



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO -
FUNDAP



Victor de Barros Malerba

A clínica psicanalítica do autismo: uma revisão de literatura

RIBEIRÃO PRETO
2017

MALERBA, VICTOR DE BARROS

BIBLIOTECA CENTRAL DA USP RIBEIRÃO PRETO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO: _____ SYSNO: _____

MONOGRAFIA 2017

“A CLÍNICA PSICANALÍTICA DO AUTISMO: UMA REVISÃO
DE LITERATURA”

ALUNO: VICTOR DE BARROS MALERBA
ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. SONIA REGINA LOUREIRO



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO -
FUNDAP



VICTOR DE BARROS MALERBA

A clínica psicanalítica do autismo: uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento

Área: Psicologia em Saúde Mental

Orientadora e Supervisora Titular: Prof^a

Dra. Sonia Regina Loureiro

RIBEIRÃO PRETO
2017

Malerba, Victor de Barros

A clínica psicanalítica do autismo: uma revisão de literatura / Victor de Barros Malerba. Ribeirão Preto – 2017. 62 p.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro

Trabalho de conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. Autismo. 2. Psicanálise

FOLHA DE APROVAÇÃO

Victor de Barros Malerba

A clínica psicanalítica do autismo: uma revisão de literatura

Monografia apresentada junto ao Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Área: Psicologia – Saúde Mental, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Loureiro.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Psicóloga: Daniela Perocco Zanatta

Instituição: HCFMRP/USP

Assinatura_____

Psicólogo: Lívia Loosli

Instituição: HCFMRP/USP

Assinatura_____

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, à Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro pelos ensinamentos transmitidos, sem os quais não teria sido possível a elaboração deste trabalho.

Agradeço às minhas supervisoras Iara, Bárbara, Daniela e Lívia, por terem contribuído imensamente com a minha formação pessoal e profissional.

Agradeço às minhas colegas do Aprimoramento Profissional, com quem compartilhei tantos momentos importantes, e especialmente à Marina Madeira Robazzi, por ter sido uma parceira nessa caminhada dos últimos dois anos, sempre disponível para uma conversa amiga.

Agradeço aos meus pais, Valmir e Cristina, pelo amor, apoio e incentivo à busca por meus objetivos e por terem sempre alimentado meu amor pelo conhecimento.

Agradeço aos meus irmãos, Flávio e Renato, que me ensinaram e me ensinam o que é “companhia”.

Agradeço à Júlia, pela leitura e revisão pessoal do texto, mas principalmente pela “companhia viva” e parceria que nos tem enriquecido.

Agradeço ao Luiz, por ter me acompanhado de forma tão presente ao longo dos últimos anos.

Agradeço, finalmente, aos meus pacientes pela confiança no meu trabalho e por terem tornado possíveis parcerias únicas e vitalizadoras.

RESUMO

MALERBA, V. B. **A clínica psicanalítica do autismo: uma revisão de literatura.** 2017. 62f. Monografia – Programa de Aprimoramento Profissional – Psicologia Saúde Mental – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2017.

A clínica psicanalítica do autismo possui um longo histórico de desenvolvimento, que se iniciou em 1930 com a análise de Dick por Melanie Klein. Desde então, muitas transformações se produziram na abordagem psicanalítica do autismo, tanto no âmbito teórico como na técnica. Contudo, na atualidade, esta abordagem tem sido alvo de ataques e críticas por parte de alguns setores da comunidade científica, sob o argumento de que a psicanálise não disporia de embasamento científico para confirmar a eficácia de suas intervenções com pacientes autistas. O presente estudo teve por objetivo revisar a literatura produzida sobre a clínica psicanalítica do autismo, entre 2006 e 2016, buscando contribuir para o conhecimento mais aprofundado a respeito dessa abordagem com tais pacientes. Procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, tendo por referência a base de dados *Lilacs*, e as palavras chave *autismo* e *psicanálise*. Identificou-se um conjunto de 71 artigos, dos quais 59 foram excluídos, sendo selecionados e analisados 12 artigos sendo todos empíricos relativos a estudos de caso. Os participantes eram, em sua maioria, do sexo masculino, com idade entre 10 meses e 20 anos. Foram estabelecidas três categorias principais, para a análise dos temas predominantes nos estudos analisados: 1.Aspectos relativos à evolução clínica; 2.Aspectos relativos à abordagem terapêutica; e 3.Aspectos relativos à abordagem da família. Sob a categoria evolução clínica, foram agrupados os temas: simbolismo e jogo simbólico; desenvolvimento da fala; e ampliação da percepção do mundo externo e da diversidade de interesses e comportamentos. Sob a categoria abordagem terapêutica, foram agrupados os temas: o *setting* na clínica psicanalítica do autismo; recomendações sobre a técnica e a postura do terapeuta; corpo, sensorialidade e técnica; e usos da contratransferência. Por fim, sob a categoria abordagem da família, foram agrupados os temas: principais questões apresentadas pelos familiares e o manejo da família na clínica psicanalítica do autismo. Como pontos de destaque ressaltam-se: a identificação da qualidade da formação de símbolos, evidenciada pela atividade lúdica das crianças autistas, como um indicador relevante da evolução positiva dos pacientes atendidos; a postura do terapeuta com estes pacientes, com uma companhia viva e criativa, de modo a regular a dose de alteridade no contato com tais pacientes, que, tipicamente, apresentam uma intensa intolerância à alteridade; e o oferecimento de uma escuta analítica para os familiares de tais pacientes, a fim de que possam ser desconstruídas fantasias a respeito da terapia e da parentalidade. Conclui-se que a presente revisão, dentro dos seus limites, contribuiu com a ampliação do conhecimento acerca da clínica psicanalítica do autismo, identificando algumas características relevantes do atendimento psicanalítico com pacientes autistas e suas famílias.

Palavras-chave: Autismo. Psicanálise. Revisão.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Autismo: conceito, aspectos clínicos e psicodinâmicos.....	9
1.2 A clínica psicanalítica do autismo no contexto atual.....	15
1.3 Percurso histórico da clínica psicanalítica do autismo.....	18
2. OBJETIVO	26
3. MÉTODO.....	26
4. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	27
4.1 Características sócio-demográficas e clínicas dos casos.....	28
4.2 Categorização geral dos temas abordados pelos estudos.....	30
4.3 Aspectos relativos à evolução clínica dos pacientes: indicadores clínicos e psicodinâmicos.....	33
4.4 Aspectos relativos à abordagem terapêutica.....	43
4.5 Aspectos relativos à abordagem da família.....	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
6.REFERÊNCIAS.....	61

1. INTRODUÇÃO

1.1 Autismo: conceito, aspectos clínicos e psicodinâmicos

1.1.1 Evolução da noção de autismo na psiquiatria e classificações diagnósticas

Segundo Untoiglich (2013), credita-se a Bleuler, psiquiatra suíço, a introdução do termo autismo, em 1911, com a finalidade de descrever um dos sintomas da esquizofrenia, que implica no isolamento da realidade externa. Untoiglich (2013) retoma a etimologia da palavra: *autos*, em grego, significa “si mesmo”; e *ismo* é um sufixo utilizado para se referir a um modo de estar. Assim, o termo autismo, etimologicamente, se refere a estar fechado em si mesmo.

Contudo, apenas na década de 1940 o autismo deixou de ser um sintoma do quadro da esquizofrenia para passar a constituir uma nova síndrome, denominada por Kanner de *Autismo Infantil Precoce* (JANUÁRIO; TAFURI, 2009; UNTOIGLICH, 2013; BRASIL, 2013).

Nascido no antigo Império Austro-Húngaro e tendo emigrado para os Estados Unidos em 1924, tornando-se chefe da psiquiatria infantil no Johns Hopkins Hospital de Baltimore, Léo Kanner descreveu 11 crianças nas quais foi identificada uma incapacidade para se relacionar de forma normal com pessoas e situações desde o início de suas vidas. Tal quadro de isolamento as levava a recusar o contato com o ambiente, sendo que algumas mães se queixavam de que os filhos não mostravam uma atitude corporal antecipatória, sem inclinar o rosto ou mover os ombros ao serem levados ao colo, e não se ajustavam ao corpo da mãe, quando já estavam nele. Outras características observadas envolviam a ausência de mudança na expressão facial ou posição do corpo quando os pais voltavam para casa ou tentavam interagir com a criança. Ainda, tais crianças, quando inseridas em um grupo de idade próxima, permaneciam sozinhas, sem participar das brincadeiras. (BRASIL, 2013).

Dentre as crianças que haviam adquirido fala, Kanner observou que estas utilizavam as palavras sem fins de comunicação, pois apenas as repetiam de forma desordenada e aparentemente sem sentido. Alguns exemplos de tais repetições consistiam em listas de nomes de presidentes, de

animais ou trechos de poemas. Assim, notou que havia uma distorção na função da linguagem, uma vez que esta era usada de forma auto-suficiente, sem valor conversacional (BRASIL, 2013; UNTOIGLICH, 2013).

Além disso, Kanner relatou que as crianças tendiam a usar os conceitos de forma literal, com dificuldade de generalizá-los, e em geral de modo associado ao contexto em que ouviram a palavra pela primeira vez. Ainda, apresentavam ecolalia até os cinco ou seis anos, e não se referiam a si próprias na primeira pessoa. Na concepção de Kanner, tais crianças experimentavam o outro como uma intrusão assustadora, o que explicaria sua reação desesperada diante de barulhos fortes e objetos em movimento, bem como sua tendência a ignorar o que lhes era perguntado e até sua recusa por alimentos. Ainda, apresentavam o comportamento de se dirigir a partes dos corpos de outras pessoas como se estes fossem objetos, retirando-os do caminho, sem estabelecer contato ocular com outras pessoas, parecendo não as distinguir dos móveis do ambiente. O psiquiatra observou, além disso, a preferência de tais crianças por tudo que era rotineiro, repetitivo e esquemático, levando-o a concluir que estas possuíam um desejo obsessivo pela manutenção da uniformidade (BRASIL, 2013; UNTOIGLICH, 2013).

Embora sejam reconhecidas as importantes contribuições de Kanner para a descrição inaugural do autismo como uma nova síndrome, algumas de suas concepções sobre o autismo são passíveis de ponderações e podem ser pensadas em termos de suas implicações para o tratamento e o prognóstico desse quadro. Nesse sentido, Tafuri (2009), aponta que Kanner passou a utilizar o termo autismo como um sintoma patognomônico, restringindo o termo ao seu significado patológico. Segundo a autora, isso implicou na redução do autismo a um déficit cerebral, de modo que as crianças passaram a ser vistas como portadoras de uma síndrome crônica, incurável. Tal visão teria tido como consequência, no meio psiquiátrico, a restrição do tratamento à área médica e pedagógica, com um impedimento de base caracterizado pela cronicidade, por um lado, e pela deficiência, por outro. A autora ressalta que, de outro modo, no meio psicanalítico, abriu-se uma rica vertente de possibilidades de tratamento para tais crianças isoladas, de modo a favorecer a disponibilidade para o contato interpessoal (JANUÁRIO; TAFURI, 2009).

Outro marco no desenvolvimento da noção de autismo, dentro do contexto da psiquiatria, diz respeito às contribuições do médico Hans Asperger, também na década de 1940. O médico austríaco, autor do artigo *Psicopatia Autística na Infância*, descreveu quatro crianças que apresentavam um transtorno do relacionamento com o ambiente ao seu redor, que era compensado, por vezes, por um alto nível de originalidade do pensamento e das atitudes (BRASIL, 2013). Segundo Untoiglich (2013), Asperger destacou, nessas crianças, a falta de empatia, a falta de habilidade para fazer amigos, a linguagem pedante ou repetitiva, a pobreza da comunicação verbal e um interesse desmedido por alguns temas específicos, além de má coordenação motora.

A descrição dos casos de Asperger diferiam dos de Kanner, uma vez que, enquanto aquelas observadas pelo último apresentavam boas relações com objetos, as do primeiro apresentavam, além das relações atípicas com pessoas, também uma relação peculiar com os objetos, ignorando alguns, ao mesmo tempo em que se fixavam exageradamente em outros, inclusive se dedicando à coleção ou à ordenação exótica destes (BRASIL, 2013).

Contudo, foi apenas na década de 1980, com a tradução do artigo de Asperger para o inglês, pela psiquiatra Lorna Wing, que as contribuições do médico suíço passaram a ser conhecidas (UNTOIGLICH, 2013). Esta autora, que participou da organização da *National Autistic Society*, na Inglaterra, defendeu que a síndrome de Asperger compartilhava com o autismo uma mesma *triade sintomática*, que compreende as seguintes características: limitações na interação social recíproca; limitações no uso da linguagem verbal e/ou não-verbal; e atividades estereotipadas e repetitivas (BRASIL, 2013). As contribuições de Wing favoreceram, o fortalecimento da noção de *continuum* ou de espectro autista, bem como a inclusão da síndrome de Asperger entre as classificações diagnósticas a partir dos anos 1990.

Segundo Kaplan (1997), o Autismo Infantil só foi incluído como uma entidade clínica distinta no *Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais (DSM)*, em sua terceira versão, de 1980, sendo que, anteriormente, as crianças com tais características eram diagnosticadas como tendo um tipo de esquizofrenia infantil. Desde sua inclusão no DSM, tal diagnóstico já foi nomeado como Transtorno Autista, pelo DSM III, Transtorno Invasivo do

Desenvolvimento (TGD), pelo DSM IV e, finalmente, Transtorno do Espectro Autista (TEA) em sua versão mais recente, o DSM 5 (KAPLAN, 1997; UNTOIGLICH, 2013).

Destaca-se que, na última versão deste manual, houve modificação significativa na classificação diagnóstica do autismo, uma vez que se excluíram as diversas categorias que eram compreendidas entre os Transtornos Globais de Desenvolvimento, presentes no DSM IV, propondo-se um quadro mais amplo, chamado Transtorno do Espectro Autista. Cabe salientar que tal modificação, na concepção de alguns profissionais ligados à saúde mental, pode ser criticada por representar um risco para a psicopatologização da infância, na medida em que problemáticas típicas deste período de desenvolvimento, não necessariamente ligadas ao campo da psicopatologia, poderiam vir a ser associadas com um quadro de autismo (DUNKER, 2016).

