



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**  
**Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

---

**Heleny Silvia Scrocchio Romero**

**A Clínica dos Transtornos Autísticos:  
Considerações Psicanalíticas**

**São José do Rio Preto**  
**2009**

Heleny Silvia Scrocchio Romero

A Clínica dos Transtornos Autísticos:  
Considerações Psicanalíticas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

São José do Rio Preto  
2009

Romero, Heleny Silvia Scrocchio

A clínica dos transtornos autísticos: Considerações  
psicanalíticas / Heleny Silvia Scrocchio Romero

São José do Rio Preto, 2009

108 p.;

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José  
do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

1. Transtorno autístico; 2. Método psicanalítico infantil;  
3. Infância.

Heleny Silvia Scrocchio Romero

A Clínica dos Transtornos Autísticos:  
Considerações Psicanalíticas

Banca Examinadora

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre

Presidente e Orientador: **Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila**

2º Examinador: **Profa. Dra. Eliana Márcia Sotello Cabrera**

3º Examinador: **Profa. Dra. Luci Helena Baraldo Mansur**

Suplente: **Prof. Dr. Raul Aragão Martins**

**Profa. Dra. Maria Cecília Bérghamo Braga**

São José do Rio Preto, 18/05/2009

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial .....	ii
Agradecimentos .....	iii
Epígrafe .....	v
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
<b>1. Introdução .....</b>	<b>01</b>
1.1. Transtornos Globais do Desenvolvimento: Definição e Fundamentação Teórica .....	02
1.2. Questões Correntes sobre os Transtornos Autísticos .....	08
1.2.1. A Origem (Genética) .....	08
1.2.2. Epidemiologia .....	09
1.2.3. Vacinas.....	10
1.2.4. Comorbidades .....	12
1.2.5. Aspectos Neurobiológicos .....	13
1.3. A Psicanálise dos Transtornos Autísticos.....	14
1.4. Objetivos .....	20
<b>2. Casuística e Método .....</b>	<b>21</b>
2.1. Sujeito .....	22
2.2. Método .....	22
2.3. Procedimento .....	22

2.4. O Método Psicanalítico .....	23
2.5. O Método Psicanalítico Infantil: O Brincar e o seu Significado.....	24
2.6. O Método Qualitativo: Estudo de Caso .....	28
2.7. Local de Atendimento: Materiais Utilizados.....	30
2.8. A Questão Diagnóstica do Sujeito Autista.....	31
<b>3. Apresentação do Sujeito.....</b>	<b>33</b>
3.1. Entrevista com os Pais.....	35
3.2. Entrevistas com Profissionais Cuidadores .....	37
3.3. Evolução do Sujeito.....	38
<b>4. Considerações Teórico-Clínicas: Sessões Psicanalíticas.....</b>	<b>42</b>
4.1. Os Primeiros Encontros: Conhecendo a H e a Sala de Trabalho ...	45
4.2. Os Primeiros Contatos: Algumas Descobertas a Respeito do Mundo da Imaginação.....	47
4.3. Novos Elementos são Introduzidos: Objetos e Pessoas.....	48
4.4. Reconhecendo H: Investigando o seu Interior .....	48
4.5. As Primeiras Frustrações em Relação à H .....	50
4.6. Dividindo a H: Reconhecimento do Outro .....	51
4.7. Tentativas de Simbolizar: Juntando Objetos/Desenhos/Palavras, Entendendo as Separações .....	53
4.8. Episódio de Regressão: Percebendo a Analista .....	54
4.9. Mudança Catastrófica: Sobrevivendo à Mudança de Sala.....	55
4.9.1. Primeira Sessão Sobre o Tema da Mudança .....	55
4.9.2. Segunda Sessão Sobre o Tema da Mudança .....	58
4.10. Reconhecendo o Próprio “Eu” Através dos Orifícios Corporais .....	59

<b>5. Discussão.....</b>	<b>63</b>
<b>6. Conclusão .....</b>	<b>71</b>
<b>7. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>74</b>
<b>8. Bibliografia Consultada .....</b>	<b>85</b>
<b>9. Apêndices .....</b>	<b>88</b>
<b>10. Anexos.....</b>	<b>96</b>

*Aos meus netos: **Murilo, Enrico, Clara, Enzo e Filippo**, que receberam a graça de vir ao mundo, bonitos e saudáveis.*

## ***Agradecimento Especial***

---

- ✓ Ao Prof. Dr. **Lazslo Antonio Ávila**, meu amigo e orientador, que sempre me recebeu com disposição, respeito e generosidade, minha admiração e meus mais sinceros agradecimentos.

## **Agradecimentos**

---

- ✓ À **família de L**, que confiou seu filho a mim, acreditou no meu trabalho e permitiu que ele fosse sujeito desta pesquisa.
  
- ✓ À **Marly Terra Verdi**, que sempre abriu espaço na agenda para discutir o material comigo.
  
- ✓ À **Cláudia Araújo**, que generosamente ajudou-me na bibliografia.
  
- ✓ Aos meus **colegas do Mestrado**, pela convivência e amizade.
  
- ✓ Aos **meus amigos do Espaço Psicanalítico** – Núcleo de São José do Rio Preto e Região, que sempre me incentivaram.
  
- ✓ À **minha família, mãe, filhas, genros e netos** que colaboraram comigo e toleraram as minhas ausências.
  
- ✓ Ao **Osvaldinho**, que sempre me apoiou com seu diálogo incentivador.
  
- ✓ Aos **meus amigos de formação**, pessoas de casa, que me acompanham desde a faculdade e pelos quais tenho o maior apreço.

- ✓ Aos **profissionais cuidadores, Dra. Rosana Buchala** – fonoaudióloga e **Dra. Regina Albuquerque** – neurologista, que me receberam para discutir o caso.
  
- ✓ À **equipe escolar (professora Patrícia e coordenadora Sandra)** que gentilmente trocava idéias comigo.

“Os primeiros anos de vida são como os primeiros lances de uma partida de xadrez: dão a orientação e o estilo de toda partida, mas enquanto não vem o xeque-mate, ainda há belas jogadas a serem feitas”.

***Anna Freud***

---

***Lista de Abreviaturas e Símbolos***

---

- BERA - Audiometria de Respostas Elétricas do Tronco Cerebral
- CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- EEG - Eletroencefalograma
- MMR - Vacina Tríplice contra Sarampo, Rubéola e Caxumba
- SPECT - Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton
- TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

De uma revisão da literatura pertinente ao autismo são feitas algumas considerações a respeito da clínica deste transtorno, visando demonstrar a eficácia do método e da práxis psicanalítica através da análise de um menino de 05 anos. As vivências emocionais e o modelo relacional mediante a permanência da figura da analista, o estabelecimento do enquadre, o ir e vir terapêutico, a constância, presença e ausência auxiliaram no desenvolvimento de novas relações, proporcionando-lhe uma melhor interação com a família e com a escola e o desenvolvimento de seu processo de subjetivação. O método psicanalítico infantil demonstrou-se adequado para esta finalidade.

**Palavras-Chave:** 1. Transtorno autístico; 2. Método psicanalítico infantil; 3. Infância.

**Abstract**

---

Based on a literature review related to autism; some approaches in relation to clinical care of this disorder are performed. These aim to demonstrate the efficacy of the psychoanalytical method and praxis by means of the analysis of a five-year old boy. The emotional experiences and the relationship model with the analyst staying, the setting establishment, the therapeutical come and back, the constancy, presence and absence have helped in the development of new relationship, providing him a better interaction with his family and school, and the development of his subjectivation. The infant- psychoanalytical method was adequate to reach this purpose.

**Keywords:** 1. Autistic disorder; 2. Infant psychoanalytical method; 3. Childhood.

## 1. INTRODUÇÃO

---

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Transtornos Globais do Desenvolvimento: Definição e Fundamentação Teórica

O Autismo, embora bastante estudado atualmente, ainda desperta espanto, inquietação e curiosidade por ser o transtorno que afeta mais precocemente os indivíduos e diretamente as relações humanas. Todos os indivíduos autistas apresentam alterações em idade precoce que se manifestam nas áreas de desenvolvimento da comunicação (linguagem), inadequação do comportamento que envolve estereotípias, perseveração e um número limitado de interesses e dificuldades nas relações interpessoais. Essas alterações são, genericamente, denominadas de características autísticas.

Esses sujeitos podem apresentar um espectro de severidade de sintomas que contribuem para a confusão diagnóstica, ou mesmo apresentarem-se como “crianças comuns”, erroneamente diagnosticadas como tendo distúrbios emocionais ou déficit de atenção, sendo que esses sintomas podem compor o quadro psicopatológico.

A cada momento descobrem-se novas possibilidades para um efetivo diagnóstico, porém ainda existem muitas dúvidas quanto à sua etiologia. Ainda hoje, quase 70% dos casos de Autismo são considerados idiopáticos, ou seja, de origem desconhecida.<sup>(1-3)</sup> Foi descrito, inicialmente, pelo psiquiatra Kanner,<sup>(4)</sup> em 1943, sob o nome “distúrbios autísticos do contato afetivo”, um quadro caracterizado por isolamento extremo, obsessividade, estereotípias e

ecolalia. Esse conjunto de sintomas foi por ele considerado como uma patologia específica esquizofrênica.

As primeiras alterações, nessa concepção, foram propostas por Ritvo<sup>(5)</sup> que relacionava o Autismo a um déficit cognitivo, deixando de considerá-lo uma psicose e sim um distúrbio de comportamento. Ainda hoje persistem dúvidas quanto aos estudos genéticos, ambientais, familiares e neurológicos. As revisões em Psiquiatria têm proposto abordagens multidisciplinares para esse transtorno, pois o quadro apresenta tão diversificadas manifestações (sociais, lingüísticas, comportamentais, emocionais, físicas), que necessita do aporte de inúmeras outras áreas tais como: Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Pedagogia , Psicopedagogia e Psicologia.<sup>(3,6)</sup>

A palavra Autismo atualmente pode ser associada a diversas síndromes. Os sintomas variam amplamente; podem-se listar 20, 30, 40 condições diferentes. Isto explica a referência ao Autismo, hoje, como um espectro de transtornos em que aparecem as mesmas dificuldades em graus de comprometimento variáveis. É temeroso considerá-lo uma única enfermidade, pois não tem etiologia definida. Alguns autores descrevem as desordens relacionadas ao Autismo como sendo anormalidades sociais que se expressam pela dificuldade de compreensão do significado emocional ou social dos estímulos com comprometimento no manejo das interações sociais. Uma dificuldade, portanto, de identificar pistas sociais e emocionais.

Frith,<sup>(7)</sup> Baron-Cohen *et al.*<sup>(8)</sup> propuseram através de pesquisas, uma teoria cognitiva chamada Teoria da Mente. Procura investigar como as crianças desenvolvem a habilidade de compreender seus estados mentais e de outras

peças com as quais interagem e de utilizarem essa informação para explicar e prever o seu comportamento. Segundo esta teoria as crianças autistas seriam incapazes de atribuir estados intencionais aos outros. Essas crianças não conseguiriam “perceber” ou “ler” o rosto do outro ser humano, ou melhor, seriam incapazes de assimilar pistas emocionais corretas. Portanto, haveria um dano na capacidade de representação. Afirmam ainda que o impulso inicial para essa habilidade seria inato, porém o processo em si seria aprendido através da interação com os cuidadores e outras pessoas e com isso, ao fazer contato com a própria cultura, assimilariam informações populares disponíveis nessa.

Segundo Roazzi,<sup>(9)</sup> para uma criança entrar em contato com a realidade que está à sua volta e lidar com ela de forma adequada, precisa, antes de tudo, ter um sistema de representação mediado pela atividade perceptual e de pensamento que corresponda ao máximo, à percepção compartilhada pela maioria das pessoas e com isso desenvolver crenças e brincadeiras de faz-de-conta, não perdendo o contato com a realidade.

Dentro do extenso espectro autista, o transtorno pode ser diagnosticado como Autismo e pode receber outros nomes, como se fossem categorias ou subtipos. Os transtornos que se assemelham ao Autismo e apresentam quase as mesmas características são chamados, pelo DSM-IV,<sup>(10)</sup> de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. São eles: Transtorno ou Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo Infantil e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Não Especificados de Outra Forma. Já os especialistas da Organização Mundial de Saúde – Classificação Internacional de Doenças - CID

10,<sup>(11)</sup> preferiram denominá-los como Transtornos Globais do Desenvolvimento. Gillberg<sup>(3)</sup> afirma que pesquisadores europeus não gostam do termo Transtornos Invasivos do Desenvolvimento sem outra especificação, preferindo falar sobre o Autismo atípico ou condições autísticas, pois eles estão no mesmo conjunto de transtornos.

Estes transtornos apresentam em maior ou menor grau as alterações citadas, porém dentre eles o Autismo típico é o mais complexo. A descrição do Autismo, inserida na categoria “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” que consta no Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV da American Psychiatry Association, é a seguinte:<sup>(10)</sup>

As características essenciais do transtorno Autista são a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou prejudicado na interação social e comunicação e um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo. O transtorno é chamado, ocasionalmente de Autismo Infantil Precoce, Autismo da Infância ou Autismo de Kanner.<sup>(10)</sup>

Apesar de transcorridas seis décadas desde que Kanner descobriu o autismo infantil, seu diagnóstico continua sendo essencialmente clínico, baseado em exames clínicos e no histórico da criança. Muitos autores têm se debruçado sobre a experiência de inúmeros trabalhos clínicos com crianças portadoras de transtornos autísticos, porém, muitas questões permanecem sem respostas. Isso porque tais crianças apresentam características autísticas diversas e próprias, elas têm formas particulares de apreender o mundo que as

cerca e muitas delas não se encaixam em nenhum desses modelos. Os diferentes achados ainda não cobrem toda a extensão das diferenças individuais ao longo do espectro, embora tenha contribuído para desmistificar a idéia caricaturizada de um indivíduo com autismo.<sup>(12)</sup>

Um diagnóstico de transtorno Autístico requer pelo menos seis critérios comportamentais, um de cada um dos três agrupamentos de distúrbios na interação social, comunicação e padrões restritivos de comportamento e interesses. São eles, segundo Klin.<sup>(13)</sup>

- **Prejuízo Qualitativo nas Interações Sociais:**

- ✓ prejuízo marcado no uso de formas não-verbais de comunicação e interação sociais;
- ✓ não desenvolvimento de relacionamentos com colegas;
- ✓ ausência de comportamentos que indiquem compartilhamento de experiências e de comunicação;
- ✓ falta de reciprocidade social ou emocional.

- **Prejuízo Qualitativo na Comunicação:**

- ✓ atrasos no desenvolvimento da linguagem verbal;
- ✓ prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação com os demais;
- ✓ uso estereotipado e repetitivo da linguagem;
- ✓ falta de brincadeiras de faz de contas ou de imitação social.

- **Padrões Repetitivos Restritivos e Estereotipados de Comportamento, Interesses e Atividades:**
  - ✓ preocupações abrangentes, intensas e rígidas com padrões estereotipados e restritivos de interesses;
  - ✓ adesões inflexíveis a rotinas ou rituais não funcionais específicos;
  - ✓ maneirismos estereotipados e repetitivos (abanar as mãos (flapping) ou o dedos (flicking) e balançar o corpo);
  - ✓ preocupação persistente com partes de objetos (textura de um brinquedo ou as rodas de um carro em miniatura).

Na avaliação, devem se incluir um histórico detalhado, avaliações de desenvolvimento psicológico e de comunicação abrangentes e a gradação das habilidades adaptativas, isto é, habilidades espontâneas e consistentemente realizadas para atender às exigências da vida diária. Klin<sup>(13)</sup> sugere que exames adicionais podem ser necessários para excluir déficit auditivo, déficits motores, verificação da síndrome do cromossomo X frágil e esclerose tuberosa ou anormalidades sutis. Steiner *et al.*<sup>(14)</sup> apontam para a necessidade de um protocolo composto por avaliação clínica e exames complementares que consideram relevantes na avaliação diagnóstica em indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento. Esse protocolo consiste em cariótipo, estudo molecular da síndrome do cromossomo X frágil, cromatografia de aminoácidos, EEG, SPECT e ressonância magnética. Mesmo assim, na maioria dos casos, se desconhece a etiologia dos transtornos autísticos.

## **1.2. Questões Correntes sobre os Transtornos Autísticos**

### **1.2.1. Origem (Genética)**

Tão importante quanto a definição do quadro, a busca pela compreensão da etiologia do autismo parece justificar cada uma das inúmeras investigações sobre essa população. Nas crianças que apresentam “traços autistas”, fatores genéticos parecem ser mais comumente associados ao transtorno.<sup>(13)</sup> Portanto, para os especialistas, hoje, o Autismo é um distúrbio de neurodesenvolvimento em que a herança genética desempenha papel importante.

Segundo Caycedo,<sup>(15)</sup> o Autismo não pode ser considerado como uma enfermidade, senão como uma síndrome com múltiplas causas genéticas e também não genéticas. A proporção de casos de Autismo em que se pode definir sua etiologia varia entre 10 a 20%. Esta observação sugere que o Autismo pode ter como causa a interação de múltiplos genes e que existe uma expressão variável de diferentes traços autistas.<sup>(15)</sup> Observa-se também que alguns gêmeos monozigóticos com concordância genética para autismo não apresentam manifestações clínicas, o que sugere que existem outros fatores ambientais que modificam a expressão fenotípica.<sup>(13)</sup> Portanto, vale a pena lembrar que o ambiente modifica a expressão dos genes, e deficiências do desenvolvimento podem ser corrigidas ou contornadas com a assistência de uma equipe de saúde multidisciplinar.

Diferentes estudos em famílias de crianças autistas têm mostrado que existem pelo menos 10 genes implicados no Autismo e descrevem uma possível associação entre o Autismo e as duplicações do braço proximal do

cromossomo 15. Foi encontrada uma enfermidade genética específica em 6% dos casos de Autismo.<sup>(15)</sup> A prevalência de traços de Autismo em crianças com Síndrome do X frágil é de 25-33% dos casos, por isso recomenda-se o estudo molecular para essa síndrome como rotina em pacientes com Autismo.<sup>(16)</sup> Existem hipóteses contraditórias quanto ao papel do glutamato no Autismo. Investigadores sugerem que o Autismo é uma desordem hipoglutaminérgica. Outros ainda, apontam para fatores na gênese do Autismo como vacinação e fatores imunológicos.<sup>(15)</sup> Discutiremos melhor esse tópico, adiante.

