de Jonas permitia que ele pudesse experimentar a interação e as trocas com o outro também, não sendo somente com ela. Destaca-se que tanto as terapeutas como a mãe de Jonas estavam se utilizando da reverie e função alfa (Bion, 1967/1994)) para identificar as produções de Jonas, as trocas de interação seja pelo olhar ou pela fala. A psicoterapeuta-pesquisadora percebe que essas nuances não eram captadas tão rapidamente pela mãe no início do tratamento, demonstrando que agora a mãe estava conseguindo ser continente para o filho. Isso começou a acontecer na medida em que as terapeutas também foram atuando de forma continente para a mãe a partir do manejo clínico (Bick, 1967/1991).

Assim, o fato clínico abaixo colocado sinaliza a interação pelo olhar e pela fala.

*A coterapeuta diz “e o pirulito que bate bate? Então vamos lá!” Jonas diz, imediatamente, “pirulito que bate bate” e psicoterapeuta completa “bate bate”.*

*Enquanto Jonas mexe no pote da massinha, faz barulho de estralo com a língua, e psicoterapeuta diz “pirulito que já bateu”. Jonas olha para a psicoterapeuta pelo espelho, enquanto lança um pedaço de massinha bem pequena para o sentido do espelho. A psicoterapeuta olha pra Jonas e vai com a cabeça para frente se aproximando dele, enquanto coloca no espelho um pedaço de massinha, estrala a língua igual Jonas e completa “quem gosta de mim é ele” e faz uma pausa. Jonas se olha no espelho e a coterapeuta completa “quem gos” em tom baixo. Psicoterapeuta diz “quem gosta dele? Sou?” e faz uma pausa. Jonas parece continuar tentando pegar os pedacinhos minúsculos de massinhas dentro do potinho e diz “o filho”, lança os pedacinhos no espelho e olha para a psicoterapeuta. Mãe repete “o filho” e mãe, a psicoterapeuta e a coterapeuta sorriem e dão risada curtindo o que Jonas havia falado.*

Convém relatar que nesta sessão havia duas gravações e, no primeiro vídeo, Jonas já estava cantando outras músicas. Neste segundo vídeo, coterapeuta sugere uma música que Jonas já havia cantado em outras sessões. Por isso, ela parece convidá-lo para cantar a música do pirulito que bate-bate e Jonas responde ao convite imediatamente falando a frase da música. Ele não fala em tom melódico, mas o que importa neste momento, é que ele demonstrou que estava atento ao convite, à interação/troca que o outro estava propondo. Também que ele mostrou rapidamente ao outro que aceitava a proposta, utilizando-se inclusive da palavra para expressar sua vontade. Percebe-se uma intenção vinda da parte de Jonas de corresponder e comparecer a provocação do outro, pois, a maneira que o outro propõe e dá espaço para ele aparecer, ele toma como demanda e assim o faz. Esta cena mostra que Jonas não estava tão alheio ao outro, conforme a característica de uma criança com TEA (APA, 2014) e que estava saindo de seu estado encapsulado tipo concha (Tustin, 1981/1984) e aberto para as possíveis trocas com o outro.

Korbivcher (2007) explica que a função do analista diante da barreira autística é tentar



entrar nela e contribuir para este mundo inanimado de maneira ativa e desta forma trazer vida psíquica para os estados autísticos. Pensando nisso é possível identificar que a psicoterapeuta, ao repetir o final da frase da música que Jonas fala, recolhe o que ouviu dele e completa o canto com ele, reconhecendo a produção de Jonas e a presença da interação entre Jonas e os presentes, passando aos poucos pela barreira autística para acessar cada vez mais a interação com ele.

