

Fundamentação histórica, teórica e clínica na análise de crianças com autismo

Ana Velia Vélez de Sánchez Osella¹

Resumo: A autora faz considerações sobre o conceito de autismo, através de fundamentações históricas na Classificação Internacional de Doenças (CID), no Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM) e na teoria e clínica psicanalítica de crianças com diagnóstico médico-psiquiátrico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Constrói uma cronologia, em torno de desses eixos, dos processos de maturação e da evolução da análise com crianças com autismo, apresentando material de dois casos clínicos.

Palavras-chave: psicanálise, Transtorno do Espectro Autista (TEA), crianças com autismo

As sociedades psicanalíticas e grupos constituintes da Fepal, impulsionados pela Direção de Crianças e Adolescentes desta, tomaram como fio condutor a discussão do sofrimento produzido pelo Transtorno do Espectro Autista (TEA). Durante o xxxi Congresso Latino-Americano foi gestada a Declaração de Cartagena e deu-se início à construção de uma Rede Aberta pela Internet, por meio da qual poderemos compartilhar inquietações e problemáticas da infância e adolescência com toda a América Latina.

Esse movimento é uma aposta no encontro e intercâmbio da pluralidade de enfoques, terapêuticas e intervenções educativas em consonância com as fortes evidências clínicas acumuladas através de nossas práticas de orientação psicanalítica. Para isso as entidades representativas e as sociedades psicanalíticas empenham seus esforços em encontrar

1 Membro titular e analista de crianças e adolescentes da Sociedade de Psicanálise de Brasília (SPBSB).

transações adequadas ao conflito entre o padecimento da infância e adolescência e as soluções que oferecemos. Convocam-se organizações não governamentais, instituições de saúde em geral, professores, grupos de pais e outros afins, preocupados e ocupados com a vulnerabilidade da infância na América Latina diante do excesso de patologização e medicalização. Veiculamos o *site* Semillar, uma “casa virtual” na qual possamos conformar uma rede de intercâmbio de experiências que estimule políticas ativas para o alívio do sofrimento das crianças, adolescentes e familiares.

Iniciou-se um projeto de divulgação chamado Relatos de Rua ou *Diarios de la Calle*, com o objetivo de divulgar as experiências que as sociedades psicanalíticas ou grupos de psicanalistas vêm desenvolvendo com setores vulneráveis da comunidade. Divulgar-se-ão filmes curtos, relatos de experiências ou cenas de trabalho, que possam ilustrar a atividade realizada e circular no canal de divulgação da Fepal, através do programa organizado pela diretoria atual. Esse espaço destina-se a que os psicanalistas latino-americanos apresentem suas experiências de trabalho nas ruas e as levem à comunidade, em rodas de conversa e diálogos; para mostrar o psicanalista de hoje, inserido nas problemáticas da atualidade, conciliando seu trabalho com o exercício de sua cidadania e buscando traduzir e diminuir as angústias, conflitos, desamparos e perdas que o ser humano enfrenta.

Este trabalho, inicialmente apresentado na Associação Psicanalítica de Guadalajara, México, no I Encontro Inter-Regional de Crianças e Adolescentes, “Entre a teoria e a prática psicanalítica na terapia de crianças e adolescentes”, teve como objetivo oferecer uma fundamentação histórica, teórica e clínica à terapia de crianças com diagnóstico médico-psiquiátrico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Na época, estimulada pelo texto “Sobre o que não podemos ceder”, de Bernard Golse, publicado na *Revista Francesa de Psicanálise* por ocasião da “proibição” aos psicanalistas de atenderem crianças com autismo, construí uma cronologia, em torno de dois eixos: por um lado, fundamentos psicanalíticos em torno do processo de maturação, e, por outro, as classificações dos transtornos mentais da Associação Americana de Psiquiatria (AAP).

Historicamente, “enfermidade mental” foi definida e classificada usando-se vários critérios.

Na Grécia Antiga, a pessoa que não participava da vida pública era chamada “idiota”, e, no século XIX, “idiotismo” passou a designar os que não saíam de si mesmos. Por isto, Hochmann, em 2009, falou de “uma história do autismo antes do autismo”.

Em 1811, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), psiquiatra francês e discípulo de Philippe Pinel, cunhou o termo “alucinação” e sucedeu seu mestre como chefe do Hospital de Salpêtrière em Paris diferenciando demência (doença mental) e amência (deficiência mental); nas palavras dele, o que tem a primeira é louco, o que tem a segunda é idiota. Com Esquirol o termo “idiotia” deixa de ser considerado uma doença, e o critério para avaliá-lo passa ser o rendimento educacional, abrindo assim as portas dessa nova área de estudo aos pedagogos.

Em 1840, a América do Norte, com base em um censo, reúne dados em que se dividiam os problemas mentais somente em idiotia e loucura.

Em 1869, a Associação Médico-Psicológica Americana definiu um sistema classificatório o qual, a partir de 1880, por meio de outro censo, especificou sete categorias: mania, melancolia, monomania, parestesia, demência, dipsomania e epilepsia.

Em 1886, Sigmund Freud, através de seus primeiros escritos pré-psicanalíticos, inicia elaborações teóricas sobre o desenvolvimento mental patológico e normal.

Em 1911, Paul Bleuler, denominou a demência precoce como esquizofrenia, e em 1912 utilizou o termo “autismo” para designar um dos seus sintomas, indicando perda de contato com a realidade e dificuldade de comunicação.

Em 1915, Freud, em “Luto e melancolia”, menciona as relações destrutivas que se podem estabelecer dentro do sujeito, quando “uma identificação concreta ocorre num contexto de hostilidade não resolvida”. Processos introjetivos concretos com referência ao autismo foram muito tratados posteriormente.

Em 1917, o Comitê de Estatística da Associação Médico-Psicológica Americana elabora a primeira Classificação Internacional

de Doenças (CID); e em 1918 foi editado um *Manual de caráter estatístico e epidemiológico*, com 22 tipos de distúrbios.

Em 1932, Melanie Klein postula que, com o início da posição depressiva, as ansiedades se agudizam, e os esforços reparadores “podem” interromper a maturação, produzindo um impasse no processo de separação e individuação.

Em 1943, Leo Kanner usou a palavra “autismo” para crianças que tinham inabilidade inata para estabelecer contato afetivo, dando ao fenômeno o nome de “distúrbio autístico inato do contato afetivo”. Em 1946 mudou o nome para “autismo infantil precoce”.²

Em 1944, Hans Asperger descreveu crianças com dificuldade de comunicação e de integração social, cujo quadro “denominou” psicopatia autista, para mais tarde mudar para síndrome autista. Seu trabalho tornou-se mais conhecido quando Lorna Wing fez um estudo com crianças que apresentavam sintomas semelhantes, porém, incluiu crianças com leve retardo mental. Desde então se tem procurado diferenciar autismo com e sem retardo mental.