1.1.2 Aspectos clínicos do autismo

- **Características Diagnósticas**

Segundo a American Psychiatric Association (2014), o Transtorno do Espectro Autista é caracterizado essencialmente por um prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social, bem como por padrões restritivos e repetitivos de comportamento e interesses. Tais características devem estar presentes desde o início da infância e precisam causar prejuízo para o funcionamento diário.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua versão mais recente, o DSM 5, traz como nova proposição o uso do termo *espectro*, para designar a diversidade de manifestações do autismo, que variam de acordo com a gravidade da condição autista, o nível de desenvolvimento e a idade cronológica. A fim de descrever a sintomatologia atual de cada paciente, o novo Manual traz os especificadores de gravidade, em que cada caso pode ser classificado nas categorias: "Exigindo apoio" (Nível 1); "Exigindo apoio substancial" (Nível 2); e "Exigindo apoio muito substancial" (Nível 3). Para cada um desses níveis, há uma descrição específica em termos das dificuldades de comunicação social, por um lado, e dos comportamentos restritivos e repetitivos, por outro, sendo que o nível de gravidade deve ser

avaliado em separado, para cada um desses dois critérios (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Assim, os prejuízos na comunicação e na interação social podem variar desde um atraso de linguagem, com redução na compreensão da fala, até a ausência total de fala, sendo que, mesmo quando há habilidades linguísticas formais preservadas (exemplo: gramática e sintaxe), deve existir um prejuízo no uso da fala para a comunicação social. Os déficits na reciprocidade emocional, por outro lado, se manifestam através da fala unilateral, utilizada mais para fazer solicitações do que para compartilhar sentimentos e conversar. Pode haver também dificuldades no processamento de pistas sociais complexas, por exemplo, relativas a quando entrar ou não em uma conversa, o que dizer ou não dizer, entre outros. Já os déficits na comunicação não verbal se manifestam através do uso reduzido ou ausente de contato visual, gestos, expressões faciais e entonação da fala. As dificuldades para desenvolver e manter relações, por sua vez, podem se manifestar através da rejeição de outros, de abordagens inadequadas, de insistência em brincar seguindo regras muito fixas, pela preferência por atividades solitárias ou na companhia de pessoas muito mais jovens ou muito mais velhas. Também caracterizam o autismo os padrões restritivos e repetitivos de comportamento, que incluem o abanar de mãos, o uso repetitivo de objetos (como enfileirar moedas), ecolalias e adesão a rotinas rígidas, com resistência grande às mudanças (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ressalta-se que o novo termo *espectro autista* engloba os transtornos que anteriormente eram chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

- **Etiologia, Fatores de Risco e Prevalência**

Segundo Untoiglich (2013), as causas do autismo são atualmente desconhecidas. Para a autora, a multiplicidade dos casos de autismo torna impossível pensar em uma única causa, de modo que, apesar de haverem muitas hipóteses e linhas de investigação, a maioria dos autores concorda que

se trata da combinação de múltiplos fatores, que certamente não se repetem de forma idêntica em todos os sujeitos. Para a American Psychiatric Association (2014), a idade parental avançada, o baixo peso ao nascer ou a exposição fetal a ácido valpróico constituem-se em fatores de risco ambientais para o autismo. Quanto aos fatores genéticos e fisiológicos, a mesma associação informa que as estimativas de herdabilidade variam de 37% a mais de 90%, com base em taxas de concordância entre gêmeos. Ainda, ressalta que até 15% dos casos de transtorno do espectro autista parecem estar relacionados a uma mutação genética conhecida.

Quanto à prevalência, as frequências relatadas para tal transtorno, nos Estados Unidos e outros países, chegaram a 1% da população, sem estar claro se as taxas mais altas estão relacionadas à expansão dos critérios diagnósticos, à maior conscientização ou ao aumento real na frequência do transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

- **Desenvolvimento e Curso**

Segundo a American Psychiatric Association (2014), os sintomas do transtorno do espectro autista costumam ser reconhecidos no segundo ano de vida. Nesse período, os pais podem relatar perda ou atraso no desenvolvimento de habilidades linguísticas ou dos comportamentos sociais. Alguns casos já apresentam ausência de interesse em interações sociais desde o primeiro ano de vida, sendo comum a consideração de um diagnóstico de surdez, devido à ausência de resposta às interações.

Por outro lado, o transtorno do espectro autista não é um transtorno degenerativo, sendo comum a aprendizagem e compensação contínua ao longo da vida. São frequentes os ganhos no fim da infância em certas áreas, como no aumento de interesse por interações sociais. Contudo, somente uma minoria dos indivíduos com transtorno do espectro autista, segundo a American Psychiatric Association (2014), consegue viver e trabalhar de forma independente na fase adulta, sendo esta minoria composta por aqueles que possuem habilidades de linguagem e capacidades intelectuais superiores. Muitos indivíduos, tendo dificuldade em dar conta de demandas sociais e se organizar quanto a questões práticas, podem desenvolver ansiedade e depressão. Alguns adultos, mesmo conseguindo suprimir certos sintomas em

público, sofrem intimamente com os esforços para manter uma fachada socialmente aceitável; e a respeito da velhice no transtorno do espectro autista sabe-se muito pouco (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

1.1.3 Aspectos psicodinâmicos do autismo

Quanto aos aspectos psicodinâmicos, isto é, aqueles que dizem respeito à dinâmica psíquica subjacente aos comportamentos e ações manifestos pelo sujeito, destacam-se, como características principais presentes nos quadros de autismo: a falta de relação simbólica com a realidade, que permite, no desenvolvimento típico, o interesse pelo mundo externo (FONSECA, 2009b; TAFURI; SAFRA, 2008; JANUÁRIO; TAFURI, 2009); as relações objetais pautadas pela sensorialidade, em que a percepção simbólica do objeto como um todo coeso é perdida e substituída por seus elementos sensoriais (JANUÁRIO; TAFURI, 2009); as defesas de isolamento autístico contra intensas angústias de aniquilamento; a ausência ou dificuldade na diferenciação eu-outro e um prejuízo primário no interesse pelas relações com o outro, relacionado à falta de internalização de um objeto que promova desenvolvimento (FONSECA, 2009b).

Tais noções foram concebidas através do desenvolvimento das teorias psicanalíticas, a partir do trabalho clínico realizado com inúmeras crianças com quadros de autismo, por psicanalistas oriundos de formações teóricas diversas, a partir do início do século XX. Mudanças significativas ocorreram ao longo desse período, em que foram incorporadas as contribuições de autores psicanalíticos atuais, alguns deles influenciados por outras disciplinas que se detiveram sobre a questão do autismo a partir do ponto de vista neurobiológico, genético e psicológico. Tal percurso de desenvolvimento técnico-teórico será apresentado a seguir, no presente estudo, de modo que se possa compreender a evolução da concepção psicanalítica sobre o autismo, bem como os avanços nas intervenções propostas como possibilidade de manejo clínico de tais quadros.

1.2 A clínica psicanalítica do autismo no contexto atual

A psicanalista canadense Anne Alvarez, que se debruçou sobre questões do desenvolvimento infantil, incluindo o autismo, inicia seu livro

“Companhia Viva” (1994) com a frase: “A psicanálise mudou e se tornou quase irreconhecível desde a virada do século.” A palavra de ordem na clínica psicanalítica do autismo, como procuraremos mostrar através da apresentação de conceitos propostos por uma variedade de autores, além de casos clínicos atendidos por diversos psicanalistas, parece ser “mudança”, do *setting*, da técnica e da teoria. De acordo com Alvarez (1994), a imagem, já muito difundida no imaginário popular, do psicanalista como profissional sisudo, calado, que procura escavar, feito um arqueólogo, a mente do paciente, a fim de encontrar uma raiz de seus conflitos, de modo a lhe proporcionar um *insight* “curador”, nunca foi tão distante da realidade. Como colocaram Marques e Arruda (2007), a terapia da criança com autismo se faz ao avesso da técnica psicanalítica clássica.

Infelizmente, tem havido muitos ataques à psicanálise como uma forma de se compreender e tratar o autismo, possivelmente devido à permanência de uma visão antiquada e desatualizada a respeito dessa abordagem, que não leva em consideração os avanços que ocorreram ao longo de seu percurso histórico. Na França, o documentário *Le Mur*, de Sophie Robert, criticou ferozmente o tratamento psicanalítico do autismo, acusando-o de atribuir as causas do autismo exclusivamente à relação disfuncional do bebê com a mãe, ignorando as contribuições de outras disciplinas, como as neurociências, por exemplo. Contudo, sabemos que, nas últimas décadas, psicanalistas como Anne Alvarez, Sue Reid e Frances Tustin, entre outros, tem buscado ativamente as contribuições de áreas vizinhas do conhecimento, entre elas as neurociências, a psicologia do desenvolvimento e a observação direta de bebês, propondo a etiologia do autismo como sendo multifatorial (FONSECA, 2009b).

Na Espanha, por outro lado, uma associação chamada *Aprenem*, de pais e filhos com autismo, lançou uma campanha a fim de denunciar a psicanálise como um método presumidamente não corroborado por evidências científicas (MAXÍMOV, 2016). Ainda, segundo Marques e Arruda (2007), o predomínio, nos tratados atuais de psiquiatria da infância, de uma visão organicista para a explicação da gênese do autismo, fez surgir a noção de que a terapia de orientação psicanalítica com crianças pequenas não era apropriada.

No contexto da saúde pública brasileira, não tem sido diferente. Em 2012, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo lançou um edital de credenciamento de instituições especializadas em pacientes autistas, determinando que o atendimento deveria ser realizado exclusivamente em abordagem cognitivo-comportamental. Além disso, anunciou o fim de um repasse de verbas para o Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), ligado à UNIFESP, especializado no tratamento de patologias por meio de uma clínica interdisciplinar com base na psicanálise (MANTEGA, 2013). Em resposta a tais ações discriminatórias, organizou-se o Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública, que reuniu mais de 350 profissionais em todo o território nacional, representando 100 instituições, entre elas universidades, instituições psicanalíticas de diferentes filiações teóricas, ONGs e instituições de tratamento, com o objetivo de "refutar, baseado em pesquisas e estudos com rigoroso valor científico, tentativas de adoção, nas políticas de saúde pública, de modelos de tratamento exclusivos." (MPASP, 2013, p. 1; MANTEGA, 2013).

Ao contrário do que os ataques à psicanálise parecem levantar, diversos psicanalistas e pesquisadores ligados à psicanálise vem produzindo estudos que buscam compreender e tratar o autismo, revisando seus conceitos teóricos, realizando inovações na técnica e ampliando sua forma de trabalhar com o *setting* terapêutico (isto é, os limites espaciais e temporais em que se dão as intervenções), de modo a construir uma intervenção que atenda às especificidades das demandas das famílias e crianças autistas.

A psicanálise guarda uma longa experiência no tratamento do autismo que se inicia na década de 1930, com a análise do paciente Dick por Melanie Klein, a qual vem passando por grandes transformações desde então, incorporando contribuições de outras disciplinas, dispondo de um vasto arcabouço teórico e técnico para compreender e tratar crianças com quadros clínicos graves, como o autismo.

Faz-se necessário, assim, favorecer o conhecimento mais profundo a respeito do modo de proceder específico da psicanálise diante dos quadros clínicos de autismo, de forma que se possam desfazer visões preconcebidas a respeito dessa linha teórica no trabalho com essas crianças, proporcionando

maior aproximação com a forma como se dá, de fato, esta clínica, em seus aspectos técnicos e teóricos.

1.3 Percurso histórico da clínica psicanalítica do autismo

Atribui-se a Melanie Klein o primeiro caso de atendimento psicanalítico de uma criança autista, em 1930. Trata-se do caso de Dick, menino de quatro anos que havia sido diagnosticado, de acordo com as classificações psiquiátricas da época, com Demência Precoce. Antes de abordar os detalhes e o andamento do caso, contudo, faz-se necessário um breve apontamento acerca da concepção de Klein a respeito do desenvolvimento do *simbolismo* na criança.

Segundo Fonseca (2009b), na concepção de Klein, para que o ego da criança possa se desenvolver, é necessária a capacidade de tolerar ansiedades. Tal capacidade seria fundamental na medida em que ela é necessária ao desenvolvimento da capacidade de formar símbolos. O desenvolvimento simbólico é uma peça fundamental da teoria kleiniana, já que permite que as fantasias e emoções intensas da criança sejam deslocadas dos objetos primários, que são as pessoas mais próximas da criança nos primeiros momentos de seu desenvolvimento, majoritariamente os pais, para novos objetos, que passam a simbolizar os primeiros, aliviando a ansiedade e abrindo o leque do desenvolvimento social, cognitivo e emocional. Em psicanálise, tal processo é chamado de *sublimação* e ocorre constantemente tanto na vida adulta (notadamente nas atividades de produção, como o trabalho e a produção artística) quanto na infância, sendo que, nesse estágio primário do desenvolvimento, permite a abertura do sujeito para o mundo externo, concomitante a um afastamento gradual e necessário das figuras parentais, ocorrendo então o desenvolvimento da curiosidade pelos objetos do mundo e a transformação dos impulsos primitivos em busca de conhecimento.

No caso do menino Dick, Klein (1930, apud FONSECA 2009b) notou que este não havia desenvolvido plenamente a capacidade de formação de símbolos, pois ele não tinha uma relação afetiva com as coisas de seu ambiente, às quais se mostrava indiferente. Nas palavras da autora:

"Não tinha quase nenhum interesse, não brincava e não tinha contato com o ambiente (...) Quando falava, usava seu parco vocabulário incorretamente. Mas não apenas porque ele era incapaz de se fazer entender: ele não tinha a menor intenção de fazê-lo... Às vezes repetia as palavras de modo certo, mas continuava a repeti-las incoerente e mecanicamente até que todos à sua volta não aguentassem mais." (Klein 1930, apud FONSECA 2009b)

Comentando aspectos relevantes do caso Dick, Tafuri e Safra (2008) relatam que o mesmo não possuía relação simbólica com os objetos da realidade. Frente a esse obstáculo fundamental, a psicanalista optou por propor um jogo à criança, criado por ela mesma, a partir do interesse de Dick por trens e estações. Ao longo das sessões, e através dos jogos, Klein emitia palavras tranquilizadoras, interpretando a angústia do paciente, que se encontrava mal simbolizada, permitindo superar os obstáculos iniciais da análise. Ainda, a psicanalista modificou sua técnica habitual, sendo que, ao invés de esperar que o material psíquico fosse expresso através de várias representações, para então interpretá-lo, buscou fazer suas interpretações com base em seu conhecimento geral, oferecendo representações para as ações e gestos de Dick, uma vez que este tinha pouca capacidade de representar simbolicamente seus próprios conteúdos. A partir de então, o garoto passou a demonstrar sinais de vinculação às pessoas, apresentando sinais de angústia e dependência em relação à analista, inicialmente, e posteriormente, também à babá. Passou a demonstrar interesse pelos objetos, enquanto simultaneamente, enriquecia seu vocabulário, pois não apenas demonstrava interesse pelas coisas em si, como também pelos seus nomes. Após seis meses de tratamento, a criança podia demonstrar uma relação afetiva prazerosa com seus pais, com a babá e a analista, além de demonstrar angustiar-se diante de estranhos. Segundo a autora, a criança havia, portanto, adquirido a capacidade de expressar seus desejos de ser compreendido, amado e desejado, sentimentos que antes não se mostravam (TAFURI; SAFRA, 2008).