### 1.2.2. Epidemiologia

O primeiro estudo epidemiológico sobre o autismo foi realizado por Vitor Lotter *apud* Klin,<sup>(13)</sup> quando relatou um índice de prevalência de 4,5 em 10.000 crianças em toda população de crianças de 8 a 10 anos de Middlesex, um condado ao noroeste de Londres. Depois disso houve mais de 20 estudos epidemiológicos relatados na literatura e milhões de crianças foram pesquisadas em todo mundo.<sup>(13)</sup> Segundo Fombonne, o Autismo tem sido encontrado em 4-5 crianças a cada 10.000 nascidas, e é uma síndrome que atinge indivíduos de todos os países do mundo, independentemente de etnia, gênero ou condição social.<sup>(1)</sup> Contudo esta taxa aumenta para 15-20 indivíduos a cada 10.000, se crianças do tipo *autistic-like* forem incluídas. Hoje, acredita-se que o Autismo é 5 a 10 vezes mais comum do que se acreditava nos anos 60-70, atingindo 0,2% da população em geral. Isto porque há um maior conhecimento entre pediatras, neurologistas e psiquiatras infantis, portanto, uma maior conscientização entre os clínicos.<sup>(12)</sup>

Inúmeros estudos realizados sugerem que a Síndrome de Asperger é consideravelmente mais comum que o Autismo típico, alcançando um número de 20 crianças para cada 10.000 casos. Muitos pesquisadores concordam que é mais comum em meninos do que em meninas, porém sabe-se agora que muitas meninas com essas condições podem não ter sido diagnosticadas corretamente, sendo mais comum o diagnóstico de transtorno de personalidade ou mutismo seletivo. A hipótese de Autismo não pode ser descartada por ser raro em meninas. Os videotapes caseiros podem ajudar muito na pesquisa de tais transtornos porque se observa que nos primeiros dias de vida e com o passar do tempo, há alguma característica incomum na expressão facial e nos movimentos dessas crianças.

A taxa entre irmãos é muito crescente. Um irmão ou irmã de uma pessoa com autismo tem um risco de 4 a 5% de ter autismo ou 15 a 20% de ter um transtorno do espectro autístico.<sup>(3)</sup>

### **1.2.3. Vacinas**

Os índices de prevalência resultantes das pesquisas, particularmente, nos estudos mais recentes, apontam para um índice conservador de um indivíduo com autismo (prototípico) em cada 1.000 nascimentos. Ainda, cerca de mais de quatro indivíduos com transtorno do espectro do autismo, isto é, síndrome de Asperger ou TID-SOE a cada 1.000 nascimentos; e índices muito menores para a Síndrome de Rett e menores ainda para Transtornos Desintegrativos da Infância. As possíveis razões para o grande aumento na prevalência estimada do autismo e das condições relacionadas são: a adoção de definições mais

---

amplas do autismo, maior conscientização dos clínicos e da comunidade, melhor detecção de casos sem retardo mental, a compreensão de que o diagnóstico precoce maximiza um desfecho positivo, e outras.<sup>(3)</sup>

É importante enfatizar que o aumento nos índices de prevalência do autismo significa que mais indivíduos são identificados como tendo esta ou outras condições similares.<sup>(13)</sup> Isto não significa que a incidência geral do autismo esteja aumentando. Houve uma crença de que haveria um aumento nos casos de autismo, como se fosse uma “epidemia”. Baseado nestes dados pensou-se em riscos ambientais potenciais que hipoteticamente seriam “ativadores” de tal “epidemia”. Levantou-se a hipótese de que muitas crianças poderiam nascer com uma pré-disposição genética para reter metais pesados (cobre, chumbo, alumínio, mercúrio) no organismo, ao invés de excretá-los.

As vacinas são conservadas com um produto a base de mercúrio chamado timerosol. Alguns pesquisadores aventaram a possibilidade de que após o término do ciclo de vacinação infantil, as crianças tenham acumulado uma quantidade de mercúrio no organismo superior ao limite tolerável ao ser humano. Ainda é prevalente a crença entre algumas pessoas de que a vacinação (tríplice viral: sarampo, caxumba, rubéola) ou os conservantes utilizados em programas de imunização (timerosol) possam causar autismo. Algumas famílias americanas alegam terem utilizado um sistema de desintoxicação com uma terapia chamada Quelação, através da eliminação e da excreção do mercúrio depositado no sistema nervoso central e outros tecidos.

Para Klin<sup>(13)</sup> os programas de vacinação foram largamente pesquisados e as suspeitas de conexão com o autismo não receberam nenhuma validação empírica. Estes estudos foram realizados em grande escala na Escandinávia, no Japão, nos USA e outros países. Porém, não se descartam, até o momento, outras pesquisas nesta área.

#### **1.2.4. Comorbidades**

Em relação às comorbidades, em cerca de 30% dos casos, problemas psiquiátricos podem estar associados, tais como o Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Tiques; Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (desajeitamento motor), Transtorno bipolar;

Transtorno do sono; Transtorno de personalidade (esquizofrenia); Transtornos alimentares; Transtornos obsessivo-compulsivos, Epilepsia; Mutismo seletivo;

Alteração Específica da Linguagem. Depressão e ansiedade são muito comuns.

Segundo Gillberg,<sup>(3)</sup> em cerca de 7 a 10% dos casos há um transtorno médico associado como, por exemplo, a Síndrome do X Frágil, Esclerose Tuberosa, Tetrassomia parcial do cromossomo 15, Síndrome de Down, Embriopatia por talidomida, infecção por herpes e rubéola, considerando o espectro como um todo.

Dos indivíduos com autismo, de 60 a 70% possuem algum tipo de retardo mental, leve, moderado ou grave. São típicos de crianças com autismo tanto uma hiper quanto uma hipossensibilidade aos estímulos sensoriais. Há uma

ocorrência muito alta de deficiências visuais, auditivas e motoras ao longo do espectro do autismo. Muitos são os distúrbios comórbidos que um sujeito autista pode apresentar. A depressão é um dos distúrbios mais frequentes. Os estudos mostram que mais de 17 a 20% dos autistas são acometidos também por epilepsia. Essa doença pode aparecer em qualquer idade e exige atenção, pois pode manifestar-se através de crises motoras que se caracterizam por episódios de ausências ou por uma série de movimentos automáticos. Portanto, pode não se apresentar como uma forma tradicional de convulsão típica.<sup>(12)</sup>

### **1.2.5. Aspectos Neurobiológicos**

Fatores genéticos parecem estar associados aos transtornos autísticos, por isso o Autismo é considerado um distúrbio do neurodesenvolvimento, destacando a herança genética. Há algum tempo foram descritas anormalidades nos cromossomos responsáveis por 10% a 20% dos casos. Os demais seriam causados por alterações em múltiplos genes, surgidas quando os cromossomos se separam durante o processo de divisão celular. Entretanto, nos últimos anos pesquisas mostram mutações em um único gene e essas mutações teriam a ver com a sinapse, o espaço através do qual o estímulo é transmitido de um neurônio para o outro.

É através da sinapse que os neurônios se comunicam para coordenar movimentos, percepções sensoriais, aprendizados e memória. Elas são estruturas extremamente complexas que se modificam com o uso, tornando-se mais ou menos sensíveis aos estímulos de acordo com a experiência vivida.

Essa plasticidade é a base essencial do aprendizado e da memória. Essa plasticidade é a base essencial do aprendizado e da memória. As sinapses são a alma do cérebro, segundo Schwartzman.<sup>(17)</sup>

Há especulações a respeito das alterações na circuitaria cerebral dos autistas. Esta constatação associa-se com a hipótese da ocorrência de um defeito nos mecanismos que controlam a morte dos neurônios. Todos os indivíduos nascem com uma porção de neurônios maior do que vai utilizar durante a vida. Entre dois e quatro anos, 50% são eliminados. Sugere-se que no período em que deveria ter ocorrido a poda neuronal, algum defeito em seu mecanismo prejudicou o processo. Isto explica porque algumas estruturas do sistema nervoso do autista teriam tamanho diferente. A suspeita atualmente recai sobre a amígdala que faz parte do sistema límbico e, em muitos casos, é maior nos sujeitos autistas.<sup>(17)</sup>

### **1.3. A Psicanálise dos Transtornos Autísticos**

No trabalho clínico-psicoterápico, o importante do método e da técnica é estabelecer um encontro no campo da vida mental, circunscrito no tempo-espaço, entre investigador e investigado. A psicanálise privilegia o modelo relacional, que será transportado e repetido nos contatos sociais para que o sujeito estabeleça relações sociais mais saudáveis. Maratos,<sup>(18)</sup> ao analisar as contribuições da psicanálise como uma escola de pensamento, concluiu que a preocupação da maioria dos psicanalistas tem sido a de descrever o funcionamento mental, os estados afetivos e o modo como essas crianças,

adolescentes e adultos se relacionam com outras pessoas, mais do que com questões etiológicas.

Especulações a respeito do autismo surgiram com a tese inicial de Kanner,<sup>(19)</sup> de que crianças autistas sofriam de uma inabilidade inata de se relacionarem emocionalmente com outras pessoas. Apesar de seu artigo ter incluído observações a respeito da falta de afetividade nas famílias de 11 crianças que ele acompanhou em sua clínica, sua posição foi a de que dificilmente poder-se-ia atribuir todo o quadro apresentado pela criança ao tipo de relacionamento com seus pais, dado o intenso isolamento social da criança, desde o começo de sua vida. Entretanto, essas mesmas observações levaram à hipótese de que haveria uma ligação entre autismo e depressão materna. O mecanismo que embasa essa noção é o de que a depressão interfere na capacidade materna para cuidar e envolver-se emocionalmente com o seu bebê.<sup>(12)</sup>

Em 1923, Klein<sup>(20)</sup> iniciou uma análise com uma criança, Dick, filho de um colega, que apresentava todos os traços autistas, em sua descrição. Relatou esse caso em 1930, portanto, 13 anos antes de Kanner ter apresentado sua pesquisa. Klein<sup>(20)</sup> apontava para o déficit na capacidade de simbolizar como consequência da “inibição no desenvolvimento”. Para ela o desenvolvimento simbólico é parte fundamental no desenvolvimento, pois sua função é proporcionar novos objetos sobre os quais as fantasias podem ser deslocadas, aliviando a ansiedade e abrindo um leque no desenvolvimento emocional, cognitivo e social.<sup>(21)</sup> O bloqueio na relação com a realidade e no

desenvolvimento das fantasias, culminaria com um déficit na capacidade de simbolizar e seria, então, central na síndrome.

Mahler<sup>(22)</sup> identificou diferentes fases no processo de desenvolvimento psicológico do bebê. A primeira, a do narcisismo primário, seria uma fase “autística normal” que marcaria as duas primeiras semanas do bebê. A fase que se segue seria a da simbiose total em que o bebê e sua mãe seriam uma única pessoa, culminando com o reconhecimento do bebê de que sua satisfação de necessidades viria de um lugar externo ao eu. Uma falha nesta percepção poderia constituir o estado autístico, isto é, um fracasso na ruptura do estado inicial autístico.

Tustin<sup>(23)</sup> também reconhecia uma fase autista normal no desenvolvimento infantil, uma fase em que o bebê tem uma experiência de “fusão patológica” com a mãe, sendo ele e a mãe uma só pessoa. Uma outra fase seria a da separação corporal onde esta união é interrompida e experimentada como uma ruptura traumática. Esta experiência pode ser tão traumática que Tustin a descreve como a vivência de um “buraco negro”. As manobras defensivas que surgem são utilizadas para proteção da angústia, porém ao mesmo tempo impedem o desenvolvimento normal da criança.

Ainda segundo Tustin,<sup>(23)</sup> na visão psicanalítica, o Autismo consiste em um estado em que a sensorialidade (estados sensoriais) é privilegiada pelo sujeito sendo que a atenção está focalizada quase que exclusivamente em ritmos e sensações corporais. Os objetos que parecem ser observados, na verdade são tomados como sendo partes do corpo e muito assemelhados a ele. “Pessoas e coisas exteriores raramente são usadas ou vistas como

possuidoras de existência separada. São experimentadas como uma extensão das atividades corporais. O autismo é um sistema de manobras protetoras, cuja função é impedir, ou diminuir maciçamente, o contato com o mundo exterior “não-eu”. Esse contato parece ameaçar a desintegração e aniquilação corporal. O delírio é de que essas manobras impedem o desastre”.

Fonseca<sup>(24)</sup> cita Didier Houzel (psicanalista e professor de psiquiatria da Universidade de Caen): “As defesas autísticas tendem a fazer a ponte sobre a falha traumática que se abre entre o “self” e o objeto. A negação delirante da alteridade, como descrita por Tustin,<sup>(25)</sup> tem precisamente este papel. Todas as manobras autísticas compartilham esta mesma função. São manobras de sobrevivência”.<sup>(26)</sup> Muitos autores concebem a criança autista como vivendo em um estado mental caracterizado por insuficiente diferenciação entre estímulos vindos de dentro ou de fora do corpo e incapacidade de construir representações emocionais, desta forma todo estímulo seria sentido como fragmentado, impedindo a possibilidade de formação de uma experiência contínua, estando só ou na presença do outro.

Meltzer,<sup>(27)</sup> por sua vez, descreveu os processos autísticos como um estado psíquico de não integração, de dismantelamento do ego. Neste processo a atenção da criança à função total do objeto estaria suspensa, sendo sua concentração voltada para partes do objeto que são mais atrativas para ela em um dado momento. Esse dismantelamento provoca uma interrupção no senso de integridade e continuidade e isto leva ao predomínio de emoções primitivas e muitas vezes dolorosas. O autismo seria uma defesa contra este dismantelamento do ego.

Ogden<sup>(28)</sup> afirmou que ao nascer, o sujeito vive e tem experiências de situações que não existem nem na realidade, nem na fantasia, mas num “espaço potencial” entre as duas. Esse espaço propicia uma experiência de unicidade-separação, interioridade-exterioridade, por meio do qual o sujeito é, simultaneamente, constituído e descentrado de si mesmo.

Bion<sup>(29)</sup> considerava as emoções surgidas nas relações humanas a matéria prima para os pensamentos e se estes não pudessem ser desenvolvidos adequadamente, haveria um impedimento para tolerar as emoções e para propiciar o desenvolvimento do ego, prevalecendo a tendência à evacuação delas com perdas importantes para a mente do indivíduo. Para que esse processo ocorra, Bion<sup>(29)</sup> refere a uma mente auxiliar que possa ajudar o bebê a processar essas emoções primitivas, essa mente seria a da mãe ou do cuidador, este teria que ter um tipo especial de abertura e sensibilidade para os sinais que viessem do bebê.<sup>(21)</sup>

Winnicott<sup>(30)</sup> apontou para essa forma precoce de dialética, da unicidade (oneness) /dualidade (twoness) em relação à presença da mãe. Essa presença é invisível, porém sentida. Por meio dessa forma de relação, gera-se um estado de “continuidade do ser (going on being)”.

Não se pode deixar de citar dois expoentes sobre estudo do Autismo, Alvarez e Reid<sup>(31)</sup> coordenadoras do Tavistock Autism Workshop da Clínica Tavistock de Londres. Em seu livro *Autism and Personality* apontam para além da ansiedade primitiva e disruptiva de Tustin, um déficit gerado pela não internalização de um objeto que promova desenvolvimento. Acreditam que exista um prejuízo primário no interesse emocional pelas relações com o outro.

Alvarez<sup>(32)</sup> utiliza-se de um conceito que chama de “reclamação” que toma como fundamental no tratamento destas crianças. O analista deve oferecer condições para que o objeto seja assimilado pela criança, ele deve ser o objeto que “reclame” a criança para si, que a traga vigorosamente para o contato.

Acreditamos que o trabalho clínico psicanalítico possa descongelar essas crianças e tirá-las da imobilidade proporcionando-lhes um maior acesso ao mundo externo que elas encaram como tão perigoso e terrorífico. Essa luta empreendida pelo analista e pela criança deve acontecer em um ambiente forte e estável, obedecendo ao ritmo da criança autista, como ocorre na maternagem, na relação das mães com os seus bebês. Através da reprodução da situação primária da relação mãe-bebê, o analista e a criança percorrem um longo caminho que vai da sensorialidade às palavras, objetivando o surgimento da capacidade de simbolização e o reconhecimento de si como um ser humano separado, tendo uma mente própria, desperta para a realidade.

#### **1.4. Objetivos**

O presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar em profundidade o desenvolvimento emocional de uma criança autista de 05 anos, por meio do método psicanalítico, buscando compreensão e abordagem da síndrome.

O sujeito foi atendido em sessões psicanalíticas que tinham como objetivo:

- ✓ intervir no vínculo com a criança, para desenvolver recursos emocionais de modo a auxiliá-la em suas dificuldades de relacionamento social;
- ✓ promover condições relacionais necessárias para que ocorram transformações em seu desenvolvimento intelectual e emocional;
- ✓ Criar situações que estimulem sua capacidade de simbolização, favorecendo seu processo de subjetivação.

## 2. CASUÍSTICA E MÉTODO

---

## **2. CASUÍSTICA E MÉTODO**

### **2.1. Sujeitos**

Criança de sexo masculino, de 05 anos de idade e seus pais.

### **2.2. Método**

A presente pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa-participante, de cunho qualitativo, que ao mesmo tempo investiga o objeto, intervém sobre ele e descreve rigorosamente as condições iniciais e finais da intervenção. A pesquisa psicanalítica privilegia uma observação naturalística com enfoque na dupla, pesquisador-pesquisado, caracterizando um estudo de caso.

O procedimento psicanalítico-psicoterápico é validado por inúmeros estudos e se justifica, neste caso, pelo interesse em contribuir com a melhora do quadro do sujeito investigado.

Além do trabalho clínico com o paciente, foram realizadas entrevistas (sete no total) com os pais da criança e uma entrevista com cada profissional que o atendia, além de professoras e coordenadora.

### **2.3. Procedimento**

A criança foi atendida duas vezes por semana durante 50 minutos. Os dias e horários do atendimento foram mantidos, evitando-se qualquer mudança.

As sessões ocorreram na sala de atendimento infantil, em consultório particular.

O atendimento iniciou-se no mês de outubro de 2007 e se estendeu durante todo ano de 2008.