Em 1945, Donald Winnicott começa seus estudos sobre desenvolvimento emocional primitivo, construindo sua teoria de normalidade dos processos de maturação e da origem dos distúrbios, colaborando amplamente para o entendimento do autismo. Em 1949, em conferências radiofônicas, falou da mãe devotada comum, como consagração natural das mulheres à tarefa da maternidade.

Em 1949, Margaret Mahler propõe dividir o desenvolvimento emocional do infante em: fase autista (0-1 mês), fase simbiótica (1-5 meses) e fase de separação-individuação (5-36 meses); esta última subdividida em 4 (quatro) subfases. Sua teoria era que psicoses infantis de tipo esquizofrênico poderiam ser autísticas ou simbióticas, ou ambas,

2 Sobre Paul, de 5 anos, escreveu: “Não havia de sua parte, qualquer ligação afetiva ... nunca olhava no rosto das pessoas e quando mantinha algum contato, as tratava como se fossem objetos”. Com estes aportes, o caso Dick de Klein, de 1930, se tornou mais claro. Klein escreveu: “Dick era destituído de afetos, não mostrava interesses, não brincava, não mantinha contato com o ambiente, juntava sons de forma inexpressiva, exibiu insensibilidade à dor, girava em torno de mim, como se eu fosse um objeto”, afirmando que era uma *inibição do desenvolvimento e não uma regressão*; não era *deficiência mental*, era diferente da *esquizofrenia*, e procurou estabelecer um *diagnóstico psicanalítico diferencial* entre os vários tipos de *psicoses infantis*.

na sua origem; podendo ir de síndromes predominantemente autistas a predominantemente simbióticas, com inumeráveis graus e formas de fracasso total ou parcial do processo. Referia-se ao autismo infantil e à psicose simbiótica como distúrbios de identidade.

Em 1949, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na CID 6, reserva pela primeira vez um setor específico para enfermidades mentais, que abrangia psicoses, psiconeuroses e transtornos da inteligência, do caráter e do comportamento.

Em 1951, Winnicott conceitua mãe suficientemente boa como aquela que se adapta as necessidades do bebê e compreende suas transformações desde a dependência absoluta, a relativa e a independência. Esse autor define os cuidados maternos, *holding*, *handling* e apresentação do objeto, como facilitadores da separação-indivuação e da integração/não-integração. O bebê, por meio do objeto transicional, objeto externo que exerce a função de amparo, substitui a mãe na relação fusional; e, quando ainda não tem a capacidade de manter a realidade externa presente na sua realidade interna, se os cuidados primários são interrompidos, ele pode perder-se no “continuar a ser” e provocar uma parada em seu desenvolvimento.³

Em 1952, foi desenvolvido o primeiro *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-I)*, com utilidade clínica, pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística da AAP, levando em conta a etiologia das patologias, e formalizou o diagnóstico como ferramenta da psiquiatria. O manual listou menos de 100 categorias, e termos como “mecanismos de defesa”, “neuroses” e “conflito neurótico” indicavam a influência da psicanálise na construção do manual. O manual utilizou a palavra “reação”, pela influência da psicobiologia de Adolf Meyer, para quem os transtornos mentais representavam reações a fatores biopsicossociais. Autismo aparece como sintoma da Reação Esquizofrênica Infantil.

Em 1956, Winnicott define preocupação materna primária como verdadeira enfermidade “normal”, que toma conta temporariamente da gestante, antes e depois do parto, e afeta as fases inaugurais do

3 Sobre o *ponto de partida* do autismo, Mahler o descrevia como “perda do objeto de amor simbiótico”; mas Winnicott expressou: “essa perda foi experimentada e sentida como perda de parte de *seu próprio corpo*, e não como perda da mãe ou de seu seio”.

desenvolvimento físico e psíquico do bebê. Em alguns casos, a mãe pode promover uma fuga para a “sanidade” e não conseguir excluir suas funções sociais ou profissionais, ou pode prolongar esse estado e impedir ou atrasar o processo de separação-individuação. Às vezes podem consegui-lo com um bebê, e não com outro.

Para Freud e Winnicott, cada ser humano traz um potencial inato para desenvolver-se, madurecer e integrar-se, mas, que a tendência seja inata, ele não garante que isso venha a ocorrer.

Em 1960, Winnicott teoriza sobre o potencial inato do bebê de expressar-se em gestos espontâneos. Quando o outro põe seu próprio gesto no lugar do gesto do bebê, sua espontaneidade e vivacidade podem ser gradualmente perdidos, e chamou a esse desenvolvimento defensivo de falso *self*. Em contrapartida, a resposta adequada a esses gestos inatos resulta numa experiência de confiança, que chamou de verdadeiro *self*, permitindo ao bebê aprender com suas experiências e lidar com suas emoções e fracassos.

Em 1962, Lorna Wing investiga os distúrbios do desenvolvimento, como consequência de ter tido uma filha com autismo. Quando sua filha nasceu na década do 1950, o tratamento predominante era psicanalítico, incluindo análises para os pais. Essa visão foi atribuída a Kanner, por ter questionado o papel dos pais na produção do quadro e também utilizado a expressão “mães geladeiras”, expressão mais divulgada em 1967 por Bruno Bettelheim. Afortunadamente, esse ponto de vista foi modificado pelo próprio Kanner.

Wing, apoiada nas suas observações e na descrição de Asperger, postula que, dependendo da severidade e variedade dos sintomas, o diagnóstico pode ser de autismo de alto funcionamento com atraso severo no desenvolvimento, ou situar-se em outra escala de um espectro maior. Cabe a essa autora a descrição do autismo como um espectro da combinação em vários graus e formas, dos 3 (três) déficits mais comuns:

Wing, apoiada nas suas observações e na descrição de Asperger, postula que, dependendo da severidade e variedade dos sintomas, o diagnóstico pode ser de autismo de alto funcionamento com atraso severo no desenvolvimento, ou situar-se em outra escala de um espectro maior. Cabe a essa autora a descrição do autismo como um espectro da

combinação em vários graus e formas, dos 3 (três) déficits mais comuns que ficaram conhecidos como Tríade de Wing:

- 1.alterações na comunicação verbal e não verbal,
- 2.dificuldade nas interações sociais
3. perda da capacidade imaginativa, com interesses restritos, estereotipados e repetitivos.

Em 1962, Wilfred Bion destaca a importância da capacidade de *rêverie* materna e teoriza sobre a função alfa/continente da mãe que, ao identificar-se com seu bebê, recebe, metaboliza e devolve modificadas as mensagens das angústias primitivas que ele emite, permitindo-lhe desenvolver sua capacidade de tolerar frustrações e de pensar.

