

MARIANA LOPES CARLOS DA SILVA

AUTISMO INFANTIL

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Prof^a. orientadora : Tania Inessa Martins de Resende.

Brasília/DF, Junho de 2003.

Dedico essa monografia à minha professora e orientadora Tania Inessa por seu incentivo, paciência e compreensão. Dedico também à Larissa Fontes, criança autista, que engendrou em mim a curiosidade e o respeito por esse assunto.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais, por me oportunizarem a conclusão desse trabalho. Agradeço também à família de Larissa Fontes e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desse trabalho.

Sumário

Introdução.....	6
I – Definição de autismo.....	9
II – Desenvolvimento da criança autista.....	13
III – Características familiares da criança autista.....	18
IV – Tratamento.....	22
VI – Estudo de caso.....	26
Conclusão.....	31
Referências bibliográficas.....	33

Resumo

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre o Autismo Infantil, buscando uma leitura psicanalítica para a prática clínica da patologia em questão. Assim, percorremos a historicidade do autismo infantil, bem como o desenvolvimento e as características familiares da criança autista. Autores como Lacan, Laznick-Penot e Green, foram de fundamental importância para percebermos a relevância do papel desempenhado pelo olhar do Outro no quadro autístico. Olhar que é fundamental para o advento do sujeito, ou seja, para o surgimento do sujeito desejante e desejado. Para finalizar, a reflexão teórica é ilustrada em um caso clínico, onde verifica-se a importância de um tratamento precoce no autismo e a eficiência da aplicabilidade da psicanálise no mesmo.

1.Introdução

“... o autismo, embora possa ser visto como uma condição patológica, também deve ser encarado como um modo de ser completo, uma forma de identidade profundamente diferente...”

Oliver Sacks (1998, p.35)

Este trabalho tem como temática o autismo e é elaborado dentro de um referencial psicanalítico. Portanto, a teoria psicodinâmica será privilegiada em detrimento de aspectos organicistas. Isso não significa dizer que essa teoria será desconsiderada, até porque o papel do organismo é reconhecido na constituição do autismo, além da importante contribuição científica proporcionada por essa teoria.

Como define Tomatis (1994), a palavra autismo vem do grego *autos*, que significa eu ou significa próprio, referindo-se a alguém retraído e absorto, que se volta para si mesmo e não se interessa pelo mundo exterior.

O autismo é uma síndrome definida por alterações presentes desde idade muito precoce e que se caracterizam, principalmente, pela presença de desvios nas relações interpessoais, linguagem, comunicação, jogos e comportamento.

A psicanálise entende o autismo como uma perturbação mental, produzida pela chamada fratura da função materna. A relação mãe-filho, consciente ou inconscientemente, não se desenvolve adequadamente promovendo a desarmonia emocional na criança. Para o correto desenvolvimento, é necessário que a criança receba estímulos adequados, e se estes não o são ou são mal percebidos, poderá apresentar problemas. Estas noções serão desenvolvidas, principalmente, no segundo e terceiro capítulos.

Certamente, esse tema nos impõem um desafio, já que podemos considerar essa patologia um tanto complexa e obscura no campo da Psicologia. Percebemos dificuldades, tanto de especialistas quanto da sociedade, em lidar com crianças autistas, seja por falta de conhecimento ou por incapacidade de lidar com possíveis perturbações que esse contexto possa propiciar.

Sendo assim, esse estudo tem por objetivo esclarecer e abordar diferentes aspectos relacionados à criança e adolescente autistas, não procurando em nenhum momento encontrar culpados ou responsáveis, mas com o intuito que essas crianças sejam melhores compreendidas.

Normalmente, crianças com patologias graves, notadamente as autistas, sofrem preconceitos e estigmas, pelo fato das pessoas não conhecerem e fantasiarem acerca dessa doença. Observamos ao longo desse estudo que é comum, por exemplo, crianças autistas serem “confundidas” com crianças que possuem um déficit cognitivo. Ao longo do trabalho, será evidenciado a inveracidade de tal informação.

Esse trabalho, pretende acima de tudo, através de esclarecimentos, proporcionar uma compreensão do modo singular de vida dessas crianças e seus familiares, além da contribuição científica, proporcionada com idéias, observações e sugestões realizadas ao longo do trabalho, no estudo dessa patologia.

Para a realização deste trabalho consultamos uma bibliografia diversificada. Autores referenciais dentro da abordagem psicanalítica, como Freud, Lacan, Laznick-Penot e Green, foram cuidadosamente estudados proporcionando um embasamento teórico que evidencia a importância do trabalho psicanalítico com crianças autistas.

O trabalho seguirá o seguinte esquema: será conceituado o autismo, a fim de que o leitor possa situar-se na temática em questão, sendo, em seguida, abordado o desenvolvimento da criança autista e suas características familiares. Assim, evidenciaremos aspectos comuns observados em crianças autistas em diversos momentos de seu desenvolvimento e o quanto a dinâmica familiar influencia no estabelecimento da patologia. No quarto capítulo, será abordado o tratamento da patologia em questão, com o intuito de uma maior compreensão da aplicabilidade do arcabouço teórico utilizado. Finalmente, será elucidado um estudo de caso retirado da

literatura psicanalítica, com o intuito de enriquecimento da presente monografia. Assim, além de certos aspectos da teoria serem ilustrados, será feita uma releitura do caso abordando outros aspectos importantes, que porventura possam não ter sido abordados pela autora.

1. Definição de autismo

Existem muitas definições sobre o autismo de acordo com as perspectivas teóricas de que partem seus autores. Defini-lo, certamente, significa atravessar um campo minado de controvérsias que cerca sua singular condição. O processo psicopatológico é definido levando-se em conta o marco dentro do qual está concebida toda a interpretação que se dará à perturbação que certamente afetará diferentes manifestações da vida do indivíduo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define autismo infantil como:

uma síndrome presente desde o nascimento, que se manifesta invariavelmente antes dos 30 meses de idade. Caracteriza-se por respostas anormais a estímulos auditivos ou visuais, e por problemas graves quanto à compreensão da linguagem falada. A fala custa a aparecer e, quando isto acontece, nota-se ecolalia, uso inadequado dos pronomes, estrutura gramatical imatura, incapacidade de usar termos abstratos. Há também, em geral, uma incapacidade na utilização social, tanto da linguagem verbal quanto corpórea. (CID, 1984, p.81).