#### **2.4. O Método Psicanalítico**

Para a realização desta pesquisa e estudo de caso foram utilizados o método e a técnica psicanalíticas.

A Psicanálise fundada em 1895 pelo médico vienense Sigmund Freud, é primeiramente um método de investigação do inconsciente e das relações interpessoais.<sup>(33)</sup> Assim, a psicanálise tem três sentidos: um método de investigação, uma modalidade de tratamento, e igualmente é o nome do conhecimento que o método produz, isto é, a teoria psicanalítica.<sup>(34)</sup> Originou-se em terreno médico como um método terapêutico para o tratamento dos distúrbios emocionais. É uma ciência que está em constante diálogo com todas as teorias da evolução, da neurofisiologia, da neurociência, da lingüística, da física quântica e de tudo aquilo que possa levar ao desenvolvimento e à compreensão do ser humano. A psicanálise é uma ciência que abrange diferentes campos do saber humano, porém se apresenta pós-paradigmática porque abandona o modelo positivista, consciente e trabalha no nível do inconsciente.<sup>(35)</sup>

Na Psicanálise, observador-observado (analista-analisando) constroem e partilham uma realidade psíquica em que a mensuração objetiva não alcança a complexidade da experiência. A imersão no material pesquisado de forma encarnada revela ser condição necessária para um tipo de aproximação ao objeto que respeite a natureza dinâmica. Tal postura aproxima pesquisa e

trabalho clínico.<sup>(36)</sup> A investigação clínica em Psicanálise torna a experiência, terapêutica. A Psicanálise apresenta questões metodológicas complexas e considera as condições naturais em que se desenvolve o processo analítico, essencial. Para desenvolver pesquisa em psicanálise é necessário que se avance para o conhecimento de outras metodologias que não as das ciências empíricas e se pense a partir do paradigma da complexidade, pois a realidade modifica-se a partir dos olhos de quem a enxerga.

O método vai provocando rupturas nas concepções do pesquisador e neste processo ele constrói sua investigação. Nas outras ciências há influência do pesquisador, no entanto, não muda o experimento, diferentemente da Psicanálise, na qual o diálogo é o elemento que mais se presta a ser observado, como base empírica para a pesquisa. A pesquisa psicanalítica precisa, no entanto, respeitar um de seus mais valiosos instrumentos: o método e o processo psicanalítico. O conjunto de elementos que caracterizam a psicanálise é: a noção de inconsciente, transferência, contratransferência e a interpretação, portanto, seu método de investigação muito especial é a interpretação psicanalítica.<sup>(37)</sup>

## **2.5. O Método Psicanalítico Infantil: O Brincar e o seu Significado**

Para se falar de teoria e técnica psicanalítica infantil deve-se privilegiar a pedra fundamental da teoria e técnica kleinianas, a saber, a das relações objetais. Essa teoria dá ênfase à experiência emocional que ocorre no encontro analítico entre sujeito e objeto.<sup>(38)</sup> Portanto, acentua a vida relacional do sujeito. Melanie Klein (nascida em Viena, em 1882) não só é a inventora da psicanálise

de crianças como foi articuladora hábil na política interna da psicanálise pós-freudiana. Construiu um império apoiado em um pensamento original que revolucionou a teoria e técnica psicanalítica.<sup>(39)</sup>

O lugar que ocupa no cenário psicanalítico revela a criatividade do seu trabalho clínico e a fecundidade dos conceitos e da teoria que desenvolveu em mais de 40 anos de trabalho como psicanalista. A teoria de desenvolvimento mental concebida por ela é uma teoria da mente e seus modos predominantes de funcionamento. Essa teoria revela como as pessoas usam suas mentes para perceber, negar, alterar ou refletir sobre a realidade. Para ela o desenvolvimento da mente acontece através de dois modos básicos de funcionamento psíquico que se alternam ao longo da vida para dar sentido às experiências emocionais (introjeção/projeção). A percepção de si mesmo e das experiências se organizam dependendo de como alguns momentos da vida são vistos. Segundo Souza,<sup>(40)</sup> esse modo específico de ver o mundo está permeado por ansiedades, defesas, fantasias e formas de se relacionar que propiciam um modo de perceber e de compreender a realidade.

Quando Freud analisou o pequeno Hans (um menino de cinco anos), na verdade deu início à análise infantil, revelando que as crianças experimentam não só impulsos sexuais e angústias, como também podem sofrer terríveis desilusões. Com isso sucumbiu o mito da assexualidade da criança e do paraíso infantil, diante das evidências obtidas na observação clínica.<sup>(41)</sup>

Ao iniciar o seu trabalho clínico com crianças na década de 20 Klein<sup>(42)</sup> desenvolveu e se utilizou de uma nova ferramenta que foi a técnica do brincar ou a técnica lúdica. Como muitas crianças não conseguiam verbalizar o que

sentiam, ela começou a se utilizar de brinquedos, que ficavam dentro de uma caixa, que era individual, para que elas pudessem expressar-se através da atividade lúdica. A caixa é o protótipo da gaveta individual (utilizada inicialmente), que faz parte da relação privada e íntima entre analista e criança, característica da relação transferencial psicanalítica. Para Klein,<sup>(42)</sup> um dos pontos importantes da técnica por meio do brincar sempre foi a análise da transferência. Sabe-se que o paciente repete, na transferência, com o analista, emoções e conflitos anteriores.

“É da minha experiência que podemos fundamentalmente ajudar o paciente ao levar de volta, por meio de nossas interpretações transferenciais, suas fantasias e ansiedades para o lugar onde elas se originaram, a saber, na infância e nas relações com os primeiros objetos (pai e mãe), pois, ao reviver emoções e fantasias arcaicas e compreendê-las em relação aos seus objetos primários, ele pode, por assim dizer, reexaminar essas relações em suas raízes e, desta forma, diminuir efetivamente suas ansiedades”.<sup>(42)</sup>

É interessante destacar que a procura pelos brinquedos foi um ato espontâneo das próprias crianças que se ocupavam deles durante as sessões psicanalíticas. Enquanto as crianças brincavam, Klein<sup>(42)</sup> interpretava consistentemente para elas o significado do material emocional que surgia ali, com isso percebia que suas ansiedades diminuía.

Sua convicção foi crescente de que uma pré-condição para a Psicanálise de uma criança é compreender e interpretar suas fantasias, sentimentos, ansiedades e experiências expressas por meio do brincar ou, se as atividades de brincar estão inibidas, e quais as causas da inibição.<sup>(42)</sup>

A diferença da análise de adultos é puramente técnica e não de princípios. Klein<sup>(42)</sup> percebeu que o brincar era equivalente à associação livre e as crianças podiam representar simbolicamente suas ansiedades e fantasias, portanto o brincar era o equivalente às expressões verbais. Para que o ego se desenvolvesse, Klein<sup>(42)</sup> acreditava que seria importante certo grau de tolerância em relação às ansiedades, pois isso daria impulso ao desenvolvimento simbólico. O desenvolvimento simbólico é uma peça fundamental para o crescimento mental, pois abrindo novos caminhos na mente, alivia-se a ansiedade e abrem-se novas possibilidades para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Através da formação de símbolos, os indivíduos relacionam-se com o mundo externo, afastando-se dos objetos primários e dos instintos, através da sublimação.<sup>(24)</sup>

Klein<sup>(20)</sup> chegou à conclusão de que crianças com dificuldades graves na capacidade de formar e usar símbolos, e desta forma desenvolver o mundo de fantasia, como as crianças autistas, são crianças seriamente perturbadas. Interessou-se por estudar os bebês e suas mães da maneira mais primitiva da expressão mental, pois entendia que essa relação primeira era a relação fundante do psiquismo e a base para relações futuras. Klein<sup>(20)</sup> entendia que o início da vida sempre é turbulento e capaz de gerar angústias arcaicas de caráter psicótico, persecutório e depressivo – superiores à capacidade de tolerância do bebê e da criança pequena. Sobretudo, que essas angústias tinham um impacto muito profundo e perturbador nas relações do bebê com sua mãe.<sup>(43)</sup> Segundo Barros,<sup>(38)</sup> o estudo da arquitetura emocional do bebê abriu portas para a investigação das atividades mentais primitivas

características dos estados mentais psicóticos, autistas, etc., e permitiu tratá-las.

Além da utilização da transferência e da interpretação como ferramentas da técnica, Klein utilizou-se do conceito de contratransferência. Este conceito sofreu várias modificações a partir dos anos 50. Foi Paula Heimann (psicanalista inglesa) que enfatizou o conceito elegante que é central nas técnicas psicanalíticas modernas.<sup>(44)</sup> Este conceito diz respeito aos sentimentos do analista em relação aos materiais associados que o paciente possa lhe trazer e põe por terra a visão de “tela branca” do papel do analista. A contratransferência pode ser utilizada como ferramenta indicativa da importância dos sentimentos do analista que pode auxiliar na compreensão do estado emocional do paciente. Ter essa percepção é fundamental para o analista de crianças.

## **2.6. O Método Qualitativo: Estudo de Caso**

O processo de pesquisa qualitativa não obedece a um padrão paradigmático, isto é, métodos quantitativos que se apóiam na validade, verificabilidade e possibilidade de generalização. Este difere do método quantitativo não só por não empregar instrumentos estatísticos, mas também pela forma de coleta e análise de dados.<sup>(45)</sup> Marconi afirma que se faz necessário a coleta de dados a fim de elaborar a “teoria de base”, ou seja, o conjunto de conceitos, princípios e significados que vão nortear a pesquisa. O esquema conceitual pode ser uma teoria elaborada com um ou mais

construtos. Portanto, é preciso correlacionar a pesquisa com o universo teórico, buscando critérios próprios.<sup>(46)</sup>

Todos os autores consultados concordam que a metodologia qualitativa teve sua origem na prática desenvolvida pela Antropologia, estendendo-se para a Sociologia e Psicologia. Muitos afirmam que a investigação qualitativa supõe a adoção de concepções filosóficas e científicas e formas específicas de análise de dados e exige uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais. Segundo Chizotti,<sup>(47)</sup> esse tipo de pesquisa se empenhou em mostrar a complexibilidade e as contradições de fenômenos singulares, a imprevisibilidade e a originalidade criadora das relações interpessoais e sociais.

Ele afirma também que os cientistas que seguem esse modelo optam pelo método clínico (a descrição do homem em um dado momento) e pelo método histórico-antropológico, que captam os aspectos específicos dos dados e acontecimentos no contexto em que acontecem. A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e objeto e um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Exige do observador-participante um olhar que possa transitar entre os dois mundos: subjetivo e objetivo.

O Estudo de Caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando propor uma ação transformadora, portanto, privilegia uma unidade que se analisa em profundidade. O método

que aqui utilizamos situa-se a partir da Sociologia e da Antropologia; busca lançar mão de conceitos emprestados da prática clínica da Psicanálise, com o objetivo de alcançar a interpretação dos resultados do trabalho clínico qualitativo.<sup>(48)</sup>

Na pesquisa em Psicanálise, o importante é dar respostas a duas questões básicas: 1) quais as mudanças que ocorrem durante e em consequência do tratamento (a questão dos resultados) e 2) como essas mudanças ocorrem (a questão do processo), portanto, há duas questões importantes da pesquisa em psicanálise: resultado e processo.<sup>(49)</sup>

## **2.7. Local de Atendimento: Materiais Utilizados**

O local de atendimento é o consultório particular da analista, numa sala apropriada para atendimento infantil chamada Sala de Ludoterapia. Consiste em uma sala quadrada de 16 m, com uma mesa de granito e duas cadeiras, uma pia com torneira, colchão, tapete e almofadas e uma parede forrada com papel manilha que é retirado todos os dias após as sessões.

A criança tem uma caixa individual (de plástico, tipo organizador) com brinquedos e material gráfico que somente a analista e ela têm acesso.

Os materiais utilizados seguem as normas para a formação de uma caixa de ludo, com os seguintes brinquedos: panelinhas, carrinhos, mamadeiras, blocos de madeira, paninhos, família de pano (papai, mamãe, filhos, avós), pente para cabelo, fogãozinho de plástico, colheres e garfos, etc. O material gráfico se compõe de: papel, lápis grafite, lápis de cores, giz de cera, canetas comuns, canetas hidrográficas, borracha, apontador, fita crepe, etc. Todos os

desenhos da criança foram fotografados ou escaneados e suas sessões, gravadas pela analista.

## **2.8. A Questão Diagnóstica do Sujeito Autista**

Como dito anteriormente, o diagnóstico do autismo é basicamente clínico, realizado por observação do comportamento e análise do histórico de desenvolvimento que caracteriza o quadro. É óbvio que é impossível fechar um diagnóstico de autismo em bebês, porém, levantam-se suspeitas que permitam adotar condutas terapêuticas até certo ponto corretivas. Klin,<sup>(50)</sup> (psiquiatra e neurocientista) defende o diagnóstico em bebês.

Nos transtornos do espectro autista, a detecção precoce é fundamental para realizar o diagnóstico e a intervenção multidisciplinar o mais cedo possível. Há evidência de que a detecção e a intervenção precoces levam a um melhor prognóstico. Especialistas afirmam não ser possível a detecção antes dos 24 meses, porém, uma observação e vigilância rotineiras podem levar à detecção de traços suspeitos desde os 18 meses ou até antes disso. Segundo Laznik-Penot,<sup>(51)</sup> é possível intervir na formação do psiquismo, para que se instaurem as estruturas mesmas que suportam o funcionamento dos processos do pensamento inconsciente, antes da organização dos déficits cognitivos e emocionais. A família é a primeira a levantar suspeita e o que lhes chama a atenção são geralmente condutas relacionadas às alterações da comunicação e da linguagem.

Segundo Yunta *et al.*,<sup>(52)</sup> o processo de detecção organiza-se em dois níveis: vigilância do desenvolvimento e detecção precoce. A primeira é

realizada por pais e pediatras e a segunda através de detecção específica, dependendo da idade. A seguir, após o diagnóstico, estabelece-se uma planificação e aplicação de um programa de intervenção precoce que deve ser individualizado e planejado de acordo com a necessidade de cada criança.

Sabemos que na atualidade não existe nenhum marcador biológico para o autismo. Cada vez mais vão se aprofundando os estudos de traços de condutas chamados por Yunta<sup>(52)</sup> de “marcadores conductuais”, que são específicos do autismo e que já se pode observar nos primeiros meses. Segundo Manzotti, o tratamento do autismo é, em essência, uma tentativa de desenvolver nas crianças essas funções alteradas e de diminuir essas anomalias de conduta ou emocionais que acompanham o transtorno.<sup>(53)</sup> As dificuldades na interação social e na comunicação são significativas nos dois primeiros anos. Antes dos 24 meses os pais começam a preocupar-se com dificuldades no desenvolvimento maturativo de seus filhos, essas preocupações se manifestam nas áreas de comunicação, socialização e conduta.

### 3. APRESENTAÇÃO DO SUJEITO

---

### **3. APRESENTAÇÃO DO SUJEITO**

Vou chamá-lo L. Quando veio para o trabalho psicoterápico tinha 03 anos e 09 meses. Chegou com um diagnóstico de Síndrome de Asperger, porém ainda muito incerto devido a idade e muitas outras dificuldades que existem a respeito da definição de um diagnóstico de autismo. O que sabíamos é que existia um sujeito com transtornos autísticos que materializava uma singularidade dentro do espectro do autismo e que exigia dos que com ele conviviam uma aposta no sucesso do seu desenvolvimento, levando em consideração o campo complexo desse tipo de transtorno.

L é filho de pais jovens. Eles têm uma filha mais velha, de quinze anos, em seguida vem L com cinco anos, um outro filho de dois anos e um bebê (menino) de quatro meses, nascido durante o tempo em que trabalhei com L. Portanto, L é o segundo filho do casal. Aos 02 anos ele já fazia acompanhamentos com profissionais de várias áreas: neurologista, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional. Aos 2 anos e meio ele iniciou um trabalho psicoterápico com uma colega. Aos 3 anos e meio iniciou o trabalho comigo.

L freqüentava o consultório duas vezes por semana e sempre vinha com uma acompanhante que o aguardava na sala de espera. A mãe relatou que quando ele tinha um ano e meio, ela começou a perceber diferenças em seu comportamento, porém pessoas de sua convivência tinham dificuldades em perceber. L não olhava para a mãe, fazia movimentos repetitivos, não atendia quando era chamado, dormia muito mal e acordava à noite gritando muito,

vomitava por qualquer motivo, apresentava um limiar baixo para dor e convulsionava quando tinha febres um pouco mais altas. Por insistência da mãe começou-se a investigar o seu quadro.

Encaminhado pelo pediatra para a neurologia, L recebeu o diagnóstico de autismo aos dois anos. E a partir dessa época tem sido acompanhado por profissionais da saúde já citados acima. Freqüentava uma escola infantil na qual estava adaptado e mantinha o trabalho com a fonoaudióloga, juntamente com o trabalho psicoterápico psicanalítico.

### **3.1. Entrevistas com os Pais**

As entrevistas com os pais aconteceram no consultório; foram longas e muito produtivas. Depois de sete entrevistas com os pais, L foi visto por mim pela primeira vez. Em uma das entrevistas a mãe insistia em dizer da sua dificuldade em convencer as pessoas à sua volta que ele estava apresentando um comportamento estranho. Quando L tinha aproximadamente um ano e meio começou a apresentar movimentos repetitivos como o de dar voltas à beira de uma piscina, não conseguindo parar. Esse ciclo só foi interrompido por interferência da mãe. Relatou que L foi prematuro e que quando o viu disse ao pai: “Ele é tão lindo, mas parece que tem coisas diferentes nele” (fala da mãe). A mãe relatou que desde pequeno ele vomitava muito e apresentava muita sensibilidade a sabores diferentes. Teve convulsão aos dois anos e fez uso de uma medicação que a mãe não se recorda o nome. A mãe apresentou rubéola, logo no início da gravidez, mas os exames de L foram normais.

L apresentou muita reação à vacina dos dois meses (hepatite e pólio) e também à MMR (sarampo, rubéola e caxumba), porém, nenhum destes fatores parece ter sido a causa do Autismo. L passou por uma bateria de testes e exames: Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, testes auditivos (BERA e audiometria), aminoacidopatias – aminoácidos no sangue e urina para ver fenilcetonúria, enfim todos os resultados estavam dentro da normalidade. Ao procurar a neurologista pela primeira vez ele gritava sem motivo aparente, acordava gritando à noite e apresentava muita agitação. Sua linguagem era ausente, apesar de a mãe relatar que balbuciava, quando bebê, alguns vocábulos.