Em 1966, Victor Lotter realizou o primeiro estudo epidemiológico sobre autismo na Inglaterra, e relatou um índice de 4,5 em 10.000 crianças de 8 a 10 anos. Em 2014, a epidemiologia apontou 1 em 110 crianças de 8 a 10 anos (o que corresponde a 4,5 em 500)

Em 1968, é editado o *DSM-II*, que listou 182 tipos de distúrbios, sem explicitar descrições diagnósticas. Elimina-se o termo “reação”, e a “reação esquizofrênica” do *DSM-I* passou a ser nomeada “esquizofrenia tipo infantil”. Termos psicanalíticos continuavam sendo cada vez mais usados, e autismo permanecia como sintoma.

Esther Bick (1968) conceitua “identidade adesiva” como uma condição na qual o bebê adere à superfície do objeto, como uma “segunda pele”, na tentativa de adquirir segurança e combater ansiedades catastróficas. Bick, pela observação de bebês e de crianças com psicoses, e Donald Meltzer, com base em sua experiência com crianças com autismo, relatam, em suas descrições, que, devido a um estado de não integração, essas crianças não se identificam com o interior do objeto e não desenvolvem noção de espaço interno; mantêm-se espelhadas nos outros, copiando e imitando. Meltzer percebeu que a imitação representava a fantasia de aderir ao objeto.

Berry Brazelton registrou:

diante do rosto imóvel e não responsivo da mãe, o bebê torna-se visivelmente preocupado e procura fazê-la reagir; o bebê “normal” recupera-se

logo dessa experiência transitória de falta de resposta da mãe; mas, em crianças susceptíveis ao estresse, essa experiência pode ter consequências trágicas para seu desenvolvimento mental e emocional. (1969, p. 15)

Brazelton aponta a depressão materna como fator de colapso da relação mãe-bebê, e postula que, na ausência de ligação mental com a mãe, a criança supervaloriza a ligação corporal física com ela.

Em, Meltzer (conceitua desmantelamento (*dismantling*), observando que o aparelho mental da criança com autismo é atraído pela percepção sensorial dos objetos, demonstrando uma estrutura psíquica “sem vida mental”, bidimensional, de mundo plano; uma estrutura desmantelada, que direciona os sentidos, de forma desordenada, para a qualidade do objeto mais estimulante no momento. As ansiedades persecutórias da posição esquizoparanoide, e os conflitos dolorosos da posição depressiva, parecem desviar-se da identificação projetiva e da identificação adesiva, e Meltzer chamou isso de “identificação narcísica”.

Em 1980, foi publicado o *DSM-III*, listando 265 diagnósticos com critérios que pretendiam ser neutros com respeito à etiologia, alegando-se que as causas de uma enfermidade devem constituir princípio classificatório somente quando “claramente conhecidas”. Este manual representa um divisor de águas entre psiquiatria e psicanálise, que compartilhavam o objetivo de compreender a etiologia. A credibilidade da psiquiatria tinha sido questionada, o governo tinha diminuído os gastos em investigações psiquiátricas, e os planos de saúde solicitavam métodos de avaliação e tratamentos “mais” adequados, justamente quando aparece “autismo infantil” como subcategoria em “transtornos globais do desenvolvimento”, e o conceito psicanalítico de neuroses é excluído.

Em 1984, Frances Tustin observa que diante das falhas de cuidados primários, a criança sente-se impelida a construir uma cápsula ou barreira, espécie de encapsulamento ou escudo protetor contra a realidade externa; e que, junto com a hipersensibilidade constitucional, isso teria se formado como consequência da separação corporal em relação à mãe.

Em 1987, o *DSM-III* passou por uma revisão e reapareceu com 292 diagnósticos. Admitindo inconsistências, o termo “neuroses” foi reinserido, mantendo-se, assim, uma visão psicanalítica, mas a perspectiva da psicanálise seria abandonada. Autismo infantil passou a ser transtorno autista (TA), e a esquizofrenia tipo infantil desapareceu, com a alegação de que é extremamente rara na infância. Numa segunda revisão, o *DSM-III-R* apareceu com a expressão “transtorno do espectro autista” (TEA) e formulou-se o primeiro conjunto de critérios para seu diagnóstico. Espectro autista tornou-se frequente como diagnóstico psiquiátrico, e se estabelece uma aliança entre psiquiatria, terapia medicamentosa e terapia cognitivo-comportamental; um compromisso que transparece nas “recomendações” da AAP para que esses tratamentos sejam aplicados.

Em 1990, Tustin contrapõe ao autismo de origem orgânica o autismo psicogênico. Sua hipótese é que se trata de crianças que possuem um fator de hiper-sensorialidade excessiva que não lhes permite o acesso ao mundo exterior. Tustin postula também o conceito de “barreiras autistas em crianças neuróticas”.

Freud em “Sobre o narcisismo” (1914) argumentou que “os instintos autoeróticos estão lá desde o início, de modo que deve ter ‘alguma coisa’ ligada ao autoerotismo, uma nova ação psicológica, para ocasionar o narcisismo”. Tustin propõe “mudar” essa afirmação e sugere que “a autossensibilidade não diferenciada está lá desde o início e no desenvolvimento diferencia-se em autoerotismo e auto-sadismo” (1990, pp. 53-54).

Tustin postula que, se o nascimento psicológico da criança encontra falhas no útero mental materno, não formará o sentimento de unidade com ela, dali resultando um desamparo originário, que cria um buraco negro (*black hole*). Quando vicissitudes próprias da vida tomam de repente as mães, elas precisando ou não de hospitalização ou medicação, fazem com que se apeguem a esse bebê, como se ele fosse parte de seu próprio corpo e ficam ancoradas nele, impedindo sua separação.

Em 1990, Geneviève Haag aponta o fato de que o analista de uma criança com autismo necessita

reparar suas respostas tônicas, sensoriais e somáticas, no sentido de tocar em zonas profundas do eu corporal, com uma parte que contém nossa

“identificação adesiva” e que “no plano da transferência”, se deve levar muito em conta o modo de identificação precoce que a criança com autismo tem com o analista. (p. 23)

Em 1992, a 10.^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) foi publicada como um sistema de códigos, relacionados com a clínica e com a investigação, e em 1994 o *DSM-IV* adotou esses códigos e conceituou cada transtorno mental como síndrome ou padrão comportamental. Este manual repetiu a descrição objetiva dos sintomas e continuou excluindo a etiologia.

O transtorno do espectro autista do *DSM-III-R*, passa a ser nomeado síndrome autista, nome dado por Asperger em 1944.

Em 1994, Anne Alvarez conceitua *reclaiming*, que significa reivindicar, convocar, chamar de volta, como uma convocação ativa e urgente do analista na direção do vir a ser do paciente; uma chamada de volta para a vida, para a existência como indivíduo; e acrescenta: “as crianças com autismo não estão fugindo ou escondendo-se, elas estão esperando que alguém vá ao seu encontro e as resgate”.

Em 1995, Alessandra Piontelli na Itália, abordando aspectos de embriologia, desenvolvimento humano e psicanálise, observou fetos por meio de ultrassonografia, e acompanhou as crianças até os 4 anos de idade, pelo método de observação de bebês de Esther Bick, comprovando que a interação com o ambiente começa muito mais cedo do que era geralmente considerado.