Na sequência, ao mesmo tempo em que Jonas mexia na massinha, ele fazia sons com a boca como se estivesse dando continuidade na música com seu corpo, marcando sua presença para o outro, agora, também, por meio de sons corporais. Convém mencionar que “estalar com a boca” era um comportamento pouco comum de Jonas em outras sessões. A psicoterapeuta completa a música por meio da fala visto, que Jonas não continuou naquele momento a letra da música, então Jonas responde somente com seu olhar para ela. Nesse sentido, necessário se faz recordar que, conforme apontado por Marques e Arruda (2007), o olhar entre psicoterapeuta e paciente também representa um canal de comunicação. Quando uma criança com autismo aceita o olhar do outro na relação terapêutica, ela está dando início em seu processo de diferenciação entre o eu e não-eu, o que contribui para a individuação e para a construção do vínculo terapeuta-paciente.

Percebe-se que Jonas estava alternando sua forma de se expressar e de interagir com o outro, também ia se permitindo ampliar o interesse em trocar com o outro. No entanto, é importante destacar o que a psicoterapeuta-pesquisadora se lembra de sentir durante essas cenas. Relembra que se angustiava em vários momentos porque cantava e nunca sabia se Jonas iria responder, até mesmo o silêncio que ficava entre a aposta da psicoterapeuta de que ele responderia (mesmo se angustiando continuava tentando e apostando que em algum momento ele iria responder) e de fato a resposta de Jonas ser algo que a angustiava muito, relembra que o tempo passava devagar, ao ponto de se sentir insegura e achar que isso poderia estar relacionado ao fato de não ser uma boa profissional. E isso, era algo que a psicoterapeuta

vivenciava na época, no entanto, na função de psicoterapeuta-pesquisadora foi possível perceber que isso tratava da própria relação transferencial e também como algo relativo ao fenômeno contra transferencial, na medida que remetia a algo vivenciado também pela mãe, por se perceber como não sendo uma boa mãe. Assim, ao construir os fatos clínicos psicanalíticos (Quinodoz, 1994; Vollmer Filho, 1994), após a realização do processo terapêutico, foi possível revisitar as anotações da época do atendimento, relacionar aos fundamentos da psicanálise considerados, obter novas compreensões e ressignificar o vivido naquela relação terapêutica.

Em seguida, Jonas pega um pedaço da massinha e lança em direção ao espelho. Se pensou que a massinha fragmentada poderia representar o mundo interno de Jonas, ao jogar, Jonas poderia estar lançando ele próprio a esta troca com o outro. Mesmo que não soubesse como fazer, como medir sua força, ele lança sem saber se vai ficar grudado no espelho. Ou seja, mesmo sem saber se o outro seria continente para estas trocas e se o entenderia. Esta interpretação só foi possível acontecer por meio da construção de fatos clínicos psicanalíticos após a psicoterapeuta-pesquisadora ter acesso a toda teoria trazida para este trabalho, pois até o momento não havia pensado nesta interpretação e nem em outra (Quinodoz, 1994; Vollmer Filho, 1994).

Na sequência a psicoterapeuta estrala a língua também como tentativa de aproximação com Jonas, ao mesmo tempo que valida o comportamento que ele teve, de forma similar ao apontado por Korbivcher (2007). Ela fala mais um trecho da música com a intenção de fazer com que Jonas o completasse, deixando uma pausa proposital em sua fala para que ele se colocasse na troca com o outro. No entanto, ele não fala, mas Jonas olha para ele mesmo, parece querer reafirmar sua presença e o que estava fazendo ao interagir com o outro. Portanto, percebe-se que, no decorrer daquela sessão, Jonas foi se integrando e conseguindo juntar as partes de si mesmo. Com isso, foi possível perceber que o paciente estava deixando de

apresentar características da posição esquizoparanoide e vivenciar a posição depressiva (Klein, 1952/1991), ao longo do fato clínico vivenciado naquele momento e aqui relatado. É importante ressaltar, que ao longo do processo psicoterápico Jonas passou a expressar de forma mais predominante a posição depressiva, demonstrando assim um funcionamento aparentemente mais saudável.