Seu sono era difícil, agitava-se à noite, porém a mãe recusava-se a dar-lhe o medicamento (risperidona), prescrito pela neurologista, alegando medo de que ele pudesse ficar dependente da medicação. Na escola não se concentrava e tinha dificuldades para acatar os pedidos da professora. Interagia pouco e por pouco tempo com outras crianças, desviando rapidamente a atenção. Não fixava a atenção e nem o olhar por muito tempo. L aparentava ser uma criança muito cuidada pelos pais, que eram muito preocupados com o seu bem estar e pareciam esforçar-se para oferecer-lhe os tratamentos de que necessitava.

Ao responderem às minhas indagações a respeito da sua posição ante as dificuldades de L, relataram tristeza ao receberem a notícia de que seu filho era autista e passaram por muitas fases a partir desta data, desde negação do fato, dor, medo, culpa e até desesperança. Uma das angústias que compartilhei com eles referia-se ao temor em relação ao futuro da criança e principalmente o

diagnóstico incerto em relação ao seu transtorno. Aos poucos, no decorrer do trabalho, acentuou-se o nosso vínculo de confiança, ficou o desejo de que ele ficasse bem e foi enfatizado com contentamento o seu progresso no trabalho psicanalítico.

Existem dois grupos de pais que têm manifestações diversas. Um primeiro grupo que entende esses transtornos como apresentando limitações irreduzíveis e parecem obturar toda função materna e paterna, suspendendo as relações com seus filhos num ato de extrema desesperança. Um outro grupo, porém que não se coloca à margem das respostas prontas em relação ao transtorno, ainda que se culpe, no início, há uma clara posição de responsabilizar-se pela sua função, suportando a espera de alguma possibilidade de produção por parte da criança.<sup>(54)</sup> Os pais de L pertenciam, com certeza, a esse segundo grupo.

### **3.2. Entrevistas com Profissionais Cuidadores**

As entrevistas aconteceram no decorrer do trabalho clínico com L.

A neurologista relatou que L fez uma primeira consulta aos dois anos. As queixas da mãe eram que a criança tinha dificuldade para dormir, gritava muito e não falava. Na época, foi prescrito risperidona (neuroléptico), porém, a mãe negou-se a dar-lhe. Foram feitos vários exames tais como: eletroencefalogramas, ressonâncias magnéticas, testes para verificação de aminoácidos (aminoacidopatias e fenilcetonúria). Todos os testes e exames pelos quais L passou deram resultados normais. Seu diagnóstico acusou um transtorno autístico não especificado de causa desconhecida.

Com a fonoaudióloga o contato foi logo no início do trabalho de L comigo. Realizou várias audiometrias, incluindo o BERA, pois, no início suspeitava-se de sério déficit de audição. Suspeitou-se, nesta época, que L apresentava agnosia, que consiste na deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos, apesar do sujeito manter a função sensorial intacta. Porém, com o seu desenvolvimento esta suspeita foi descartada, pois a criança fazia progressos na linguagem. Suas dificuldades de linguagem foram consideradas dificuldades ligadas ao quadro de autismo. Os contatos que fiz na escola, com professores e coordenadores confirmaram as dificuldades de L nas relações sociais, na comunicação e na capacidade imaginativa. Os professores relataram que não se relacionava com os colegas e quando o fazia, desistia rapidamente; não conseguia comunicar-se nem por gestos e o que mais impressionava era a sua apatia em relação a tudo. Não fazia atividades, não atendia às regras da sala e era impossível qualquer manifestação imaginativa, como por exemplo: ouvir histórias e sentar-se na roda para participar de qualquer atividade que pudesse ser considerada uma interação com o outro.

### **3.3. Evolução do Sujeito**

Durante o nosso trabalho, L fez progressos significativos, embora ainda apresentasse certa indiferença no contato e algumas manifestações sonoras reproduzindo sons diferentes. No início, essa linguagem estranha era muito presente, produzia um barulho com a língua em contato com o céu da boca que dificilmente consegue-se reproduzir. Olhava-me de “rabo de olho”, e

quando me olhava de frente, a preferência era para a parte superior ou inferior do meu rosto, nunca para o rosto todo. Seu olhar era inexpressivo, embora conseguisse fixá-lo no meu rosto. Suas manifestações não eram reconhecidas por mim como sendo representações de algo; como uma mãe recente, no início, ainda não conhece o seu bebê, eu não conseguia compreendê-lo.

Quando algo o contrariava fazia um barulho que se assemelhava ao choro, porém sem lágrimas. Sua presença na sala de ludoterapia restringia-se ao tapete, todos os seus movimentos aconteciam sobre o tapete, como se o restante da sala não existisse. L não identificava sons, por exemplo, quando o telefone tocava, ele imitava o som, mas nitidamente dava a impressão de que não sabia de onde vinha o som.

Seus movimentos eram desordenados, revelando dificuldades motoras, principalmente no andar desengonçado, porém, o que chamava atenção, era sua coordenação motora fina, sua facilidade em pegar nos lápis e canetinhas hidrográficas, suas preferidas. Desde o início fazia tentativas de desenhos, pegando no lápis de maneira correta. Algumas vezes, pegava a minha mão e usava-a como se fosse a dele. Minha mão virava extensão da dele ou dirigia sua atenção ao ventilador, objeto em movimento, imitando-o. Enquanto fazia movimentos acompanhando o ventilador, L afastava-se de mim, e a sensação que eu tinha era a de que, para ele, eu não estava mais ali. Esses sintomas são muito característicos, quase patognômico do Autismo.

Logo nas primeiras sessões L angustiava-se com o contato e perdia o controle do esfíncter anal, fazendo cocô nas calças. Ainda hoje, quando fica excitado com alguma brincadeira isto se repete.

L foi, aos poucos, vinculando-se a mim, o que facilitou a aquisição de novos comportamentos. Fazia muitos desenhos (em Apêndice) em papéis que eram oferecidos a ele ou na parede (forrada com folhas de papel manilha). Os materiais gráficos mais utilizados por ele foram lápis de cor, giz de cera e canetas hidrográficas, que conseguia manejar bem. Por volta do sétimo mês de análise, L saiu do espaço circunscrito do tapete e começou a andar pela sala de Ludoterapia, reconhecendo o ambiente, como se fosse uma grande novidade, que sempre esteve à sua disposição. Depois de mais alguns meses L começou a usar a mesa da sala para apoiar as folhas de papel, onde fazia os desenhos. Sentava-se na sua cadeira, de um lado da mesa e pedia que eu sentasse na outra cadeira, do outro lado da mesa. Por vezes, juntava as duas cadeiras de um lado só da mesa e ali permanecíamos juntos.

Como parte do progresso de L, observei que, em algum momento, ele já dizia “não” para o que não gostava. Recusava-se a entrar na sala de Ludo, uma vez ou outra, como uma demonstração de insatisfação ou contrariedade. Observei nesta época que L fazia da sala de espera extensão da sala de Ludo, pois, quando eu ia chamá-lo ele estava desenhando com a secretária e não queria ser interrompido. Quando sua mãe vinha buscá-lo, demonstrava contrariedade jogando-se no chão, sobre a rampa que dá para o portão externo da clínica e ali permanecia deitado, próxima da sala de espera, recusando-se a ir embora. Seus movimentos assemelhavam-se aos dos bebês que se recusam a se afastarem da mãe e insistem em serem vistos e percebidos por ela, por medo de que esse afastamento pudesse ser definitivo. Numa tentativa de

elaborar essa situação, L fazia brincadeiras de esconde/acha com os brinquedos.

Winnicott,<sup>(55)</sup> psicanalista inglês, dizia ser muito bom brincar de esconder, mas terrível e angustiante não poder ser encontrado, pois é de extrema importância para a constituição da mente ser visto e validado na sua importância como sujeito. Todos os relatos de fatos acontecidos demonstram como sua mente foi-se estruturando e ele pode adentrar ao mundo das relações interpessoais, pelas suas vivências vinculares com a analista, através do processo psicoterápico. L apresentava desejos próprios e os demonstrava através dos desenhos. Sua linguagem “estrangeira” foi, aos poucos, transformando-se em desenhos, objetos reproduzidos no papel, atos, gestos, mímicas e palavras.

L já estabelecia jogos imaginativos, de faz de conta que indicavam um avanço em termos de representação das suas idéias. No décimo mês de análise, L começou a se interessar pelos livros de história que estavam na prateleira da sala de ludo. Folheava os livros dizendo os nomes do que via (peixe, princesa, sapo, casa etc.), ia para a lousa e dizia “E” e pegava minha mão para escrever a letra E. Depois disso pedia que eu escrevesse os números – 1 – 2 – 3 – 4, sempre com sua mão sobre a minha. “Em estados autísticos patológicos, a mão vem a ser usada como se fosse um órgão ou um membro do corpo da criança, ao invés de ser reconhecida como um ser separado, de quem a criança depende para aliviar o desconforto e para possibilitar-lhe alcançar as coisas que estão além de seus poderes físicos.”<sup>(23)</sup>

#### 4. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS: SESSÕES PSICANALÍTICAS

---

#### **4. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS: SESSÕES PSICANALÍTICAS**

Foram muitas as sessões psicanalíticas ocorridas durante o tempo em que estivemos juntos. Optei por nomear algumas, selecionando os acontecimentos mais importantes.

Abordarei alguns aspectos dos atendimentos de L articulando teoria e clínica, levando em conta seu funcionamento mental, o tipo de vínculo que estabeleceu comigo, momentos de progressão e regressão, sob o referencial teórico-clínico da psicanálise. Estas considerações têm como propósito deixar mais claras as transformações do desenvolvimento intrapsíquico de L e, como o processo psicanalítico pode auxiliar na sua construção psíquica enquanto sujeito portador de psicopatologia do desenvolvimento considerada precoce.

L apresentava um quadro que oscilava entre estados autísticos e pós autísticos, só não se configurando como fenômenos pós autísticos pela ausência, no início do trabalho, da linguagem. Suas reações atípicas dentro do quadro de transtornos autísticos, como: olhar-me de vez em quando, esticar os braços na minha direção, confundiam os profissionais que cuidavam dele a respeito do seu diagnóstico. Porém já se percebia que era como um bebê de 05 anos. L precisava de alguém que o ajudasse a constituir uma mente e como todo bebê era extremamente sensorial. Seu ego constituía-se a partir do sensorio, portanto, o tato, o paladar, o toque, os cheiros, enfim, os aspectos sensoriais eram de grande importância e iam, aos poucos, sendo nomeados para que adquirissem significado, auxiliando na constituição de sua mente.

Quando L chegou para o atendimento comigo estava apático e abúlico, quase não se movimentava na sala, era extremamente limitado. Veio de um trabalho psicoterápico com uma colega com quem permaneceu por 08 meses, porém parecia não ter nenhum registro da situação analítica vivida anteriormente (a sala, contato com a caixa lúdica, etc). L parecia não guardar memória dessa situação. Meltzer<sup>(27)</sup> explica esta falta de memória através do conceito de dimensionalidade. Este conceito refere-se às questões de tempo/espaço. “A dimensão do tempo tem um desenvolvimento que vai da circularidade à oscilação e finalmente ao tempo linear do “tempo de vida” para o indivíduo, desde a concepção até a morte”. A dimensionalidade espacial tem também um desenvolvimento que privilegia os processos de diferenciação e organização do self na percepção do bom e do mal, do self e do objeto.

Meltzer<sup>(27)</sup> afirma que na unidimensionalidade o sujeito e o objeto estão fundidos, este sujeito está substancialmente sem mente. Na bidimensionalidade, a significação de objetos é vivenciada como inseparável das qualidades que ele chama de sensuais que só podem ser captada pela sua superfície, sem meios para construir em seu pensamento os objetos e fatos distintos daqueles experimentados de maneira concreta. Segundo o mesmo autor, sua relação com o tempo será circular, pois será incapaz de conceber trocas perduráveis. Neste estado não há constância permanente de objeto na memória ou no pensamento. A este estado ele chamou de desmentalização (*mindless*), e o coloca como constitutivo dos estados autísticos. O modo de L funcionar é descrito por Meltzer<sup>(27)</sup> através do conceito de bidimensionalidade, isto é, os aspectos sensoriais permeavam todos os seus contatos com a

analista. Apresentava algumas sensibilidades emocionais primitivas que surpreendiam aqueles com quem fazia contato.

Em relação à linguagem L emitia sons que se alternavam entre gritos, pequenos grunhidos e uma “língua estrangeira”, muito enrolada e bastante indecifrável.

#### **4.1. Os Primeiros Encontros: Conhecendo a H e a Sala de Trabalho**

Sem dirigir-me o olhar, L limitava-se a manusear panelinhas, caminhões, bichos, etc., porém sem saber o que fazer com eles. Depois de alguns contatos, quando queria chamar-me a atenção, dizia: Mã, mã e utilizava a minha mão para pegar objetos.

Quase apático, não conseguia empreender nenhuma atividade lúdica. Cada vez que pegava um objeto, eu o nomeava, no intuito de ir dando significados aos mesmos, como uma mãe vai nomeando ao seu bebê o que ele sente, porém ainda de um modo muito concreto, somente com objetos. No início, por muitas vezes, a paralisia tomava conta da dupla (analista-analisando), eu me via isolada frente a um estado de vazio, de falta de contato afetivo provocado pelo recolhimento de L. Outras vezes, ficava buscando uma brecha através da qual penetrar, objetivando ter acesso ao seu mundo interno. Depois de alguns contatos, começou a fazer uso dos lápis e canetas existentes na caixa. Fazia rabiscos utilizando a minha mão para desenhar junto com ele, colocando sua mão sobreposta à minha.

Ficamos muito tempo neste movimento de rabiscos. Intuitivamente, comecei a desenhar numa folha de papel, um menino e disse a ele. Ele sorriu e

iniciou um contato visual comigo. Depois de quatro meses de sessões psicoterápicas, parecia ter “desencantado” ou acordado de um sonho ou pesadelo, quem sabe, ora me olhava de “rabo de olho”, ora me encarava como se tivesse tentando me reconhecer. Essa minha atitude parecia tê-lo tirado da apatia e dos movimentos estereotipados. Portanto, aquilo que é chamado de “mamada contínua” por Rocha,<sup>(56)</sup> fora interrompida. A partir deste momento ele começou a desenhar e tornou este ato importante porque passou a se comunicar comigo através do desenho. Alvarez<sup>(32)</sup> usa um termo para esses gestos que tiram as crianças da escuridão da apatia que é o da reclamação. As mães “reclamam” pelos seus bebês quando estes insistem em não fazer contatos.

L desenhava em todas as sessões e eu experimentava dar significado aos seus desenhos, exagerando nas minhas palavras, meus gestos e tonalidade de voz. Quando descobria que podia ser compreendido, ficava muito excitado e fazia cocô nas calças. Penso que ele fazia um movimento evacuatório pelo excesso de estímulos, como se não tivesse ainda mente para processar tantas emoções que as descobertas podem gerar, demonstrando pouco controle sobre o que teria de reter e o que teria de expulsar. Ele repetia o desenho do menino em todos os nossos encontros, ficava muito excitado e dizia a palavra “enin”. L começou a desenhar “meninos” numa folha de papel. Colocava, no menino, boca, nariz, olhos e orelhas. Todos esses elementos foram aparecendo devagar. Repetia as minhas palavras, sempre muito atento, aumentando cada vez mais o seu repertório lingüístico. Seus sons eram rudes e eu tentava, com muito esforço, distingui-los e dar-lhes algum significado.

Assim como: “Ah, L quer dizer menino, eu já consigo compreender o que L quer dizer”. Como afirma Joel Birman *apud* Rocha<sup>(57)</sup> é preciso infundir musicalidade nos sons e nos gestos rudes.

#### **4.2. Os Primeiros Contatos: Algumas Descobertas a Respeito do Mundo da Imaginação**

Na seqüência a esses movimentos, L começou a exercitar o que podemos chamar de “mundo da imaginação”. Começou a brincar com os brinquedos da caixa, principalmente o fogão e as panelas. Fingia cozinhar, comia e quando eu dizia que também gostaria de comer, oferecia-me a comida. Neste momento ele já podia exercitar um contato comigo, parecia existir uma aproximação rudimentar e o início de um reconhecimento do outro. Na sala de análise, L pode viver a experiência de constituição da mente na relação com a mãe-analista através da integração de aspectos sensoriais e da construção imaginativa do objeto materno interno com qualidades continentais que Izelinda Barros chamou de confiabilidade, flexibilidade e criatividade.<sup>(58)</sup>

No início, esses movimentos não tinham senão a função de fazer contato, esse era um jeito de treinar contatos sem precisar fugir assustado para a “concha protetora”, aquela que o protege do excesso de estímulos e do sentimento de invasão. Por esta razão, eu ia acompanhando seu movimento, muito devagar. Seu contato comigo parecia ficar cada vez mais sofisticado.

Olhava-me atentamente na tentativa de compreender o que eu dizia. Junto a esses movimentos de reconhecer a brincadeira e a mim, L produziu muitos desenhos significativos, podendo expressar-se através deles.

### **4.3. Novos Elementos são Introduzidos: Objetos e Pessoas**

Depois de um tempo de análise L começou a introduzir novos elementos nas sessões. Desenhava elementos mais estruturados como casa e outros objetos. Fazia objetos representativos, por exemplo, uma casa com portas, janelas e telhado. Repetia por muito tempo o movimento novo numa tentativa de simbolizar, unir o objeto à palavra e dar significado a este. Junto ao novo movimento de desenhar casas, L introduziu a família de pano (pai, mãe, filhos, avós) que existe dentro de sua caixa. Colocava-os em cima da caçamba do caminhão de brinquedo, simulando um passeio com eles. Todos os seus movimentos eram exaustivamente comentados por mim, com muita ênfase nas palavras e gestos. O trabalho com L exigia de mim uma constante atenção ao meu mundo interno, aos meus sentimentos contratransferenciais, acompanhados de disponibilidade interna, percepção em relação à transferência e aos novos movimentos que ele produzia. Sabemos que, mais importante que as palavras, o timbre de voz, a tonalidade, o vigor impresso nas palavras e o ritmo geram emoções agregando-lhes significados. Quando L começou a notar a minha presença, observou-se uma progressão na sua análise.

