

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT
CURSO DE PSICOLOGIA**

LETÍCIA FAGUNDES DA ROSA

**O BRINCAR DAS CRIANÇAS AUTISTAS NA CLÍNICA
PSICANALÍTICA**

ATIBAIA/SP

2021

LETÍCIA FAGUNDES DA ROSA

**O BRINCAR DAS CRIANÇAS AUTISTAS NA CLÍNICA
PSICANALÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário UNIFAAT, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia. Orientador: Professor Me. Rafael da Nova Favarin

ATIBAIA, SP

2021

Dedico esta monografia a todas as crianças autistas que tive o privilégio de conhecer e conviver e que a cada dia aprendo mais com elas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço este trabalho ao professor Me. Rafael da Nova Favarin pelas orientações, dedicação e pelo apoio ao longo deste trabalho.

Agradeço a Deus, que sempre iluminou meus caminhos, me protegeu e me auxiliou nas minhas conquistas, dando-me coragem e disposição para concluir mais uma etapa, com dedicação e sabedoria.

Agradeço também ao meu avô por todo incentivo e ajuda durante estes cinco anos de faculdade, a fim de realizar um sonho de fazer a faculdade de psicologia. Agradeço minha mãe, pelo amor e pela paciência e dedicação durante esta trajetória.

Em especial, agradeço ao meu pai, que sempre me incentivou e me encorajou a estudar e correr atrás do que sempre sonhei e acreditei. Em todos os momentos acreditou no meu potencial e nunca me deixou fraquejar ou desistir. Agradeço por todos os esforços que o Sr. fez por mim e, como prometido, vou honrar e te orgulhar de onde o senhor estiver. Espero que o senhor esteja orgulhoso de toda a trajetória, parte dela pôde acompanhar de perto, e agora este último, ano o Sr. Acompanha aí do céu. Obrigada por tudo sempre.

Agradeço de coração a Mayara Tainá, não poderia ter uma companheira melhor, na qual me incentivou desde o começo, que sempre esteve comigo me apoiando, me ajudando, me incentivando, me tranquilizou nos momentos mais difíceis e em todos os momentos enfatizava que acreditava no meu potencial, me dando forças para continuar.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que fazem parte da minha vida e que estiveram ao meu lado neste momento. Obrigada a vocês que acreditaram em mim. Meus sinceros agradecimentos a todos.

“Quando o analista toma em tratamento uma criança autista, aposta que, ao reconhecer um valor significativo em toda a produção da criança, gestual ou linguageira, e, ao constituir a si mesmo como lugar de endereçamento do que considera, desde então, como mensagem, a criança vai poder se reconhecer a posteriori como fonte dessa mensagem”.

(Marie-Christine Laznik-Penot)

RESUMO

O presente estudo foi elaborado a partir de questionamentos teórico-clínicos provenientes da clínica psicanalítica com crianças com diagnóstico de autismo e seu objetivo geral buscou investigar a importância do brincar na clínica psicanalítica do autismo. Como abordagem metodológica foram realizadas uma revisão teórica das ferramentas clínicas do brincar na clínica psicanalítica, uma pesquisa qualitativa. Na pesquisa qualitativa, que usou o referencial teórico da teoria psicanalítica, a respeito do autismo, bem como acerca do brincar, na condição de eixos fundamentais. Este estudo, partiu da descrição da história do autismo, da construção e elaboração deste diagnóstico do ponto de vista médico, bem como, a partir do referencial psicanalítico. Através dos estudos sobre a história do autismo e o ponto de vista médico, é possível entender as condições das crianças com o diagnóstico do autismo, suas limitações e suas características mais marcantes e como o analista pode trabalhar diante do diagnóstico. Buscou-se também conceituar a história do brincar, a importância desta ação na clínica psicanalítica infantil e seu uso no tratamento de crianças com TEA. Winnicott destaca que o brincar é uma atividade elaborada, que permite a criação da externalidade com condição para o viver criativo, no qual se desenvolve o pensar, o conhecer e o aprender de forma significativa, e brincando que se aprende a transformar e usar os objetos do mundo para nele realizar-se e inscrever os próprios gestos, criando a própria subjetividade. Como fundamentação para o uso do brincar na clínica psicanalítica, o ponto de partida foi compreender as ideias e percepções de autores como, Winnicott, Klein e Freud. Refletiu-se sobre o uso do brincar e a noção de transferência na clínica psicanalítica, assim como suas possibilidades e limitações. Ao fim do trabalho, constatou-se que o brincar permite à criança desvendar um mundo para além de si mesmo, facilitando o trabalho psicoterápico e a relação interpessoal com o outro e funcionando como um dispositivo terapêutico útil.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise. Brincar. Autismo. Clínica Psicanalítica com Crianças