Segundo Fonseca (2009b), uma lição importante aprendida com o caso de Dick, foi que as crianças autistas também têm uma mente que, como a de todos nós, é recheada de emoções e sentimentos, sejam estas traduzidas em

sensações, em imagens visuais ou em fantasias mais elaboradas. Ao descrever suas intervenções com as crianças, mostrou que essas emoções podem ser acessadas e compreendidas, trazendo o indivíduo para dentro da esfera do humano. Destaca-se que no paradigma da psicanálise kleiniana, este processo foi conduzido principalmente através do uso da interpretação verbal do jogo da criança, atribuindo valor significativo aos comportamentos, gestos e sons que ela produz.

Um outro marco histórico na clínica psicanalítica do autismo diz respeito às contribuições dadas por Frances Tustin, a partir de 1960, exemplificadas pela publicação do livro *Autism and Childhood Psychosis* em 1972, o qual teve grande influência sobre os psicanalistas que atendiam autistas, por enfatizar a importância do uso das interpretações das *figuras de sensações* (TAFURI, 2000). Tal técnica, que consistiria em interpretar os objetos e figuras autistas, que são predominantemente sensoriais, teria por objetivo levar a criança a desenvolver nexos mentais com o psicanalista, que é sentido como uma mãe nutridora, ocorrendo assim a transferência infantil. Tal atitude permitiria retirar a criança do isolamento sensorial patológico, o que constitui o maior desafio para o psicanalista. Segundo Tafuri (2000), com a análise de John, um menino autista, Tustin mostrou exemplos desse tipo de interpretação. O garoto, no momento em que chegou para a análise, demonstrava uma ausência completa de expressão e ignorava completamente a presença da analista. Em determinado momento, puxou a mão desta em direção a um pião, e então a analista o fez girar. Isto fez com que John ficasse intensamente ruborizado, ao mesmo tempo em que passou a fazer movimentos circulares com a mão no pênis, por cima da calça, e com a outra mão repetia o mesmo gesto sobre a boca. Tustin compreendeu que, para John, os movimentos do pião estavam intimamente ligados aos de seu próprio corpo, e que tal excitação sexual seria importante para interpretações futuras, de modo a ajudá-lo a distinguir a analista de suas ilusões primitivas. Na nona sessão, em que John girava repetidamente o pião, interpretou: "...ele estava usando sua mão para fazer girar o pião Tustin, porque queria sentir que John seria Tustin e Tustin seria John. Então poderia sentir que ficaríamos sempre juntos" (Tustin, 1975, p. 18, apud Tafuri, 2000). Ainda no caso de John, Tustin chegou à noção de que seu paciente tinha uma sensação de "buraco negro", que representava a sensação

terrível que sentia quando se separava da mãe. Para Tustin, o referencial kleiniano se mostrou insuficiente para compreender tal aspecto em seus pacientes, sugerindo que a ideia de Melanie Klein de objeto "preenche demais o 'buraco'" e que "o autismo é uma objeção ao objeto kleiniano" (Entrevista de F. Tustin a E. Vidal, 1995: 89, apud TAFURI, 2000).

A noção de interpretação das figuras e objetos autistas constitui um princípio norteador do trabalho de Tustin, que nesse sentido se opunha à técnica kleiniana da interpretação do jogo. Vale ressaltar, contudo, que continuou prevalecendo, com Tustin, a importância da interpretação verbal, dando sentido aos comportamentos bizarros da criança, de modo a trazer o paciente para a relação transferencial. Seja através dos significados simbólicos, com Klein, ou das sensações, com Tustin, a criança, no tratamento psicanalítico, estava submetida a uma rede de significados oriundas das interpretações do analista (TAFURI, 2000).

Outro psicanalista que se ocupou do autismo, também na Inglaterra, foi Donald Meltzer que, entre 1965 e 1974, reuniu um grupo de investigações psicanalíticas, do qual resultou a obra *Explorations in Autism* (FONSECA, 2009b). Entre as suas contribuições, destaca-se o conceito de *desmantelamento*, que utilizou para descrever a forma como frequentemente se dá a percepção do mundo pelas crianças autistas, em que a percepção simbólica dos objetos externos, onde cada objeto é percebido como um todo integrado, é por vezes substituída por um foco exclusivo sobre os elementos sensoriais dos objetos, como sua textura, sua cor, ou cheiro, de modo que se perde a concepção daquilo que é o objeto como um todo. Sua atenção não é dirigida para o objeto em si, mas para suas características visuais, olfativas e auditivas, suspendendo temporariamente o reconhecimento do objeto (TAFURI; SAFRA, 2008).

Segundo Tafuri e Safra (2008), na concepção de Meltzer, tal dispersão leva à dificuldade de se produzir uma vida mental em que a percepção pode se ligar a outros acontecimentos mentais. Dessa forma, se produz um desmantelamento do *self* como aparelho mental. Para Meltzer, o terapeuta, no tratamento de crianças autistas, precisa ser capaz de mobilizar a atenção da criança, levando-a para o contato transferencial com ele. Para isto, seria necessário utilizar tanto as interpretações clássicas quanto técnicas de uso da

voz, da atenção e da postura, incluindo também o contato físico pelo toque, o olhar, o cheiro. Nota-se, portanto, que Meltzer reconheceu a importância da relação não-verbal na análise da criança autista, incluindo a questão da musicalização da voz do analista, incorporando o sensorial à técnica. Por outro lado, também defendeu o uso da interpretação verbal como ferramenta indispensável ao trabalho do analista.

Um outro ponto relevante, a respeito da compreensão de Meltzer sobre o autismo, se refere à utilização intensa das defesas obsessivas, ou seja, de controle e separação dos objetos externos e internos. Para o autor, o autismo seria uma forma acentuada de transtorno obsessivo, em que há uma extrema vulnerabilidade ao estado emocional dos objetos, aliado à intensa possessividade em relação ao objeto materno. Essa compreensão valoriza mais os aspectos constitucionais do indivíduo, em especial a constituição obsessiva da personalidade, em detrimento dos aspectos ambientais, que são vistos pelo autor como meramente acidentais (FONSECA, 2009b).

Como outra contribuição importante para a construção do conhecimento sobre o autismo, dentro do referencial psicanalítico, insere-se Thomas Ogden, psicanalista americano que foi influenciado pelas ideias de Melanie Klein e Frances Tustin, e desenvolveu, nos anos 1980, a noção de "posição autista-contígua". Segundo o autor, tal posição constituiria em um modo de atribuir significado à experiência, que participa do desenvolvimento de qualquer sujeito, em que "a experiência do *self* está baseada na ordenação da experiência sensorial" (OGDEN 1996, p. 135, apud JANUÁRIO E TAFURI, 2009).

Segundo Januário e Tafuri (2009), para Ogden há três estados básicos de ser que constituiriam toda a experiência humana: o autista-contíguo, o esquizo-paranóide e o depressivo, sendo que os dois últimos, concebidos por Melanie Klein, seriam menos primitivos que o primeiro. Cada um desses modos corresponderia a um tipo de estado vivencial, com mecanismos de defesa, angústias, formas de relação com os objetos e graus de subjetividade próprios. Por exemplo, na posição autista-contígua, que é pré-simbólica, ou seja, não há ainda o registro simbólico dos objetos externos e internos, a angústia básica seria a da perda da demarcação sensorial, uma vez que a experiência de um *self* coeso estaria baseada na sensorialidade. Quanto ao tipo de relação objetal que se estabelece nessa posição, pode-se dizer que também é marcado pela

sensorialidade, pelas sensações físicas provocadas pelos objetos. Assim, para o autor, nesse tipo de vivência, uma bola de borracha, por exemplo, não seria um objeto redondo que percebemos com a visão e o tato, mas sim a sensação de uma área (os primórdios de um lugar) de maciez firme que se cria quando o objeto entra em contato com a pele (Ogden, 1986, p. 136, apud Tafuri e Safra, 2008). Tais experiências sensoriais seriam reconfortantes e calmantes por natureza. Pode-se notar que, nessa concepção, as experiências autísticas não se restringem a uma nosografia, a um determinado quadro psiquiátrico diagnosticado, mas participam, em algum grau, de toda a experiência humana.

Em relação à técnica psicanalítica, Ogden contribuiu com a concepção das *ações interpretativas* em detrimento do uso exclusivo de interpretações verbais na relação com os pacientes. Tal conceito foi proposto para designar todas as comunicações do analista ao paciente, acerca de um dado aspecto captado pelo analista, referente aos sentimentos vivenciados na relação com o paciente, que fossem feitas não através de palavras, mas sim através de gestos ou ações do analista (TAFURI; SAFRA, 2008). Assim, cantarolar de volta uma melodia utilizada pelo paciente, de modo a ecoar a singularidade deste e produzir uma comunicação verdadeira e intersubjetiva, pode ser um exemplo de uso efetivo desta técnica (SAFRA 2005, apud TAFURI E SAFRA 2008).

Se Ogden enfatizou a importância das ações não-verbais interpretativas do analista, um outro marco na clínica psicanalítica do autismo é representado por Anne Alvarez, que concebeu que o papel do analista vai além da interpretação, propondo ideias que tiveram profundas implicações teóricas e técnicas. Encarregada da coordenação do *Tavistock Autism Workshop*, realizado na Clínica Tavistock de Londres nos anos 1990, a psicanalista propôs que seria fundamental que o analista pudesse ajudar o paciente a internalizar um objeto que promova desenvolvimento, sendo de fato uma "companhia viva" para este (não por acaso, este é o título de um importante livro de sua autoria). Esse objeto interno teria a função de ajudar a criança a regular suas emoções e estados de ativação (FONSECA, 2009b).

Segundo Fonseca (2009b), a autora, assim como Meltzer, também pensava que fatores constitucionais da criança contribuiriam para o desenvolvimento do autismo, apontando para um prejuízo primário na

curiosidade emocional dirigida aos outros. Por isso, propôs a hipótese de que a criança possa ter se esquivado do contato humano desde o início da vida, fechando-se para estimulações importantes para o desenvolvimento. Dessa maneira, na concepção de Alvarez, a intervenção terapêutica com essas crianças pode ajudar a trazê-las para o contato intersubjetivo, uma vez que o terapeuta pode, de forma sensível, "reclamar" a criança para o contato consigo.

A psicanalista salientou que as mudanças pelas quais a teoria e a técnica psicanalítica passaram ao longo de seus mais de 100 anos de percurso, em grande parte, impulsionadas pela recusa dos pacientes a serem encaixados em teorias pré-concebidas, permitiram uma ampliação do âmbito de crianças que podem ser atendidas através dessa técnica. Ainda, em seu livro "Companhia Viva" (ALVAREZ, 1994), apontou para a substituição de uma concepção antiga de tratamento, em que o foco incidia sobre o passado, os traumas, a sexualidade e a busca pelo *insight* cognitivo, por uma nova concepção, em que se valoriza muito mais o presente, o "aqui-e-agora" da relação do terapeuta com o paciente, em que as emoções "quentes", presentes no contato interpessoal, são essenciais para o trabalho analítico. Para a autora, no lugar da imagem popular do analista calado, seria mais realista a comparação com um músico experiente que improvisa constantemente e que, junto com o paciente, "deve viver e aprender a partir da experiência sentida e - compreensivelmente - também a partir da prática" (ALVAREZ, 1994, p. 13).

Nesse modelo mais recente, é dada grande importância ao que o paciente sente na relação com o terapeuta, ou seja, na *transferência*, e também ao que o terapeuta sente na relação com o paciente, na *contratransferência*. Muito mais do que objetivar o abrandamento das barreiras repressivas, a terapia ou análise passa a visar a ampliação do *self*, uma vez que o terapeuta passa a mostrar e devolver para o paciente as partes deste que foram cindidas e projetadas no terapeuta. A autora exemplifica, colocando que uma criança pode continuamente, "empobrecer" sua personalidade "permitindo ou convidando os outros a pensarem por ela, em situações em que ela poderia pensar por si mesma" (ALVAREZ, 1994, p. 13), o que consiste em um mecanismo de identificação projetiva.

Ainda nos anos 1990, a psicanalista Geneviève Haag atentou especialmente para a sensibilidade das crianças autistas para os estímulos

sensoriais, fazendo proposições técnicas que levavam em conta esse aspecto de sua constituição mental. Assim, Haag propôs que no *setting* de análise, além dos brinquedos usuais, fossem incluídos objetos como piões, balões, caixas de jogos construtivos, entre outros (TAFURI; SAFRA, 2008).

Segundo Haag (2006), algumas crianças autistas, especialmente aquelas que viveram em lares ou instituições em que haviam se desenvolvido muitos momentos musicais, apresentavam a capacidade de comunicar algo através do canto, porém utilizando-se apenas da melodia das canções. Pareciam, contudo, compreender as palavras contidas nas canções, passando a utilizar a melodia como um tipo de léxico. A autora formulou a hipótese de que essas crianças não são incapazes do reconhecimento da voz humana, mas sim que este reconhecimento parece ter uma “entrada filtrada por exigências de suavidade e musicalidade suficientes” (HAAG, 2006, p. 161).

Ainda, notou que algumas crianças autistas, apesar de aparentarem não reconhecer a voz humana, tapavam seus ouvidos quando esta voz era muito forte ou muito articulada. Apontou que, devido a este fato, muitos psicoterapeutas aprenderam a musicalizar suas vozes, cantando seus comentários e interpretações para que estes pudessem ser aceitos pelos pacientes, principalmente em momentos iniciais do tratamento. Por outro lado, em momentos de maior agitação ou manifestações maníacas dos pacientes, que seriam comuns como parte do curso de uma evolução positiva, percebeu que a voz mais grave, lenta e neutra se mostrava mais apaziguadora (HAAG, 2006).

Quanto à contratransferência do analista, assinalou a necessidade de se atentar para as respostas tônicas, sensoriais e até somáticas, uma vez que, com tais pacientes, ocorreriam frequentemente as identificações projetivas e contaminações de caráter adesivo. Apesar de tais apontamentos, Haag ainda considerou a interpretação verbal como técnica indispensável ao psicoterapeuta de crianças autistas, uma vez que tal técnica permite que a criança se sinta contida, dissipando as angústias do ego corporal (TAFURI; SAFRA, 2008).

Portanto, seja na criação de uma técnica de interpretação de jogo, ou na atenção para a relação das crianças com os objetos, ou mesmo através da musicalização da voz para que esta possa atingir os ouvidos dos pacientes, os

autores do meio psicanalítico têm proposto significativas inovações para a clínica do autismo até os dias atuais, modificando constantemente sua técnica conforme mudava sua compreensão a respeito da subjetividade de seus pacientes.

Ao se analisar tais apontamentos, verifica-se uma multiplicidade de contribuições relativas ao conhecimento psicanalítico sobre o autismo, o que se contrapõe à falta de conhecimento mais aprofundado por parte de setores diversos da comunidade científica acerca de tais contribuições, e até mesmo à presença de concepções equivocadas a respeito das formas atuais de intervenção com o autismo pela psicanálise. Nesse contexto, considera-se ser relevante apresentar, de forma sistemática, dados de estudos recentes sobre psicanálise e autismo, de modo a contribuir com a ampliação do conhecimento sobre o método psicanalítico aplicado ao contexto do autismo.