Ainda de acordo com a definição da OMS, a criança autista desenvolverá problemas muito graves de relacionamento social, como incapacidade de manter contato visual, ligação social e jogos em grupo. O comportamento se manifestará de modo usualmente ritualístico, podendo incluir rotinas de vida anormais, resistência a mudanças, ligações a objetos estranhos e um padrão de brincar estereotipado.

Essas características que são consideradas marcantes no autismo, muitas vezes nos leva a um preconceito em relação à cognição dessa criança. Seja por sua incapacidade para o pensamento abstrato simbólico ou para jogo imaginativo, seja por características descritas anteriormente. Em contrapartida, não temos comprovações de

que essa criança tenha um déficit cognitivo, observando, freqüentemente uma inteligência normal ou acima da média. O que queremos ressaltar no presente trabalho, é que a criança autista tem seu modo individual e singular de vida e de modo algum devemos entender seus rituais, suas estereotipais ou qualquer outra característica para designar uma inteligência subnormal ou abaixo da média. As particularidades da criança autista nos auxiliarão, sobretudo, no seu tratamento, abordado no quarto capítulo.

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) define o autismo do seguinte modo:

as características essenciais do autismo são a falta de responsividade a outras pessoas; marcante lesão na capacidade comunicativa e respostas bizarras a aspectos diversos do meio ambiente, todas com manifestação antes dos 30 meses de idade. A incapacidade de desenvolver um relacionamento interpessoal se mostra na falta de resposta ao contato humano e no interesse pelas pessoas, associada a uma falha no desenvolvimento do comportamento normal (1995, p.112).

O DSM-IV, de forma semelhante à descrição feita pela OMS, também enumera características marcantes dessas crianças como inadequacidade no modo de se aproximar, falta de contato visual e de resposta facial, indiferença ou aversão a afeto e contato físico, respostas estranhas ao meio ambiente como resistências ou mesmo reações catastróficas a mudanças mínimas .

Ao definirmos o autismo, observamos que há uma cisão entre organicistas e psicodinamicistas. Os organicistas defendem causas bioquímicas e neurológicas e tratamento medicamentoso ou comportamental a essa psicopatologia. Já os psicodinamicistas acreditam ser o ambiente um fator decisivo para o estabelecimento ou não da patologia e recomendam tratamento medicamentoso, o que invariavelmente também nos remete à importância do aspecto orgânico na constituição do autismo, e psicoterapia.

Tanto uma teoria quanto outra afirmam sua veracidade com base em conclusões tiradas do notável artigo de Kanner (1944), primeiro estudioso do autismo infantil a

publicar uma descrição clínica dessa patologia. O artigo descrevia 11 crianças que apresentavam uma combinação das seguintes características:

1. Extremo isolamento desde o início da vida;
2. Incapacidade para usar a linguagem de maneira significativa;
3. Insistência ansiosamente obsessiva na preservação da mesmice.

Kanner (1944) inferiu uma etiologia ambiental afirmando que, nesse grupo, poucos pais e mães se mostravam realmente afetuosos e que as razões para o isolamento da criança desde o início da vida (ausência de movimentos antecipatórios e o fracasso em adaptar seus corpos à postura das pessoas que as seguravam) falavam contra esses pais como agentes causais primários da patologia.

Em 1979, Wing, psiquiatra estudiosa do autismo, realizou um estudo em Camberwell, com cerca de 35 crianças e reformulou características anteriormente consideradas típicas do autismo por Kanner, considerando que na verdade elas formavam uma tríade. As três características são:

1. Severo prejuízo social;
2. Severas dificuldades de comunicação, tanto verbais quanto não-verbais;
3. Ausência de atividades imaginativas, incluindo o brincar faz-de-conta, substituídas pelo comportamento repetitivo.

Fazendo um paralelo entre Kanner e Wing, nota-se que Wing alterou os termos anteriormente propostos e a noção de prejuízo ganhou um destaque na reformulação das características. Aspectos subjetivos dessas crianças, tais como se elas se sentiam realmente sozinhas, se existia algo invisível lhes fazendo companhia ou qualquer outra hipótese não são mencionados. A tríade de Wing acaba por encerrar o autismo à noção de prejuízo, sem apresentar quaisquer aspectos do estado subjetivo dessas crianças.

Atualmente, alguns autores, tanto organicistas quanto psicodinamicistas, tendem a aceitar uma causação múltipla para o estabelecimento da patologia. Tustin (1981), autor psicodinamicista, salienta que “a deficiência orgânica poderia ter impedido a criança de fazer uso adequado dos cuidados iniciais, de modo que compensações autistas patológicas teriam que entrar em ação” (p. 35). Exemplo disso seria um bebê nascido com uma leve disfunção neurológica, ou seja, com uma aproximação vital fraca

podendo assim despertar na mãe uma sensação de fracasso em lidar com esse apático bebê, fazendo com que este se torne cada vez menos conectado à ela.

Green (1914), psicanalista estudioso do autismo, enfatiza que o primeiro objeto de amor da criança, para ambos os sexos, é a mãe. Segundo esse autor durante a gravidez e nos primeiros momentos da vida do bebê, a mãe vive um “estado de loucura benigna” , que a coloca em uma sintonia quase alucinatória com esse bebê, dando à gravidez e à maternidade essa dimensão miraculosa que elas têm para a mãe. Sob esse efeito, a mãe se oferece como objeto de investimento erótico para o filho, fomentando-lhe a vida pulsional. Por um lado a mãe seduz o bebê e por outro ela deve servir a ele como um espelho, o que só é possível se a mãe souber conter sua vida pulsional.

Sob esse referencial, podemos inferir que para o estabelecimento do autismo, há uma grande dificuldade na constituição do laço inicial na díade mãe-bebê, enfatizando-se o efeito do investimento materno e a dimensão erótica desse investimento para a constituição do sujeito.

Deve-se esclarecer, porém, que em nenhum momento o objetivo desse trabalho é culpabilizar a mãe ou quem quer que seja pelo estabelecimento da patologia, pois nesse processo o bebê também é agente, não sendo apenas passivo-reativo na relação.