Então, Jonas pega os pedaços de massinhas e a psicoterapeuta-pesquisadora questiona se neste momento seria conveniente mostrar exatamente o que estava acontecendo com ele? Pois, buscava encontrar seus pedaços do seu mundo interno para integrar e oferecer ao outro na relação e na troca com o outro? Na cena, a psicoterapeuta continua cantando e diz “quem gosta dele?” aguardando que ele pudesse completar e Jonas completa a música respondendo “filho”. Ao responder “filho”, o que não era o esperado para a frase da música pois a resposta para completar a música era “sou eu”, é possível hipotetizar que a palavra filho representava algo para Jonas, pois Jonas ele era o filho de alguém que não o filiou, o que levou a ser adotado e se tornado filho de outra pessoa. Percebe-se que à medida que Jonas foi conseguindo se integrar psiquicamente, ele conseguiu inclusive permitir a possibilidade de trabalhar sua própria história e seu lugar na relação com o outro.

Ao finalizar a análise e a elaboração dos fatos clínicos psicanalíticos descritos, verifica-se que nem sempre essas construções e interpretações são possíveis de serem feitas durante a vivência do fato clínico. Isso acaba sendo feito a posteriori, quando se analisa o fato ocorrido no *setting* e se utiliza da teoria psicanalítica para construir um fato clínico psicanalítico. Conforme isso vai se repetindo, possibilita ao psicoterapeuta uma disponibilidade em ter mais recursos para transformar o fato clínico em fato clínico psicanalítico, na próxima cena clínica que vier a vivenciar ao longo daquele processo terapêutico.

## 6 CONCLUSÃO

Ao finalizar a trajetória do mestrado e a elaboração do presente estudo convém apontar que ao revisitar a construção histórica sobre os estudos já realizados sobre o Transtorno do Espectro Autista, incluindo as concepções o Autismo infantil do ponto de vista da psicanálise, foi possível compreender o início, o meio e a continuidade desta história. Entretanto, agora na função de pesquisadora, foi possível vivenciar uma certa decepção ao ler e escrever sobre o momento em que a psiquiatria e a psicanálise pararam de andar juntas, principalmente em relação ao TEA, tendo em vista os impactos que resvalam ainda hoje na clínica do autismo infantil. Muitos psiquiatras desvalidam a importância da psicanálise e a grande maioria não encaminha tais crianças para o tratamento em psicoterapia psicanalítica ou psicanálise. Assim, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para esclarecer aos psiquiatras a importância da psicanálise para tais pacientes.

O desafio de abordar os principais conceitos teóricos psicanalíticos que versam sobre o autismo infantil, dentro da vertente inglesa, foi de grande responsabilidade. A psicoterapeuta-pesquisadora, que anteriormente possuía formação lacaniana e atuava dentro desta perspectiva na clínica pode portanto entrar em um terreno pouco conhecido o qual possibilitou encontrar respostas que até então, na experiência clínica outrora vivenciada, eram desconhecidas.

Nesse sentido, convém apontar que durante a realização do processo terapêutico do caso cujos fatos clínicos foram analisados, houve muitos momentos em que, na função de psicoterapeuta, foram vivenciados diversos momentos de dúvida quanto ao diagnóstico de autismo. Entretanto, a partir dos postulados de Tustin, foi possível conhecer diferentes aspectos que interferem na manifestação do autismo e conseqüentemente nos sintomas que podem ser presenciados na criança. Assim, na função de pesquisadora, foi possível compreender que encontrava-se em um estado encapsulado quando chegou para o tratamento, o que o impedia

de se integrar e de se relacionar com o outro. À medida que as intervenções foram acontecendo ele foi se reposicionando e saindo daquele estado, entretanto ainda apresentando características relacionadas ao autismo.

No decorrer do estudo, foi possível entender o quão delicado é a formação subjetiva de uma criança. A construção da relação com o outro a partir do olhar, da voz, da interação e da comunicação são construções que inspiram muito cuidado. Com certeza há muito mais, por trás do que já pode ser visto dentro da relação de uma criança e sua mãe. Especialmente no que tange ao autismo infantil, pois implica em considerar o atendimento a crianças cujo desenvolvimento foi atravessado por situações em que o desenvolvimento afetivo emocional não aconteceu de forma adequada. E, logo, demandam a importância de investimentos em prevenção e cuidado com a infância e as relações que a cercam.