2. OBJETIVO

Identificar na literatura indexada recente (últimos dez anos) artigos empíricos que abordem o tratamento psicanalítico do autismo, enquanto proposições gerais relativas à modalidade de tratamento e relatos de atendimentos específicos.

3. MÉTODO

Foi realizada uma revisão seletiva e sistemática da literatura recente, tendo por referência de pesquisa a base de dados LILACS, e as palavras chave: autismo e psicanálise, no período de 2006 a 2016. Em uma segunda etapa, realizou-se a leitura sistemática de todos os resumos dos artigos identificados na busca, procedendo-se às inclusões e exclusões. Foram estabelecidos os seguintes limites para inclusão dos resumos identificados nas bases de dados: artigos empíricos e de revisão, publicados nos últimos 10 anos, que enfoquem o tratamento do autismo em uma abordagem psicanalítica, nos idiomas inglês, português e espanhol.

Do conjunto de 71 artigos identificados, tendo por critério o tipo de estudo, o ano de publicação (artigos publicados entre 2006 e 2016) e as palavras chave, quatro eram artigos de revisão, os quais foram utilizados para

a conceitualização do autismo, sendo excluídos da análise sistemática, totalizando, 67 artigos elegíveis. Desses, 55 artigos foram excluídos, pelos motivos destacados a seguir: a) 32 foram excluídos por apresentarem foco em outras abordagens teóricas ou especificidades da abordagem psicanalítica, distanciando-se do escopo teórico do presente estudo; b) sete foram excluídos por não apresentarem como foco a temática do autismo (por exemplo: artigos que abordam conceitos da psicanálise, sem ter como foco o tema do autismo); c) seis foram excluídos por tratarem de características autísticas e/ou estados autísticos em outros transtornos psiquiátricos ou situações clínicas que não o autismo propriamente dito; d) cinco por apresentarem como foco temas relacionados à educação, como "inclusão escolar" e "educação terapêutica"; e) quatro por apresentarem foco em detecção de sinais de autismo por meio de instrumentos de avaliação; f) e um foi excluído por não se encontrar disponível online; g) quatro artigos de revisão foram excluídos da análise, mas utilizados para a conceitualização do autismo na Introdução.

Foram selecionados e analisados 12 estudos empíricos, os quais foram lidos na íntegra e categorizados, tendo por referência os principais temas e características quanto à clínica psicanalítica na abordagem do autismo. Na análise dos artigos, tendo por referência a caracterização relativa aos casos apresentados, buscou-se identificar os delineamentos metodológicos e aspectos relativos à abordagem terapêutica utilizada para compreensão ou manejo dos casos. Como todos os estudos selecionados adotaram metodologia qualitativa tendo por suporte estudos de casos, optou-se por analisá-los sob os seguintes aspectos: a) características sociodemográficas e clínicas dos participantes; b) fonte de encaminhamento e serviço de atendimento; e c) temas abordados pelos estudos quanto à evolução clínica, abordagem terapêutica e abordagem da família.

4. RESULTADOS e DISCUSSÃO

Foram identificados e selecionados 12 artigos empíricos, sendo todos de caráter qualitativo. A análise dos artigos se deu mediante a aplicação das categorias já especificadas, a fim de possibilitar a organização dos dados relatados, enfocando: Aspectos relativos à evolução clínica dos pacientes;

Aspectos relativos à abordagem terapêutica; e Aspectos relativos à abordagem da família.

4.1 Características sociodemográficas e clínicas dos participantes estudados

Dentre os 12 artigos empíricos analisados, 11 consistiram em estudos de caso único, enquanto apenas um artigo abordou dois casos. Em relação ao sexo, 10 artigos foram conduzidos com participantes do sexo masculino e os outros dois artigos analisaram casos de participantes do sexo feminino.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas dos casos estudados.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos casos estudados

ARTIGO	IDADE *	SEXO	ESCOLARIDADE	CLASSE SÓCIO- ECONÔMICA	MANIFESTAÇÃO ES DO AUTISMO
1	05a	M	N.E.	N.E.	Regressivo
2	08a	F	N.E.	Baixa	Regressivo
3	02a	M	Não frequentou Escola	N.E.	Não-regressivo
4	20a	M	Escola especial	N.E.	Não-regressivo
5	07a	M	N.E.	N.E.	Regressivo
6	03a	M	N.E.	N.E.	N.E.
7	03a	F	E.F. Completo	N.E.	Não-regressivo
8	08a; 09a	M; M	N.E.	N.E.	N.E.
9	10m	M	N.E.	N.E.	Não-regressivo
10	02a	M	N.E.	N.E.	Não-regressivo
11	03a	M	N.E.	N.E.	Regressivo
12	03a	M	Jardim de infância	N.E.	Não-regressivo

1 Alves (2012); 2 Camara (2011); 3 Fonseca (2009a); 4 Freire (2011); 5 Gennaro (2006); 6 Kaufmann (2014); 7 Leiras e Batistelli (2014); 8 Ribeiro, Alves e Bastos (2006); 9 Saboia (2007); 10 Silva (2014); 11 Untoiglich (2013); 12 Wajntal (2013)

*Idade registrada no início dos atendimentos realizados
a: anos

E.F.: Ensino Fundamental
F: Feminino
M: Masculino
m: meses
N.E.: Não especificou

Quanto à idade dos participantes, os casos abordados incluíram pacientes entre 10 meses de idade e 20 anos de idade, sendo esta idade aquela registrada no início dos atendimentos realizados.

Sobre a formação escolar dos participantes, apenas seis estudos especificaram tal informação. Dentre os seis que informaram a escolaridade dos participantes, três casos não frequentavam a escola, sendo dois devido à pouca idade e um devido à gravidade do comprometimento psíquico; um frequentava jardim de infância; um frequentava escola especial; e outro havia completado o ensino fundamental. Os seis artigos restantes não informaram a escolaridade dos participantes.

Com relação às manifestações dos sintomas de autismo, quatro artigos descreveram casos de manifestação regressiva, ou seja, houve regressão do funcionamento do paciente, enquanto os demais artigos descreveram casos de pacientes que apresentaram atrasos importantes no desenvolvimento sem que tivessem anteriormente adquirido as habilidades esperadas para a etapa típica do desenvolvimento.

A Tabela 2 apresenta as características relativas à fonte de encaminhamento e serviços de atendimento dos estudos realizados.

Tabela 2 - Características relativas à fonte de encaminhamento e serviços de atendimento dos estudos realizados

ARTIGO	ENCAMINHAMENTO	SERVIÇO PÚBLICO OU PARTICULAR	ATENDIMENTO DOS PAIS/FAMILIARES
1	Terapeuta Ocupacional	Particular	Sim
2	N.E.	Público	N.E.
3	Médico neurologista	Particular	Sim
4	N.E.	Público	N.E.
5	Instituição	Particular	N.E.

Especializada			
6	N.E.	Particular	Sim
7	N.E.	Particular	N.E.
8	N.E.	Público	Sim
9	Maternidade	Público	Sim
10	Médico psiquiatra	Particular	Sim
11	Médico pediatra	Particular	Sim
12	Mãe procurou o	Público	Sim
CAPSi			

1 Alves (2012); 2 Camara (2011); 3 Fonseca (2009a); 4 Freire (2011); 5 Gennaro (2006); 6 Kaufmann (2014); 7 Leiras e Batistelli (2014); 8 Ribeiro, Alves e Bastos (2006); 9 Saboia (2007); 10 Silva (2014); 11 Untoiglich (2013); 12 Wajntal (2013)
 N.E.: Não especificou

Sete estudos descreveram casos atendidos em contexto de atendimento particular, enquanto cinco descreveram casos atendidos em serviços públicos de saúde. Dentre os 12 artigos analisados, sete especificaram o tipo de encaminhamento para os atendimentos realizados com os casos atendidos. Destes, três foram encaminhados por médicos (um pediatra, um psiquiatra e um neurologista); um foi encaminhado por terapeuta ocupacional; um pelos profissionais de uma maternidade; um por instituição especializada; e uma mãe procurou diretamente o atendimento.

Em relação à disponibilidade de atendimento ou orientação para os familiares, oito estudos descreveram atendimentos nessa modalidade, enquanto outros quatro estudos não descreveram esse tipo de atendimento.

4.2 Categorização geral dos temas abordados pelos estudos

Os temas abordados nos estudos foram agrupados sob três categorias principais: Aspectos relativos à evolução clínica; Aspectos relativos à abordagem terapêutica; e Aspectos relativos à abordagem da família. Os nomes dos pacientes referidos são fictícios e os mesmos atribuídos nos estudos analisados. A Tabela 3 apresenta a categorização relativa aos temas abordados nos estudos analisados.

Tabela 3 – Categorização relativa aos temas abordados nos estudos analisados

CATEGORIAS	TEMAS	ARTIGOS
<i>Aspectos relativos à evolução clínica dos pacientes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Simbolismo e jogo simbólico; - Desenvolvimento da comunicação; - Ampliação da percepção do mundo externo da diversidade de interesses e comportamentos 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
<i>Aspectos relativos à abordagem terapêutica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O <i>setting</i> na clínica psicanalítica do autismo; - Recomendações sobre a técnica e a postura do terapeuta; - Corpo, sensorialidade e técnica - Usos da contratransferência 	1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12
<i>Aspectos relativos à abordagem da família</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Principais questões apresentadas pelos familiares; - O manejo da família na clínica psicanalítica do autismo 	6, 7, 9, 10, 11, 12

1 Alves (2012); 2 Camara (2011); 3 Fonseca (2009a); 4 Freire (2011); 5 Gennaro (2006); 6 Kaufmann (2014); 7 Leiras e Batistelli (2014); 8 Ribeiro, Alves e Bastos (2006); 9 Saboia (2007); 10 Silva (2014); 11 Untoiglich (2013); 12 Wajntal (2013)

Sob a categoria Aspectos relativos à evolução clínica, foram encontrados três temas principais: Simbolismo e jogo simbólico; Desenvolvimento da comunicação; e Ampliação da percepção do mundo externo, da diversidade de interesses e comportamentos. A categoria Aspectos relativos à abordagem terapêutica foi subdividida em quatro temas: O *setting* na clínica psicanalítica do autismo; Recomendações sobre a técnica e postura do terapeuta; Corpo, Sensorialidade e Técnica; e Usos da contratransferência. Já na categoria Aspectos relativos à abordagem da família, foram abordados

os temas: Principais questões apresentadas pelos familiares; e O manejo da família na clínica psicanalítica do autismo.

Verificou-se que todos os 12 estudos analisados abordaram temas que puderam ser incluídos sob a categoria Aspectos relativos à evolução clínica dos pacientes. Dentre os 12 artigos analisados, nove abordaram também temas relacionados à categoria Aspectos relativos à abordagem terapêutica, e seis artigos abordaram temas que puderam ser incluídos na categoria Aspectos relativos à abordagem da família.

Nos próximos tópicos serão tratadas separadamente cada uma das categorias de análise adotadas, destacando aspectos gerais e especificidades de cada um dos estudos

4.3 Aspectos relativos à evolução clínica dos pacientes: indicadores clínicos e psicodinâmicos

Uma questão relevante, ao se pensar a possibilidade de uma clínica psicanalítica do autismo, trata de como detectar indicadores que sinalizem a evolução dos pacientes, em resposta às intervenções terapêuticas. Quais seriam os sinais de uma evolução positiva em função da realização da psicoterapia?

Embora a maioria dos estudos analisados por esta revisão não tenha formulado diretamente essa pergunta, foi possível identificar indicadores em comum, entre os diferentes estudos analisados, utilizados para descrever os ganhos obtidos pelos pacientes através da relação com o psicoterapeuta.

Os indicadores identificados foram subdivididos em categorias baseadas no tipo de mudança observada no paciente ou na relação terapeuta-paciente, a saber: simbolismo e jogo simbólico; desenvolvimento da comunicação; e ampliação da percepção do mundo externo, da diversidade de interesses e comportamentos, as quais serão detalhadas a seguir.

4.3.1 Simbolismo e jogo simbólico

Dentre os artigos revisados neste trabalho, diversos estudos relataram o aumento da capacidade simbólica e o surgimento de jogo simbólico nas atividades dos pacientes como um sinal de evolução positiva decorrente do processo terapêutico (FONSECA, 2009a; GENNARO, 2006; KAUFFMAN,

2014; LEIRAS, BATISTELLI, 2014; SILVA, 2014; WAJNTAL, 2013). Dessa forma, considerou-se relevante apresentar os diversos casos abordados pelos estudos analisados, a fim de se evidenciar de que forma o simbolismo e o jogo simbólico emergiram em cada um desses casos, de modo a serem considerados indicadores de evolução positiva dos pacientes.

Nesse sentido, Fonseca (2009a) descreveu o atendimento de um menino de dois anos, diagnosticado com autismo e encaminhado à analista pelo médico neurologista. A criança, ao chegar para a análise, não falava e apresentava longos períodos de desligamento, nos quais ficava estrábica. Engajava-se frequentemente em atividades repetitivas e sensoriais, como ficar tocando as fibras do tapete do consultório. Ainda, arremessava objetos da sua caixa lúdica, parecendo não possuir a capacidade de brincar com eles. Chegava para as sessões dormindo, passando a apresentar longos períodos de comportamento de birra quando acordava.

Ao longo da intervenção realizada, foi sinalizada uma evolução, através do surgimento de pequenas brincadeiras simbólicas, em que começaram a se expressar as fantasias inconscientes subjacentes ao campo relacional entre a analista e o paciente. Em uma dessas brincadeiras, o paciente pegou um boneco bebê e o jogou nas paredes e pela janela do consultório, amarrado por um barbante, que utilizava para recuperá-lo em seguida. A analista, então, respondia de forma dramatizada e lúdica, simulando uma reação de susto, à qual o paciente respondeu, por sua vez, rindo muito. Tal configuração relacional, segundo a autora, sinalizou o surgimento de um sujeito que simbolizava fantasias, referindo que o paciente depositava sua parte vulnerável no bebê, sendo justamente essa possibilidade de depósito em um objeto externo o processo pelo qual se estimula a capacidade simbólica. Através do jogo, o paciente transformou a passividade em atividade, realizando uma identificação narcísica com os aspectos persecutórios do objeto. Nesse sentido, no "faz-de-conta", tornou-se possível elaborar a vulnerabilidade e transformá-la em desenvolvimento real.

A autora apontou, contudo, que para que tal processo de simbolização pudesse se iniciar, foi necessário antes haver uma aceitação da dualidade *self / outro*, que se deu principalmente ao longo do primeiro um ano e meio de atendimento. Nesse período, havia um predomínio da negação do outro e da

diferença, sendo que tal negação pôde ser amenizada através dos jogos corporais, brincadeiras face-a-face e sensoriais, que possibilitaram uma mitigação gradual das ansiedades despertadas no contato com o outro, levando a maiores possibilidades de negociações dentro da dinâmica interacional. Gradualmente, não foi mais necessário negar o outro de forma sistemática

De forma semelhante, Gennaro (2006) descreveu o processo através do qual um paciente autista de sete anos pôde encontrar, no espaço da análise, um continente em que sua agressividade podia ser expressa, deslocando-a para um espaço intermediário, seguro, na relação com o analista.