Lidar com crianças autistas, certamente, não é fácil. Temos de compreender e aceitar seu grau de retraimento, de recusa ou de incapacidade para responder às propostas. Essas situações podem gerar em nós um misto de fortes sentimentos de rejeição, desespero e raiva. Conheçamos mais sobre o desenvolvimento dessas crianças, para assim quem sabe, podermos compreender mais seu modo singular de viver.

2. Desenvolvimento da criança autista

Nesse primeiro momento, procuramos descrever características observadas no desenvolvimento de crianças autistas. Posteriormente, será enfatizado aspectos psicológicos subjacentes à esse desenvolvimento.

As condutas de desconexão da criança autista já podem ser evidentes aos 8-9 meses de idade, embora já possamos perceber condutas “suspeitas” desde os primeiros dias.

Os primeiros sinais poderiam ser a ausência do reflexo de aproximação oral ao peito materno (pelo qual o recém-nascido põe-se em linha com o bico do seio e abre a boca mesmo antes de entrar em contato com ele) e o rechaço ao contato com o peito, a pobreza ou ausência do reflexo de busca, de sucção, de fixação e seguimento ocular, assim como mais tarde, do sorriso facial.

É importante diferenciar nesse momento crianças que possam vir a apresentar as características citadas nesse capítulo com aquelas que apresentem disfunções neurológicas, sejam elas lesões ou maturação desarmônica. Ou seja, cabe ao profissional, em um trabalho de equipe multidisciplinar, diferenciar aquele bebê que não fixa o olhar por ter uma lesão neurológica congênita, daquele que fisiologicamente não possui agravantes, pois o tratamento será diferenciado, de acordo com o diagnóstico.

Gauderer (1993) realizou um estudo com crianças autistas e observou traços comuns no desenvolvimento delas. A seguir essas características serão relatadas, porém, é importante ressaltar que o objetivo não é de estigmatizar ou rotular diversificados momentos dessas crianças.

Segundo o autor citado anteriormente, é comum no período de zero a seis meses, o bebê autista não solicitar muito de seu meio social, não notando, por exemplo, a

saída ou chegada da mãe, custando a responder a sorrisos, ou simplesmente ignorando-os. Os balbucios podem não aparecer, ou estar sensivelmente atrasados.

Com quatro a cinco meses, a criança não apresenta os movimentos antecipatórios quando alguém faz a menção de pegá-lo e quando levantado apresenta uma rigidez ou flacidez muscular.

Após o sexto mês de vida, é comum o bebê mostrar certa resistência à introdução de alimentos sólidos, tendo dificuldades em aceitá-los.

Esse bebê autista, quando recolocado no berço, dá a impressão de não se importar, parecendo que não é afetuoso. Frequentemente não revela ansiedade ou medo de estranhos, fenômeno normal e saudável numa criança de oito meses.

Foster (1960) ressalta que, além da falta de comunicação verbal, essa criança também demonstra deficiência de comunicação não-verbal, não olhando nem apontando para os objetos. Este bebê pode, de maneira súbita e inesperada, mostrar-se aflito, agitado e até em pânico com os mesmos ruídos ou sons a que permanecia alheio ou indiferente previamente. Pode também se afligir perante a mudanças sensoriais, como a iluminação, textura de certos materiais, sensações proprioceptivas devido a mudanças de posição (p. 154).

Gauderer (1993) chama atenção para os membros, principalmente a mão, pois estes apresentam estereotípias e maneirismos variados (*flapping*). Uma característica muito repetitiva na criança autista dessa idade é o observar atento das mãos e os seus movimento de dedos (fenômeno natural numa criança de seis meses).

O bebê autista acrescenta a isto movimentos de sacudir vigorosamente as mãos, ou rapidamente movimentar os dedos como se estivesse batendo à máquina, observando este fenômeno sem olhar diretamente para elas.

A criança autista pode transformar em permanente o comportamento de caminhar nas pontas do pé, fenômeno normal quando a criança está aprendendo a caminhar.

Gauderer diz que essa criança autista de dois a três anos “mostra pouco ou nenhum interesse em brinquedos e quando brincam geralmente não levam em consideração a função para que foram feitos” (1993, p. 87). A partir dessa colocação do autor, podemos evocar um ponto importante. É através do brinquedo que a criança

constrói e desconstrói suas fantasias, significando-as e simbolizando. Portanto, esse brinquedo está inflado de significações pessoais.

O desenvolvimento da imaginação é pequeno ou ausente assim como são pequenas as fantasias e a capacidade de brincar assumindo o papel de outras pessoas (como pai e mãe, por exemplo). A falta de interesse em brinquedos é acompanhada de indiferença, pouca atenção para com as pessoas, levando a um desinteresse pelo contato interpessoal.

É comum a criança autista não olhar nos olhos do interlocutor, dando a impressão que está olhando através dele ou o vendo simplesmente como objeto e não como pessoa. Quando ela quer pedir algo, move a mão da pessoa e a usa como se fosse uma “pinça”, reforçando novamente a sensação do interlocutor visto como objeto.

Por volta do quinto ano as alterações voltam a se dirigir para a fala. A criança autista continua ausente ou com poucas palavras, usadas de maneira que aparentemente nos podem parecer sem sentido. Observa-se também – quando há alguma fala – uma ecolalia, pois a criança repete palavras ou frases inteiras fora do contexto ou à margem de uma conversação. Normalmente, a comunicação verbal é muito concreta, com reduzida capacidade de abstração.

O não envolvimento emocional continua. A afetividade permanece ausente e a comunicação verbal é restrita. A criança continua alheia e emocionalmente distante.

Nota-se ser de fundamental importância que compreendamos as particularidades do desenvolvimento autista. Descrevemos acima características do desenvolvimento dessas crianças, que se analisadas fora de um contexto pode nos levar a pensar numa trágica realidade. Porém, não devemos interpretá-las como sintomas sem significados. Isso nos leva a acreditar que embora essas crianças não se manifestem de maneira usual em suas brincadeiras, ou seja, do modo com os quais nós muitas vezes esperamos, elas têm seu próprio modo de despertar interesses.

Segundo Winnicott, “é comum algum grau de psicose na infância, sendo seu diagnóstico realizado quando o meio ambiente não consegue esconder ou agüentar distorções do seu desenvolvimento emocional, fazendo com essa criança necessite se

organizar em torno de uma determinada linha defensiva que possa ser reconhecida como uma entidade doença” (1952, p.61).