Por outro lado, construir os fatos clínicos psicanalíticos, possibilitou melhor compreender o significado de trabalhar com ciência. Foi incrível olhar para trás e perceber que há duas psicoterapeutas em uma, a primeira que viveu a experiência clínica com Jonas há alguns anos atrás e outra, agora, ao finalizar este trabalho. Mergulhar em cada fato clínico e olhar para eles com o embasamento teórico que este estudo possibilitou à psicoterapeuta-pesquisadora, fez com que enxergasse para além do que já havia avançado até o momento dentro da experiência clínica vivenciada. Foi sem dúvida, erigir uma nova história fundamentada na constatação de que o clínico necessita de muita sensibilidade para construir algo novo dentro de si e da psicanálise e, a partir da análise e construção dos fatos clínicos psicanalíticos mencionados ao longo do estudo, também concordar com o que já foi escrito e estudado até hoje sobre o autismo infantil.

Assistir as filmagens, reler prontuários, reviver sentimentos, criar e construir novos pensamentos foram desafios muito profundos que contribuíram para a psicoterapeuta-pesquisadora se apaixonar ainda mais pela clínica do autismo infantil. Por entender e valorizar,

ainda mais, a importância da existência de um psicoterapeuta psicanalítico na vida de uma criança com autismo e sua mãe. Assim, compreendendo a importância de existir mais pesquisas como esta que validam a potência da psicanálise para crianças com autismo, bem como apostar, ressignificar e elaborar relações e histórias.

A constatação de que a intervenção psicanalítica pode promover “fendas no estado encapsulado” de uma criança com autismo, foi um dos pontos-chaves na realização deste trabalho. Talvez seja esta luz, representada pelas fendas, que puderam iluminar a vida de Jonas, puderam trazer trocas entre ele e os presentes no setting terapêutico (coterapeuta, mãe e a psicoterapeuta-pesquisadora). As interações por meio do olhar e da fala, possibilitaram aliviar a angústia de estar diante de uma criança que não interagia, pois à medida que ele foi se abrindo para o outro ele foi encontrando um novo mundo e, com o auxílio da psicoterapia, ele pode melhor desbravar o seu próprio mundo. Assim, também a psicoterapeuta-pesquisadora pode vivenciar emoções mais gratificantes no decorrer do processo.

Ao finalizar o estudo, considero que este trabalho realmente transformou a minha visão, não só pelo aprofundamento teórico e de experiência enquanto mestranda, mas também de transformar o meu modo de exercer a psicoterapia psicanalítica com crianças com autismo infantil. Outras perguntas continuarão existindo, mas, ter a possibilidade de encontrar na pesquisa muitas respostas, me dá a chance de continuar nesta caminhada.

Espero que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento do estudo e da prática clínica com crianças com autismo.

## REFERÊNCIAS

- Alvarez, A. (2020). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, desamparadas e que sofreram abusos*. São Paulo: Blucher.
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV—TR, *Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (J. N. Almeida, Trans.) (4a ed.). Artmed.
- Asperger, H. (1991). *Autistic psychopathy in childhood*. In U. Frith (Ed.). Cambridge University Press. (Trabalho original publicado em 1944).
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). DSM-5, *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (M. I. C. Nascimento et al, Trans.) (5a ed.). Artmed.
- Assumpção, F. B. Jr<sup>a</sup> & Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo Infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(I), 37-39. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Gv4HpMGyypXkmRMVGfRZF8G/?lang=pt>. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600010>
- Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Espanha: McGraw-Hill.
- Bettelheim, B. (1987). *A fortaleza vazia*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).
- Bick, E. (1991) A experiência da pele em relações de objeto arcaicas. In: Klein, M. *Desenvolvimento da teoria e da técnica*. (B. H. Mandelbaum, Trans.). (pp. 195-198). Imago. (Trabalho original publicado em 1967).
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados – Second thoughts* (W. M. de Melo Dantas, Trans.). Imago. (Trabalho original publicado em 1967).
- Busnel, M.C. (1997a). *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?*. São Paulo: Editora Escuta.
- Caponi, S. (2014). O DSM -V como dispositivo de segurança. *Physis*, 24(3), 741-763. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/physis/a/3JKXPsyDFSZqcMx4dcT94y/?lang=pt&format=pdf>. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>
- Catão, I. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Jama*. 285(24), 3093-3099. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.285.24.3093>
- Comunicação. (2022). In: *Oxford Languages*. Recuperado em Março de 2022. <https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>