### **4.4. Reconhecendo H: Investigando o seu Interior**

Esse movimento foi de extrema importância, pois L parecia estar indagando-me: “Quem é você? Como você fala?”. No final de uma sessão, quando já fechávamos sua caixa, ele subiu rapidamente no banco, segurou o meu rosto com ambas as mãos, abriu a boca, pôs a língua para fora, entendi

que era para eu fazer o mesmo e o fiz. Quando abri minha boca ele olhou para dentro dela, muito interessado. Fala “li” e eu disse: “língua”, ele repetiu minhas palavras. Depois disso ele lambeu o meu rosto numa tentativa de reconhecer-me através dos aspectos sensoriais. Entendi que L tentava saber, inicialmente de onde vem a minha fala, investigando concretamente o meu interior.

Deu-se início às tentativas de desenhar outras figuras humanas e não só o menino.

Introduziu, na figura do menino, os olhos, a boca e os cabelos, já circunscritos na esfera, que ele chamava de “bola” referindo-se à cabeça da figura humana.

Neste período examinava meu rosto minuciosamente, segurando-o e lambendo-o, vez ou outra, sentindo-me bem próxima dele. Depois dessa atitude, seu olhar era de satisfação e tranqüilidade. Nos gestos de aproximação, L parecia examinar a mãe-analista para ver o que ela tinha no seu interior, num movimento de curiosidade e de posse dos conteúdos internos da mãe-analista, experimentando a analista, numa tentativa de reconhecê-la através dos aspectos sensoriais. Meltzer<sup>(27)</sup> fala da reciprocidade estética que é o momento em que a mãe se apaixona pela beleza do seu bebê e o seu bebê encontrando nos olhos, boca, seio e cuidado, aquilo que ele queria e necessitava. Interpretei o seu olhar de satisfação como o de quem encontra o que precisa.

L juntava palavras, desenhos e objetos, tentando dar um significado a eles, colocando-os sobre o papel e fazendo o seu contorno. Esses objetos ficavam fora dele quando concretos e visíveis, porém podiam ficar retidos

simbolicamente dentro dele quando os desenhava dando-lhes significado. Na tentativa de elaborar o luto pelas perdas e separações, L brincava de colocar os bichos dentro do fogão e retirava-os dizendo: Achou! Quando ele se ausentava do consultório nos feriados e finais de semana a mãe-analista devia permanecer viva dentro dele. Com todos esses movimentos, L foi apresentando progressos que apontavam para um maior reconhecimento do mundo a sua volta, da analista como alguém separada dele e dele mesmo como um menino.

#### **4.5. As Primeiras Frustrações em Relação à H**

L chegou ao consultório sem a chave que costumeiramente a acompanhante traz para que possa ter acesso à sala de espera. Aguardou alguns minutos até que alguém viesse abrir o portão. Quando eu o chamei na sala de espera ele estava emburrado, cabisbaixo, não queria olhar-me e nem queria entrar na sala de atendimento. Eu o peguei pelo braço e o conduzi para a sala sem nenhuma resistência por parte dele. Enquanto caminhávamos eu ia lhe dizendo da sua possível chateação por ter me esperado.

Ao entrar na sala ele pegou a caixa e jogou-a para cima esparramando todos os brinquedos. Eu lhe disse que ele ficara muito bravo por ter esperado muito tempo. L foi para a lousa e desenhou um menino chorando e eu lhe disse que o menino está chorando porque ficou para fora da clínica. L continuou demonstrando a sua insatisfação pegando as canetinhas, rabiscando os desenhos e fazendo os animais de brinquedo avançar agressivamente em

minha direção, enfim mostrando um novo comportamento que é o de raiva pela frustração de não ter sido atendido imediatamente após sua chegada.

Para o pediatra e psicanalista Winnicott,<sup>(59)</sup> o ódio desviado para fora tem um importante significado, que é o de que já existe objeto para receber essas projeções. A frustração, impossível de se evitar em todas as experiências favorece o aparecimento de impulsos agressivos contra objetos frustrantes.<sup>(60)</sup> Nesta sessão L levou sua caixa, sozinho, para a mesinha de apoio, demonstrando independência como se dissesse não precisar de mim. Esse momento de frustração favoreceu a expressão do seu descontentamento, insatisfação e protesto.

#### **4.6. Dividindo a H: Reconhecimento do Outro**

Em um dado momento, L desenha um menino e marca o seu genital com um risco de lápis dizendo ser um menino. Esta foi sua primeira referência à sexualidade. Isto faz com que pensemos no seu desenvolvimento psicosexual. O reconhecimento de que é um menino e a percepção da diferença anatômica entre os sexos, podendo delimitar o que é ele e o que é o outro, diferente dele. Apresentou rudimentos da situação edípica que tentarei mostrar através de uma vinheta clínica.

Ao chegar à sala de espera, L depara-se com outro menino saindo da sala de análise. “Conversam”, trocam gibis. Ao entrar para a sala olha atentamente para sua caixa vasculhando seu conteúdo e eu digo que ele está muito preocupado e quer saber se a H deixou o outro menino mexer na caixa dele. Seu próximo movimento após a minha interpretação foi o de esparramar

todos os brinquedos e tentar desesperadamente brincar com todos de uma só vez e eu digo-lhe: Ah! O L quer brincar com todos os brinquedos para dizer para a H que todos são dele mesmo, que ele é o dono e que a H também é dele. L olha para mim e diz: “Vamo bincá!” O movimento voraz denota uma necessidade de L de apossar-se do corpo da mãe-analista e de todos os seus conteúdos para não dividí-la com ninguém. O ciúme é um sentimento um pouco mais sofisticado, pois implica no reconhecimento de que existem três pessoas na relação formando uma triangulação, aparecem a disputa e a rivalidade pela posse da analista.

Na seqüência desse movimento L começou a brincar na sala de espera com a secretária. Por três sessões consecutivas L, ao entrar na sala de espera pede a secretária uma folha de papel e lápis, senta-se à sua mesa e desenha com ela. Quando vou chamá-lo ele diz automaticamente: Não! Eu vou até a mesa e tomo-o pelo braço, ele vai para a sala sem resistir. Poderíamos pensar se não seria uma tentativa de L reconhecer um terceiro elemento na relação dele com a mãe-analista. Primeiro, o menino que surge na sala de espera com a analista e depois, ele repete a cena com a secretária. Na primeira vez quem ficou de fora da relação foi ele, na segunda vez quem ficou de fora da relação foi sua analista. O desejo de permanecer na sala de espera em companhia da secretária também pode ser visto como tendo uma função fundamental que seria a de L expressar uma conseqüente resistência diante da frustração vivida.

Meltzer<sup>(27)</sup> fala de um estado de unificação com o objeto-mãe que pode provocar desespero, pois uma mãe que está tão aberta a invasões pode ser igualmente possuída pelos outros. Parece ser essa vivência de fundamental

importância para L porque confirma sua identidade separada da mãe-analista, e com isso ele pode apreender a existência de um espaço entre ele e a analista, mesmo na presença dela.

#### **4.7. Tentativas de Simbolizar: Juntando Objetos/Desenhos/Palavras, Entendendo as Separações**

Por volta do 6º mês de análise, L começou a colocar os objetos sobre o papel, fazendo o seu contorno com a canetinha. Sua tentativa era a de representar os objetos concretamente fora para que pudessem ser assimilados e conservados em seu interior. Entende-se que se ele consegue diferenciar os objetos fora e dentro dele, pode reconhecer quando estão ausentes ou presentes. Transportando esse movimento para a sua relação com a analista, esse exercício de presença e ausência faz com que L, com a ajuda da analista, esconda e encontre os bichinhos de plástico dentro da caixa. Esse movimento faz com que L constate que quando os bichos saem da sua visão, não desaparecem, continuam existindo. Quando ele se ausenta da sessão, a analista deve permanecer viva dentro e fora dele. Este é um movimento de tentativa de elaboração do luto por perda de objetos que lhe são caros. Vive concretamente a separação, escondendo os bichos na caixa de ludo, esperando que, juntos, ele e a analista possam encontrá-los.

Essas crianças tomam a separação com o objeto primário (mãe) como uma experiência devastadora e cruel e isto pode ser uma fonte de evasão e inibição para a mente.<sup>(23)</sup>

#### **4.8. Episódio de Regressão: Percebendo a Analista**

L, ao ser chamado para o atendimento, entrou na sala de análise, tentou fazer desenhos na lousa e no papel, mas, logo ficou amuado, observando-me. Por mais que eu lhe oferecesse qualquer sugestão de brincadeira, L continuava a observar-me atentamente e não se propunha a fazer qualquer atividade. Digo-lhe, então, que ele percebe que nessa sessão estou diferente, porque não me sento no chão com ele. L abriu a caixa de brinquedos, pegou uma fita crepe e começou a colar os brinquedos, amarrando-os uns aos outros. Digo-lhe que precisava colar-me a ele para que nós não nos afastássemos, e que havia algo diferente na H.

A sua percepção do meu estado (eu havia passado por uma cirurgia), levou-o a agir de modo muito diferente do habitual. Eu disse a ele, várias vezes, que estava ali com ele apesar de não poder sentar-me no chão. Esse movimento de L leva-nos a questionar algumas teorias que dizem que essas crianças são incapazes de “ler” os rostos das pessoas para identificarem suas emoções.

Embora L apresentasse progresso, estava um pouco distante de abolir dificuldades referentes à constituição do eu como entidade separada. Para que isso pudesse acontecer, L deveria percorrer, através do desenvolvimento da imaginação e o brincar de “faz de conta”, um longo caminho para a simbolização. L ainda usava, algumas vezes, a minha mão ou braço para realizar algo, como desenhar, pegar e apontar para algum objeto. Esta é uma característica marcante de crianças autistas que parece ser a perpetuação de uma fase muito primitiva em que a criança utiliza-se da mãe, não se

reconhecendo como alguém separado dela, enfim, ela e a mãe parecem ser a mesma pessoa.

#### **4.9. Mudança Catastrófica: Sobrevivendo à Mudança de Sala**

L viveu muitos momentos de regressão relacionados a fatos reais que vinham ao encontro de seu mundo interno frágil e intolerante à frustração e mudança. Ilustrarei esses momentos através de duas sessões. A essa vivência chamarei de mudança catastrófica recordando o conceito utilizado por Bion que afirma que determinadas mudanças ao mesmo tempo em que provocam uma catástrofe por desorganizar o que estava organizado tem como objetivo o desenvolvimento mental, quando esta é tolerada, no caso, pela dupla analista/ analisando.

Esse episódio foi de extrema importância para a analista e paciente e evoluiu a partir de contatos íntimos com os mundos internos de ambos.

##### **4.9.1. Primeira Sessão Sobre o Tema da Mudança**

Ao chegar L foi convidado para entrar à nova sala (precisei atendê-lo, por duas vezes, em outra sala). Ao entrar na sala observa tudo e começa a apresentar agitação motora. Nesta sala tenho uma estante de livros, L aproximou-se da estante de livros, pegou um por um dos meus livros de capa colorida, sentou-se à mesa, abriu-os e simulou uma leitura percorrendo com os dedos todas as linhas. Enquanto fingia ler, dizia os nomes das pessoas da família: papai, mamãe, Li, Lu, eu incluía meu nome e ele dizia outros nomes que eu não conseguia entender. Porém, fui percebendo certa confusão mental

provocada pela estranheza em relação à sala e uma sobrecarga de estímulos apesar de terem sido conservados todos os móveis, a caixa e os seus objetos. Por mais que eu lhe falasse sobre a mudança e a nova sala ele parecia recusar-se a compreender, imerso na confusão mental que o impedia de perceber e ouvir qualquer coisa. Percebo que parece uma atitude desesperada de tomar posse da mãe-analista e seus conteúdos, para garantir que nada mudou e que estamos diante de uma situação conhecida. Digo-lhe que essa mudança o deixou confuso, agitado e ele precisava dizer nomes de pessoas conhecidas para entender que nós somos os mesmos, a sala é diferente, mas nós continuamos aqui e digo: “A H está aqui e o L também”.

L fazia um enorme esforço, uma tentativa desesperada de resgatar pessoas conhecidas frente aquela situação tão nova. Suas ações parecem mais de descarga. Não se volta para a caixa, observa tudo na sala, sobe na cadeira e olha para uma casinha de madeira que se encontra pregada na parede. Neste momento, percebo um sentimento de enorme desorientação em L, quase um desespero. Meltzer<sup>(27)</sup> chama de sentimento de desmantelamento a essa deterioração dos conceitos de tempo e espaço. Quando percebo sua agitação, volto-me para a lousa, desenho a sala, ele e eu sentados à mesa, faço a porta, o banco onde a caixa está colocada, ele se interessa pelos meus desenhos, enfim pelos meus movimentos, olha para a sala bastante desorientado, aponto o desenho e digo: “menina H, menino L, e para minha surpresa, ele aponta para o menino do desenho e diz: Eu!”

L vai para a lousa e desenha só a cabeça de um menino com olhos, boca e nariz, meio desconexos, um rio abaixo desta cabeça e disse: água. Digo

como essa mudança deixou o L parecendo flutuar, na água, solto, sem um lugar para segurar-se, mas a H estava ali com ele. Depois deste momento, L fez uma excursão pela clínica, o que nunca havia acontecido, reconhecendo todos os lugares, inclusive a sala antiga. A todo o momento que entrávamos na sala antiga e voltávamos para a nova ele dizia: “Achou!” Agita-se, entra na sala de adultos, no meu banheiro, usa as coisas que estão sobre a pia e eu percebo que essa agitação associa-se com o sentimento de desorientação espacial e ao mesmo tempo uma tentativa de reconhecimento do espaço e o desejo de se apropriar dele. Faz buscas na tentativa de apreender e reconhecer a clínica toda. L localiza um pequeno espelho que fica sobre a pia, olha atentamente para ele no espelho, e para mim, também refletida no espelho. *Essas eram tentativas de saber se nós éramos nós mesmos ou se havíamos mudado junto com a sala.*

Esse movimento foi muito repetido até que em algum momento ele disse: “Vamo bincá!” Sentou-se e despejou a caixa no chão. Através de um jogo imaginário, pegou as xícaras de brinquedo e fingiu servir-me café. L reconheceu seus objetos, falando o nome de todos, um a um, recolocando-os na caixa. Ao terminar esse reconhecimento dos objetos, L disse que ia guardar, eu o ajudei, porém não queria ir embora, voltando novamente para a sala antiga. Eu lhe disse que ele precisou nomear todos os objetos para ter certeza que eram os dele mesmo e era também a H que estava ali com ele. Penso que o sentimento de perda da sala antiga o ameaçou de outras perdas, como por exemplo, da minha pessoa, dos objetos queridos e ele precisou reconhecê-los para ter a garantia de que não ia perdê-los. L precisava ter

certeza de que seu vínculo comigo estava garantido e não desvitalizado, desesperançado e perdido. L despediu-se com certa resistência e saiu.

Depois da troca de sala, L interessou-se pelos livros de histórias. Folheava um a um, falava os nomes das figuras humanas. Nesse momento, reconhecia e falava os nomes de todos os animais que apareciam nas histórias dos livros infantis que eu tinha na sala, ensaiava palavras novas e tentava formar frases, às vezes escorregando para a “língua estrangeira”.

#### **4.9.2. Segunda Sessão Sobre o Tema da Mudança**

Ao chamar L para a sessão, ele entra para a sala antiga (que eu havia retornado) e parece não perceber que trocamos novamente de sala. L parecia não se lembrar absolutamente nada em relação à mudança. Ocorreu-me que aquela sala nova não havia sido incorporada no universo mental de L. Eu falo sobre a troca de sala e ele percorre o olhar pela sala antiga, dá sinais de que percebeu, porém não se manifesta, na tentativa de negar qualquer sentimento, como se aquela experiência tivesse sido traumática. Na psicanálise, entende-se por situação traumática aquela que envolve um excesso de estímulos que a mente não tem, no momento, capacidade para processar.

L fica muito agitado, fala muito, desenha um peixe colorido, muito bem feito, na lousa e também um carro. Ele tenta me contar algo na sua “língua estrangeira” que eu não compreendo. Pensei que, talvez ele estivesse me contando o que fez no final da semana que envolvia peixe, carro etc., acostumada ao fato de ele sempre me comunicar coisas através de desenhos. L vai até o banco, onde ficam os livros infantis, toma-os, coloca-os sobre a

cadeira perto da minha e entendo que é para eu contar histórias. Conto as estórias dos livros, um a um, ele desce da cadeira e diz: a abola, mamã, papá, cola... (embora, mamãe, papar, escola). Entendi que L estava me contando que ele retomara as sessões de onde paramos, como se a situação vivida não tivesse sido registrada e se mostra mais organizado. Eu lhe disse que ele sentia que já estava na hora de ir embora com a mamãe, almoçar em casa para ir para a escola.

Ele abriu a porta, e fez uma excursão na clínica novamente entrando na outra sala, da sessão anterior, que agora é o meu escritório. Ao abrir a porta ele fez: "AHHHH!" Uma expressão de exclamação como se me dissesse: "Agora parece que as coisas voltaram para os seus lugares". Voltou para a sala de ludoterapia, pegou alguns brinquedos, levou para outra sala, colocou-os em cima da minha mesa e disse: Não!

Eu lhe disse que ele não queria mais voltar para essa sala, que ele não gostou da experiência de mudar de sala. Entendo que L tentava elaborar a troca da sala de uma maneira bastante concreta, agindo como uma criança com dificuldades emocionais.

#### **4.10. Reconhecendo o Próprio "Eu" Através dos Orifícios Corporais**

Através de uma vinheta clínica, demonstrarei um momento de grande importância, pela riqueza de detalhes e experiências vivas com que L pode trazer o início do reconhecimento do próprio "eu", através dos orifícios corporais.

L ao entrar, olha para toda a sala, deita-se no colchão, eu digo que ele está chegando, e tomando posse da sala e da H. Pega o travesseiro, deita-se no tapete, eu me deito ao seu lado. Digo: “Hoje então começamos assim, descansando, fazendo primeiro um contato, chegando bem perto da H, também porque não nos vimos na sexta feira”. Levanta-se e diz: “vamo bincá”. Mexe na caixa, abre-a e reconhece os desenhos que eu fiz na sessão anterior. Pega um papel em branco e pede para eu desenhar o sol e a chuva. Digo que estamos falando de “como está o clima hoje” já que estivemos separados por uma semana. Pede-me para desenhar o sol e um dos riscos do contorno sai maior, ele fica incomodado, fica apontando para o risco que eu fiz com cara de contrariado. Abandona aquela folha, pega outra e pede para que eu desene o sol e novamente sai o risco diferente e ele incomoda-se. Digo que parece que as coisas diferentes o incomodam, ele queria que a H fizesse o desenho que está na cabeça dele.