O autor citado acima enfatiza que todo ser humano passa na infância por momentos psicóticos, e que o papel da mãe ou de quem exerce a função materna, é proporcionar uma presença sensata, opondo-se assim aos temores imaginários da criança.

Desde o nascimento, o bebê conhece a intensidade de uma espécie de angústia, surgida do drama da separação da mãe. O bebê se sensibiliza com a presença e a ausência constante da mãe, sendo essas situações vividas por ele como fusão e separação. O desmame, por exemplo, seria uma reconfirmação desse processo de separação que a criança vive. Essa separação põe à prova o vínculo imaginário com o outro (Winnicott, 1952).

Posteriormente, com aproximadamente seis meses, a criança vive o momento denominado por Lacan como a “fase do espelho”. A criança assume a sua imagem, como totalidade, e a imagem do semelhante diferente da sua. É nesse momento que se instala nela o conhecimento de si mesma, tornando-se possível o estabelecimento de uma relação com o outro. Na criança autista, que parece não ter nascido pois seu mundo exterior e o outro se reduz a uma ausência, o desafio do espelho significa a autodestruição, destruição ou negação do outro, pois lhe falta a imagem e a criança se exclui dessa relação, onde o outro é incapaz de reconhecê-la como indivíduo desejante.

Percebemos assim, que desde muito cedo, a criança se sente exposta a uma ameaça de agressão interior que, se projetada no exterior, pode desvendar um meio ambiente sentido como perigoso.

Segundo Melanie Klein (1955), essa projeção agressiva sobrevém em toda criança normal no ponto culminante do Édipo; o superego seria, então, a introjeção de uma imagem paterna sentida como terrificante. Porém, se no real o pai de fato se mostra um ameaçador, a elaboração normal de um superego não se faz e a criança se vê entregue aos efeitos de suas projeções

O Édipo introduz uma estrutura nova, através do papel desempenhada pela identificação edípica. É nesta etapa que encontramos o que diz respeito ao falo, ao

nome do pai. Na relação do sujeito com o outro, a prescrição de um desses termos é característica do autismo. Essa prescrição vai falsear toda relação do sujeito com a realidade, fazendo-o perder o uso da função imaginária ou da função simbólica (Klein, 1955).

A criança autista exclui-se de toda e qualquer relação com o outro e com seu próprio corpo. Sendo assim, ela não assume uma identidade própria, ficando no lugar de um objeto parcial. Segundo Mannoni, “ o destino do autista não se fixa tanto a partir de um acontecimento real perturbador como a partir da maneira pela qual o sujeito foi excluído por um ou outro dos pais de uma possibilidade de entrada numa estrutura triangular” (1983, p.113).

Por todo o exposto acima, entendemos ser de fundamental importância para a melhor compreensão da patologia em questão, explicitarmos a dinâmica familiar que envolvem tais indivíduos, além de sublinhar a importância da díade mãe-bebê no desenvolvimento infantil. Esses aspectos serão abordados no capítulo seguinte.

3. Características familiares

Podemos afirmar que o nascimento de um filho com uma integridade neurofisiológica não é suficiente para garantir nele a constituição de um sujeito psíquico. Esse filho, o mais prematuro de todas as espécies, necessita de prolongados cuidados para vir a sobreviver.

Segundo Cabas (1980), o filhote humano requer a presença real de um agente materno, ou de quem exerça essa função, que o receba em um espaço virtual, no qual ele possa se espelhar. Esta dialética se realiza em um circuito no qual o bebê se vê totalizado no outro que o completa imaginariamente, contrastando com a imaturidade de seu próprio corpo.

Assim, esse bebê através da sustentação do olhar da mãe, sente-se protegido contra possíveis sentimentos de desamparo. Brazelton (1980) enfatiza que a interação típica entre uma mãe e o seu bebê é de natureza cíclica, com alternância de períodos durante os quais a criança fixa intensamente o rosto da mãe e períodos em que o evita, fechando os olhos ou desviando-os ligeiramente. Para que a interação se desenrole corretamente, o adulto deve respeitar estes momentos de afastamento, senão a criança absorvida é levada a afastar-se cada vez mais.

Desse modo, a mãe leva a criança em direção ao mundo circundante de uma maneira gradual e não contingente, já que este mundo terá interesse para criança na medida em que a mãe lhe mostre a importância que esse mundo tem para ela e para o próprio filho. No abraço, no olhar, no contato corporal com filho, a mãe constrói o perímetro da sua imagem, que preencherá com o significado do que ela deseja na criança. Mas esta pode facilitar tal abraço ou se opor involuntariamente a ele. Pode ir ao encontro de seu olhar, ou aparentar fugir desse olhar.

Segundo Bouchard-Godard (1979), o bebê real, ainda *in utero*, embora possa momentaneamente representar o duplo narcísico da mãe, vive a sua vida e as suas necessidades de forma autônoma. A partir do corte do cordão umbilical, é necessário prodigalizar ao bebê real os cuidados apropriados. O bebê impõem-se pela sua alteridade: ele não é a reprodução exata dos seus progenitores ou dos seus ancestrais. Através dos cuidados que lhe dispensa, a mãe introduz a criança numa continuidade familiar: ela oferece-lhe o que recebeu e aprendeu a fazer por si própria, interiorizando os imagos parentais.

Ao nascer e durante os primeiros meses de vida, qualquer anomalia anunciada ou sentida, inflige uma ferida narcísica profunda aos pais. Entendemos a facilidade com que se pode deslizar a culpa sobre as mães, e acrescentamos a isso, a facilidade com que essa mãe pode absorver a culpa, por sentir, por projeção narcisista, o fracasso do filho como próprio. Mas uma concepção psicanalítica do assunto não é nem poderia ser recriminatória. Quando abordamos a idéia de características familiares comuns de crianças autistas, estamos propondo uma perspectiva que pode acentuar parcialmente a dinâmica familiar, não sublinhando em absoluto culpabilidades.