Quando chegou para a análise, o paciente recusava o contato, não respondendo a qualquer pergunta do analista. Diante de estímulos do ambiente (como ausência ou presença de luz) reagia ficando estrábico, sorrindo de forma grotesca, movimentando os braços de modo espasmódico, rítmico e estereotipado. Quando contrariado, emitia um grunhido e mordida o pulso que, em função desse comportamento, estava sempre com uma ferida aberta.

Após meses de atendimento, a criança trouxe tesouras para a sessão, com as quais queria cortar tudo: as próprias roupas, o próprio cabelo e também o cabelo do analista. Pediu que este desenhasse uma casa, e então a destruiu, cortando-a em pedacinhos. Neste jogo de destruição, surgiu um espaço transicional, em que o paciente passou a expressar sua agressividade em um espaço intermediário, que não é nem interno, nem externo, onde tais impulsos encontraram um continente, um espaço delimitado e protegido, em que podiam ser contidos e elaborados. Posteriormente, trouxe bonecas para a sessão, envolvendo-as com massinha, confeccionando com habilidade uma espécie de curativo. Ilustrou, dessa forma, a capacidade de introjetar a função continente, integrando-a em um jogo elaborativo, em que pôde surgir a reparação através dos curativos. Assim, os impulsos agressivos, ao serem contidos e elaborados através da função alfa do analista, que foi introjetada pelo paciente, permitiram sua elaboração e utilização em atividade reparatória, encenada através da confecção do curativo para as bonecas.

Com ênfase diversa, Kauffman (2014), abordou o significado simbolizado através do jogo infantil, tomando-o dentro do contexto familiar,

enfocando os aspectos intersubjetivos que estão em jogo no autismo e na família de crianças autistas.

Descreveu o caso de um menino que chegou para a análise aos três anos de idade, sem ter desenvolvido qualquer capacidade de comunicação verbal. Os pais entravam junto com o paciente para participar das sessões, sendo que, ao longo do primeiro ano de atendimento, o paciente passou a gradualmente desenvolver a fala, realizando também atividades gráficas, através das quais representava figuras humanas e personagens conhecidos, como o Pinóquio. A partir do segundo de atendimento, o paciente já realizava jogos simbólicos, utilizando os bonecos de super-heróis que trazia para a sessão. Em um desses jogos, brincou que o *Batman* salvava dois outros bonecos de caírem em um fosso cheio de tubarões. Após tal encenação, o paciente desenhou um homem com um objeto em cada mão, que o pai reconheceu, surpreso, como sendo malas.

A partir do desenho, e da tradução realizada pelo pai, a analista fez associações com a história da família do paciente, propondo que os três bonecos caindo no fosso, no início da sessão, poderiam representar o paciente, sua mãe e seu pai. Pensou então, na coexistência de vários "fechamentos": o do paciente, que, segundo a compreensão da analista, se sacrificava para garantir a união dos pais e salvá-los, e o do pai, que se sacrificava como forma de pagamento por seu sentimento de culpa. Assim, a analista compreendeu que o garoto assumia, na relação com a família, o papel de salvador do pai, buscando cumprir com os ideais que este tinha para ele. O paciente passou a dar mostras claras de melhora, por exemplo, sendo eleito "o melhor" por seus companheiros, salvando o pai e autorizando-o, ao desenhá-lo com malas, a ir embora de casa. Uma semana depois, o pai anunciou para o filho e para a analista, que ele e a mãe do paciente estavam se divorciando. Destaca-se, dessa forma, a questão da elaboração, através da atividade lúdica simbólica, da culpa vivenciada intersubjetivamente no seio da família, como um fator possibilitador e um indicador da melhora clínica do paciente, que, simbolizando os sentimentos e enlaces psíquicos que permeiam seu âmbito familiar, pode então se libertar destes.

Já no estudo de Leiras e Batistelli (2014), o brincar simbólico foi visto como um demarcador da passagem de uma fase sensorial, pré-simbólica, para

uma outra fase de desenvolvimento psíquico, em que existe a função de representação no brincar.

As autoras descreveram o caso de uma menina de três anos que, quando dos primeiros encontros com a analista, perambulava pela sala, sem parecer interessada por conhecer o espaço, ou demonstrar curiosidade, apenas eventualmente mexendo em objetos de apelo sensorial. Depois de algumas sessões, a paciente descobriu a água na varanda da sala da analista, passando a mexer nela, encher um balde, entrar nele, tirando toda a roupa, deitando-se no chão molhado, em uma atividade de exploração sensorial. Não buscava o contato com a analista, mas esta tentava se aproximar, procurando dar contorno a esta vivência, nomeando as partes do corpo que se molhavam, mostrando a marca que os pezinhos e mãozinhas molhadas faziam no chão. A paciente passou, lentamente, a se interessar pelas observações da analista, passando a olhá-la quando esta cantava, bem como a mostrar-lhe coisas que lhe chamavam a atenção. Seu rosto pareceu adquirir um ar mais humanizado, menos estranho.

Passados seis meses do início do atendimento, a paciente começou a não querer ir embora, passando a jogar os sapatos na analista, tentar agredi-la fisicamente, mordê-la, quando chegava o final da sessão. A analista procurava falar-lhe de forma calma nesses momentos, em que a paciente saía chorando, do colo da analista, agarrada ao seu pescoço, parecendo vivenciar intensa dor. Começou, também, a pronunciar palavras como “mama” e “papa”, sem direcioná-las à pessoa correspondente, ora chamando a analista de um, ora de outro. Nos momentos com a água, passou a incluir os brinquedos, já demonstrando um brincar mais simbólico.

Passou a brincar em cima da analista, levando os brinquedos para o colo desta. Às vezes, passava a sessão inteira brincando no meio das pernas da analista, mas aos poucos foi saindo desse espaço para ocupar outros dentro da sala. Calçava os sapatos da analista, ou brincava dentro deles, demonstrando uma separação, que ocorria de forma progressiva, em um ritmo proposto pela paciente, e que era aceito e respeitado pela analista.

No terceiro ano de atendimento, a paciente, já com seis anos, lia livros de histórias, utilizando em seguida os brinquedos para representar a história “à sua moda”. Contava sobre acontecimentos na escola, a qual ela frequentava

no ano correspondente à sua idade. Agora tinha colegas, mas às vezes contava sobre eles como se a analista estivesse estado lá e presenciado as cenas. Trazia bonecas para a sessão, que “brincavam” com as da caixa lúdica e também se despediam ao ir embora. Passou a falar sobre sentimentos como ciúmes, saudades, medo, aparecendo também as questões das diferenças sexuais em suas brincadeiras. Passou a contar histórias semelhantes a “novelas” que se prolongavam por muitas semanas e que tinham personagens e uma trama.

Foi possível constatar, no caso descrito por Leiras e Batistelli (2014), como o jogo simbólico se constitui em um marco no desenvolvimento psíquico, uma vez que surgiu, através do jogo, a oportunidade de representar e simbolizar fantasias e sentimentos antes não representados, mas presentes no mundo interno da criança.

Em outro estudo de caso, Silva (2014) descreveu a evolução clínica ao longo de dois anos de atendimento de um menino de dois anos de idade, diagnosticado com autismo pelo psiquiatra, enfocando os aspectos criativos e simbólicos que se desenvolveram no brincar do paciente nesse período. No momento em que se deu a busca pela análise, o paciente apresentava atraso de linguagem (com 2 anos e meio, falava cerca de cinco palavras), além de outras questões relacionadas ao desenvolvimento psíquico: parecia não perceber o outro, estabelecia relação fusional com os pais, investia pouco no objeto humano e apresentava jogo simbólico apenas em estágio mais primitivo (brincava de comidinha).

No segundo ano de análise, o paciente apresentou evolução importante de sua capacidade de realizar jogo simbólico, de forma lúdica e dialógica, incluindo os bonecos da caixa. Nesse sentido, em um trecho de relato de sessão, foi descrito um momento no qual o paciente, ao qual foi dado o nome fictício Guilherme, utilizou em seu jogo carrinhos que corriam em uma pista construída com almofadas. Na corrida de "faz-de-conta", o carro de Guilherme passou no sinal vermelho e foi preso pela polícia. Em seguida, a polícia ainda bateu no carro dele. Guilherme, já dono de um vocabulário mais extenso, verbalizou que quebrou o teto do carro, mas que o bombeiro já estava vindo. A analista, sensível à necessidade de reparo, disse que o bombeiro estava vindo consertar, então ambos utilizaram ferramentas para realizar os reparos

necessários no teto do carro. Nota-se, neste relato, a presença dos elementos criativos e simbólicos da brincadeira, além da possibilidade de se encontrar ferramentas reparadoras e propiciadoras do desenvolvimento emocional. Tal condição evidenciou marcada diferença quando comparada ao menino que chegou para o atendimento, que possuía repertório de apenas cinco palavras e realizava jogo simbólico apenas na forma mais primitiva da brincadeira, dando comida a uma boneca. Além disso, através do jogo surgiu o início de uma noção de limites (sinal vermelho/verde), de espaço (brincadeira circunscrita por uma pista) e tempo (velocidade dos carros e turno de cada jogador), que não se mostravam de tal forma quando da chegada de Guilherme para o atendimento.

Assim como no estudo de Silva (2014), Wajntal (2013) também abordou o tema da reparação, tal como esta surge nas fantasias representadas através do brincar infantil. Em seu estudo, a psicanalista relatou o caso de Leo, uma criança de três anos com queixa de atraso de fala e dificuldade de adaptação escolar, além de apresentar comportamentos agressivos de chutar e morder.

Segundo seu relato do caso, depois de oito meses do início do atendimento, o paciente passou a falar de seu incômodo com o fato de seu carro prateado, com o qual ele gostava de brincar pelo CAPSi, estar quebrado, expressando-se de modo mais elaborado. Os automóveis eram uma paixão compartilhada com o pai, que, quando ia ao parque, tinha como programa obrigatório a passada por um trator antigo, que sempre dizia querer consertar.

Junto com o paciente, a analista fez a brincadeira de levar o carro prateado à oficina e o consertá-lo na sala de artes. A criança verbalizava que seria necessário chamar o pai para realizar o conserto, já que era mais habilitado para a tarefa. A analista, então, propôs que os dois tentariam, e chamariam o pai apenas caso não conseguissem. O conserto foi um sucesso o paciente saiu extremamente fortalecido. Sua fala e expressão melhoraram significativamente, os comportamentos agressivos no período escolar diminuíram e, progressivamente, ele começou a fazer participações na classe. Participar passou a ser um ato assumido em desejo próprio, não mais a depender do desejo do outro.

A análise dos casos estudados mostra que a capacidade de representar, possibilitando o deslocamento das fantasias infantis para novos objetos,

favorece a abertura do sujeito para o mundo externo, contribuindo para o desenvolvimento social, cognitivo e emocional da criança.

4.3.2 Desenvolvimento da comunicação

O desenvolvimento da capacidade para comunicação social constitui-se em um dos aspectos principais relativos à psicopatologia do autismo, constando como parte dos critérios para o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista pelo DSM 5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). No âmbito da psicanálise, a comunicação está intimamente ligada à condição mental em que está presente a possibilidade de representar conteúdos internos, dando-lhes um contorno, ou continente.

Segundo Wajntal (2013), em crianças com patologias do contato com o outro, entre as quais se inclui o autismo, o processo de representação está comprometido, o que contribui para o fenômeno patológico. Assim, a expressão, no autismo, aparece de forma bizarra, devido ao fato de que os sujeitos não se veem enredados em uma narrativa parental, não tendo uma imagem de si unificadora que possibilitaria a construção da identidade. A estereotipia, para a autora, seria a pura descarga motora, sem intermediação da função representativa. Caberia ao analista escutar a estereotipia como uma mensagem, “procurando encantá-la com sonhos e imagens” (WAJNTAL, 2013, p. 534).

Embora o brincar possa ser considerado uma forma de comunicação e de representação, como no caso da brincadeira imaginativa ou simbólica, alguns dos estudos analisados destacaram o desenvolvimento da linguagem verbal como indicador da evolução positiva dos casos atendidos (FREIRE, 2011; GENNARO, 2006; LEIRAS E BATISTELLI, 2014; SILVA, 2014; UNTOIGLICH, 2013; WAJNTAL, 2013).

Freire (2011) relatou o caso de um rapaz diagnosticado com autismo, que chegou para o atendimento no serviço de psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro aos 20 anos de idade, encaminhado pelo Instituto Philippe Pinel, onde iniciou seu tratamento aos 8 anos. Segundo o autor, quando iniciou o atendimento pelo serviço da universidade, o paciente não falava, comunicando-se apenas por gestos. Em um primeiro momento, não

aceitou realizar atividades com outros adolescentes, nem outras atividades propostas pelos clínicos da instituição. Após um período de afastamento, retornou conseguindo conversar, ainda que de forma precária, com os outros adolescentes sobre futebol e sobre seu time, utilizando-se de uma voz metalizada, que sua mãe chamava de “voz do Pato Donald”.

No caso abordado, a comunicação do paciente foi compreendida tanto como maneira defensiva de se relacionar com a família, como também como forma de cavar um lugar e um diálogo com o clínico que o atendia, possibilitando um laço possível com os outros que o cercavam. Através da “voz do Pato Donald”, que foi a forma encontrada para dar representação aos elementos constituintes da identidade do paciente, como a paixão pelo futebol, foi possível estabelecer um vínculo com a instituição e com os demais adolescentes.

A utilização da voz de forma artificial é algo comum entre crianças diagnosticadas com autismo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Contudo, é possível conceber sua utilização como um estágio intermediário que precede e possibilita o surgimento de uma voz própria, que seja uma expressão genuína do sujeito.

Nesse sentido, Untoiglich (2013) descreveu o caso de Tobias, um menino que chegou para a análise aos três anos de idade, encaminhado pelo pediatra, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista. Os pais se queixavam de que o filho apresentava um importante quadro de isolamento, além de não ter desenvolvido a fala. Segundo o relato da autora, no terceiro mês de atendimento, ao regressar de um período de férias, o paciente se pôs a brincar com bolinhas no consultório da analista, onde emitiu pela primeira vez uma palavra: “Genial!”. A psicanalista descreveu o tom de voz estranho utilizado pelo paciente, como se fosse um desenho animado. Segundo o relato dos pais, o menino repetia frases dos desenhos que assistia, utilizando-as para indicar o que queria, mostrando-se mais sociável. A analista observou que o paciente se tornou mais acessível, desfrutando do encontro com ela, demonstrando o surgimento de um vínculo, onde apareceu uma criança que não existia ali antes, segundo seu relato.

4.3.3 Ampliação da percepção do mundo externo, dos interesses e dos comportamentos

Dentre os artigos revisados neste trabalho, diversos estudos relataram a ampliação da percepção do mundo externo, dos interesses e comportamentos, por parte dos pacientes, como um sinal de evolução positiva decorrente do processo terapêutico (ALVES, 2012; CAMARA, 2011; FONSECA, 2009a; GENNARO, 2006; SABOIA 2007; WAJNTAL, 2013).