Desenha um avião e pede para por nariz, boca, olho, personificando o desenho. Toma as canetas e faz desenhos: Um sol, uma flor, todos esses desenhos são personificados. Rabisca a parte inferior da folha dizendo ser areia (Apêndice 4a – 1º desenho). Digo: “Ah! Essa flor está plantada?” Seus desenhos estão cada vez mais sofisticados, estruturados e significativos, em comparação aos desenhos do início. Continuo: “Parece que esse sol está alimentando a flor, esquentando a flor e esta flor” – L não está mais distante, no frio, já pode estar aquecida como o L fica quando está perto da H.

L aperta a ponta da caneta até furar o olho do sol. Percebo que ele vai ficando cada vez mais incomodado com esse gesto, e fala: “Buraco”, coloca a

folha contra a luz para ver o furo que ele fez. Despreza a folha, faz outro desenho, personifica novamente e faz o mesmo movimento, fura o miolo da flor, faz um novo buraco e aponta (Apêndice 4b – 2º desenho). Faz outro desenho ainda repetindo o mesmo movimento (Apêndice 4c – 3º desenho). Após o terceiro desenho percebo uma diferença. Os desenhos vão ficando cada vez mais regredidos, mais esburacados e mais desestruturados.

Começo a lhe falar dos buracos e dos vazios que ele sente. Digo: “Ah! O L está falando dos buracos do L? Da boca, do nariz, do ouvido”. Abro a minha boca e digo: “O que é que entra pela boca? Papá! O que é que sai da boca do L é a saliva”. No quarto desenho (Apêndice 4d – 4º desenho) ele baba sobre a folha, mostra insistentemente pra mim. Digo novamente: O que sai da boca do L? Saliva! O que entra na boca do L? Papá! Ele faz o gesto de comer e fala UHHH! Eu falo: O que entra pelo ouvido do L? A voz da H e faço um som AAAAH! Começo a fazer sons e ele estica o pescoço, na minha direção, para ouvir-me. “O que sai do nariz do L? (Ele está com o nariz escorrendo), a cáca. E o que entra no nariz do L é o cheiro”; eu cheiro a mão dele, ele levanta-se e cheira o sabonete líquido que está sobre a pia.

Ele pára de desenhar, eu entendo que já conversamos sobre os orifícios, estamos num momento muito íntimo falando dos buracos corporais que podem tornar-se orifícios regulados. Precisamos encerrar a sessão. Digo que vamos encontrar a mamãe agora, comer e ir para a escola. Ele repete o que eu digo, levanta-se, fecha a caixa e sai. Segundo Tustin,<sup>(23)</sup> quando a criança tem essa experiência em relação ao seu próprio corpo, adquire consciência de que ela tem orifícios em seu corpo e que pode regular, com certo grau de adequação, o

que entra e o que sai, ela começa a sentir que é um ser humano, vivo, ao invés de um objeto inerte. Ainda segundo a autora “com o desenvolvimento do senso de que há uma regulação disciplinada do que se deixa entrar e do que se deixa sair, a princípio em um nível físico bruto, surgem motivação e capacidade para atividades mentais de discriminação, escolha e classificação”.<sup>(23)</sup> Fica clara a ligação íntima entre sensações corporais, funcionamento cognitivo e respostas afetivas.

Nesta fase, L fazia brincadeiras nas quais ele separava, em um canto da mesa, todas as frutas de plástico de sua caixa, os animais em outro canto da mesa e se punha a desenhar frutas colorindo com as cores reais das mesmas. Por exemplo, quando fazia maçãs, pintava-as de vermelho, quando fazia peras, pintava-as de verde, as bananas eram amarelas e assim, por diante. Podemos falar do estado atual de L como se relacionando de um modo diferente, já pode iniciar uma nova visão de mundo a um nível de tridimensionalidade dos objetos como continentes de espaços potenciais. O “eu” já podia ser reconhecido e o outro também. O controle dos esfíncteres (o que já é possível) tem a ver com essa capacidade de controlar o que sai e o que entra dos seus orifícios resultando numa melhor capacidade de continência dos seus conteúdos corporais e mentais.

## 5. DISCUSSÃO

---

## 5. DISCUSSÃO

Desde Kanner<sup>(4)</sup> o Autismo vem sendo muito estudado. É um transtorno intrigante pelo seu acometimento em idade precoce do desenvolvimento, incentivando um número cada vez maior de pesquisadores que lidam com saúde mental, a buscarem sua etiologia. Nos anos 50/60 do século passado, muita especulação foi feita a respeito da natureza e etiologia do Autismo. A causa mais comum era a de que o Autismo surgia por dificuldades dos pais em lidarem com os afetos, emocionalmente não responsivos aos seus filhos. Por volta dos anos 60, essa concepção começou a mudar a partir dos estudos de Rutter<sup>(61)</sup> que propôs a definição do Autismo respeitando quatro critérios básicos: 1) atraso e desvio social; 2) problemas de comunicação; 3) comportamentos incomuns (movimentos estereotipados e maneirismos); 4) início antes dos 30 meses de idade.

Sabe-se que, hoje, quase 70% dos casos de autismo ainda são considerados idiopáticos, isto é, de causa desconhecida, embora existam pesquisas importantes que comprovam muitos casos de origem genética. Refere-se a um conjunto de condições caracterizadas por uma grande variabilidade de manifestações clínicas. Podem variar tanto em relação à sintomatologia quanto ao grau de acometimento, porém existe um denominador comum que os agrupa, que é uma interrupção precoce dos processos de socialização.<sup>(13)</sup> O sujeito da pesquisa apresentava traços que confirmavam o diagnóstico de autismo. Pela anamnese<sup>(62)</sup> detalhada, realizada com a mãe, houve um longo relato de todos os seus comportamentos a partir

do nascimento, apontando suas dificuldades desde os primeiros contatos até a idade de dois anos quando recebeu o diagnóstico. Um *check list*<sup>(63)</sup> também foi utilizado, apesar do sujeito ter se apresentado à pesquisadora já com o diagnóstico de autismo. Demonstrava uma imensa solidão nos contatos, dificultando-os, relacionando-se mais com objetos do que com pessoas. Seu olhar perdido pode ser confirmado pelas fotos de bebê e pelos vídeos caseiros. Não antecipava sua postura quando pego no colo, evitando ajustar-se ao colo de quem o pegava. Apesar de sua mãe ter tido rubéola quando engravidou dele, seus exames clínicos foram considerados normais, o que sugere um Autismo psicogênico ou idiopático.

A psicanálise considera as pesquisas a respeito da etiologia e do diagnóstico, porém, diferentemente de outras áreas, não sustenta seu diagnóstico clínico em um modelo nosográfico. A clínica psicanalítica do autismo faz-se ao avesso da clínica psicanalítica clássica que é interpretar os fantasmas do inconsciente já constituído, seu objetivo é permitir o advento do sujeito, o psicanalista deve se fazer intérprete, no sentido de tradutor de uma “língua estrangeira” do sujeito.<sup>(64)</sup> Há vários autores dentro da psicanálise que trabalharam terapeuticamente com crianças que apresentavam fenômenos autísticos tais como: Mahler,<sup>(22)</sup> Tustin,<sup>(23)</sup> Alvarez,<sup>(31)</sup> Barros,<sup>(58)</sup> Laznik-Penot,<sup>(64)</sup> Mélega,<sup>(65)</sup> e Fonseca,<sup>(66)</sup> defendem que a técnica psicanalítica descrita por Frances Tustin<sup>(23,25)</sup> para tratar crianças com autismo psicogênico pode ser também utilizada para crianças que apresentam algum dano cerebral.<sup>(67)</sup>

---

A construção do vínculo que se estabelece com a criança autista pode produzir experiências de vida fundamentais para o seu desenvolvimento. Essas experiências podem levar a criança a tirar o máximo proveito de suas potencialidades. A partir de tal laço se institui um sentido simbólico para a sua existência, restaurando, assim os vínculos primeiros com pessoas centrais, aquelas que encarnam as funções paternas e maternas. Hoje sabe-se que os estímulos nos primeiros anos de vida são decisivos para a formação neuroanatômica e também para a aquisição de capacidades motoras e cognitivas. Sobretudo, esta é a época que abriga experiências fundamentais para a constituição do sujeito psíquico e suas aquisições instrumentais como linguagem, psicomotricidade e construção do pensamento.<sup>(68)</sup>

Há um consenso entre autores que relatam sobre a clínica do Autismo de que este esteja ligado à dificuldade na subjetivação e uma evidência objetiva que permite circunscrever fenomenicamente a criança autista como aquela que não responde a uma regulação que a entrada ao universo simbólico impõe.<sup>(53)</sup> Percebia-se no sujeito da pesquisa muito claramente essa dificuldade na subjetivação, não podia referir a si mesmo na primeira pessoa, não se utilizava do pronome “eu” e quando a pesquisadora referia-se a ele assim, um vazio enorme tomava conta da dupla, como se a fala da pesquisadora caísse num enorme “buraco negro”, sem saída. Não havia regulação entre o que sai e o que entra, entre o dentro e o fora, entre eu e o outro, enfim o sujeito não podia entrar para o mundo da tridimensionalidade, ele não podia reter na memória e no pensamento os contatos ou os acontecimentos. Relacionava-se com a analista na bidimensionalidade, isto é, o objeto era conhecido pelas suas

qualidades sensoriais, isto é cheiro, gosto, tato, etc.<sup>(27)</sup> Como nada podia ficar retido, a noção de tempo e espaço também ficava comprometida, o tempo para ele era circular, o que era vivido ali, ali ficava.

A psicanálise entende que há um potencial inato para a intersubjetividade que será desenvolvido através das primeiras relações ou relações iniciais com a mãe que realizará a função materna ou quem a exercer. Desencontros afetivos ocorridos nessas interações acarretarão sérios prejuízos (inibições e distorções) na constituição e uso dos símbolos. A função simbólica é a capacidade de pensar na ausência do objeto concreto, de transformar impressões sensoriais e emocionais em símbolos, o que permite a constituição de fronteiras psíquicas que vão diferenciar o eu do outro e do próprio ambiente.

A psicanálise, através de autores preocupados com esses transtornos e que possuem uma vasta experiência clínica, proporciona a criação de um pensamento solidificado grupal no que diz respeito à teoria da técnica dos estados autísticos. Criaram-se critérios, mais do que regras, para a abordagem dos tais fenômenos, demonstrando uma linguagem e um modo de abordar essas crianças, bastante homogêneo. A peculiaridade de cada criança, o modo como esse transtorno se imprime em cada personalidade, aproxima o analista de um conjunto possível de distorções dentro desta categoria de transtornos.<sup>(69)</sup> A psicanálise se faz complementar em suas pesquisas por outras áreas do desenvolvimento, a saber, a neurociência, a biologia, a genética, etc., mas principalmente faz um exaustivo diálogo com a psicologia do desenvolvimento e com o método de observação de bebês de Esther Bick. Em 1948 Esther Bick,

psicanalista inglesa, apud Hinshelwood<sup>(44)</sup> deu início a um método rigoroso de observações semanais de mães com seus bebês em suas casas.

Em relação à técnica, Alvarez e Reid<sup>(31)</sup> falam da linguagem simples e precisa dos analistas que lidam com crianças autistas e que é de fundamental importância, no início do trabalho, mais o ritmo e a tonalidade da voz do que propriamente os significados das palavras. As interpretações devem enfatizar mais o medo de perder os objetos queridos e a esperança em encontrá-los do que exagerar nas interpretações que marcam o terror, as perdas e a impotência. A exigência e a pressão sobre o analista vêm demonstradas pelas constantes regressões e esvaziamentos em relação aos progressos alcançados, pela necessidade de vigilância e atenção constantes e pela aposta no progresso dessas crianças, pois a força contrária remete o analista à falta de vida e insanidade por parte do paciente.<sup>(31)</sup> Rocha<sup>(56)</sup> coloca claramente a angústia suscitada nos analistas e a dificuldade no encontro de dois mundos tão diversos.

No contato com o sujeito, a pesquisadora procurou estabelecer um vínculo de confiança e solidez, cuidando para que suas aproximações não fossem intrusivas, porém que seus distanciamentos não se tornassem ausência e vazio, o que não é difícil no contato com essas crianças, tamanho o sentimento de não existência, de falta de fronteiras no corpo e angústias impensáveis que elas conseguem transmitir. Sabia-se que a lida com essa criança seria exaustiva devido à condição mental primitiva na qual ela se encontrava e que o trabalho aconteceria no sentido de constituir uma mente capaz de pensar, ampliar sua capacidade de auto-regulação e noção de si e do

---

outro, respeitando a limitação da referida patologia. Klein,<sup>(20)</sup> em 1930, relatou um caso de autismo, tratado por ela, de uma criança que chamou de Dick. Essa criança não estabelecia relação com o ambiente, era indiferente, não apresentava vida de fantasia e não existia relação afetiva ou simbólica com seus objetos. Dick isolou-se da realidade.

O sujeito da pesquisa parecia apresentar um fracasso nas etapas iniciais do desenvolvimento, uma incapacidade do ego para suportar, primeiro, o reconhecimento da alteridade e depois as ansiedades referentes às separações. A mãe havia sofrido um aborto de gêmeos, antes da sua gestação, o que sugere um estado deprimido por ocasião de sua gravidez. Na análise, ele fez um caminho rumo à simbolização, ainda precário, porém que evidencia um progresso no seu desenvolvimento. Através do estabelecimento do vínculo conseguiu-se contato com rudimentos de fantasias que a analista explorava para que obtivesse acesso ao seu inconsciente. A cada relação simbólica com objetos e coisas apareciam ansiedades que eram trabalhadas, ajudando-o a aproximar-se e reconhecer sua mente confusa. L expandia sua mente, reconhecia novos objetos e aumentava seu vocabulário. Sentimentos de posse em relação à analista e o reconhecimento da ausência e falta durante fins de semana e feriados surgiram, provocando-lhe ansiedade e aproximando-o de estágios não mais tão primitivos e puramente sensoriais.

A capacidade de exploração do ambiente através de sons (tonalidade da minha voz), sensações (cheiros e gostos) e palavras e a presença e ausência da analista possibilitaram a L um trabalho incessante de reconhecimento dos

---

objetos, das pessoas e de si mesmo, isso se deu através de um *setting* e um vínculo bem estabelecido.

Sem a pretensão de generalizar as descobertas em relação a esse caso particular, até porque isso é o que caracteriza um estudo de caso de abordagem qualitativa, esse estudo tem como objetivo demonstrar o desenvolvimento de uma criança autista através do método psicanalítico, apoiando-se em autores e textos de orientação psicodinâmica. Como na psicanálise a preocupação é com o processo, os dados descritivos e a questão da significação são essenciais.<sup>(48)</sup> É uma investigação que se detém em uma única experiência, e tem como objetivo descobrir o que é característico e essencial para o caso estudado. Esbarramos em uma dificuldade que é a de que o relato, apesar de extenso, talvez não permita a compreensão integral dos conteúdos e significados sempre presentes em um processo terapêutico. Vale a pena lembrar que todos os relatos possíveis não traduzem a experiência desses encontros, esta é, apenas, uma pequena parte do processo da clínica psicanalítica infantil.

## 6. CONCLUSÃO

---

## **6. CONCLUSÃO**

Diversos autores psicanalíticos se dispuseram a estudar os estados autísticos, que ainda hoje provocam incertezas devido à singularidade dos sujeitos que apresentam tais transtornos. Entendendo que existe uma grave falha na subjetivação dos sujeitos autistas, a psicanálise se propõe a construir um espaço mental que lhes possa oferecer o reconhecimento da alteridade e uma noção do si - mesmo, independente do objeto. Essa subjetivação é conquistada no dia a dia do trabalho analítico pelo contato com a analista-mãe, através de experiências emocionais que incluem explorações da corporeidade de si mesmo e do objeto (analista), da permanência, constância e ausência do mesmo. É papel do analista “reclamar”, por essa criança, trazê-la para o contato com o mundo. No contato com o objeto confiante, o sujeito pode quebrar a continuidade ilusória de que ele e o outro (objeto) são a mesma pessoa.

Sabemos que os transtornos autísticos referem-se aos estados primordiais da mente, portanto, é tarefa do analista trabalhar a função materna que, ao mesmo tempo, oferece continência, trabalha a diferença entre o dentro e o fora, o sujeito e o objeto, provocando uma desilusão que quebra a continuidade dando-lhe a noção do eu e do outro, enfim o reconhecimento da alteridade.

Neste trabalho, por meio de fragmentos de sessões psicanalíticas com um sujeito diagnosticado como autista, apresentamos alguns aspectos do desenvolvimento da interação analítica entre a criança e a sua analista.

Constatamos, através da evolução deste trabalho, que a criança pode melhorar seus relacionamentos interpessoais e obter grandes conquistas em seu processo de subjetivação. A linguagem estranha que, inicialmente, eram “ruídos”, agora, promove uma comunicação. O sujeito passou da não comunicação para a comunicação não verbal e finalmente para a comunicação verbal. Fez um longo caminho, e continua fazendo, dos ruídos às palavras e destas para a formação de frases. Esse trabalho consistiu em percorrer, através de idas e vindas, o caminho da desorganização mental, do caos, para o reconhecimento dos objetos, pessoas e de si mesmo.