ABSTRACT

The present study was elaborated from theoretical and clinical questions from the psychoanalytic clinic with children diagnosed with autism and its general objective sought to investigate the importance of playing in the psychoanalytic clinic of autism. As a methodological approach, a theoretical review of the clinical tools of play in the psychoanalytic clinic, a qualitative research was performed. In qualitative research, which used the theoretical framework of psychoanalytic theory, regarding autism, as well as about playing, in the condition of fundamental axes. This study started from the description of the history of autism, the construction and elaboration of this diagnosis from the medical point of view, as well as from the psychoanalytic reference. Through studies on the history of autism and the medical point of view, it is possible to understand the conditions of children with the diagnosis of autism, its limitations and its most striking characteristics and how the analyst can work before the diagnosis. We also sought to conceptualize the history of play, the importance of this action in the child psychoanalytic clinic and its use in the treatment of children with ASD. Winnicott points out that play is an elaborate activity, which allows the creation of externality with a condition for creative living, in which one develops thinking, knowing and learning in a meaningful way, and joking that one learns to transform and use the objects of the world to perform in it and inscribe one's own gestures, creating subjectivity itself. As a basis for the use of play in psychoanalytic clinic, the starting point was to understand the ideas and perceptions of authors such as Winnicott, Klein and Freud. It was reflected on the use of play and the notion of transference in the psychoanalytic clinic, as well as its possibilities and limitations. At the end of the work, it was found that playing allows the child to discover a world beyond himself, facilitating psychotherapeutic work and interpersonal relationship with the other and functioning as a useful therapeutic device.

KEY WORDS: Psychoanalysis. Play. Autism. Psychoanalytic Clinic with Children.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1. A História do Autismo	12
1.1 O histórico do diagnóstico e sua definição	12
1.2 O Autismo para a Psicanálise	22
2. O Brincar na Clínica Psicanalítica	31
2.1 A importância da Ludoterapia na Psicanálise Infantil.....	31
2.2 Processo de Ludoterapia com Crianças Autistas dentro da Clínica Psicanalítica	36
DISCUSSÃO	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo investigar a importância do brincar de crianças autistas dentro da clínica psicanalítica, pois é de conhecimento, que tal abordagem concebe que através do brincar que a criança se expressa e demonstra suas angústias e desejos.

Esta pesquisa parte da motivação pessoal desta pesquisadora que esteve acompanhando crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) durante seu estágio em uma escola da Rede Municipal de uma cidade do interior de São Paulo. Através deste contato, pude ter o privilégio de estar ao lado de crianças autistas dentro de seu universo, podendo vivenciar e observar como cada uma delas se portavam diante de situações, sendo que uma delas, era o brincar. Com base nesta vivência despertou-se o interesse em compreender a importância do lúdico em criança com TEA dentro da clínica psicanalítica.

Antes de começar a falar sobre o brincar da criança autista dentro da clínica psicanalítica, é importante primeiro entender como que se constitui o brincar e o desenvolvimento emocional da criança. Segundo Winnicott, o bebê não nasce em condições de se deparar com frustrações provenientes do meio externo e não é capaz de suportar a não satisfações de suas necessidades, ele precisa de uma mãe suficientemente boa, que atenda suas necessidades, sejam elas emocionais ou corporais. De acordo com o autor, o bebê necessita que esta mãe esteja presente antes mesmo dele sentir tais incômodos, este ambiente acolhedor facilita um desenvolvimento saudável (TAVARES, 2019).

Conforme Winnicott, o bebê traz a importância da ilusão da onipotência, nos momentos iniciais de sua vida e esta ilusão da onipotência, se dá em momentos como quando o bebê acredita que cria o seio quando está com fome. Contudo, para que o circuito produzido por esta ilusão seja completo, é necessário que a mãe suficientemente boa esteja lá, sustentando de que foi o bebê que criou o seio. Esta sustentação da onipotência infantil é fundamental quando começa a ocorrer os processos de integração, personalização e construção da categoria da realidade externa, nas dimensões do tempo e o espaço. Isto acontece através da mediação desta mãe suficientemente boa que apresenta o mundo ao seu bebê, respeitando suas limitações e evitando qualquer estímulo que possa se tornar invasivo vindo do meio externo (TAVARES, 2019).

A mãe tem a capacidade em se adaptar às necessidades do bebê e identificá-las, permitindo assim, que ele comece a existir, favorecendo a formação do verdadeiro self no bebê (WINNICOTT, 2000).

A relação mãe-bebê, pode ser tomada como referência para o analista no atendimento das crianças autistas, uma vez que o lugar do analista na clínica com crianças autistas é dar acolhimento à palavra ou ao ato do sujeito (LOPEZ, 2010).

Podem surgir desafios para o analista frente a estas crianças que possuem algumas limitações, pois elas podem apresentar como por exemplo, a ausência da fala, da interação e do olhar. Para que o analista consiga dar procedimento a um atendimento eficaz é importante que o vínculo seja estabelecido e o ambiente seja acolhedor.