Nesse sentido, sobre a evolução clínica apresentada em um caso de uma criança de cinco anos com diagnóstico de autismo, atendida em análise ao longo de três anos, Alves et al (2012) apontaram para mudanças significativas na capacidade do paciente de percepção do mundo externo, como sinalizadoras do processo de evolução. Segundo os relatos de atendimento da analista que cuidou do caso, no primeiro ano de atendimento o paciente apenas entrava na sala de análise acompanhado dos pais, sem interagir com eles. Apresentava comportamento de ficar isolado em um canto da sala, deitado no chão, dividindo a massa de modelar em pequenos pedaços, de forma monótona.

No segundo ano, passou a conseguir entrar sozinho, iniciando duas novas atividades: rabiscar círculos coloridos era uma delas, e a outra consistia em levar a analista para o corredor do consultório, onde ele descobriu um ponto de luz no painel do alarme. Já no terceiro ano de análise, o paciente passou a realizar explorações do ambiente fora da sala de atendimento, transitando pela área externa que circundava o consultório. Um fato que surpreendeu a analista foi a impressão de que o paciente parecia não enxergar determinados objetos, na medida em que, ao caminhar, esbarrava em árvores e lixeiras na calçada (ALVES ET AL, 2012).

Entendendo que o mundo externo não entrava por inteiro em seus olhos, a analista passou a mostrar-lhe as coisas que estavam ali presentes, dizendo "Olha que flor linda!", "Olha o passarinho", "Olha o avião passando!". Tais intervenções se mostraram efetivas, quando o paciente passou a demonstrar uma percepção mais acurada do ambiente ao seu redor, interessando-se por pequenos objetos, como folhas e pedras, que passou a coletar e trazer para dentro da sala da analista. A partir destas e outras intervenções semelhantes, o paciente passou a se aproximar mais da analista, inclusive fisicamente,

buscando seu colo. Assim, a possibilidade de filtrar, apresentar, nomear e metabolizar o mundo externo e interno foram fundamentais para a quebra do isolamento autístico do paciente, favorecendo o seu desenvolvimento psíquico (ALVES ET AL, 2012).

Em um outro estudo de caso de autismo incluído nessa categoria, realizado por Camara (2011), foi abordada uma paciente que permaneceu 21 anos internada em um hospital cearense de referência em Saúde Mental, até o seu falecimento aos 29 anos devido a um câncer na região abdominal. A paciente apresentava quadro de autismo, com intensas auto-mutilações e agitações psicomotoras, passando grande parte do tempo contida fisicamente. Sua comunicação era pobre, realizada principalmente através de gritos contínuos, com pouco contato visual. Sua condição psicossocial era grave, havendo histórico de abandono por parte da família de origem, além de maus-tratos e negligência.

Segundo o relato da Terapeuta Ocupacional da instituição, a paciente parecia não enxergar, eventualmente fixando o olhar em partes do interlocutor. Cheirava dedos, objetos e outras partes do próprio corpo ou de outrem. Em raros momentos, houve vinculação a um profissional da equipe multiprofissional. Nesses períodos, observou-se a sua afinidade com a monitora de Terapia Ocupacional, uma vez que a paciente sentia sua falta quando a monitora se ausentava. Tal vinculação foi evidenciada, ainda, pela apresentação de piora do comportamento da paciente, quando a monitora tirou férias, apresentando melhora significativa após o retorno da profissional. A psicóloga da instituição também relatou que a paciente passou a participar de atividades recreativas individuais, embora de forma passiva: segurando enfeites e soltando-os.

Apesar da gravidade do caso relatado, pode-se observar a forma como períodos de melhora parcial da paciente são relacionados com a ampliação da sua capacidade de perceber o ambiente, bem como de vincular-se às pessoas ao seu redor de uma forma mais integrada, deixando de percebê-las apenas como dedos, ou outras partes do corpo. Tal vinculação, ainda que primitiva, foi sinalizada pela angústia despertada na paciente, que mesmo em seu elevado comprometimento psíquico, sentiu a ausência de um outro ser humano que esteve disponível para o contato com ela.

4.4 Aspectos relativos à abordagem terapêutica

4.4.1 O *setting* na clínica psicanalítica do autismo

O olhar da psicanálise para o autismo é historicamente marcado pelas singularidades técnicas e inovações que foram geradas através do contato com inúmeros pacientes que se recusaram a se encaixar nos modelos pré-concebidos na prática e na teoria psicanalítica (ALVAREZ, 1994). Esta característica também se aplica à concepção de *setting*, na clínica com estes pacientes.

Em diversos casos, dentre aqueles apresentados pelos artigos analisados neste estudo, trabalhou-se com um *setting* cujos limites foram expandidos, tanto de dentro para fora, passando a incluir a rua em frente ao consultório, a água na varanda da sala da analista, o espaço físico da instituição, como de fora para dentro, acolhendo pais, irmãos e objetos coletados nos arredores da sala do analista (WAJNTAL, 2013; ALVES ET AL, 2012; LEIRAS E BATISTELLI, 2014, UNTOIGLICH, 2013). Por outro lado, alguns estudos enfocaram a questão da utilização e manejo dos limites do *setting* como uma forma de apaziguar angústias intensas dos pacientes, produzindo efeitos favorecedores para o aproveitamento do vínculo terapêutico.

Assim, em dois casos de atendimento de orientação psicanalítica em contexto institucional, Ribeiro et al (2006) descreveram questões relacionadas ao manejo do *setting*, discutindo as implicações e mudanças no campo intersubjetivo provocadas por tais alterações. O atendimento em questão se deu no contexto da instituição de saúde mental NAICAP (Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica), serviço do Instituto Phillipe Pinel que funciona como um Hospital Dia voltado para o acolhimento de crianças com transtornos mentais graves.

Ao tratar do caso de uma criança de 8 anos, não-verbal, com diagnóstico de autismo, a equipe da instituição se mobilizou, diante das frequentes crises de agressividade do paciente, para retirar do ambiente da instituição objetos que poderiam machucar Daniel ou aos outros. Os profissionais pareciam se desanimar com a continuidade das crises do paciente, mas, por outro lado, puderam perceber que estas se davam em

momentos de separação: férias, feriados prolongados, ou quando sua mãe o deixava na instituição. Sendo sensível a este fato, a equipe elaborou a estratégia de promover a mudança do horário de atendimento na instituição, o que permitiu que a mãe do paciente ficasse aguardando na sala de espera, dando a este a opção de ficar ou ir embora. Foi também adotada a medida de barrar a reação exaltada da equipe às chegadas e saídas agitadas de Daniel, limitando a apenas um profissional a tarefa de recepcioná-lo ou acompanhá-lo na saída. O manejo do horário de atendimento, bem como a organização da equipe para receber o paciente na instituição favoreceram a participação de Daniel em algumas atividades, funcionando como uma medida apaziguadora que contribuiu para o aproveitamento das atividades de tratamento institucional oferecidas.

Em relação a um outro paciente atendido na instituição, um garoto de 9 anos que apresentava atitudes anti-sociais, os autores apontaram para um período de virada em sua evolução, a partir de uma mudança de regras proposta por uma técnica da instituição. Uma das grandes dificuldades apresentadas se referiam à demanda do paciente por levar para casa os brinquedos utilizados na instituição e às suas manifestações de desespero ao ser frustrado em tal necessidade. A intervenção da profissional consistiu em se incluir em tal proibição, dizendo a Pedro que havia uma regra, segundo a qual tanto adultos quanto crianças não podiam levar os brinquedos.

Apresentando-se como alguém que também estava submetido a uma lei que estava acima de ambos, pôde apaziguar a angústia do menino, o que abriu espaço para novas negociações e substituições. Em uma outra situação, semelhante a esta, no que diz respeito à capacidade de se estabelecerem limites e negociações, o paciente se disse apaixonado por uma das estagiárias, pedindo-a em namoro, e ainda, passou ao ato, tentando agarrá-la e beijá-la. Diante de tal situação, a estagiária propôs uma conversa com a técnica de referência que explicou para a criança que, para que duas pessoas namorem, é preciso que as duas queiram, sendo necessário conquistar a mulher. A partir dessa intervenção, o paciente passou a tentar cortejar a estagiária com pequenos presentes, parecendo assim poder adiar o dia em que iriam namorar, tolerando a substituição e o adiamento do desejo.

4.4.2 Recomendações sobre a técnica e a postura do terapeuta

Um dos aspectos principais, tratados nos artigos analisados neste estudo, diz respeito às recomendações para a técnica e postura do terapeuta, no que se refere ao contexto específico do atendimento de abordagem psicanalítica a crianças com autismo. Serão apresentados, a seguir, os principais dados encontrados nos estudos analisados, relativos às características das intervenções psicanalíticas com pacientes autistas.

Nesse sentido, Alves et al (2012) resgataram as contribuições de Tustin (1975 apud Alves et al, 2012), ao recordar suas orientações, segundo as quais o analista deve agir em favor da vida, com simplicidade, sem pretensões ou artificialismo. Tal atitude constitui, para a autora, uma importante ferramenta contra a falta de contato das pessoas com si próprias e com o mundo externo, que demonstram tipicamente as características das crianças com autismo. Os autores ressaltaram ainda a importância de uma atitude de criatividade amorosa, por um lado, e tolerância, por outro, em relação a esses pacientes.

No estudo de caso relatado por Alves et al (2012) foi apresentado o relato de um atendimento psicanalítico com uma criança de cinco anos, com diagnóstico de autismo, cujas sessões eram marcadas por uma significativa monotonia e restrição em suas atividades, incluindo inicialmente apenas duas: fazer rabiscos misturando cores e levar a analista até o corredor, onde o garoto descobriu uma pequena lanterna, pela qual se sentiu interessado.

Os autores relataram a atitude da analista de aproveitar o interesse do paciente por essa pequena lanterna encontrada, trazendo-a para os jogos realizados no interior da sala de atendimento, sendo criativa e sensível ao interesse demonstrado pelo paciente. Isso culminou em uma brincadeira, em que o paciente se aproximava da analista, sentando-se ao seu lado e buscando o colo dela. No terceiro ano de análise, o garoto puxou a analista pela mão para saírem à rua, iniciando uma exploração da área fora de seu consultório, durante dois anos, saindo em quase todas as sessões. Nesses momentos, a analista pôde mostrar para o garoto objetos do mundo externo que ele antes parecia não perceber, permitindo que sobreviesse, à cegueira psíquica, uma

visão acurada que lhe permitia abaixar para pegar folhas e pequenas pedras e levá-las para dentro do consultório (ALVES ET AL, 2012).

Segundo os autores, ao contribuir para a aparição ou expansão do brincar, desbloqueia-se a atividade imaginativa, favorecendo assim, o contato com a vida. A criatividade, combinada com a sensibilidade aos interesses do paciente, pode contribuir para expandir a capacidade de brincar e de imaginar, favorecendo mudanças no plano afetivo e relacional. Ainda, para os autores, a capacidade da analista de tolerar a monotonia, indiferença e exclusão, demonstrados principalmente nas primeiras sessões, e sobreviver com criatividade amorosa estão entre os aspectos fundamentais da postura do analista para que se proporcione um continente para as projeções e excessos pulsionais do paciente, possibilitando as transformações emocionais necessárias para o desenvolvimento psíquico.

Em outro estudo de caso, realizado por Fonseca (2009a), com uma criança de dois anos diagnosticada com autismo, a autora descreveu como foram as intervenções realizadas diante de estados de mente primitivos, enfocando a forma como a analista pôde se aproximar de uma criança que apresentava, por um lado, intensa intolerância à alteridade, e, por outro, uma sensibilidade extrema a rupturas de continuidade que sinalizassem vivência de separação.

No início do atendimento, como já referido, o repertório de atividades do paciente era pequeno e se restringia a atividades sensoriais, nas quais apresentava momentos de desligamento em que ficava estrábico. Em tal configuração subjetiva, as sessões se caracterizavam pela repetição, parecendo possuir um roteiro estabelecido, em que a única variação aparente era a ordem dos acontecimentos. Havendo pouco espaço para a alteridade, a psicanalista notou que era necessário ao outro (analista) entrar no campo dialógico "disfarçada de *self*", espelhando suas ações, ou respondendo às ações do paciente com ações correspondentes, mas exageradas, afirmando assim seu *self*. A criança, diante dessas atitudes da analista, respondia mostrando-se sensível às contingências: sorria e repetia os mesmos atos. Foi possível, dessa forma, encontrar uma porta de contato com ele, em uma "era sem figuras, sem enredos, em que a moeda corrente era as expectativas, as

surpresas, a intensidade (da voz, da expressão facial, do toque, a intensidade do lançamento etc)" (Fonseca, 2009, p. 132). Dessa forma, foi sinalizada a importância de, em um momento inicial, em que havia uma intensa intolerância à alteridade, dançar conforme a música estabelecida pelo paciente, para, posteriormente, e gradualmente, ir se apresentando como "outro".

De outra forma, ressalta-se a necessidade de, no contato com pacientes em que a presença do outro gera ansiedades muito intensas, o analista poder ser um outro que se apague em certos momentos, regulando a dose de alteridade, tentando ser presente sem sê-lo em demasia, até que seja possível, à medida que a tolerância se expande, apresentar algo minimamente novo dentro do que já é conhecido (FONSECA, 2009a; FREIRE, 2011).

Mesmo lidando com estados muito primitivos de mente, em que predomina a arena da sensorialidade e a ausência de um *self* verbal, a autora apontou para a possibilidade de se estabelecer um diálogo e uma aproximação possível, através de ações e sensações. No caso relatado acima, a analista realizou com o paciente uma brincadeira com água e espuma, em que este lhe jogou borrifos de água, utilizando a pia disponível no consultório da analista. Esta, por sua vez, se contrapôs como um outro, de modo brincalhão, colocando pedacinhos de espuma no braço dele, causando inicialmente os gritos de seu paciente, mas logo após este se acalmou e aceitou a brincadeira. Tal cena sugere a possibilidade de se mitigar a persecutoriedade através da suavidade do toque e do tom lúdico da interação. Sobre este trecho, a autora abordou também a questão do medo da retaliação, retomando a noção *kleiniana* de que tal medo não é mitigado ao se ignorar um ataque, podendo inclusive ocorrer o oposto disso, sua intensificação. Assim, enfatizou a importância da atitude ativa da analista, que respondeu ao paciente "na mesma nota", mas de forma atenuada: com pedacinhos de espuma (FONSECA, 2009a).