O desenvolvimento, tal como a patologia, é sempre inter-relacional e implica dois sujeitos. O bebê se empenha ativamente na inter-relação humana, as mantém e, por si próprio, auto-regula-se, controla as suas experiências de acordo com a respectiva feição agradável ou desagradável e adapta-se ao seu ambiente. Sendo assim, podemos afirmar que o desequilíbrio na díade mãe-bebê, que pode culminar no autismo, depende, por um lado, do status psíquico deste agente, e por outro lado, das condições constitucionais da criança para se apropriar dos registros imaginário/simbólico que entram no jogo do vínculo.

Bettelheim (1967) sugere que o autismo se desenvolve em resposta aos sentimentos muito negativos manifestados pelos pais: as mães não sabem acariciar ou embalar seus filhos quando eles precisam; ao contrário, elas respondem por sentimentos de rejeição. A criança, por conseguinte, percebe seu ambiente e sua mãe como hostis e responde a esse mundo ameaçador retraindo-se sobre si mesma.

Segundo esse autor, o retraimento autístico é concebido como um meio de adaptação da criança a seu ambiente, permitindo-lhe, por um lado, exprimir de forma ativa sua hostilidade e sua indiferença em relação aos pais e, por outro lado, controlar esse mundo frio.

Gauderer (1930) afirma que “algo perturbador existe na dinâmica familiar ou no relacionamento pais-filhos que tenha marcado de forma acentuada o desenvolvimento dessas crianças autistas” (p.73).

É evidente que uma criança é “marcada” não somente pela maneira como é esperada antes do nascimento, como também pelo que ela vai representar para seus pais em função da história de cada um. Sua existência real vai chocar-se assim com as projeções paternas inconscientes.

Segundo Mannoni (1973), diante do autismo há uma dificuldade dos pais em articular uma história da criança e de oferecer a ela um lugar singular junto à família. Essa situação impossibilitaria a constituição e a configuração de um corpo unificado; ou seja, uma inserção no tempo - ou melhor, num tempo que não o de um outro que lhe faz extensão do seu próprio corpo.

Sendo assim, entendemos que para a criança autista lhe falta uma imagem corporal, um corpo representado em sua totalidade e uma autonomia em relação ao corpo da mãe. No autismo haveria um organismo - já que em relação à sua constituição biológica ele desenvolve-se normalmente- mas não haveria um corpo no sentido da representação de uma imagem corporal unificada.

De acordo com a psicanálise, a constituição dessa imagem pressupõe, e é possibilitada, pelo olhar do outro - seja a partir de sua presença no imaginário da mãe, seja no sentido que esta atribui às manifestações iniciais da criança, como o choro e o grito. É precisamente a ausência dessa ilusão antecipatória por parte dos pais que parece impedir a construção de uma história para a criança autista e sua constituição como sujeito. A partir de uma leitura lacaniana, poderíamos dizer que esta criança não encontra no Outro alguém que lhe possa fornecer os significantes necessários à sua subjetivação; é portanto uma criança que sofre da falta de lugar no desejo do Outro.

Mannoni afirma ainda que “a enfermidade de uma criança de certa forma protege o grupo o qual ela pertence, já que este, forma parte de um mal-estar coletivo sendo sua enfermidade o suporte da angústia parental” (1973, p.153).

A suposição, porém, por parte do profissional, de que pais autistas têm “algo errado”, levando-os a terem um filho autista, somente acrescenta injúria à insulta. O extremo sofrimento emocional desses pais já é o bastante. Eles não necessitam que nenhum profissional os culpe por essa situação, até porque, a culpa por si só, não resolveria absolutamente nada.

Porém, devemos estar atentos que ao considerarmos o sintoma da criança como uma resposta inicial a uma demanda inconsciente dos pais, não podemos esquecer que esta indica uma escolha, ainda que forçada, do sujeito.

O sintoma, enquanto estrutura de linguagem, pode ser considerado uma resposta e uma mensagem dirigida ao outro. Para a criança, as palavras pronunciadas pelo seu grupo a respeito da sua doença vão adquirir grande importância. São essas palavras ou a ausência delas que vão criar nela a dimensão da experiência vivida, permitindo-lhes dar um sentido ao que vivem. Se a criança tem a impressão de que todo acesso a uma palavra verdadeira lhe é vedado, pode em certos casos, procurar na doença uma possibilidade de expressão.

Mas, se para responder ao enigma do desejo do outro, a criança se identifica com o sintoma, sua resposta tem a marca de sua construção enquanto sujeito

Desta maneira, entendemos que a criança deve ser ouvida como sujeito de seu próprio discurso, onde a construção de seu sintoma traz a marca da função simbólica dos pais, sem, no entanto, ser redutível à sintomática parental. Isto significa ouvir o discurso parental em entrevistas preliminares que permitam ao analista diferenciar a demanda parental do sintoma da criança, possibilitando um espaço onde a criança possa elaborar sua questão. Essas questões serão tratadas mais detalhadamente no próximo capítulo.

4. Tratamento

Nesse momento, serão abordados aspectos específicos do tratamento da criança autista. Deve-se enfatizar que apesar dessa patologia ter elementos comuns que a caracterizem, cada caso possui suas particularidades individuais, o que invariavelmente, também singularizará o tratamento.

O autismo é, em geral, vivido pelos pais, sobretudo pela mãe, como um fracasso total de sua parte, sendo-lhe muito difícil suportar que um outro possa se ocupar de seu filho em seu lugar.

Sendo assim, os distúrbios autísticos da criança provocam efeitos devastadores sobre o funcionamento mental dos pais. Segundo Green (1993) o desencorajamento e o esgotamento podem suscitar neles uma intolerância, ou mesmo conduzir a uma indolência que freqüentemente não refletem a sua maneira de ser em relação aos outros. Estas formas de respostas parentais, por sua vez, provocam um aumento de defesas autísticas na criança, instaurando-se um círculo vicioso onde o papel do analista é introduzir um corte.

Diante de todas as particularidades que cercam o autismo, entendemos que a atitude clínica diante de tal patologia se diferencia da relação analítica clássica, que é a da interpretação, onde o analista, através do brincar, interpreta as necessidades da criança.

Trabalhar o sintoma da criança significa fazer emergir o que nesse sintoma servia para alimentar ou diluir a ansiedade do adulto. Segundo Mannoni (1983), toda tentativa de cura da criança põe em evidência os problemas fundamentais parentais. Logo,

começar o tratamento de uma criança é entrar em um drama através da interação de um discurso dos pais e da criança.