Em 1996, Thomas Ogden postula a posição autista-contígua, junto com a posição depressiva e a esquizoparanoide, dizendo que cada uma das três posições é caracterizada por suas próprias formas de angústias, defesas, relações de objeto, internalização e graus de subjetividade.

Em 2000, foi publicado o *DSM-IV-Revisado*, com 297 diagnósticos, incluindo diagnóstico diferencial e achados de laboratório. O manual autoproclamou-se atóxico e foi proposto para o ensino da psicopatologia. Afastado das bases psicanalíticas e sob a influência da farmacologia, das indústrias farmacêuticas e das neurociências, tornou-se “a bíblia da saúde mental”. A síndrome autista se manteve como referência para

novos transtornos globais do desenvolvimento (TGDs), aparecendo os subtipos transtorno de Asperger, de Rett e desintegrativo da infância.

Em 2004, Ignês Sodré destaca as consequências da introjeção não simbólica sobre o sentido de identidade. Ela sugere que o tipo de introjeção concreta é uma manobra tática da fantasia inconsciente para conseguir o empoderamento concreto do objeto, converter-se nele e assumir sua identidade. A identificação deixa de ser *ser como o objeto*, para transformar-se em *roubar ao objeto sua identidade*.

Em 2005, María Rhode inicia suas considerações sobre imitação precoce baseada num estudo de Kugiumutzakis de 1998, o qual comprova que os bebês imitam a protrusão da língua por adultos até 45 minutos após o nascimento, quer dizer, um período em que não se pode supor nenhuma influência da aprendizagem. Rhode, argumentando sobre essa imitação neonatal e a imitação mútua, a serviço do que Trevarthen em 1979 chamou de intersubjetividade primária, postula o conceito de imitação de desenvolvimento, exemplificando-a com situações nas quais mãe e bebê reproduzem as mesmas expressões, gestos e vocalizações. Defende sua proximidade com a identificação primária, e a aproxima da identificação projetiva. Essa autora também cita a investigação de Laura Lee de 2004, com crianças tendo autismo que respondem ao serem imitadas, e considera um dado clínico positivo de melhora analítica a imitação que a criança começa a desenvolver no vínculo com o analista.

Rhode também se refere ao contato visual espelhado – *mirroring*, um tipo de “mirada”, que possibilita à criança o reconhecimento de um terceiro objeto. Ela relaciona o terceiro objeto às condições edípicas, que por meio da imitação de desenvolvimento favorece a introjeção.

Em 2013 foi editado o *DSM-V*, com mais de 300 diagnósticos. Autismo infantil, transtorno autista, síndrome autista, transtorno desintegrativo da infância, transtorno generalizado do desenvolvimento não especificado e síndrome de Asperger fundiram-se num único diagnóstico: transtorno do espectro autista (TEA). Baseado na conduta observável, o transtorno do espectro autista foi transformado num transtorno do neurodesenvolvimento, o que revelou uma tomada de posição de ordem teórica com as neurociências.

Em 2014, Rhode chama de “Anexão” ao que tem as mesmas características e traz as mesmas consequências descritas por Sodré, com a característica adicional de que a criança com autismo vivencia em nível corporal o processo pelo qual adiciona algo para si mesma às custas do objeto, num tipo de introjeção não simbólica ou concreta em contraposição ao processo de internalização.

Para concluir cito a frase de Donald Meltzer: “A prática clínica é sempre mais avançada que a teoria” (1994, p. 138). Na prática clínica sempre é necessário repensar, flexibilizar e transformar a técnica além das teorias. Independentemente do que aconteceu, esteja acontecendo ou vier a acontecer entre psicanálise e psiquiatria em relação ao autismo, devemos promover o diálogo com membros da comunidade científica que praticam outras abordagens, e, principalmente, com pais e educadores.

Nas neurociências há consenso generalizado sobre a plasticidade do sistema nervoso, e não se podem descartar os fatores orgânicos e genéticos, pois sabemos que atuam com os fatores emocionais de forma permanente e com o desenvolvimento psíquico-afetivo em seu eterno devir. Particularmente, parto do pressuposto de que as forças para o desenvolvimento transcendem as forças que o detêm, principalmente quando trabalhamos com a noção de inconsciente.

As crianças com autismo são sementes a germinar, potencialidades que esperam ser resgatadas. São verdadeiros emergentes e muito responsivos ao humor e à atitude de presença do analista. Geralmente entendem muito bem o que se diz para eles. Devemos estar presentes e dispor de nossa subjetividade como instrumento de trabalho, para que possam emergir através de nosso olhar. Temos que reivindicar seu retorno ao desenvolvimento. Devemos promover interesses, curiosidades e imitações, para que saiam de suas relações desvitalizadas e repetitivas, e possam fugir do círculo da não elaboração. Devemos dar nome a seus sons, como fazem as mães com seus bebês.

Tecnicamente, os elementos fixos do *setting* psicanalítico se mantêm: sessões semanais, horários fixos, caixa de material para brincar individual. O que muda é a postura do analista: menos interpretativo e mais ativo, mais criativo, mais inventivo; buscando novos espaços e

novos canais de contato; escutando “aquilo” a que nos convocam contratransferencialmente esses pacientes.

Quanto mais cedo se inicia o tratamento, melhor. Isto já é, por si, uma linha de trabalho.

Material clínico

Caso 1 – Rafael

Rafael tinha 2 anos quando começou com sua crise de natureza autística. Esta coincidiu com o início de sua matrícula em uma creche. “Teoricamente” foi ali que apresentou os comportamentos de isolamento social. Não brincava com as outras crianças, não olhava quando falavam com ele, não olhava para os objetos que lhe eram mostrados e parou de falar e controlar os esfíncteres, tendo sido necessário voltar a usar fraldas; passou também a cobrir sua cabeça com o cobertor na hora de dormir.

De acordo com Esther Bick (1968, 1986), o cobertor teria a função de uma segunda pele e está relacionado ao sentimento de privação decorrente do abandono original e à perda de sensação de coesão física e psíquica. Para Rafael, representava uma verdadeira manta psíquica, como a dos adolescentes que se trancam em seu quarto e fazem dele sua segunda pele.

Seus pais, ambos da área de saúde, foram aconselhados por colegas e profissionais da creche a buscar ajuda psicanalítica. Resistiram alguns meses, e comecei com os atendimentos, duas vezes por semana, quando Rafael estava com 2 anos e meio de idade.

Durante as três primeiras sessões, a mãe permaneceu na sala de análise, depois Rafael aceitou que ficasse na sala de espera, deixando a porta aberta; mais três sessões, e decidi fechar a porta. Não houve nenhuma manifestação de parte dele, nem sequer para opor-se e continuou brincando sozinho, sem falar e sem olhar-me.