Abordando, ainda, o tema da atitude do analista em contexto de atendimento a pacientes autistas, Silva (2014) destacou a importância de que o analista seja, para o paciente, uma companhia viva, conforme coloca Alvarez (1992, p.88 apud Silva 2014), valorizando a possibilidade de ser para o paciente um objeto animado, humano, vivo e consistente. Relatou o caso clínico de um menino de dois anos e seis meses com diagnóstico de autismo, sobre o qual realizou considerações a respeito da técnica com pacientes

autistas. A criança chegou para a sua primeira sessão e brincou de fazer suco, colocar no copinho e dá-lo para sua mãe. Nesse momento, a intervenção da analista consistiu em imitar o som de deglutir a água do copinho, abrindo espaço para a interação com a criança e possibilitando unir, subjetivamente, o sentido da audição, do tato e da visão. Tal intervenção exemplifica que ocorre, no autismo, quanto à sensorialidade, uma "desmentalização em que o equipamento sensorial era desmantelado e deixava de ter um funcionamento unido e consensual" (MELTZER, 1975/1984, p.49, tradução livre, apud SILVA 2014). Na sessão mencionada, a resposta do paciente, que se seguiu imediatamente à intervenção da analista, confirmou a efetividade desta, uma vez que este passou a apresentar um jogo simbólico, ainda que em estágio primitivo, dando mamadeira a uma boneca, demonstrando identificar-se com a função alimentadora da analista.

A autora referiu, ainda, que para que o analista se constitua um objeto vivo para o paciente, é necessário um conjunto de qualidades, que envolve necessariamente a capacidade de disponibilizar, neste contato, os elementos: improvisação, amplificação, alternâncias deliberadas, movimento, mudança e variações sobre um mesmo tema. Colocar-se dessa forma permite, segundo a psicanalista, que se despertem as competências da criança, como ocorre em um outro trecho de sessão do caso citado. O paciente se encontrava em um momento de encapsulamento, desenhando sozinho, curvado, de costas para a analista e totalmente absorto na atividade. A analista, então, pegou outro lápis e fez um caminho até se aproximar do paciente, fazendo o lápis conversar e dizer "Ei, Guilherme, onde está você?". A partir dessa intervenção, o paciente passou a correr atrás do lápis da analista, rindo e se divertindo. Tais atitudes, que revelam um modo particular de operar no contexto da clínica psicanalítica do autismo, evidenciam a importância da postura do analista, em especial a de se colocar afetivamente disponível como alguém criativo, inventivo e ao mesmo tempo sensível ao funcionamento que é singular a cada paciente. Tal postura caracterizava uma companhia viva que convidava o paciente, de forma delicada e sensível, a sair da concha autística, favorecendo o estabelecimento de uma comunicação verdadeira e intersubjetiva (SILVA, 2014).

4.4.3 Corpo, sensorialidade e técnica

Para Leiras e Batistelli (2014), a importância do corpo e da temática sensorial se constitui em um ponto de especial interesse no trabalho com crianças autistas dentro da clínica psicanalítica. Citando Piera Aulagnier (1991 apud Leiras e Batistelli 2014): a criança com autismo impõe ao objeto uma categoria em que o poder sensorial é o elemento que torna este objeto existente. Faltaria, nessas crianças, construir um corpo erógeno, unificado, através das experiências de prazer com o objeto. As referidas autoras se utilizam de trechos de um caso relatado para tecer comentários acerca da técnica utilizada na abordagem psicanalítica.

Lembram, assim, a primeira interação da paciente com os objetos do consultório, em que esta se limitou a atirá-los e vê-los cair, gritando. Nessa atividade pré-simbólica, a analista passou a nomear alguns significados possíveis, instaurando uma violência primária, que seria necessária para a presença de um “outro” portador de sentidos. Comparam tal intervenção da analista à atitude da mãe de nomear sentimentos do bebê, como quando diz que este está assustado, ou quando lhe diz que ela está ali com ele para que ele não se sinta sozinho. Assim, as emoções transmitidas pela analista deixam marcas no aqui e agora da sessão, com sua presença sensorial, que se dá com a voz, movimentos e afetos que a paciente não possui. Para as autoras, trata-se de uma função de espelhamento, que progressivamente se instala em um espaço potencial, disponível para ser usada. Ressaltaram a importância do olhar do outro como propiciador de um reflexo de “si mesmo” oferecido à criança, que inclui seus afetos e sua imagem corporal, possibilitando a integração do psique-soma, assim como processos identificatórios.

As autoras propuseram que, neste espelhamento, reside a ferramenta fundamental do analista nessa etapa, em que este utiliza a própria percepção e afetividade colocada a serviço de captar signos mínimos e convertê-los em sinais. Dessa forma, as intervenções do analista teriam como base a modalidade de sua presença, a forma de estar, ou seja, seus pensamentos, atos e palavras para este paciente e não para outro. Nesse momento, o inconsciente que está em jogo seria o da própria analista.

4.4.4 Usos da contratransferência

Gennaro (2006), dá especial atenção para a utilização dos aspectos contratransferenciais, através da atitude de *rêverie* do analista, para a compreensão do que se passa subjetivamente com o paciente autista. Quanto aos mencionados sentimentos contratransferenciais, o analista relatou sentir-se, durante os atendimentos de seu paciente autista de sete anos de idade, muitas vezes envolvido em um clima de tédio e apatia. Sentia-se, ainda, em momentos de piora clínica do paciente, invadido pela ideia de que todo esforço seu era inútil e que o tratamento seria um fracasso. Apontou, contudo, para a importância de, no lugar de ser dominado por tais sentimentos, poder utilizá-los para compreender o que ocorria na relação com o paciente. Passou a dizer a seu paciente que este estava colocando à prova a solidez da casa (uma construída com almofadas da sala do consultório, mas também a casa-corpo do analista), para ver se esta não seria derrubada.

O analista pôde, em sua posição de *rêverie*, "oferecer um espaço em seu próprio mundo interno para as partes aterrorizantes do paciente, carregadas de ódio e projetadas por identificação projetiva" (Gennaro, 2006, p. 695, tradução própria). Após esta intervenção, o paciente se mostrou mais afetuoso, buscando mais o olhar do analista, aproximando-se no contato com ele. O autor comparou tais movimentos intersubjetivos a dois momentos na relação mãe-bebê: um primeiro, em que há a relação simbiótica primária, em que mãe e bebê parecem funcionar como um só indivíduo, e um segundo momento, em que a mãe cria um espaço interno delimitado para seu filho, podendo se diferenciar dele, posteriormente projetando tal delimitação, situando o bebê através do olhar e do *holding* materno. Tal espaço é introjetado pelo bebê e vivido como um espaço de segurança e proteção do despedaçamento e ameaças externas. Assim, Gennaro (2006) enfatizou a importância de que o analista, feito uma mãe, possa acolher os aspectos do paciente em seu interior, para que possa lhe oferecer um contorno, um continente, que favoreça a delimitação do paciente como um "eu" separado do "outro".

4.5 Aspectos relativos à abordagem da família

Segundo Silva (2014), um aspecto fundamental no atendimento de crianças é que haja uma vivência com a família para que possa haver uma confiança no trabalho do analista, permitindo sua continuidade. Tal vivência se torna importante na medida em que se sabe que tais atendimentos geralmente suscitam o surgimento de fantasias na mente dos pais, que frequentemente sentem a analista como a "bruxa" que rouba seu filho, ou imaginam que a analista seria uma mãe melhor que a própria mãe da criança. As orientações parentais e sessões conjuntas (em que os pais entram para a sessão junto com o paciente) permitem o contato dos pais com o *setting* e com o trabalho analítico de forma mais ampla, proporcionando o apaziguamento das angústias geradas pelas fantasias mencionadas.

Ainda, o trabalho de orientação parental possibilita o oferecimento de um espaço de acolhimento para as angústias e dúvidas dos pais, contribuindo para que estes possam ser ajudados a perceber as questões de seus filhos de forma mais acurada, uma vez que pode ser favorecido o vínculo empático para com as crianças, e a desconstrução de representações dos pais acerca do diagnóstico.

4.5.1 Principais questões apresentadas pelos familiares

A respeito das angústias dos pais de crianças com autismo, Untoiglich (2013) descreveu as preocupações relatadas por um casal de pais que levou o filho ao seu consultório após ter sido feito o diagnóstico de autismo e o encaminhamento para a psicanalista pelo médico pediatra da criança. Ao iniciar seu relato, a mãe passou a contar que pensava que podia, talvez, ter isolado demais o filho, pois este se mantinha muito apegado a ela. Ela temia, também, que não estivessem no caminho correto em relação ao tratamento e falou sobre o receio de perder tempo. Por outro lado, o pai acreditava que, como pais, não sabiam ajudar a criança, lembrando-se de que sempre se preocuparam muito com a saúde física do filho, que tinha uma doença congênita. A psicanalista os questionou a respeito do que pensavam sobre o que se passava com o filho deles, ao que os pais responderam recitando as características sintomatológicas do Transtorno Global do Desenvolvimento descritas no manual diagnóstico, tal como aparece no DSM IV (1994, apud

UNTOIGLICH, 2013). Referiu que o casal parecia se sentir culpado, anestesiado e resignado.

Abordando tais sentimentos de culpa que, consciente ou inconscientemente, podem permear as famílias que se defrontam com o diagnóstico de autismo, Kaufmann (2014), em um estudo com crianças autistas e seus pais, trouxe foco sobre os aspectos intersubjetivos que estão em jogo nas famílias desses pacientes.

A autora lembra que, para Freud (1917, 1929, apud Kaufmann 2014), a culpa é uma variante da angústia, que está relacionada a um conflito defensivo, em que uma excisão se produz quando o Eu se mostra incapaz de alcançar as exigências do Eu ideal. No caso descrito acima por Untoiglich (2013), é possível estabelecer uma relação entre o sentimento de culpa dos pais e a sensação de estar aquém de um ideal de parentalidade, em que se saberia sempre o “caminho correto” a ser perseguido, quais os tratamentos ideais, ou a melhor forma de oferecer cuidado ao filho.

Sob estas condições, são dificultados os processos pulsionais e identificatórios que são necessários para que os pais exerçam a parentalidade, além de serem intensificados os mecanismos de defesa que surgem diante da vivência de culpa e passam a obstaculizar o vínculo com a criança (KAUFMANN, 2014).

A partir do estudo realizado, a autora encontrou que uma das formas em que pode se desdobrar a culpa dos pais consiste no início de uma busca incessante de conhecimento a respeito de detalhes do diagnóstico e dos critérios descritos nos manuais que, se por um lado leva ao esclarecimento, por outro pode ser excessiva, na medida em que chega a substituir tentativas de se compreender as necessidades afetivas singulares do filho e dar-lhe o que este necessita emocionalmente.

Segundo a autora, há um risco de que, ao receberem o diagnóstico, os pais se tornem demasiado aderidos ao que se espera de seu filho mediante as particularidades do quadro clínico, e assim, deixem de atentar para os afetos, desejos e fantasias singulares da criança.

Assim, durante as conversas com os pais de seus pacientes, a analista procurava desconstruir as representações que os pais haviam formado a partir do diagnóstico, oferecendo então uma nova perspectiva, em que estes podiam

se ver como pais de um filho e não de um quadro psicopatológico. Ao mesmo tempo, procurava trabalhar com eles o sentimento de culpa, favorecendo o estabelecimento de modelos mais empáticos de relação. Evita-se, ou ameniza-se, dessa forma, um retraimento dos pais, que pode intensificar o retraimento autístico do filho (KAUFMANN, 2014).

4.5.2 As formas de manejo da família na clínica psicanalítica do autismo

A respeito do manejo da família no contexto da clínica psicanalítica do autismo, muitos dos estudos analisados por este trabalho apontaram para a importância de haver algum tipo de suporte, orientação ou manejo dos familiares de pacientes autistas (ALVES ET AL, 2012; FONSECA, 2009a; KAUFMANN, 2014; RIBEIRO ET AL, 2006; SABOIA, 2007; SILVA, 2014; UNTOIGLICH, 2013; WAJNTAL, 2013). Em alguns estudos de casos relatados, foram realizadas sessões conjuntas, em que os pais entravam na sala do atendimento junto com o paciente, principalmente em um período inicial, em que predominavam estados primitivos de mente, sendo demasiado intensa a intolerância às separações. Em outros estudos, foram relatadas sessões de escuta ou orientação aos pais, a fim de se trabalhar aspectos relativos às representações a respeito do autismo e o vínculo entre os pais e a criança (ALVES ET AL, 2012; KAUFMANN, 2014; UNTOIGLICH, 2013; WAJNTAL, 2013).

No estudo realizado por Untoiglich (2013), a autora relatou momentos em que, ao ser oferecida uma escuta aos pais do paciente, estes puderam se apropriar de percepções a respeito de aspectos do campo familiar, e de seu filho, dos quais eles não haviam se dado conta anteriormente à consulta com a analista. Os pais, cansados e paralisados, chegaram ao consultório após uma busca extensa por diversos tratamentos para o filho. Relatando todo seu percurso de busca, a mãe do paciente disse que, após contar tudo o que viveu, percebeu o tamanho do peso que sentia e o quanto estava sozinha em seu sofrimento, pois só podia se preocupar com o filho. Percebeu que reprovava o fato de que o marido, ocupado em trabalhar e prover o sustento da família, podia seguir adiante e ser feliz apesar do que acontecia ao seu redor. O pai,

que supunha ter apenas o dever de garantir o bem-estar econômico da família, pôde a partir desse momento ter uma dimensão da angústia de sua esposa.

Em outro momento, ao acompanharem o filho em uma sessão conjunta, os pais observaram a analista interagir com a criança, brincando com o menino usando bolhas de sabão. O pai, espantado, afirmou que era a primeira vez que via seu filho brincar. Ao observar uma outra interação, entre a analista, o paciente e sua mãe, criando-se uma cena lúdica utilizando animais de brinquedo, os pais se surpreenderam e exclamaram que não sabiam que seu filho era capaz de fazer todas aquelas coisas (UNTOIGLICH, 2013).

Este tipo de relato demonstra o potencial que possuem as intervenções com os familiares no contexto do atendimento ao autismo, uma vez que evidenciam a possibilidades de ampliar a percepção dos pais a respeito das características e capacidades de seus filhos e de si próprios, promovendo um vínculo mais empático entre os membros da família.

Em outro estudo, que enfocou a questão do manejo dos familiares de crianças autistas, Wajntal (2013) relatou o atendimento de um garoto com diagnóstico de autismo em contexto institucional, descrevendo a dificuldade vivenciada pela equipe no manejo da família, ao tentar articular uma mãe que “não podia sentir nada, esse pai ciumento e a criança gritona” (WAJNTAL, 2013, p. 536).

Foi feito um trabalho de mediação da relação do pai com os filhos, já que ele os privava de sua presença na criação e no cuidado, de modo a punir a mãe. Assim, tal trabalho consistiu em oferecer, durante um ano, um espaço de escuta aos familiares, em que as relações entre estes foram mediadas, a fim de possibilitar que o pai olhasse para seus filhos, independentemente do ciúme que sentia pela ex-mulher. A intervenção produziu efeitos positivos, uma vez que o pai passou a ter contato quinzenal com as crianças, levando-as para passear com ele, e assumiu o papel de trazer o filho para o atendimento grupal. Por sua vez, a mãe passou a lidar melhor com o ciúme do ex-marido, sem ficar tomada pelas cenas de ciúme que este criava. Nesse caso, o trabalho de escuta analítica consistiu em mediar as relações familiares, circunscrevendo as funções de cada um dos pais com os filhos (WAJNTAL, 2013).