- Conte, B. (2004). Reflexões sobre o método e a metodologia em psicanálise. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 1(3), 6-10.
- Dallazan, L., Giacobone, R. V., Macedo, M. M. K., & Kupermann, D. (2012). Sobre a ética em pesquisa na psicanálise. *Psico*, 43(1), 47-54. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11098>
- Dib, M. C. (2018). A procura de uma intenção comunicativa na ecolalia: estudo de um caso. *Jornal de psicanálise*. 50(93). 213-222. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352018000100017](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000100017)
- Dor, J. (1994). *Estrutura e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus.
- Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto F. (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*. 8(2) 1-15. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902011000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002)
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*. 47(87). 79-107. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352014000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006)
- Echeverria, M. (2015). O bebê já ouviu desde a barriga?. *Revista Crescer*. Recuperado de <https://revistacrescer.globo.com/Seu-bebe-nao-para/A-importancia-do-abraco/noticia/2015/09/o-bebe-ja-ouve-desde-barriga.html>
- Engolfado. (2021). In: *Dicio, Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus. Recuperado em Maio de 2021. <https://www.dicio.com.br/engolfado/>
- Fadda, G. M. & Cury, V. E. (2016). O enigma do autismo: contribuições sobre a etiologia do transtorno. *Psicologia em Estudo*, 21(3), 411-423. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2871/287148579006.pdf>
- Ferreira, J. A. (2014). *Nomeando o inominável: a evolução das contribuições teóricas de Frances Tustin acerca do funcionamento dinâmico autístico em crianças e adultos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis.
- Figueiredo, L. C. & e Minerbo, M. (2006). Pesquisa em Psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a17.pdf>
- Finelli, L. A. C. & Mendonça, A. S. M. (2015). Diagnóstico clínico x diagnóstico em psicanálise: a importância da escuta na construção do diagnóstico diferencial. *Revista Bionorte*. 4(1). 50-61. Recuperado de [http://www.revistabionorte.com.br/arquivos\\_up/artigos/a30.pdf](http://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a30.pdf)
- Freud, S. (1996). *Construções em análise*. In S. Freud. (Ed. & Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1996). *Estudos sobre a histeria*. In J. Strachey (Ed. & Trad.). Imago. (Trabalho



- original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In J. Strachey (Ed. & Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). *Os instintos e suas vicissitudes*. In J. Strachey (Ed. & Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Golse, B. & Desjardins, V. (2005). Corpo, formas, movimentos e ritmo como precursores da emergência da intersubjetividade e da palavra no bebê (Uma reflexão sobre os inícios da linguagem verbal). (R. O. Aragão, Ed & Trad.) *Revista Latinoamericana*. VIII (1). 14-29. (Trabalho original publicado em 2004). Recuperado de [http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/revistas/volume08/n1/corpo\\_formas\\_movimentos\\_e\\_ritmo\\_como\\_precursores\\_da\\_emergencia\\_da\\_intersubjetividade\\_e\\_da\\_palavra\\_no\\_bebê\\_uma\\_reflexão\\_sobre\\_os\\_inícios\\_da\\_linguagem\\_verbal.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/revistas/volume08/n1/corpo_formas_movimentos_e_ritmo_como_precursores_da_emergencia_da_intersubjetividade_e_da_palavra_no_bebê_uma_reflexão_sobre_os_inícios_da_linguagem_verbal.pdf)
- Gratier, M. (2017). A melodia antes das palavras? O papel da voz nas primeiras trocas sociais do bebê. In: Parlato-Oliveira, E. & Cohen, D. (Orgs.). *O bebê e o outro: seu entorno e suas interações*. (pp. 29-38). Instituto Langage.
- Guimarães, R. M. & Bento, V. E. S. (2008). O método do “estudo de caso” em psicanálise. *Psico*. 39(1). 91-99. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1484/2800>
- Happé, F., & Frith, U. (1991). Is autism a pervasive developmental disorder? Debate and argument: How useful is the "PDD" label? *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 32(7), 1167–1168. Recuperado de <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00356.x>. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00356.x>
- Harris M. A. (2018). A relação entre inatividade física e bem-estar mental: resultados de uma intervenção de atividade física em toda a comunidade baseada em gamificação. *Psicologia da Saúde Aberta*. 1-8. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102917753853>. doi: 10.1177/2055102917753853
- Interação. (2022). In: *Oxford Languages*. Recuperado em Março de 2022. <https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Agora*, 6(1), 115-138. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/agora/v6n1/v6n1a07.pdf>
- Kanner, L. (1943). *Autistic Disturbance of Affective Contact*. *Nervous Child*.
- Kanner, L. (1972). *Psiquiatria infantil*. (4nd ed.) Ediciones Siglo Veinte. (Trabalho original publicado em 1935).
- Klein, M. (1991). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. (pp. 85-118). Imago. (Trabalho original publicado em