Por todo o exposto acima, entende-se que nem o estudo, nem o tratamento do autismo pode ser centrado somente na criança, mas sim na família. Sendo assim, a análise da criança deverá ser um espaço onde os pais poderão descrever o que sentem e como o impacto do distúrbio da criança os leva a desorganizarem-se. Assim, esse momento é importante para que os pais sejam motivados a procurarem sua própria terapia.

Watzlawick (1973) diz que “estudos com famílias que possuem um membro autista deixam poucas dúvidas acerca de que a existência do paciente é essencial para a estabilidade do sistema familiar” (p. 142). Por isso, se torna fundamental que o processo terapêutico ocorra de modo a não desestabilizar essa família.

Green (1993) salienta que no tratamento com crianças autistas é importante poder representar o que ocorre ao invés de interpretar. O analista desempenha um papel de “matriz efetiva” que “deve dar ao paciente sua imagem que nunca foi encontrada” (p. 54). Trata-se, pois, de criar visualmente em cima do invisível. O analista deve criar uma representação que possa abrir a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de simbolização e de representação do paciente.

É interessante notar que o jogo do afeto vivenciado pelo terapeuta diante do paciente e as possibilidades de figuração dos dois protagonistas nesse momento desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento do processo terapêutico. O terapeuta precisa deixar um espaço psíquico para a projeção de imagens desencadeadas pela vivência afetiva diante do paciente.

É importante enfatizar que, no decurso do tratamento psicanalítico, não apenas as respostas da criança autista ao analista na transferência são estudadas, mas também suas próprias respostas contratransferenciais à criança. Por isso, é de fundamental importância que o terapeuta esteja atento aos sentimentos gerados pelo comportamento da criança.

Segundo Mannoni (1983), apud Checchinato (1988), “o analista só pode ser útil ao paciente se for capaz de renunciar a qualquer noção de “saúde mental”. É em nome de

uma “loucura” comum que o analista, como o intérprete, pode encontrar a palavra para falar ao paciente, cuja posição no mundo continua diferente da sua” (p. 112-113).

A partir da primeira entrevista, é fundamental que o analista marque sua presença como uma escuta límpida e ao mesmo tempo reconheça a presença concreta do paciente. As crianças autistas, na impossibilidade em que se acham de constituir uma relação qualquer com um semelhante, situam-se necessariamente em um tempo lógico anterior à constituição do estágio do espelho. O estudo desde tempo lógico deve tornar possível articular de maneira interessante o papel de um agente Real no ato Simbólico que permite a constituição da imagem especular enquanto tal (Lacan, 1966).

Green (1993) afirma que o analista deve ocupar um lugar semelhante ao de um espelho plano, no qual a mãe poderá ver se formar uma certa imagem unificada de seu filho e investi-lo libidinalmente, de acordo com um possível ideal para ela. Trata-se de fazê-la entrever que os feitos e gestos de seu filho podem não ser considerados como puros atos de destruição aos quais ela deveria opor-se com todo o peso de sua estatura, o que não deixa outra saída, para a criança, senão o fechamento autístico.

Segundo Laznick-Penot (1997) “para que uma criança possa, retrospectivamente, reconhecer-se como sujeito do enunciado que acaba de proferir, é preciso que um outro real, de carne e osso, se constitua como lugar de endereçamento daquilo que resolve, a partir de então, ouvir como uma mensagem. Em um tratamento de criança autista, cabe inicialmente ao analista ocupar este lugar, antecipando um sujeito do desejo de vir” (p.237).

Alguns psicanalistas, a exemplo da autora citada acima, reconhecem valor signifiante em toda produção da criança. Segundo eles, se o analista reconhece que ali, em qualquer produção, existe uma mensagem, a criança poderá se reconhecer a *posteriori* como fonte dessa mensagem.

Assim, o adulto deve dar mostras de uma presença não-intrusiva e favorecer tudo o que, por parte da criança, possa ser iniciativa, ação, descoberta, objeto de manipulação ou de jogo, de interesse espontâneo, de expressão simbólica, verbal, artística, de curiosidade, de conhecimento, sob condição de que o movimento parta deste último ou lhe seja apresentado sem coerção.

Concluindo, o trabalho com a criança autista impõe, ao profissional, desafios contundentes, dentre os quais, o lidar com a questão do tempo e sua articulação com a emergência do sujeito. O trabalho clínico demanda do profissional, em primeiro lugar, uma tolerância com respeito à temporalidade singular que caracteriza o mundo destas crianças.

Se o prognóstico do autismo infantil continua a ser grave, as tentativas terapêuticas empreendidas há uma ou duas décadas parecem ter permitido, além de uma melhor compreensão de sua psicopatologia, de sua problemática e das diferentes variáveis em jogo, retomadas evolutivas inesperadas ou reorganizações de aspectos clínicos.

5. Estudo de caso

O presente estudo de caso foi retirado do artigo *A boneca sem rosto*, de Graciela Cabassu (1998). Assim, faremos uma releitura do caso, onde serão elucidados aspectos descritos anteriormente como característicos do autismo infantil, além de abordar outras questões que porventura possam não ter sido enfocadas pela autora. Enfim, é uma possibilidade de refletir sobre a patologia em questão, além de repensar novos aspectos sobre a temática.

O estudo relata o caso de um bebê, Amélie, com 14 meses de idade, que é trazida por seus pais para análise com características típicas do autismo.

Segundo descrito no artigo, Amélie se apresenta como um bebê mole, segurando a cabeça com dificuldade. Não fixa o olhar, balança a cabeça permanentemente, tornando assim muito difícil uma tentativa de aproximação do campo visual. Parece indiferente à presença e ausência de pessoas conhecidas ou desconhecidas, inclusive seus pais. A mãe a descreve como um bebê que chora pouco, capaz de ficar acordado durante horas no escuro, ao lado da cama onde dormiam seus pais.

Foi realizado uma entrevista inicial com os pais de Amélie, onde fica evidente que o pai desejava apenas uma criança, diferentemente da mãe que, por sua vez, desejava uma família numerosa semelhante à da sua própria infância. Nasce uma primeira menina, irmã de Amélie, descrita pelos pais como uma criança saudável. A mãe obtém de má vontade do marido consentimento para ter uma segunda criança. A autora infere, nesse momento, que Amélie nasce, portanto, marcada pelo não-desejo do pai.