As narrativas das sessões e dos contatos com o sujeito sugerem transformações que demonstram como ele pode viver as etapas do seu desenvolvimento intrapsíquico. Percebe-se pelas manifestações da linguagem e do comportamento do sujeito, o processo de construção psíquica que caracteriza o método psicanalítico com todas as suas implicações, principalmente demonstrando aspectos transferenciais/contratransferenciais aos quais a psicanalista se submete ao atender uma criança gravemente comprometida.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other developmental disorders: an update. *J Autism Develop Disorders* 2005; 33(4):365-382.
2. Baron-Cohen S. The Cognitive neuroscience of autism. *J Neurol Neurosurg Psych* 2004; 75(7):945-948.
3. Gilberg C. Transtornos do Espectro do Autismo. [Palestra] São Paulo: Incor; 10 de outubro de 2005.
4. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2:217-50.
5. Ritvo ER. Autism: diagnosis, current research and management. New York: Spectrum; 1976.
6. Orrú SE. Aspectos inerentes ao desenvolvimento da criança com autismo. Disponível em: [www.profala.com/artautismo9.htm-58k](http://www.profala.com/artautismo9.htm-58k). Acessado em: 13/03/2009.
7. Frith U. Autism and Asperger syndrome. U.K: Cambridge University Press; 2001.

8. Baron-Cohen S, Leslei AM, Frith U. Does the autistic child have a "Theory of mind? *Cognition* 1985; 21:37-46.
9. Roazzi A, Melo SS. Cognição social em crianças: Descobrimo a influência de crenças falsas e emoções no comportamento humano. *Psic Reflex Crit* 2006; 19(1):1-8.
10. Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 65-7.
11. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). 5ª ed. São Paulo: USP; 1997. p.367-9.
12. Bosa C. Autismo: Breve Revisão de Diferentes Abordagens. *Rev Psicol: Reflexão e Crítica* Porto Alegre 2000; 13(1): 1-15. Disponível em: [www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=msc000000032002000400007&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=msc000000032002000400007&script=sci_arttext). Acessado em 21/08/2007.
13. Klin A. Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(Supl.1):1-20. Disponível em: [www.psiquiatriainfantil.com.br/artigo.asp?codigo=54-78k](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/artigo.asp?codigo=54-78k). Acessado em 23/10/2007.

14. Steiner CE, Guerreiro MM, Marwues de Faria AP. Avaliação genética e neurológica em uma amostra de indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003; 61(2A):1.
15. Caycedo LS. Avances en neurobiologia del Autismo. *Acta Neurol Columb* 2006; 22(2):91-96.
16. Giunco CT. “Estudo genético-clínico, investigação da Síndrome do Cromossomo x Frágil e polimorfismos da apolipoproteína E em autismo [Doutorado]. São José do Rio Preto (SP): Universidade Estadual Paulista; 2006.
17. Schwartzman JS. Entrevista concedida ao Dr. Dráuzio Varella em 16/12/2005. Disponível em: <http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/autismol-II.asp-19k>. Acessado em: 09/07/08.
18. Maratos O. Psychoanalysis and the management of pervasive developmental disorders. In: Thevarthen C, Aitken K, Papoudi D, Roberts J, editors. *Children with autism: Diagnosis and in to meet their needs*. London: Jessica Kingsley; 1996. p.161-171.
19. Kanner L. Os distúrbios autísticos de contato afetivo. In: Rocha PS, org. *Autismos*. São Paulo: Escuta; 1997.

20. Klein M. A Importância sobre a formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: Klein M, editor. Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 251-264.
21. Fonseca VRM. O Autismo e a proposta psicanalítica. Rev Viver Mente & Cérebro: Coleção Memórias da Psicanálise 2005; (3):42-45.
22. Mahler MS. O nascimento da criança: simbiose e individuação. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1977.
23. Tustin F. Estados Autísticos em Crianças. Rio de Janeiro: Imago; 1984.
24. Fonseca VRM. As relações interpessoais nos transtornos autísticos: uma abordagem interdisciplinar da psicanálise e da etologia [doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.
25. Tustin F. Autismo e psicose infantil. Rio de Janeiro: Imago 1975;
26. Houzel D. Thinking: Dialectic process between emotions and sensations. In: Aronson J, editor. Encounters with autistic states: a memorial tribute to Frances Tustin. New York: J & T Mitrani; 1997.
27. Meltzer D. Exploracion Del Autismo: Um Estudio Psicoanalitico. Buenos Aires: Paidós; 1979.

28. Ogden T. Isolamento Pessoal: O Colapso da Subjetividade e da Intersubjetividade. In: Ogden T, editor. Os Sujeitos da Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p. 163-176.
29. Bion WR. Estudos Revisados (Second Thoughts). Rio de Janeiro: Imago; 1979.
30. Winnicott DW. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. In: Winnicott DW, editor. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
31. Alvarez A, Reid S. Autism and Personality. London: Routledge; 1999.
32. Alvarez A. Companhia Viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
33. Freud S. O Método Psicanalítico. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
34. Lowenkron TS. O objeto da investigação psicanalítica. In: Hermann F, editor. Pesquisa com o método psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.21-31.
35. Rezende AM. Psicanálise: Uma nova ciência? ABP Notícias. Rio de Janeiro 2007; XI:3-6.

36. Warchavchik I, Saddi L, Khouri MG. Um estudo sobre características da pesquisa psicanalítica. In: Hermann F. Pesquisando com o método psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 9-19.
37. Herrmann F, Lowenkron T. Pesquisando com o Método Psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
38. Barros Rocha EM. Melaine Klein: Evoluções. São Paulo: Escuta; 1989.
39. Coelho Júnior N, Sigler R. A açougueira Inspirada. Rev Viver Mente e Cérebro. São Paulo: Coleção Memória da Psicanálise 2005; 3:74-77.
40. Souza ASL. Dois vértices emocionais. Coleção Memória da Psicanálise. Rev Viver Mente & Cérebro. 2005; 3:53-59.
41. Mello MCPSA. A técnica e a linguagem do brincar. Coleção Memórias da Psicanálise. Rev Viver Mente & Cérebro 2005; 3:36-41.
42. Klein M. A Técnica psicanalítica através do Brincar: Sua história e significado. In: Klein M, editor. Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 149-168.
43. Cintra Ulhoa EM, Figueiredo LC. Melaine Klein: Estilo e Pensamento. São Paulo: Escuta; 2006.

44. Hinshelwood RD. Dicionário do Pensamento Kleiniano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
45. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia Qualitativa e Quantitativa. In: Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia Científica. São Paulo: Atlas; 2008. p. 268-283.
46. Calich JC. Investigando o Invisível. ABP Notícias Rio de Janeiro 2006; X(30):3.
47. Chizzotti A. A pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (Da Pesquisa Qualitativa). São Paulo: Cortez; 1998.
48. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
49. Santos MP, Zaslavsky J. Pesquisando conceitos e tendências e psicoterapia e Psicanálise. Rev Bras Psicanálise 2007; 41(2):115-123.
50. Klin A, Mercadante MT. Autismo e transtornos invasivos do desenvolvimento. Rev Bras Psiquiatr 2006; 28(Supl 1): 51-2.

51. Laznik MC. Poderíamos pensar numa prevenção da Síndrome autística?  
In: Laznik MC, editor. O autismo e os impasses na constituição do sujeito.  
Salvador: Álgama; 2004. p. 21-35.
52. Yunta JAM, Palau M, Salvado B, Valls A. Autismo e eplepsia. Acta Neurol  
Colombiana 2006; 22(2):112-7.
53. Manzotti M, Teggi D, Iuale L, Gorosito M. Los resultados terapêuticos del  
psicoanálisis. In: Manzotti M, editor. Clínica del Autismo Infantil: El  
dispositivo soporte. Buenos Aires: Grama Ediciones; 2005. p. 127-129.
54. Rubinstein A, Manzotti M. Autismo Infantil e seus efectos em los padres.  
In: Manzotti M, editor. Clinica Del autismo infantil: El dispositivo soporte.  
Buenos Aires: Grama Ediciones; 2005. p.149-154.
55. Winnicott DW. O papel de Espelho da Mãe e da família no  
Desenvolvimento Infantil. In: Winnicott DN, editor. O Brincar e a  
Realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975. p. 153-162.
56. Rocha PS. Autismos. São Paulo: Escuta; 1997.
57. Birman J. Apresentação. In: Rocha OS. Autismos. São Paulo: Escuta;  
1997. p.11-14.

58. Barros IG. Explorações em Autismo: Trinta anos depois. Encontro Internacional: “O pensamento vivo de Donald Meltzer” organizado pela Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Hotel Caesar Business: São Paulo; de 29 a 31 de agosto de 2008.
59. Winnicott DW. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: Winnicott DW, editor. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 288-304.
60. Winnicott DW. A observação de bebês em numa situação padronizada. In: Winnicott DW, editor. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 112-132.
61. Rutter M. Diagnosis and definitions of childhood autism. *J Autism Dev Disord* 1978; 8(2):139-159.
62. Grünspun H. Distúrbios Psiquiátricos da Criança. São Paulo: Fundo Editorial Prociex; 1961.
63. Paravidini JL. A Identificação e o Diagnóstico Precoce de Sinais de Risco de Autismo Infantil [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.
64. Laznik-Penot MC. Rumo à palavra. São Paulo: Escuta; 1997.

65. Mélega MP. Pós-autismo: Uma narrativa psicanalítica. Rio de Janeiro: Imago; 1999.
66. Fonseca VRM. Autism and Personality. Rev Bras Psicanálise 2001; 35(1):177-181.
67. Arruda SLS, Marques CFFC. Autismo e Vínculo terapêutico. Rev Est Psicol Campinas 2007; 24(1):115-24.
68. Jerusalinsky J. Um olhar que faz diferença. Rev Viver Mente & cérebro 2008; (3):86-91.
69. Fonseca VRM, Bussab VS. Possibilidades de pesquisa em Psicanálise. Rev Bras Psicanálise 2001; 35(3): 873-893.
70. Aberastury A. Psicanálise da criança. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

## 8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

## **8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Bion WR. Elementos da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1966.

Braga MCB. O Desenvolvimento da Formação Moral no Sujeito Autista: Um estudo Exploratório [doutorado]. Marília (SP): Universidade Estadual paulista “Júlio de Mesquita Filho”. ; 2007.

Guimarães Filho PD. A pesquisa em Psicanálise. ABP Notícias Rio de Janeiro 2006; X(29) :19.

Jerusalinsky A. Psicanálise do Autismo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.

Junqueira Filho LCU. A virtualidade do Método Psicanalítico [trabalho] apresentado em reunião científica da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo; 2001.

Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

Laznik MC. Interações Sonoras Entre Bebês que se Tornaram Autistas e Seus Pais. In: Bernardino LMF, editor. O Que a Psicanálise Pode Ensinar Sobre a Criança, Sujeito em Constituição. São Paulo: Álgama Editora; 2006. p. 95-105.

Marconi MA, Lakatos EM. Métodos Científicos. In: Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia Científica. São Paulo: Atlas; 2008. p. 44-98.

Rezende AM. O Paradoxo da Psicanálise: Uma ciência pós-paradigmática. São Paulo: Via Lettera; 2000.

Teperman DW. Clínica Psicanalítica com Bebês: Uma intervenção a tempo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

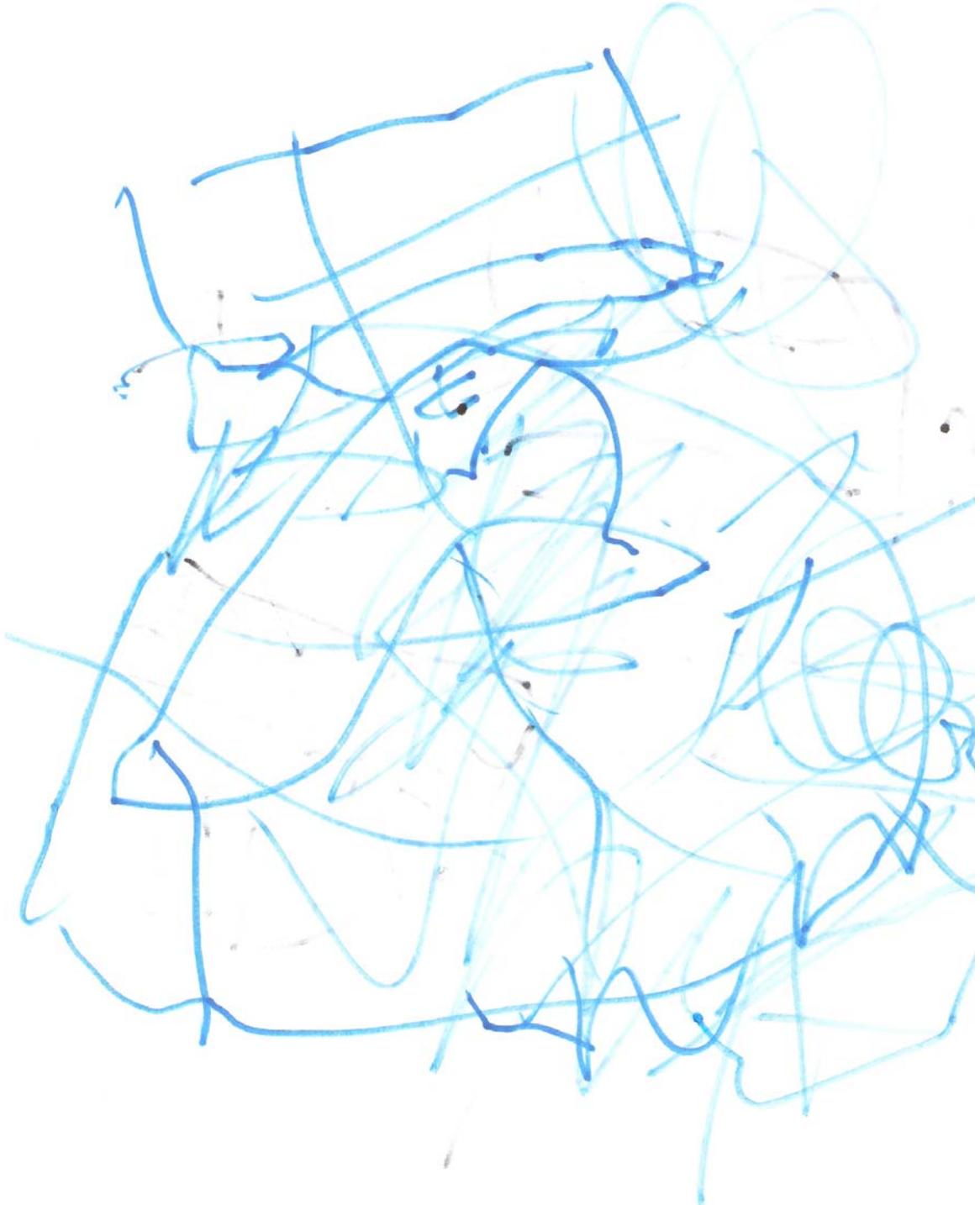
Wanderley D. Entrevista com Marie-Cristine Laznik. In: Laznik MC, editor. A voz da sereia: o Autismo e os Impasses na Constituição do Sujeito. São Paulo: Álgama; 2004. p. 200-211.

Winnicott DW. Autismo in Pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artmed; 1996.



## 9. APÊNDICES

**Apêndice 1.** Início do trabalho: desorganização.



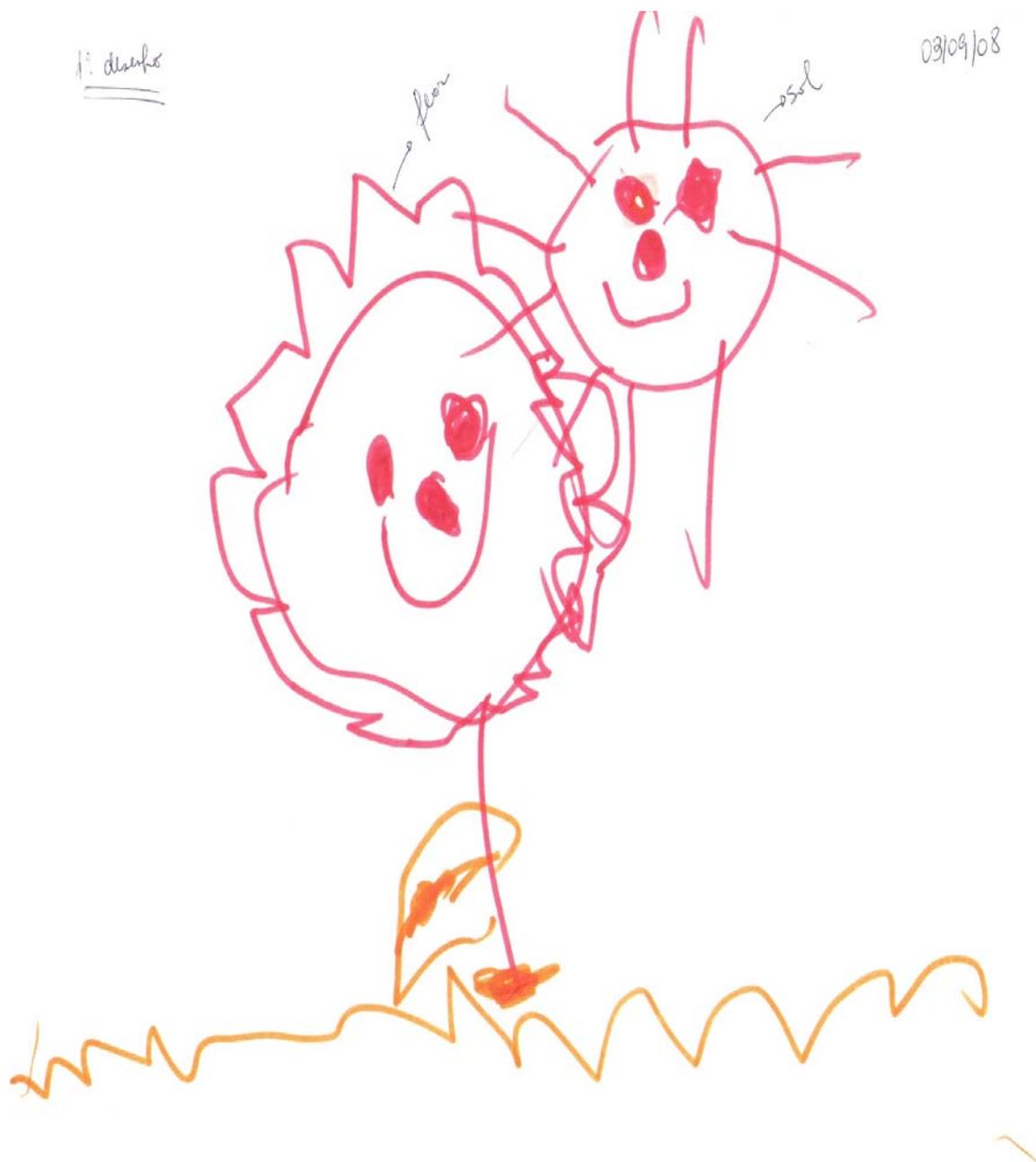
**Apêndice 2. Tentativa de dar forma.**



Apêndice 3. Reconhecendo o próprio corpo.