1952).

- Klein, M. (1996). A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In: *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. (pp. 249-264). Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28 (I). S3-S11. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbp/a/jMZNbhCsndB9Sf5ph5KBYGD/?format=pdf&lang=pt>
- Korbivcher, C. F. (2007). Bion e Tustin. Os fenômenos autísticos e o referencial de Bion: uma proposta de aproximação. *Revista Brasileira de Psicanálise* 41(2),54-62. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2007000200006#:~:text=A%20proposta%20de%20incorporar%20o,constitu%C3%ADda%20nem%20registro%20de%20emo%C3%A7%C3%B5es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000200006#:~:text=A%20proposta%20de%20incorporar%20o,constitu%C3%ADda%20nem%20registro%20de%20emo%C3%A7%C3%B5es).
- Lacan, J. (2003). Alocução sobre as psicoses da criança. In: J. Zahar. *Outros Escritos*. (Trabalho original publicado em 1968).
- Laznik, M. C. (2013). *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Ágalma.
- Mahler, M. (1983). *As psicoses infantis e outros estudos*. (H. Mascarenhas de Souza, Trans.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA. (Trabalho original em 1979).
- Marques, C. F. F. C. & Arruda, S. L. S. (2007). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia*. 24(1). 115-124. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a13.pdf>
- Martínez-hernández, A. (2000a). *What's Behind The Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*.
- Martinago, F. & Caponi, S. (2019). Breve história das classificações em psiquiatria. *INTERthesis* 16(1). 73-90. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2019v16n1p73>. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>
- Mebarak, M., Martínez, M. & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfico analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervencion del autismo infantil. *Caribe*. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2009000200007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2009000200007&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Meltzer, D. (1979). *Exploracion del autismo*. (S. O. Gordon, Ed. & Trad.). Editorial Paidós S.A.I.C.F. (Trabalho original publicado em 1975).
- Mergl, M. & Azoni, C. A. S. (2015). Tipo de ecolalia em crianças com transtorno do espectro autista. *Revista CEFAC*. 17(6). 2072-2080. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/39KMSBFmTkdnyKgBqcZLGLm/?lang=pt&format=pdf>