Após um parto normal, a mãe lembra que nos primeiros dias de vida de Amélie, ela decidiu não responder aos seus choros, afirmando que ela acabaria por se acalmar sozinha. A mãe relata também que adormecia quando o bebê estava mamando nos seus seios.

Segundo o relatado no estudo de caso, quando Amélie tem aproximadamente três semanas, a mãe apresenta sintomas que mais tarde foi diagnosticado como uma miastenia. A mãe de Amélie ficou sem voz, emitindo apenas sons ininteligíveis, com o rosto, uma parte do ombro e das costas paralisados. Porém os exames sanguíneos feitos não permitiram uma confirmação. Os problemas regrediram e desapareceram espontaneamente alguns meses depois.

No primeiro momento, a mãe recusou o tratamento sintomático que lhe foi proposto porque era incompatível com a continuação da amamentação. Assim, ela amamentou Amélie com o rosto imobilizado e no silêncio, até o quinto mês.

Segundo Winnicott (1952), apud Laznick-Penot (1998) “Se o rosto da mãe não reage (...) o bebê organizará a retirada ou não mais olhará...” (p. 68). Observa-se que foi exatamente no quinto mês o momento referido pelo pai como sendo o início do movimento estereotipado de Amélie.

A partir de todo o exposto acima, e fazendo uma releitura do caso é surpreendente analisar a dinâmica de alternância à qual é confrontado este bebê com seu Outro real:

- A mãe acreditou nos primeiros meses de vida de Amélie, que esta seria capaz de se acalmar sozinha. Assim, quando a criança chorava, havia ausência de respostas.
- Frequentemente, enquanto amamentava Amélie, a mãe adormecia, evitando o contato visual com seu bebê que poderia ter sido estabelecido nessa ocasião.
- Quando a criança emitia algum tipo de apelo, a fim de ser atendida, obtinha como resposta silêncio e/ou sons ininteligíveis;
- Ao olhar para a mãe durante sua amamentação, não há uma reciprocidade devido ao rosto imobilizado e paralisia que afetou a mãe nesse momento.

Vale esclarecer que ao evidenciar a díade mãe/bebê, não procuramos culpabilizar a mãe de Amélie e sim comentar circunstâncias que possam ter permitido o

aparecimento de tal patologia. Apesar de Amélie, enquanto bebê, estar submetida ao cuidado de outrem, é importante assinalar que enquanto sujeito qualquer resposta que dê ao meio tem a marca de sua construção.

O pai contraiu, durante este período neo-natal, uma hepatite viral B, que o colocou de cama por quatro meses, o impedindo de amenizar o desfalecimento materno, que se tornou visível nesse contexto.

Cabassu (1998), no desenvolvimento desse estudo de caso, também aborda aspectos da história familiar desse casal, sobretudo da mãe. Certamente, no decorrer da nossa reflexão, esses aspectos auxiliarão a compreender o estabelecimento da patologia em questão.

Os avós maternos da futura mãe de Amélie se separaram quando esta ainda era jovem – talvez mesmo antes do seu nascimento. Sendo assim, ela não tem nenhuma lembrança dos seus pais juntos. O avô materno pagava uma espécie de pensão alimentar à sua esposa pelas três crianças mais velhas, menos para a última: a futura mãe de Amélie. Nenhuma explicação parece ter sido dada para este gesto nem para o seu sentido.

No momento em que as decisões importantes acerca dos mais velhos devem ser tomadas, a avó materna consulta o avô, mas quando se trata da futura mãe de Amélie, ela decide sozinha. Assim, pode-se inferir que ela fica particularmente marcada pela ausência paterna e de um certo modo, materna também.

Parece-nos possível pensar que a posição de Amélie reproduz a de sua mãe, marcada pela ausência e o não-desejo do pai, assim como pela onipotência materna. Segundo Cabassu (1998), “algo da ordem do corte, próprio à função paterna, parece ter faltado aí” (p. 69).

Cabassu (1998) afirma que “esta problemática particular da presença-ausência, ou mais precisamente da não-estruturação de uma representação da ausência sob o fundo de presença, nos coloca no caminho de uma falha fundamental na presença primordial” (p. 76).

A seguir, para concluir, será citado um breve fragmento do tratamento de Amélie com sua mãe onde infere-se que a posição da terapeuta é sustentada pela função do

Outro – o espelho plano -, fornecendo assim à mãe um suporte identificatório a um outro olhar dado à criança.

Aproximadamente um ano após o início do tratamento, e quando Amélie já percorreu o essencial das etapas do desenvolvimento motor - ela começa a andar sozinha aos 21 meses -, a criança começa a balbuciar abundantemente.

Chegando à sessão, Amélie se coloca de frente para a terapeuta, dirigindo-lhe seu rosto e diz: “gui, gui, gui”.

A terapeuta espantada então lhe diz: “Mas é seu papai que se chama Guy” Você está chamando seu papai!”. Nesse momento, a mãe opõem-se incrédula: “ A senhora acha mesmo? Mas ela não diz Guy, ela diz ‘gui-gui-gui’...”

Segundo Lacan (1984), “ uma fala só é uma fala, porque alguém acredita nela”(p. 128). Assim, o terapeuta deve mostrar à criança que, mesmo que seus sinais seja difíceis de serem decifrados, o que ela diz é uma mensagem para o seu destinatário.

Este fragmento do caso clínico nos evidencia a “surdez significativa” que mostra esta mãe. Em todo caso, o ‘gui-gui-gui’, o enunciado não reconhecido no lugar do outro, é remetido para fora do código e continua a vaguear no real, sem poder vir a prender-se à cadeia e constituir uma mensagem.(Cabassu, 1998).

O lugar do terapeuta parece aqui, designado como devendo ser aquele descrito por Laznick-Penot (1997) , este que “se deixará ultrapassar, espantar pelo enunciado inédito, suspendendo mesmo temporariamente sua significação indicando dessa forma que ele pode ser escutado além do dito e atribuindo-lhe assim uma valor de mensagem” (p. 73-74).

O estudo de caso dessa criança ensina que uma certa escuta analítica de suas produções sonoras – por mais insignificantes que possam parecer – permite a emergência de uma fala que a criança pode posteriormente reconhecer como sua.