**Apêndice 4. Trabalhando sobre os orifícios – Desenho 1**



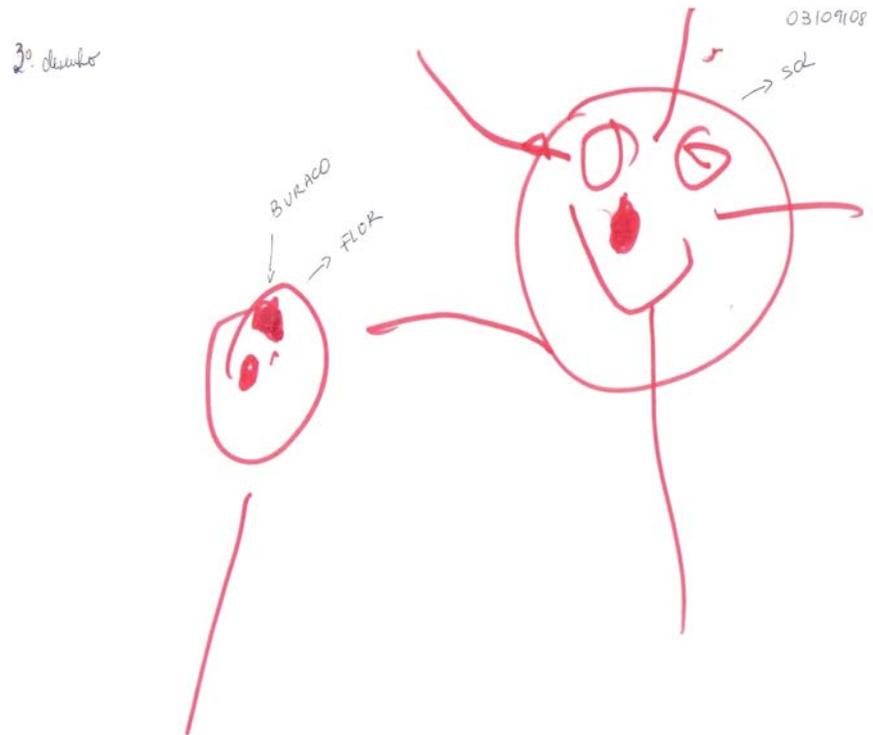
Apêndice 4a. Trabalhando sobre os orifícios – Desenho 2

1º desenho

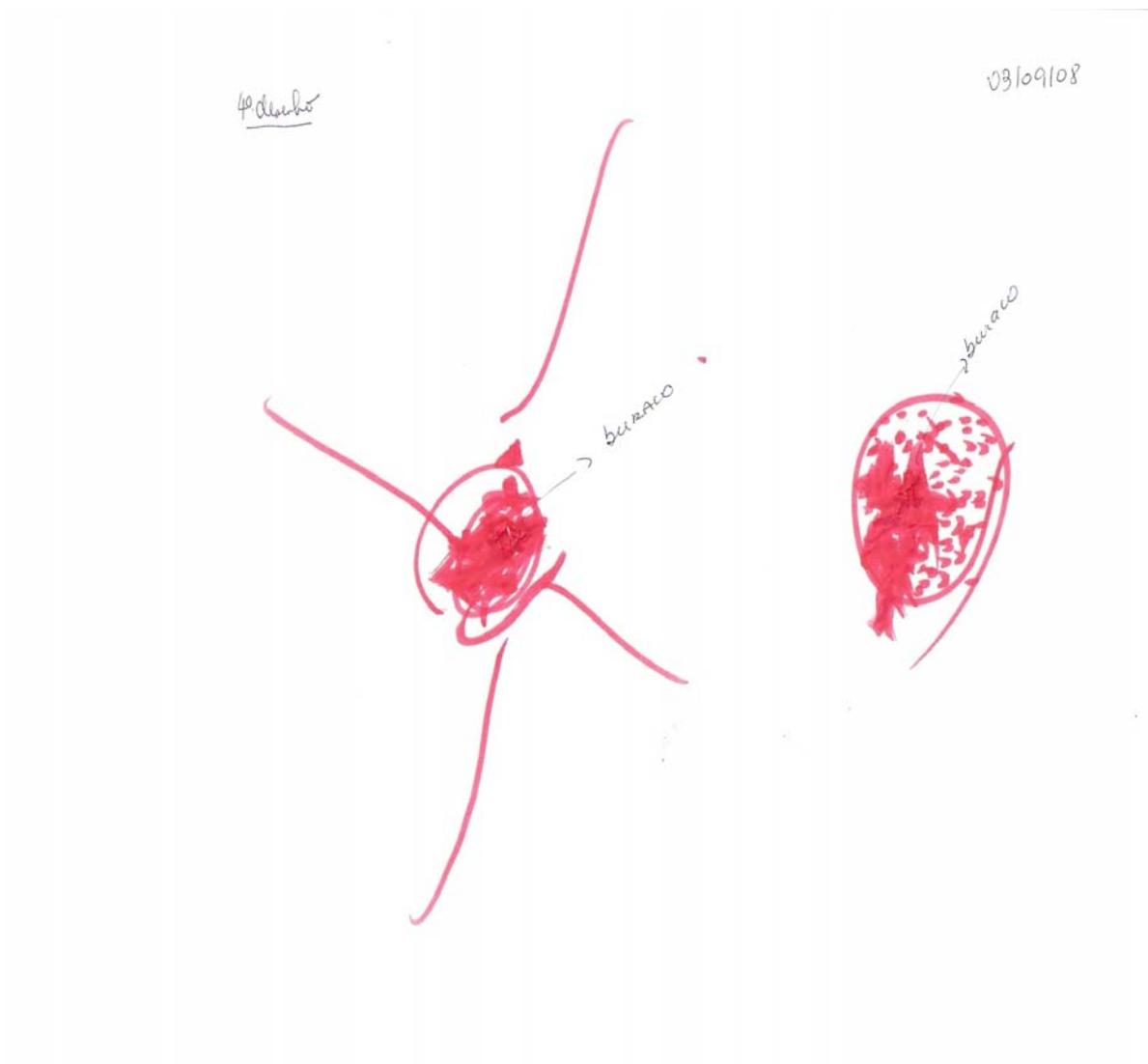
03/09/08



**Apêndice 4b.** Trabalhando sobre os orifícios – Desenho 3



Apêndice 4c. Trabalhando sobre os orifícios – Desenho 4





## 10. ANEXOS

### Anexo 1. Conteúdo da Caixa Lúdica.<sup>(70)</sup>

#### CONTEÚDO DA CAIXA LÚDICA

##### BRINQUEDOS:

- bebezinho
- mamadeira
- carrinhos
- avião
- soldadinhos
- bichos selvagens e domésticos
- telefones (2)
- família (bonecos de plástico ou de pano – 04 adultos e 04 crianças)
- panelinhas
- colherinhas
- blocos de madeira
- copinhos
- paninhos (retalhos de tecidos)
- caixinhas
- fogão
- monta tudo
- mamadeira

##### MATERIAL GRÁFICO:

- papel sulfite
- massa de modelar

- giz de cera
- lápis de cor
- lápis grafite
- canetas hidrográficas
- borracha
- régua
- tesoura sem ponta
- fita crepe
- apontador
- pasta (para guardar as produções)

**Anexo 2. Ficha de Acompanhamento do Desenv. Infantil.**<sup>(63)</sup>**Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil**

Nome: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ 1-NUNCA 2-ÀS VEZES 3-SEMPRE

<b>01-DE ZERO AOS SEIS MESES</b>			
<b>A – ATÉ O TERCEIRO MÊS.</b>			
1- Interage com a mãe, através do olhar, enquanto mama.			
2- Sorri diante dos rostos dos familiares.			
3- É responsivo à aproximação das pessoas, buscando-as com os olhos, movimentando os braços.			
4- Demonstra reconhecer as vozes do pai ou da mãe, através de balbucios, movimentos corporais.			
<b>B – DOS TRÊS AOS SEIS MESES</b>			
5- Manifesta alegria diante das pessoas (movimentos de pernas, vocalizações)			
6- Manifesta reações diante de sua imagem no espelho, tentando pegá-la, tocando a si mesmo.			
7- Vocaliza várias sílabas definidas.			
8- Percebe os objetos que estão próximos, tentando alcançá-los e toca-los.			
9- Distingue os rostos familiares dos rostos estranhos.			
10- Faz uso de várias entonações de voz com a finalidade de comunicar-se.			
11- Já se senta com o apoio de um adulto.			
<b>02 – DOS SEIS AOS NOVE MESES</b>			
1- Brinca de jogar os objetos no chão ou de esconde-esconde.			
2- Reconhece as expressões faciais de raiva, alegria e aprovação das pessoas que o rodeiam.			
3- Solicita ser pego no colo estendendo os braços ou inclinando seu corpo em direção ao adulto.			
4- Faz imitações ou gestos simbólicos, como dar adeus.			
5- Busca consolo quando se machuca.			
6- Mastiga alimentos sólidos.			
7- Engatinha.			
8- Senta-se sozinho.			
<b>03 – DOS QUINZE AOS DEZOITO MESES</b>			
1- Brinca de faz-de-conta com objetos.			
2- Compreende o que as outras pessoas querem lhe expressar.			
3- Chama pelas pessoas.			
4- Beija e abraça o pescoço de quem o segura no colo.			
5- Aponta com o dedo para as coisas que quer.			
6- Mantém-se concentrado nas suas brincadeiras por tempo prolongado.			
7- Colabora na sua alimentação ajudando com a colher.			
8- Aceita diferentes tipos de alimentos.			
9- Desenvolve-se bem na fala.			
10- Desenvolve-se bem no andar.			
<b>04 – DOS VINTE E QUATRO MESES AOS TRINTA MESES</b>			
1- Sabe dizer não com a cabeça.			
2- Fala seu próprio nome.			
3- Constrói frases próprias com várias palavras.			
4- Utiliza os pronomes pessoais – eu, tu ou você.			
5- Fala enquanto brinca repetindo cenas vistas ou vividas.			
6- Interessa-se por histórias infantis.			
7- É capaz de reproduzir, em parte, as histórias infantis que lhe são contadas.			
8- Compartilha seus brinquedos com outras crianças.			
9- Desenvolve-se bem em suas capacidades corporais através de movimentos como pular, correr.			
10- É capaz de ajudar em pequenas tarefas domésticas.			
11- Alimenta-se sozinho.			

**Anexo 3.** Roteiro de anamnese psiquiátrica e psicanalítica,<sup>(62)</sup> reformulado pela pesquisadora.

## **ROTEIRO DE ANAMNESE PSIQUIÁTRICA E PSICANALÍTICA**

### **I – IDENTIFICAÇÃO**

Nome:.....

Idade.....Data de nascimento.....

Sexo:.....

Nacionalidade.....

Escola.....

Pai:

Nome.....

Profissão.....

Idade.....

Mãe:

Nome.....

Profissão.....

Idade.....

### **II – Queixa**

Queixa principal.....há quanto tempo.....

Outras queixas.....há quanto tempo.....

Atitude frente às queixas:

Mãe.....

Pai.....

Família.....

### **III – Antecedentes pessoais**

#### **1) concepção**

A criança foi desejada.....

Posição na ordem das gestações.....

Posição na ordem dos nascimentos.....

Abortos naturais.....

Abortos provocados.....

Natimortos.....

Filhos mortos.....causa mortis.....idade.....

#### **2) Gestação**

Quanto tempo após o casamento.....

Enjoou.....quanto tempo.....

Vomitou.....quanto tempo.....

Quais as sensações psicológicas sentidas na gravidez.....

Quando sentiu a criança mexer.....

Como reagiu a essa sensação.....

Fez pré-natal.....

Fez exames de sangue.....

Algum fato ou ocorrência diferente.....

Tirou radiografias.....

Fez transfusão de sangue durante a gestação.....

Sofreu alguma queda.....

Doenças durante a gestação.....

### 3) condições no nascimento

Local.....

Em casa.....

Na maternidade.....

#### **Desenvolvimento do parto**

Natural.....

Fórceps.....

Cesariana.....

#### **Descrição do parto**

Duração.....

Parto seco.....parto úmido.....

#### **Posição de nascimento**

De cabeça.....

De ombros.....

De nádegas.....

#### **Primeiras reações:**

Chorou logo.....

Ficou roxo.....quanto tempo.....

Precisou de oxigênio.....quanto tempo.....

#### **Reações após o primeiro dia de vida:**

Teve dificuldade para mamar.....

Algum outro tipo de reação que pudesse chamar a atenção dos pais

### **IV – Desenvolvimento**

#### **A - Sono**

Tem dificuldades para dormir.....

- Dorme bem.....
- Agita-se quando dorme.....
- Apresenta sudorese durante o sono.....
- Acorda durante a noite.....quantas vezes.....
- Fala dormindo.....
- Grita durante a noite (terror noturno).....
- Faz movimentos sem acordar.....
- Lembrar no dia seguinte.....
- Range os dentes.....
- É sonâmbulo.....
- Acorda a noite depois de um pesadelo.....
- Dorme em quarto separado dos pais.....
- Até quando dormiu no quarto dos pais.....
- Qual foi a atitude tomada para separá-lo.....
- Tem cama individual.....
- Dorme sozinho.....
- Acorda e vai para a cama dos pais.....

### **B – Alimentação**

- Quando foi a primeira alimentação.....
- Mamou bem.....
- Tem boa deglutição.....
- Até quando mamou no seio.....
- Mamadeira.....
- Comida de sal.....consistência.....
- Atitude no desmame:

Seio.....

Mamadeira.....

Rejeitou alimentação alguma vez.....

Atitude tomada.....

### **C - Desenvolvimento psicomotor**

Sorriu.....

Engatinhou.....

Ficou de pé.....

Andou.....

Falou as primeiras palavras.....

Falou corretamente.....

Trocou letras.....

Falou muito errado.....

Gaguejou.....

Dentição.....

Controle dos esfíncteres

Anal.....

Anal diurno.....

Vesical diurno.....

Vesical noturno.....

Como foi ensinado o controle dos esfíncteres.....

### **D – Manipulações**

Usou chupetas.....

Chupou dedo.....

Roeu ou rói as unhas.....

Puxa orelha.....  
Arranca os cabelos.....  
Morde os lábios.....  
Qual atitude tomada diante desses hábitos.....

**E – Tiques**

Atitudes tomadas.....

**F - Escolaridade**

Freqüenta escola.....  
Gosta.....  
Interessa-se pela escola.....  
Os pais estimulam.....  
Aceita com os colegas.....  
Gosta da professora.....  
É castigado pelos pais por algum motivo.....  
Dificuldade em algum setor na escola.....  
É irrequieto na sala.....  
Mudou de escola.....  
Destro ou sinistro.....  
Recebem queixas da professora.....quais.....

**G - Sexualidade**

Curiosidade sexual.....atitude dos pais.....  
Masturbação.....quando.....atitude da família.....

**V - Sociabilidade**

Interage com outras crianças.....  
Prefere brincar sozinho (a).....

Aproxima das pessoas.....

Fixa o olhar em objetos.....

Esses objetos têm movimento.....

Tem o hábito de isolar-se.....

Expressa emoções.....

Chora.....

Sorri.....

**- Doenças:**

Idade.....

Como passou.....

Atitude da família.....

Febres altas nestas doenças .....quantos graus.....

Convulsões com febre.....

Desmaios.....

Ficou rígido durante esses episódios.....

Faltou oxigênio.....

Doenças infantis.....

Precisou internações.....

Sofreu alguma cirurgia ..... idade .....anestesia.....

Vacinas.....febres.....quantos graus.....

Enxerga bem.....

Ouve bem.....

**VI – Antecedentes familiares**

Alguém com problemas mentais na família.....

Alguém já foi internado por esse motivo.....

- Algum tipo de vício: jogo, bebida etc.....
- Alergias.....
- Asmas.....
- Diabetes.....
- Convulsões.....

Observação: as respostas acima devem se respondidas, considerando-se pai, mãe, avós (maternos e paternos), tios, primos.

### **VII – Ambiente familiar e social**

#### **- Ambiente material:**

- Tipo de residência.....
- Local para brincar.....

### **VIII - Interrelações**

- Relação com os pais.....
- Relação entre a mãe e a criança.....
- Relação entre o pai e a criança.....
- Relação entre irmãos.....
- Relação entre avós e pais da criança.....
- Relação entre avós e a criança.....

### **IX – Religião**

- Sim.....
- Não.....

#### **-Ambiente social**

- Família recebe visitas.....
- Família faz visitas.....
- Quem são os amigos da criança.....
- Quem os escolhe.....

**Anexo 4.** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96).

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)**

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Para uma investigação científica honesta e segura, a pessoa que vai participar do estudo, seu pai, mãe ou tutor legal, deve dar seu consentimento livremente, após ter sido muito bem informado sobre os riscos e benefícios do estudo.

É da responsabilidade do pesquisador fornecer toda informação necessária e solicitada. Esse termo será aprovado por um Comitê de Ética e tem por finalidade proteger o participante do estudo.

Título da Pesquisa:

A Clínica dos Transtornos Autísticos: Considerações Psicanalíticas.

Este trabalho visa investigar o desenvolvimento desta criança portadora de Transtorno Global do Desenvolvimento - Autismo, buscando promover melhores condições em sua vida mental.

Esclarecimentos e Informação: As informações obtidas neste estudo são confidenciais e só serão divulgadas em reuniões ou revistas científicas, sempre preservando a identidade da criança. A qualquer momento, se houver a decisão dos responsáveis de que ela não deverá participar da pesquisa, poderão interrompê-la. Este ato não acarretará nenhum prejuízo e não precisarão dar nenhuma justificativa.

Lemos este termo e recebemos informações claras sobre a presente investigação. Estamos de acordo em permitir que nosso filho participe livre e espontaneamente deste estudo.

Sabemos que, sob hipótese alguma, receberemos qualquer tipo de gratificação pela nossa permissão e sua participação.

Responsáveis:

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila  
Fone: (17) 3201-5734

---

Pesquisadora: Heleny Silvia Scrocchio Romero  
Fone: (17) – 3229-3744

São José do Rio Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ (SP).