Em uma sessão em que não conseguia cortar um fio de barbante, perguntei se ele sabia que eu estava lá e que ele poderia me pedir ajuda. Ele não respondeu, não olhou para mim, mas colocou a tesoura e o rolo de fio de barbante nas minhas mãos para que eu cortasse. Passei mais

dois meses apenas como objeto passivo, sentada do seu lado fazendo a brincadeira de tampar e destampar meu rosto com as mãos (*Fort-Da*) e dizendo para ele: – a titia sumiu (cobrindo meu rosto), – uuuh! (descobrimo meu rosto). Numa sessão, tirei minhas mãos do meu rosto e não disse “uuuuh”; fiquei prestando atenção no que ele estava fazendo. Rafael virou seu rosto, olhou para mim e disse: – uuuh! Mostrava-me com isso que durante todo esse tempo ele tinha ficado ali comigo, também como objeto passivo. Interpretei para ele que estávamos brincando de esconde-esconde e que ele estava escondido, mas que ele queria que eu o encontrasse; que ele sentia que sua mãe, seu pai e seu irmão se escondiam dele, o deixavam sozinho, e que ele tinha medo de que o esquecessem na creche e que não o encontrassem mais... Virou o rosto para mim e me olhou como se indagasse quem era eu, que lia seus pensamentos.

A partir desse dia, Rafael começou a me permitir que tocasse nos seus brinquedos, mas insistia em não me dirigir o olhar e não falar. Retirava-se para sua imobilidade ante qualquer movimento mais insistente da minha parte para tirá-lo do mutismo. Eu entendia que precisava aguardar, esperar o tempo necessário dele, para não invadir seu espaço interno e não causar possíveis recuos na distância que tínhamos alcançado.

Em outra sessão, Rafael remexia na sua caixa de brinquedos buscando alguma coisa... ficou com muita raiva, me chutou e começou a chorar bem alto. Esse episódio de chutar, chorar e gritar como forma de comunicação era frequente com seus pais, irmão, empregada, colegas e professoras da escola quando estava frustrado com alguma coisa. Quando eu disse para ele que isso que estava sentindo era raiva, porque não estava encontrando algo, e era o mesmo que sentia quando ficava na escola e não sabia onde estavam seus papais e seu irmão quando ele não os estava vendo... Rafael me olhou com os olhos cheios de lágrimas, colocou os braços ao redor do rosto e ficou com a cabecinha apoiada na sua mesinha até o final da sessão.

Desde julho a dezembro do primeiro ano de análise, já havia mostrado muitos sinais de diminuir seu isolamento (encapsulamento) e suas barreiras contra o mundo exterior. Nessa ocasião, a família viajou para os feriados de final do ano e mais um mês de férias na praia. Quando

retornaram, a mãe precisava entregar um trabalho de final de curso e argumentou que estava muito ocupada e que não podia levar Rafael nas sessões, mas que ele estava “muito bem”, havia melhorado muito e talvez não precisasse mais.

Voltaram no final do mês de março, muito assustados com o estado regressivo que a criança apresentou novamente na escola, desta vez numa escola maternal em que tinha sido matriculado e que também os tinha chamado para falar do isolamento de Rafael.

Algumas sessões após o retorno, Rafael chegou ao consultório com o pai e pude observar a manifestação de agressividade de Rafael para com ele. Batia com muita agressividade no pai, chorava, se jogou no chão e ficou esperneando, muito agitado. Eu sentei numa cadeira da sala de espera e esperei ele se acalmar e poder dizer alguma coisa. Disse-lhe que eu entendia que ele não gostasse que papai ou mamãe o deixassem em outro lugar, porque ele gostava de ficar o tempo todo com eles, como quando estavam na praia, mas que papai estava ali porque queria ver a caixa de brinquedos dele e o que nós dois fazíamos... entrou correndo na sala de análise e pediu ao pai que entrasse com ele. Eu observei o quanto esse pai tinha dificuldade em perceber as necessidades de Rafael e como não sabia brincar com seu filho.

Para Rafael, qualquer mudança na forma como ele ordenava seus brinquedos e/ou programação de atividades que devíamos fazer tinha que acontecer como ele as imaginava. Caso contrário, seu mundo desmoronava instantaneamente. Dessa forma, as tentativas de tratamento com fonoaudiólogo, aulas de natação, hipismo, colônia de férias etc. falhavam e falhavam. Quando tentavam deixá-lo em algum lugar, mostrava seu olhar perdido e simplesmente se desconectava. Parecia entrar numa verdadeira experiência de abismo e de vazio, onde o nada para o qual se transportava parecia aterrorizante.

Foi necessário que seus pais compreendessem que Rafael tinha sua dinâmica interna própria e que era muito importante que respeitassem seus tempos e entendessem que, gritar, chorar e agredir eram a maneira de comunicar-se e sentir-se e manter-se vivo.

No final do segundo ano de análise, Rafael conseguiu sair da crise e mostrou mais estabilidade e segurança em sua capacidade de

entender-se e controlar-se a si mesmo; os pais aceitaram que deviam esperar que o tratamento se consolidasse no mundo interno de Rafael, e assim continuamos um terceiro ano de cuidados analíticos. Sua melhora confirmou que estávamos no caminho certo.

Quando Rafael já estava com 5 anos de idade, na escola disseram que já havia passado para o outro lado, tanto na interação social quanto nos outros aspectos regressivos, que seu comportamento estava normal para sua idade cronológica e que sua inteligência era acima da média. No ano anterior, já conhecia todos os números e identificava todas as letras sem que ninguém lhe tivesse ensinado.

No final desse ano a família mudou-se para uma cidade de praia, e eu considero esse caso como um exemplo de crianças que desenvolvem uma espécie de encapsulamento com barreiras e defesas autistas, que devem continuar com assistência psicanalítica, principalmente na entrada da puberdade, antes de entrarem na adolescência propriamente dita.

Caso 2 – Gianluca

Esse segundo caso é mais complicado. Também uma criança com desenvolvimento cognitivo “normal” até os 2 anos e meio. Os pais, porém, só procuraram ajuda quando Gianluca estava com 3 anos e meio.

Com essa idade, Gianluca falava inglês com o pai, espanhol com a mãe, línguas paterna e materna respectivamente, e um pouco de português com a babá e na escola, apesar de estar matriculado numa escola de língua inglesa. Não entendiam, porém, muito bem o que ele dizia, porque Gianluca falava “muito suavemente” e também porque ficava a maior parte do tempo assistindo a desenhos animados em outras línguas, repetindo expressões em francês, alemão, italiano e até chinês, que ninguém conseguia entender.

De acordo com a mãe, Gianluca era muito “ligado a sua primeira babá, que era americana” e não se acostumava com a babá brasileira porque “ela” não o entendia. Acredito que essas justificativas eram a causa da negação de que havia algo estranho em relação ao seu filho. Somente quando a escola mostrou a esses pais um vídeo de como seu filho não interagia em absoluto com as outras crianças, permanecia isolado, brincava no canto da sala sozinho, não se integrava nas tarefas

que a professora propunha, não olhava para nada ou para ninguém, não respondia a nada que lhe dissessem, não obedecia aos comandos de nenhum professor e como apenas “repetia” o que lhe diziam em terceira pessoa, foi que eles entenderam que não era apenas um problema com a babá e os outros funcionários do lar.