O desejo do analista na clínica com crianças autistas, para Kaufmann (1996 apud LOPEZ, 2010, p.14), é “apostar unicamente na força de seu desejo, é levar essa aposta tão longe quanto possível, é nisso, nem mais, nem menos, que o analista se empenha”. O objetivo dessa clínica, é o de encontrar o caminho do Outro do desejo, deixando assim a tarefa do analista em restaurar o lugar do sujeito, ocultado ou renegado, procurando pistas no seu local de desaparecimento (LOPEZ, 2010).

O trabalho analítico com as crianças autistas busca propiciar uma instauração da relação do sujeito ao Outro, costurando marcas e referências em seu psiquismo, ainda que no campo da suplência. O processo só terá validade quando o analista oferece a palavra ao sujeito, mesmo quando ele não fala, uma aposta que supõe um Sujeito. De acordo com Elia (2005 apud LOPEZ, 2010, p.14): “Partimos, então, daquilo que eles nos falam mesmo que às vezes sem utilizar as palavras”.

Através do desejo do analista que o autista pode vir a fazer um apelo ao Outro. Ao promover a sua escuta, o analista toma palavras e atos dos autistas em um campo de sentido, dando o valor de significante. É este ato do analista que possibilita que o sentido daquelas palavras e atos, com uma implicação do sujeito, possa vir a ser uma demanda trazida pela criança autista (LOPEZ, 2010).

É essa especificidade da formação do psicanalista, a operação a partir de um furo de saber, sustentando o real e dando lugar ao inconsciente, tomando as manifestações apresentadas por essas crianças como atos, como produções que, de alguma forma, buscam alguma inscrição significante.

Desta forma, é através da inscrição deste significante que se fundamenta o uso da ludoterapia como recurso terapêutico as crianças autistas. Para Martelli et. Al. (2000, apud SILVA; BARROSO, 2017), a ludoterapia é um recurso muito importante na terapia, pois é através do brincar que se revelam as estruturas mentais da criança autista, colaborando assim para um melhor entendimento de como ele percebe a si próprio e o meio à sua volta.

Para Winnicott, o brincar é universal, saudável e de todo desejável, inclusive na sessão de análise. O brincar facilita a comunicação consigo e com os outros, o que proporciona experiências diferentes de desintegração e integração do paciente (FRANCO, 2003).

Almeida (1998), ainda traz que a ludoterapia favorece as crianças a manifestarem os sentimentos, sensações e preocupações em reação às circunstâncias da vida, fazendo uso de objetos conhecidos para facilitar a assimilação das situações de stress ou novas aprendizagens que não conseguem articular ainda.

Para Winnicott o brincar é:

Muito simples e poucas palavras se tornam necessárias para abranger o assunto. A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é desenvolvido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que ele não é capaz de brincar para um estado em que o é (WINNICOTT, 1971/1975 apud BELLO; SCODELER, 2013.).

De acordo com Martelli, a ludoterapia é um processo que visa facilitar as demais terapias, principalmente quando se trata de crianças autistas, pois em alguns casos, elas possuem uma comunicação verbal adequada, portanto ela traz que é através do brincar que a criança autista irá expressar seu entendimento sobre o mundo. É através da manipulação do objeto, devido ao fato destas crianças não possuírem as representações simbólicas estáveis, que ele irá demonstrar todo o seu sentimento. Porém, é importante ressaltar que o brincar pressupõe regras e ordens em sua dimensão social, o que acarreta a criança a se confrontar com sua existência e seu papel identitário. (SILVA; BARROSO, 2017),

Portanto o trabalho dentro da clínica psicanalítica com crianças autistas se dá através da sintonia e do vínculo afetivo com a criança. É importante que o analista que atende essas crianças tenha uma sensibilidade empática maior, conseguindo assim se colocar no lugar delas, e ajuda-las a entender suas emoções, sentimentos, angústias. É através da disposição lúdica deste analista que ele irá conseguir transformar o objeto autístico em objeto tutor, injetando histórias, cantigas, o brincar, pois é através do brincar, do lúdico que ele irá observar a constituição do sujeito criança (TAVARES, 2019).

O tratamento lúdico psicanalítico, da a continuidade a abertura do sujeito, e neste processo o brincar é essencial para a construção da subjetividade das crianças autistas.

Esta monografia tem como a seguinte pergunta: Qual a importância do brincar na clínica psicanalítica do autismo? Desta forma o seu objetivo geral consiste em investigar a importância do brincar na clínica psicanalítica do autismo, e seus objetivos específicos consistem em descrever a história do autismo e a sua construção diagnóstica da medicina à

psicanálise, analisar a importância do brincar na clínica psicanalítica e identificar os desafios encontrados no brincar das crianças com autismo.