Um analista pode, pois, escutar as produções sonoras de uma criança autista, mesmo que inicialmente não tenham uma função de comunicação.

Na análise de Amélie, percebemos que Graciela Cabassu (1998) reconheceu um valor significativo na produção da criança e, ao constituir a si mesma como lugar de endereçamento do que considera, desde então, como uma mensagem, a criança pôde

reconhecer-se como fonte dessa mensagem. Nesse momento, a analista assumiu o lugar do Outro primordial.

Assim, observamos que o trabalho com uma criança autista se faz ao avesso da cura analítica clássica: o objetivo do analista não é interpretar os “fantasmas” de um sujeito do inconsciente já constituído, mas permitir o advento do sujeito. Ou seja, o analista é um intérprete, no sentido de tradutor de uma língua estrangeira, ao mesmo tempo em relação às crianças e aos pais (Laznick-Penot, 1997).

Este primeiro trabalho de tradutor vai permitir, aos pais, olhar a criança em seu brilho de chama onde até então só viam dejetos. Desta forma, a mãe poderá encontrar sua capacidade de ilusão antecipatória, ou seja, sua aptidão para apreender uma significação aí onde, possivelmente, havia apenas massa sonora.

Nesse estudo de caso fica evidente o quão difícil é delimitar se o retraimento autístico é causa ou consequência dessa descompassada dinâmica familiar. É preciso reconhecer que um bebê que não chama ou pára de chamar, que não olha ou pára de olhar, desorganiza completamente sua mãe. A partir de então, instala-se um círculo vicioso que precisa antes de tudo ser rompido.

Assim, o trabalho da análise deve acima de tudo, consistir em permitir à mãe aceitar os gestos e feitos do filho, fornecendo-lhe os meios de olhá-lo como um ser digno de respeito em sua luta para se tornar um sujeito, luta que, para o analista, merece o maior apreço.

Este estudo de caso, não teve por objetivo esgotar a temática. Ao contrário, o que pretendemos é ilustrar aspectos desenvolvidos ao longo do presente trabalho e promover uma maior atenção à patologia em questão.

CONCLUSÃO

Poucos distúrbios ou doenças causam mais perplexidade, confusão, ansiedade e incomodam mais o ser humano que os psicológicos.

Sendo assim, o autismo é uma doença que mobiliza muito o ser humano. Certamente, é muito doloroso para família da criança autista lidar com essa patologia. Acomete crianças normalmente bonitas, sem sinais físicos de lesão, porém a criança não olha fixo nos olhos, se esquivava, não respondendo nem interagindo com ninguém.

Essa doença se defronta com preconceitos, estigmas, desinformações, fantasias e absurdos. O intuito desse trabalho foi discutir a aplicabilidade da técnica psicanalítica no tratamento de crianças autistas, ajudando, assim, o esclarecimento sobre o autismo. Para tanto, adotamos uma postura de aceitação para com o ser humano e suas diferenças.

Perante essa doença, qualquer indivíduo se sente perplexo e impotente. Os profissionais que trabalham com esses seres tão especiais muitas vezes se sentem abalados com o ferimento de seu narcisismo, sua onipotência e auto-estima. É doloroso trabalhar com pessoas em que os progressos são lentos e muitas vezes imperceptíveis. O trabalho clínico demanda do profissional, em primeiro lugar, uma tolerância com respeito à temporalidade singular que caracteriza o mundo destas crianças.

Sabemos que o tema da constituição do sujeito no autismo é polêmico, e que alguns profissionais acreditam que o trabalho com estas crianças só se faz possível se supomos um sujeito. Dito de outra forma, quando o analista toma em tratamento uma criança autista, aposta que, ao reconhecer um valor significativo em toda a produção da

criança e ao constituir a si mesmo como lugar de recebimento do que considera, desde então, como mensagem, a criança vai poder se reconhecer como fonte desta mensagem.

As crianças autistas, na impossibilidade em que se acham de constituir uma relação qualquer com um semelhante – nem que seja de alienação - situam-se necessariamente num tempo lógico anterior à constituição do estágio do espelho. O estudo desde tempo lógico tornou possível articular de maneira interessante o papel de um agente Real no ato Simbólico que permite a constituição da imagem especular enquanto tal.

Sendo assim, a questão primordial que a criança autista nos coloca é a da escuta do inominável. Nesse sentido, os sons de uma criança autista, no início do tratamento, podem ser considerados como signos apresentativos, que não admitem tradução e nem interpretação. Eles são imediatos, não podem ser reduzidos a uma interpretação, e não se prestam à compreensão cognitiva. Porém, a clínica psicanalítica coloca o analista no lugar de escutar um "discurso" não representativo. A ação do analista deve ser então a de criar novas formas de interpretação.

Deve-se esclarecer que o presente estudo não intenciona esgotar as múltiplas perspectivas e divergências teóricas acerca do autismo infantil, e sim abrir um espaço para novas reflexões e elaborações de trabalhos futuros. Assim, com a produção deste trabalho procuramos contribuir cientificamente para uma melhor compreensão da patologia em questão, além de incentivar a produção de outras reflexões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOUBLI, M. *Psicopatologia da criança*. Lisboa: Climepsi editores, 2001.

CALLIGARIS, C. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CAVALCANTI, A. E. & ROCHA, P. S. *Autismo: construções e desconstruções*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CHECCHINATO, D. *A clínica da psicose*. São Paulo: Papyrus, 1988.

FREUD, A. *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1971.

GAUDERER, E. C. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais*. Brasília: Corde, 1993.

HOLMES, David S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

JERUSALINSK, A. N. *Psicanálise do autismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

LAZNICK-PENOT, M.C. *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1998.

LAZNICK-PENOT, M.C. *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, 1997.

LEBOVICI, S. & KESTEMBERG E. *A evolução da psicose infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

LEBOYER, M. *Autismo infantil*. Campinas: Papyrus, 1987.

MANNONI, M. *A criança, sua “doença” e os outros – O sintoma e a palavra*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais - DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MÉLEGA, M. P. *Pós-autismo: uma narrativa psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1999.

TUSTIN, F. *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WALLERSTEIN, R. *A cura pela fala: as psicanálises e as psicoterapias*. Porto Alegre: ArtMed, 1998.