Para a mãe, sua única preocupação era que ela não conseguia que Gianluca contasse absolutamente nada sobre o que tinha acontecido na escola, porque com eles (mãe e pai) falava “normalmente”, mesmo que fosse apenas do “momento atual”, do aqui e do agora, e na “terceira pessoa”. Por isso sustentava que eram os professores deste país que não sabiam lidar com as crianças.

Em lugares públicos, Gianluca ficava “grudado” com eles, e chamavam isso de timidez, até que lhe mostraram o vídeo gravado na sala de aula e chegaram à consulta muito preocupados com o grau de afastamento que Gianluca mantinha com as outras crianças.

Começamos a trabalhar com três sessões semanais, e rapidamente Gianluca fez uma transferência do tipo “adesiva” comigo, que agradou muito aos pais. Apesar de sua alegria aparente quando chegava ao consultório, não me olhava, apenas me abraçava e ficava em contato por um longo tempo. Realmente, o pouco que Gianluca falava era em terceira pessoa e durante quase um ano houve pouca melhora nesse sentido, e as mudanças emocionais foram minimamente significativas. Meu sentimento era que seu processo de individuação continuava paralisado, do mesmo jeito que quando tinham começado os atendimentos.

Apesar da afetividade e alegria que mostrava ao chegar, Gianluca entrava na sala de análise e brincava sozinho. Eu não existia. Ele me fazia sentir um sentimento de exclusão enorme, que eu imaginava ser o que ele mesmo sentia. Nem o jogo de aparecer e desaparecer (*Fort-Da*) atraíam sua atenção. Nem me esconder fisicamente atrás da poltrona para ele me buscar funcionava. Parecia que nunca nada iria acontecer. Eu sentia que essa criança tinha bloqueada toda sua capacidade criativa, incluída a capacidade de pedir ajuda. Que a ela não lhe foi permitido perguntar nada nem saber nada. Ele tinha se tornado incapaz de chamar o outro, porque o outro não estava lá para ele, até que eu percebi que não havia outro, tampouco havia “eu”, ele não era ele. A modo de exemplo:

na hora que saía do consultório com o pai, o pai dizia: – Você quer sorvete? Resposta – Quer sorvete.

Sua falta de “separação-individuação” fazia que nenhum objeto da caixa de brinquedos atraísse sua atenção, era tudo a mesma coisa. Abria a caixa e misturava tudo, tirava todos os lápis da caixa, todas as canetinhas, todas as massinhas, remexia para ficar bem bagunçado, e finalmente pegava os dois menores carros mais pequenos que havia na caixa, objetos duros, um em cada mão, e “fusionava” com eles, os mantinha fortemente apertados nas mãos, jogava-se no chão e girava junto com eles, como se ele fosse os carrinhos. Não havia nenhum grau de diferenciação.

Passou muito tempo até que outros objetos inanimados, nunca bonecos ou animais, tivessem lugar em seus jogos repetitivos, como “objetos intermediários”. Formava uma grande coluna com as peças de Lego para finalmente ter o prazer de derrubar a pilha. O prazer não era fazer, era deixar desmoronar, e esse era o único movimento durante toda a sessão.

Em outra sessão foi mordendo uma a uma todas as pontas de lápis, tirando uma a uma todas as cargas das canetinhas, tirando pernas dos bonecos e patas dos animais, tirando todas as rodas dos carros, destruindo, destruindo, destruindo, até que não sobrasse mais nada inteiro. Os pais relataram que assim fazia com todos os brinquedos e tinham que estar sempre comprando mais...

Após essa sessão que destruiu tudo, chega na sessão seguinte, abre a caixa e olha para mim, me mostra com os olhos a “necessidade” de novo material para destruir. Penso na presença do terceiro que haverá de interditar-lo, e digo-lhe: – você (e toco no braço dele) e eu (e toco no meu braço). Você é uma pessoa e eu sou outra pessoa. Você está ali e eu estou aqui (sempre o tocando e ele me tocando). Gianluca olha finalmente para mim, e me toca no braço e toca no dele. Toca no meu braço e toca no seu. Iniciamos ali uma brincadeira, uma brincadeira amorosa. Gianluca começa a olhar para mim como outro, como outro que é diferente dele.

Chega na sessão seguinte e repete a brincadeira, assim muitas sessões, mas eu não comprei novo material para sua caixa, ele abria,

via tudo quebrado e misturado e me olhava, eu estava sendo diferente, mas ele não fazia nenhum movimento. Não reclamava, não dizia nada, parecia que não se importava, que era totalmente insensível.

Um dia entra e disse: “Queres uma balinha?”. Eu sabia que isso significava que ele queria uma balinha, mas estava acostumado com os pais, que o entendiam e a davam para ele. Eu respondi: “Não, não quero, muito obrigado”. Ele novamente: “Queres uma balinha?”, “Não, muito obrigada”. “Queres uma balinha?”, “Não, muito obrigada”. Nossa “brincadeira” deixou de ser o toque físico, para ser uma brincadeira com a nossa fala... Repetiu isso em muitas sessões. Era muito cansativo para nós dois. Um dia chegou e disse: “Quero uma balinha”, claro que estava preparada para dar uma balinha o dia que conseguisse e tinha balinha na minha bolsa. Dei uma balinha para ele e perguntei: “Quem quer uma balinha?”. E continuamos com essa brincadeira: “Quero uma balinha”, “Quem quer uma balinha?”... e assim desenvolvendo aos poucos sua noção de identidade, seu crescimento e sua organização interna. No final da análise, que foi anunciada seis meses antes da mudança deles para outro país, ele já dizia: “Eu quero uma balinha”.

Mesmo que parecesse repetição, nunca era repetição do mesmo. Eu observava seus movimentos mais sutis, até sua postura corporal de como ele poderia me fazer entender o que ele queria... houve todo um começo de individuação que começava a manifestar-se, diferente do antigo recuo para o isolamento e para o encapsulamento como defesa.

Depois disso houve uma sessão em que chegou, se sentou na sua cadeirinha e com muito esforço, gaguejando e muito baixinho, com som quase inaudível, balbuciou estas palavras: “Ma-ma-ma-Marcelo viajou”.

Marcelo observava crianças na sua escola para sua tese de mestrado e tinha conseguido se comunicar muito bem com Gianluca. No final da sessão, confirmei essa informação com o pai, que ficou muito surpreso por Gianluca ter lembrado disso, já que havia acontecido na semana anterior. O passado tinha começado a existir. O passado naquele dia se tornou presente em seus sentimentos. Talvez o ma-ma-ma... lembrasse as viagens frequentes da sua mãe, porque ela saía às escondidas. Quando Gianluca acordava, corria para o quarto do casal e encontrava a cama vazia. Só o pai se encontrava nela e ele chorava na janela o resto do dia.