- Miranda, F. D. (1993). Ecolalia em psicoses infantis. *Revista Bras. Cresc. Des. Hum.*, 3(2),63-77.
- Morsch, J. A. (2020). *Como pesquisar no CID: a importância e os principais códigos*. Recuperado de <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/classificacao-internacional-de-doencas>
- O'Shaughnessy, E. (1990). A teoria do pensar de W. R. Bion e novas técnicas em análise de crianças. In: Klein, M. *Desenvolvimento da teoria e da técnica*. (B. H. Mandelbaum Trans.). (pp. 196-209). Imago. (Trabalho original publicado em 1981).
- Oliveira, D. L. P., Caporal L. F. R. & Machado de Lima, G. M. (2018). DICK: um caso de Melaine Klein. *Revista Científica da FASETE*. 209-218. Recuperado de <https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/17/dick.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde CID 10*. (6nd ed.). EDUSP.
- Parlato-Oliveira, E. (2017). A importância da voz nos primórdios da constituição psíquica. In: Parlato-Oliveira, E. & Cohen, D. (Orgs.). *O bebê e o outro: seu entorno e suas interações*. (pp. 17-27). Instituto Langage.
- Quinodoz, J. M. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 5631-634. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=169075&indexSearch=ID>
- Ritvo, E. R. & Ornitz, E. M. (1976). *Autism: diagnosis, current research and management*. Spectrum.
- Rutter, M. (1979). Diagnosis and definition. In: *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press.
- Rutter, M. (1983). Cognitive deficits in pathogenesis of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 513-531.
- Saboia, C. (2007). Autismo e novas perspectivas clínicas. *Estilos da Clínica*. XII(23). 78-89. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/68507/71042>
- Sadok, B. J., Sadok, V. A. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (11nd ed). Artmed.
- Schuler, A. L. (1979). Echolalia: issues and clinical applications. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 44(4), 411-29.
- Silva, A. M., Reis, M. E. B. T. & Barbeiro, F. S. (2020). Serei Aceito? Estudo exploratório sobre as vivências emocionais do segundo psicoterapeuta. *Interação em Psicologia*, 24(1), 534-544. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/61231>. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v24il.61231>

- Silva, C. M. & Macedo M. M. K. (2016). O Método Psicanalítico de Pesquisa e a Potencialidade dos Fatos Clínicos. *Psicologia Ciência e Profissão*. 36(3). 520-533. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/FvV7ZY3SzJRf7rgLzVGjPpm/?lang=pt&format=pdf>. doi: 10.1590/1982-3703001012014
- Trevarthen, C. (2011). Desenvolvimento da intersubjetividade no primeiro ano de vida. In: Laznik, M. C.; Cohen, D. *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. (pp. 117-126). Instituto Langage.
- Tustin, F. (1975). *Autismo e psicose infantil*. (P. P. de Sena Madureira & I. Casson Ed. & Trad. Imago). (Trabalho original publicado em 1972).
- Tustin, F. (1984). *Estados Autísticos em Crianças*. (M. S. Pech & J. M. Xisto Ed. & Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1981).
- Tustin, F. (2017). A perpetuação de um erro. In: P. Strozenberg & V. Vinheiro (Orgs.). *Autismo*. (pp. 87-107). Revista da Escola Letra Freudiana.
- Vargas, R. M. & Schmidt, C. (2019). Autismo e esquizofrenia: compreendendo diferentes condições. *UFSM*. 1-12. Recuperado de <https://www.ufsm.br/unidades-universitarias/ce/wp-content/uploads/sites/373/2019/02/Rosanita-Moschini-Vargas.pdf>
- Vickers, A. & Zollman, C. (1999). ABC of Complementary Medicine Herbal Medicine. *British Medical Journal*, 319, 1050-1053.
- Vollmer Filho, G. (1994). A conceitualização do fato clínico psicanalítico. *Revista Brasileira Psicanalítica*. XXVIII (4). 673-685.
- Wan, M. W., Green, J., Elsabaagh, M. Johnson, M., Charman, T., & Plummer, F. (2013). Quality of interaction between at-risk infants and caregiver at 12-15 months is associated with 3-year autism outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 763-771. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12032>
- Winnicott, D. W. (1958). *Collected Papers- Through Paediatrics to psycho-analysis* (Tavistock: Londres). *Basic Books*. Recuperado de <http://freudians.org/wp-content/uploads/2014/09/Winnicott-Hate-and-Transitional-Objects.pdf>
- Winnicott, D. W. (1971). O brincar & a realidade. In: Salomão, J. (Org.). *Coleção Psicologia Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA.
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Imago. (Trabalho original publicado em 1956).