Os relatos de intervenções com os familiares, no contexto do atendimento a crianças com autismo, demonstram, dessa forma, a

possibilidade de se favorecer o desenvolvimento de um vínculo mais empático entre os membros da família. Ao ser oferecido um espaço de escuta às angústias dos familiares, podem-se desconstruir fantasias dos pais, aliviando sentimentos de culpa gerados por cobranças relacionadas às representações que estes têm a respeito do seu papel, frequentemente visto de forma idealizada. A partir do momento em que a culpa dos pais é mitigada, facilita-se o olhar para as necessidades e características reais dos filhos, já que é amenizada a necessidade de cumprir com um ideal de parentalidade, o que possibilita um vínculo mais genuíno entre os familiares.

A respeito desse tipo de intervenção, Saboia (2007) relata um caso de atendimento em contexto institucional, realizado com uma mãe e seu filho de 10 meses, atendidos em uma Unidade de Acolhimento mãe-bebês, integrada ao sistema de saúde que atende a primeira infância, na França. A autora relatou que a mãe do paciente teve complicações durante a gestação e também no pós-parto, em que apresentou sintomas psicóticos. Por tal motivo, necessitou ser hospitalizada durante três meses, durante os quais não teve contato com seu filho, o qual tinha três meses de idade na época. No primeiro encontro da terapeuta com o bebê, esta encontrou uma criança com um olhar desprovido de expressividade, apresentando contato ocular empobrecido, e que não respondia ao ser chamado pela terapeuta ou pela mãe.

Com o desenrolar do trabalho realizado com a equipe, que consistiu no oferecimento de um espaço de escuta analítica para a mãe, pareceu aumentar a disponibilidade desta para investir no bebê, diminuindo sua indiferença ao comportamento deste. Ela passou a se dispor a formular hipóteses sobre seu comportamento, compreendendo que seu filho buscava, através deste, expressar seu sofrimento. A mãe pôde ainda expressar seus sofrimentos de forma mais explícita, verbalizando-os para a equipe, e também através do ato de cantarolar para seu bebê, em conjunto com os profissionais. Pôde-se observar como a música contribuiu para que ela pudesse expressar seus sentimentos e entrar em contato com aspectos de seu inconsciente. A melodia da música, nesse caso, ganhou uma função estruturante para essa mãe, exercendo a função de *holding*, que até então era quase inexistente, e pôde então ser oferecido a seu filho.

Dessa forma, a mãe passou a estar mais presente, mudança esta percebida também pela alteração da entonação de sua voz, que antes se mostrava ausente de prosódia, em ritmo monótono e melancólico, passando a ganhar um estatuto de voz viva, rica de sonoridade e prosódia, demonstrando uma vinculação mais próxima com o bebê (SABOIA, 2007). Tais dados reforçam a hipótese de que as intervenções com pais, no contexto do atendimento ao autismo, são essenciais para que se criem novas compreensões destes a respeito de seus filhos, que são possibilitadas ao se aliviarem suas angústias, através do oferecimento de uma escuta acolhedora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica psicanalítica do autismo, ao longo de seu percurso histórico de desenvolvimento, passou por diversas mudanças teóricas e inovações técnicas, incorporando contribuições de autores e campos de conhecimento diversos. A possibilidade de se esgotar, em um estudo de revisão de literatura, a totalidade das construções teóricas propostas dentro do campo da literatura psicanalítica seria, além de distante, indesejável do ponto de vista do escopo deste trabalho.

Contudo, é possível apontar, dentre os inúmeros relatos clínicos e reflexões apresentadas, aqueles aspectos que parecem constituir as principais contribuições deste trabalho para a ampliação do conhecimento sobre o método psicanalítico aplicado ao contexto do autismo.

Em primeiro lugar, cabe destacar os dados apresentados a respeito da concepção de evolução positiva dos pacientes, dentro da compreensão da clínica do autismo que é própria da abordagem psicanalítica. Nesse sentido, a questão do surgimento de brincadeiras de caráter simbólico pareceu constituir, em especial, um indicador da evolução positiva dos casos relatados nos estudos analisados. Esta modalidade do brincar foi relacionada a uma condição psíquica em que o pensamento tem caráter de representação, ou seja, em que os afetos, angústias e sentimentos podem ser deslocados dos objetos primários para outros destinos, possibilitando a mitigação de ansiedades vivenciadas no mundo interno da criança.

Tal condição mental constitui, dentro da teoria psicanalítica, um avanço no percurso do desenvolvimento psíquico, uma vez que, ao serem aliviadas as ansiedades em relação aos objetos primários, se favorece a abertura para o mundo externo, para a curiosidade pelos objetos do mundo, já que ocorre uma transformação dos impulsos primitivos em busca por conhecimento. Nos casos relatados nos estudos analisados, foi apontada a possibilidade, através das brincadeiras simbólicas, de transformar a passividade em atividade, ao serem colocadas, ativamente, no jogo, angústias, ansiedades e vulnerabilidades vivenciadas subjetivamente. Foi apontado que o brincar imaginativo se constituiu em um espaço transicional, nem interno, nem externo, em que os impulsos primitivos podem encontrar um continente, sendo assim vivenciados, e elaborados, sendo transformadas em desenvolvimento real.

O desenvolvimento para a capacidade de comunicação e a ampliação da percepção do mundo externo constituíram também indicadores significativos de evolução positiva dos pacientes. Quanto aos desenvolvimentos da capacidade comunicativa, os estudos analisados destacaram o fato de que determinadas verbalizações emitidas pelos pacientes representavam mudanças em relação à condição subjetiva destes. Assim, em um paciente que, pela primeira vez, referiu-se a si próprio na primeira pessoa, ou em outro que, depois de meses de análise, ao ser chamado na sala de espera, pediu que a analista o esperasse comer seu lanche, há uma mudança no que diz respeito à representação de self e de posicionamento em relação ao próprio desejo (GENNARO, 2006; WAJNTAL, 2013). Sobre a ampliação da abertura para o mundo externo, foi possível constatar como esta se mostrou ligada a indicadores como a exploração de atividades novas, não realizadas anteriormente na análise e a demonstração de percepções novas relativas a objetos do mundo externo. Tais mudanças podem ser fundamentais para a quebra do isolamento autístico e o favorecimento do desenvolvimento psíquico.

Outro ponto de destaque, abordado pelos estudos analisados, diz respeito ao *setting* terapêutico e às especificidades deste no contexto do atendimento a crianças autistas. Nesse sentido, diversos estudos, dentre os analisados neste trabalho, apresentaram casos em que o *setting* foi expandido, incorporando-se tanto áreas externas aos consultórios, materiais diferentes e espaços físicos novos, bem como a inclusão de familiares que muitas vezes

entravam para as sessões juntamente com os pacientes, realizando-se sessões conjuntas. Em tais situações, em que se apresentam diferenças relevantes em relação à concepção do *setting* na clínica psicanalítica clássica, foi possível notar a importância da postura criativa e viva dos analistas, ao lidar com pacientes que demonstram uma marcante falta de contato com o mundo interno e o mundo externo.

A respeito da temática do *setting* terapêutico, cabe retomar as contribuições da psicanalista Geneviève Haag (2006), que propôs a inclusão de objetos como piões, balões, caixas de jogos construtivos, entre outros brinquedos, levando em conta a sensibilidade das crianças autistas para os estímulos sensoriais. A este respeito, a literatura atual carece de estudos específicos, fazendo-se necessário o desenvolvimento de pesquisas futuras para o aprofundamento do tema.

Cabe destacar, ainda, as contribuições dos estudos analisados acerca das proposições técnicas relativas à postura do analista no atendimento a crianças autistas. Sobre este tema, destaca-se a necessidade de, diante de crianças que apresentam uma elevada intolerância à alteridade, regular a dose de alteridade no contato com esses pacientes, tentando ser presente sem sê-lo em demasia. Foi apontada, nesse sentido, a importância de tolerar a monotonia, a rigidez e a repetição, à medida que a tolerância da criança se expande, até que seja possível, gradualmente, ir apresentando elementos novos dentro do que já é conhecido.

Os estudos analisados salientam a importância da capacidade do analista de ser uma companhia viva para o paciente, agindo sem pretensões ou artificialismo, disponibilizando sua capacidade de improvisação, movimento, mudança e de realizar variações sobre o mesmo tema (ALVES ET AL, 2012; SILVA, 2014).

Um outro aspecto de grande relevância, abordado pelos estudos analisados, se refere à abordagem da família, no contexto da clínica psicanalítica do autismo. Sobre este tema, destaca-se a importância do oferecimento de um espaço de acolhimento para os pais, para que estes possam ser ouvidos em suas angústias, podendo-se desconstruir fantasias angustiantes a respeito do analista, bem como de seus próprios papéis na parentalidade. Ainda, a questão dos sentimentos de culpa dos pais, seja por se

sentirem perdidos em relação a como lidar com uma criança autista, seja por acreditarem que não estão buscando o melhor tratamento, ou que o buscaram tarde demais, constituiu-se em um ponto de especial relevância entre as questões apresentadas pelos familiares destes pacientes. A existência de um espaço em que tais sentimentos possam ser elaborados favorece o estabelecimento de modelos mais empáticos de relação.

A partir dos pontos levantados, pode-se concluir que foi possível apresentar as principais especificidades relativas à abordagem do autismo na clínica psicanalítica, o que se configura como uma contribuição para a ampliação do conhecimento sobre o método psicanalítico na abordagem do autismo.

Ressalta-se que, na análise dos estudos identificados evidenciam-se pontos importantes de sistematização e conhecimento, que se contrapõem à afirmação de que a psicanálise carece de embasamento no atendimento a indivíduos com autismo.

Referendam-se, assim, as afirmativas de Untoiglich (2013) sobre os ataques à psicanálise como abordagem de atendimento a pacientes autistas, enfatizando nisto interesses políticos e econômicos. Para a autora, caso seja estabelecido um contraponto com a visão tradicional da psicanálise e se assuma o desafio de apontar na direção de uma psicanálise questionadora, que caminha nas fronteiras, sem se preocupar em seguir um caminho imposto pela ortodoxia, que seja capaz de suportar a incerteza, partindo do existente e construindo aquilo que ainda não existe, a psicanálise terá, então, muito a contribuir no trabalho com as crianças autistas e suas famílias (UNTOIGLICH, 2013).

6. REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. **Companhia Viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994

ALVES, M. A. B. O. et al . **O mito de Sísifo e a falha do trabalho do negativo: um percurso clínico.** J. psicanal., São Paulo , v. 45, n. 83, p. 115-125, dez. 2012

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** Trad. Maria Inês Correa Nascimento – 5ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMARA, Y. M. R. et al . **Retrato de uma vida contida: estudo de um caso de autismo com internação prolongada.** Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza , v. 11, n. 2, p. 751-777, 2011

CARDELLINI, D. M. C., LACERDA, E., ZIMMERMANN, V. **Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública.** 2013. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=b_visor&ub=24&ordem=3&origem=abertas&itema=2>. Acesso em: 20 dez. 2016

DUNKER, 2016. **Como identificar o autismo na criança?** Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=SCf3whXrQn0&t=225s>>. Acesso em: 20 dez. 2016

FONSECA, V. J. R. M.. **A psicanálise na fronteira dos estados autísticos.** Rev. bras. psicanál, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 129-138, mar. 2009a

FONSECA, V. J. R. M. **O Autismo e A Proposta Psicanalítica.** In: Revista Viver Mente e Cérebro - Coleção Memória da Psicanálise: Melanie Klein a ampliação dos limites da vida psíquica, 2009b

FREIRE, A.B.; MORAES, J.C.; **Clínica, Transmissão e Pesquisa: uma direção no tratamento do autismo.** Interação em Psicologia, Curitiba, 15 (n. Especial) p. 91-97, 2011

GENNARO, J. **Hazme una casa.** Psicoanálisis; 28(3): 689-700, 2006

HAAG, G. **Reflexiones de psicoterapeutas con formacion psicoanalitica que se ocupan de sujetos con autismo.** Cuestiones de infancia, v. 10, p. 158-170, 2006

JANUÁRIO, L.M.; TAFURI, M.I. **O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças.** Revista Mal-Estar e Subjetividade, Fortaleza, v. 9, p. 527-550, 2009

KAPLAN, H. I., SADOCK, B.J., GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** Trad. Dayse Batista - 7ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997

KAUFMANN, L. **La familia atravesada por el autismo de un hijo:** Las raíces intersubjetivas del autismo y formas sacrificiales de la culpa. Subj. procesos cogn. vol.18 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jun. 2014

LEIRAS, E. P. L.; BATISTELLI, Fátima Maria Vieira. **Reflexões psicanalíticas sobre um caso com transtorno do espectro autista (TEA).** Estilos clin., São Paulo , v. 19, n. 2, p. 277-293, ago. 2014

MANTEGA, E.B. **Interlocução do MPASP com a Secretaria do Município de São Paulo,** 2013. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=b_visor&pub=25&ordem=3> Acesso em: 20 dez. 2016

MAXÍMOV. **Evidencia Científica, Psicoanálisis y Autismo,** 2016. Disponível em: <<http://autismos.elp.org.es/textos-divulgativos/evidencia-cientifica-psicoanalisis-y-autismo-por-arseni-maximov/>> Acesso em 20 dez. 2016

MARQUES, V. F. C.; ARRUDA, S. L. S. **Autismo infantil e vínculo terapêutico.** Estud. psicol. (Campinas), Campinas , v. 24, n. 1, p. 115-124, Mar. 2007

RIBEIRO, J. M. C.; ALVARES, Katia; BASTOS, Angélica. **A psicanálise e o tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos em uma instituição de saúde mental.** Estilos clin., São Paulo , v. 11, n. 21, p. 196-203, dez. 2006

SABOIA, C. **Autismo e novas perspectivas clínicas.** Estilos clin., São Paulo , v. 12, n. 23, p. 78-89, dez. 2007

SILVA, M. C. P. **Três analistas e um paciente: diálogos analíticos sobre uma criança com autismo.** J. psicanal., São Paulo , v. 47, n. 87, p. 143-161, dez. 2014

TAFURI, M.I. **O início do atendimento psicanalítico com crianças autistas: transformação da técnica psicanalítica?** Revista Latinam. Psicopat. Fund. V. 3, p.122-145, 2000

TAFURI, M. I.; SAFRA, G. **Extraír sentido, traduzir, interpretar: um paradigma na clínica psicanalítica com a criança autista.** Psyche (São Paulo); 12(23): 0-0, dez. 2008

UNTOIGLICH, G. **As oportunidades clínicas com crianças com sinais de autismo e seus pais.** Estilos clin., São Paulo , v. 18, n. 3, p. 543-558, dez. 2013

WAJNTAL, M. **Reflexões sobre a clínica do autismo.** Estilos clin., São Paulo , v. 18, n. 3, p. 532-542, dez. 2013