O pai não conseguia que ele parasse de chorar. Só parava de chorar à noite quando ia dormir, porque o pai ali dava uma solução: prometia para ele que a mãe estaria ali quando ele acordasse na manhã seguinte...

Assim fomos trabalhando com Gianluca, às cegas, sem saber muito bem como podíamos fazer seu resgate.

Algumas semanas depois, Gianluca entra na sala de análise e diz, com dificuldade e gaguejando ainda: “Ho Ho Hoje, Jesus... vai para casa”. Mesmo que eu perguntasse o que ele tinha dito e pedisse para repetir, ele não repetia. Teria mesmo dito Jesus? Também perguntei ao pai sobre isso quando abri a porta. Mais uma vez, o pai ficou surpreso, porque Gianluca continuava sem contar absolutamente nada para eles da escola, mesmo perguntando todo dia, e estava ali, contando coisas do seu cotidiano para mim. Soube nesse dia que Jesus é o nome do filho do jardineiro e naquele dia eles estavam lá. O jardineiro tinha passado a levar seu filho o dia que trabalhava na casa deles, para brincar com Gianluca. Eu sentia que aquele absolutamente nada que o pai falava era o vazio da presença do outro para o qual Gianluca se sentia um nada. Nada disseram a ele quando vieram para o Brasil. Nada disseram sobre a sua primeira babá, que desaparecera, nada sobre os brinquedos que ele tinha lá, ele mostrava que odiava os que compravam aqui e os quebrava. Subiram em um avião e não voltaram mais. Aqui tinham outra casa, outra babá, outro idioma, outra escola, outros professores...

Ele não sabia nomear, não sabia nomear a si mesmo, não dizia seu próprio nome. Seu pai falava seu nome em um idioma, a mãe em outro, na escola... seria outro? Eu pedia para ele olhar nos meus olhos e perguntava: “Quem você é?”, “Quem está ali?”. A resposta demorou a chegar, mas para minha surpresa um dia levantou os dois braços e disse: “Eu sou Gianluca!”

Uma sessão saí da sala de análise para pegar papel, e a porta do consultório se encostou. Abri rapidamente, porque me pareceu que Gianluca a tinha fechado e poderia trancar-se com chave. Estava imóvel, sem respirar, apavorado. Percebi que tinha passado um momento de grande temor e disse-lhe: “Isso que você sentiu se chama medo”. Imediatamente começou a repetir: “Medo de água, medo de água”. Tinham me falado dias antes que o poriam em aulas de nataçãõ, e ali

estava ele conseguindo expressar no seu mundo da sala de análise, o que sentia... Gianluca podia dar nome agora aos seus sentimentos. Falei para o pai no término da sessão... Depois disso me relataram tantas experiências, em que provavelmente ele passou muito medo, até quando uma vez se perdeu em um aeroporto quando era muito pequeno e danado...

Na escola tornou-se uma criança mais dinâmica, principalmente nas aulas de música e foi se integrando com seus colegas de classe, especialmente com uma menina. Além disso, conseguiu estar mais atento aos comandos de tarefas dos professores, mas demorou a responder quando perguntado e raramente se importava em obedecer.

Segundo o pai, deixou de chorar ininterruptamente com as viagens da mãe e imagina que é porque se sente mais protegido pela minha presença, porém, agora a mãe faz o possível para viajar depois de deixá-lo na escola e voltar à noite, mesmo que seja em um voo muito tarde, para estar deitada no quarto quando ele entra. Acreditam que a desinibição na escola é resultado da análise. Eu penso que, momentaneamente, Gianluca tinha feito uma nova adesão a outra superfície, e o analista trabalhou como “objeto de transição”, que permitiu um “reinício” no seu processo de maturação.

Levaram Gianluca para Nova York e realizaram os testes laboratoriais, testes de avaliação e testes diagnósticos, e confirmaram: autismo. Aconselharam-lhes terapia cognitivo-comportamental e também foram informados de que fariam nova mudança de país. Antes da mudança voltei a conversar com eles sobre autismo “psicogênico”; sobre o sofrimento e o estresse de Gianluca diante das perdas; sobre sua falta de tolerância em relação às mudanças e principalmente sobre o estabelecimento de novos vínculos.

Antes das férias a mãe me liga emocionada. Quando chegou em casa, fez a pergunta de sempre: “O que você jantou?” Gianluca respondeu: “Jantou batatas”. Ela continuou: “Com carne?” Resposta: “Comeu carne”. Não fez nenhuma outra pergunta e Gianluca continuou: “Comeu tomate”, “Comeu pão”. O pai confirmou que esse tinha sido o jantar dele. A mãe relatou que ficaram muito felizes, embora ele ainda falasse em terceira pessoa. Na volta das férias e durante a viagem, eles perceberam

o quanto Gianluca estava independente e se afastava deles. O menino que se podia deixar tranquilo porque permanecia grudado neles, agora era novamente a criança danada de quem deviam correr atrás para não desaparecer.

Ao interromper o tratamento de Gianluca, sem dúvida, muitas questões permaneceram abertas. Não há como dizer se as intervenções e interpretações com as quais trabalhamos serão capazes e suficientes para resgatar Gianluca e promover sua separação, individuação e obter sua própria identidade.

Notas

Relação de alguns comportamentos e sintomas de Gianluca que influenciaram no seu diagnóstico médico do transtorno do espectro autista (TED):

1. Permanência em um estado não organizado, indiferenciado e não constituído;
2. Sem imaginário, sem simbólico, sem memória, sem desejo, apenas no Real;
3. Comportamentos desorganizados e estereotipados;
4. Imersão em um mundo de indiferença;
5. Vínculos extremamente adesivos;
6. Agressividade oral, rasgando objetos com os dentes;
7. Manifestações autoagressivas, como morder seus dedos e seus braços;
8. Velocidade para superar seus momentos de raiva;
9. Manifestações agressivas, como lançar objetos contra as paredes;
10. Fazer movimentos ameaçadores de agressão, apesar de não atacar de fato o outro;
11. Faltas e falhas para estabelecer contato com outras crianças e com adultos na vida social;
12. Desvio do olhar;
13. Mutismo por longos períodos;
14. Conversar consigo mesmo, do tipo balbucio, não permitindo que o outro ouça, como se o que ele tivesse a dizer só interessasse a ele;
15. Preferência para brincar com objetos duros, geralmente com carros;

16. Mastigação voraz dos alimentos que lhe são oferecidos, engolindo quase que imediatamente, mesmo balinhas grandes e muito duras.
17. Incapacidade de iniciativa para se deslocar para outros objetos.

Fundamentación histórica, teórica y clínica en el análisis de niños con autismo

Resumen: La autora hace consideraciones sobre el concepto de autismo, a través de fundamentaciones históricas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y en la teoría y clínica psicoanalítica de niños con diagnóstico médico-psiquiátrico del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Construye una cronología, en torno a esos ejes, a los procesos de maduración y a la evolución del análisis con niños con autismo, presentando material de dos casos clínicos.

Palabras clave: psicoanálisis, Trastorno del Espectro Autista (TEA), niños con autismo

Historical, theoretical and clinical background in the analysis of children with autism

Abstract: The author makes considerations about the concept of autism, through historical grounds in the International Classification of Diseases (CID), in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and in the psychoanalytic theory and clinic of children with medical-psychiatric diagnosis of Autistic Spectrum Disorder (ASD). It constructs a chronology, around these axes, around of processes of maturation and around the evolution of the analysis with children with autism, presenting material from two clinical cases.

Keywords: Psychoanalysis, Autistic Spectrum Disorder (ASD), children with autism

Referências

- Bick, E. (1967). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. *Revista Psicoanalítica Argentina*, 24(1): 97-115.

- Bick, E. (1991). A experiência de pele em relações arcaicas. In E. B. *Melanie Klein Hoje* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1968)
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. (M. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, p. 15.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1994). Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association-APA.
- Grandin, T. (1994). *Ma vie d'autiste*. Paris: Odile Jacob.
- Grandin, T. (1997). *Atravesando las puertas del autismo*. Paidós Ibérica. (Trabalho original publicado em 1986)
- Grandin, T. (1999). *Uma menina estranha (autobiografia)*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Grandin, T. (2015). *O cérebro autista*. Rio de Janeiro: Record.
- Harris, M. (1988). *Crianças e bebês. À luz de observações psicanalíticas* (M. P. Mélega, Rev. téc. e pref.). Enciclopédia Aberta da Psique. São Paulo: Vértice/Editora Revista dos Tribunais, p. 119.
- Hochmann, J. (2009). *Histoire de l'autisme, de l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement*. Paris: Odile Jacob.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. (1944). Early infantile autism. *J. Pediatr.*, 25, 211-217.
- Kanner, L. (1969). Intervention au 1er Congrès de la NSAC (National Society of Autistics Citizens).
- Kanner, L. (1972). How far can autistic children go in matter of social adaptation? *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2(1), 9-33.
- Kanner, L. (1973). The birth of early infantile autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 3(2), 93, traduction de Laurent Gillette.
- Kanner, L. (1995). Les troubles autistiques du contact affectif. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38(1-2), 65-84. (Trabalho original publicado em 1943)
- Klein, M. (1963). *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago.
- Levine, S. (1962). Infantile experience and resistance to physiological stress. *Science*, 135, 405-406.
- Lisondo, A. B. D. (2001). Na simbiose patológica, uma concha autística para dois: na psicanálise, nasce o ser e a linguagem. In R. B. Graña & A. B. S Piva (orgs.), *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectiva para um novo século* (pp. 165-180). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lisondo, A. B. D. (2003). Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Interpelaciones entre la clínica y la teoría. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Buenos Aires: APdeBA, 87-119.

- Mahler, M. S. (1971). Un estudio del proceso de separación-individuación: Y su posible aplicación a borderline fenómenos en la situación psicoanalítica. *El Estudio Psicoanalítico del Niño*, 26, 403-424.
- Mahler, M. S. (1974). Simbiosis y la individuación: El nacimiento psicológico del infante humano. *El Estudio Psicoanalítico del Niño*, 29, 89-106.
- Mahler, M. S. (1975). En el estado actual de la neurosis infantil. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Americana*, 23(2), 327-333.
- Mahler, M. S. (1977). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Mahler, M. S. (1983). *As psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mahler, M. S. & Furer, M. (1972). Psicosis infantil: una declaración teórica y sus implicaciones. *Diario de Autismo y Niñez Esquizofrenia*, 2(3), 213-218.
- Mahler, M. S. & McDevitt, J. B. (1982). Reflexiones sobre la emergencia del sentido de sí mismo, con especial énfasis en el yo corporal. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Americana*, 30(4), 827-848.
- McDougall, J. (1991). Sobre a privação psíquica. In J. McDougall, *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mélega, M. (1987). Observação da relação mãe-bebê. Instrumento de ensino em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 21(3) 309-323.
- Meltzer, D. (1994). *Apreensão do belo*. São Paulo: Imago.
- Meltzer, D. (1997). *Sinceridad y otros trabajos – Obras escogidas de Donald Meltzer*. Buenos Aires: Patia.
- Ogden, T. (1989). Sobre o conceito de uma posição autista-contígua. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 30(2), 341-364.
- Ogden, T. (1994). *Isolamento pessoal: o colapso da subjetividade e da intersubjetividade*. Os Sujeitos da Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. (1996). *O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos*. Os Sujeitos da Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. (1996). *Analizando a matriz da transferência-contratransferência*. Os Sujeitos da Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Piontelli, A. (1997). L'observation des jumeaux dès avant et a naissance. *Le bébé dans tous ses états* (pp. 41-48). Colloque Gypsy II. Paris: Odile Jacob.
- Rhode, M. (2005). *Mirroring, imitation, identification: the sense of self in relation to the mother's internal world / Espejamiento, imitación, identificación: el sentido de sí mismo en relación con el mundo interno de la madre*. Auditório do Incor, São Paulo.

- Rhode, M. (2014). ¿De quién son y para dónde van los recuerdos? Problemas relativos a la interiorización en niños del espectro autista. *Libro Anual de Psicoanálisis*, 28(1), 163-183.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Sociedade de Psicanálise de Porto Alegre (2004). *Revista de Psicanálise – Homenagem a Donald Meltzer*, 11, pp. 437-448.
- Sodré, I. (2004). ¿Quién es quién? – Apuntes sobre las identificaciones patológicas.
- Soler, C. (1990). Hors-discours: autisme et paranoia. *Feuillets Psychanalytiques du Courtil*, 2, 9-24.
- Tustin, F. (1972). *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1972)
- Tustin, F. (1984). *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Tustin, F. (1990). *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1951)
- Winnicott, D. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago.
- Winnicott, D. (1978). Preocupação materna primária. In D. Winnicott, *Textos selecionados – Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945)
- Winnicott, D. (1979). *The Piggle: o relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1977)
- Winnicott, D. (1982). *A criança e seu mundo* (6.ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Winnicott, D. (1984). Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. (1988). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (2.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965)
- Winnicott, D. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)
- Winnicott, D. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954/1967)

- Winnicott, D. (1990). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. (1990). *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)
- Winnicott, D. (1991). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986)
- Winnicott, D. (1993). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986)
- Winnicott, D. (1997). *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996)
- Winnicott, D. (1999). *Conversando sobre crianças [com os pais]*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993)
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. Winnicott, *Textos selecionados – da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945)
- Winnicott, D. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965)
- Winnicott, D. (2005). Explorações psicanalíticas. In C. Winnicott, R. Shepperd & M. Davis (Orgs.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1998)

Ana Velia Vélez de Sánchez Osella

anaveliavelez@hotmail.com