Durante a pesquisa foi levantada as hipóteses de como o psicanalista tende a se portar frente a crianças autista em sua clínica, quais são os desafios encontrados na clinica durante as sessões de analise com as crianças autistas, qual a importância de se trabalhar o lúdico com estas crianças e quais as dificuldades encontradas.

Para a realização deste estudo, o método utilizado foi o qualitativo, baseado nos levantamentos bibliográficos e da literatura científica pesquisada em diversas bases de dados, entre as quais estão: SciELO, Google Acadêmico, BVS-Psi, Estilos da Clínica, dando privilégio para as leituras de artigos, capítulos de livros, teses e dissertações.

O trabalho foi dividido em duas partes: a primeira consiste em apresentar a história do autismo e como o autismo é compreendido dentro da abordagem psicanalítica. A segunda parte desde trabalho irá tratar sobre a importância da Ludoterapia na psicanálise infantil, e o processo de ludoterapia com crianças autistas dentro da clínica psicanalítica.

1. A HISTÓRIA DO AUTISMO

Neste capítulo será abordado a história do autismo, desde suas primeiras concepções, na década de 40, até os dias atuais. Será apresentada de forma cronológica, considerando o contexto geral, o desenvolvimento de sua definição e a compreensão da psicanálise a respeito deste quadro.

1.1 O histórico do diagnóstico e sua definição

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), é caracterizado por um transtorno do desenvolvimento que permanecerá ao longo da vida da pessoa, podendo apresentar sintomas como o déficit na comunicação, na interação social, no padrão de comportamentos, como por exemplo, interesses e atividades restritos e repetitivos. Quanto ao seu diagnóstico, nem sempre é feito nos primeiros anos de vida, cabe as pessoas que estão no convívio daquela criança, assim como aos pais, familiares e cuidadores, a observação e o questionamento sobre o desenvolvimento da criança, quais as características que ela apresenta, a partir de seus parâmetros adquiridos de vivências, leituras ou informações disponíveis e do que foi observado (ALBUQUERQUE; CORTÊS, 2020).

O termo “autismo”, é derivado do grego *autós* (de si mesmo), e foi introduzido e difundido na literatura médica através do psiquiatra suíço Eugen Bleuler, no ano de 1911, na qual ele se referia à fuga da realidade e ao isolamento para o mundo interior, sintomas apresentados por pacientes com o diagnóstico de demência precoce. Logo em seguida o termo demência precoce foi substituído por esquizofrenia, indicando a presença de uma cisão entre pensamento, emoção e comportamento. Dentre os sintomas fundamentais da esquizofrenia, encontrava-se o autismo, caracterizado pela perda do contato do paciente com o mundo exterior (ALBUQUERQUE; CORTÊS, 2020).

O autismo consistia para Bleuler na perda de contato com a realidade. Portanto, tratava-se de um mecanismo de defesa que é secundário à dissociação das ideias e sentimentos relativos à esquizofrenia (FERREIRA, 2018).

O psicólogo suíço Carl Gustav Jung no ano de 1923, passou a introduzir os conceitos de personalidade extrovertida e introvertida. Estes conceitos auxiliaram a definir uma pessoa com autismo como um ser introvertido, voltado para o seu mundo interior. Para Jung, uma pessoa introvertida desfrutava da sua solidão e de seu mundo interior, portanto, acreditava-se

que a uma introversão severa, denominada autismo, era característica de algumas formas de esquizofrenia (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

Leo Kanner (1894-1981), um psiquiatra austríaco radicado nos Estados Unidos, foi o primeiro a definir o autismo como um transtorno distinto no ano de 1943, com o trabalho: *Autistic Disturbances of Affective Contact*. O artigo era baseado no estudo que fez com 11 crianças nas quais observou entre os anos de 1938 a 1942 diagnosticadas por ele com síndrome autística (COHMER, 2014).

Neste artigo, após acompanhar as 11 crianças, sendo oito meninos e três meninas, com idades variando de 2 anos e 4 meses até 8 anos, Kanner, passou a dar início a uma nova perspectiva do que viria a ser denominado autismo infantil, transtorno autista ou autismo na infância. Durante seus estudos, Kanner identificou características marcantes, como a tendência ao isolamento e por conta disto, optou pelo termo autismo. Para ele, a desordem fundamental estava na incapacidade das crianças de virem a se relacionar de maneira comum com as demais pessoas e sobre as situações vivenciadas desde o começo da vida, havendo, desde o início, extremo isolamento autista. Ao relatar os casos, Kanner procurou descrevê-los detalhadamente, o que veio a reconhecer como uma afecção autônoma e específica ligada aos primeiros anos da infância (ALBUQUERQUE; CORTÊS, 2020).

Kanner propôs os seguintes sintomas cardinais como critérios que definem o autismo precoce: isolamento profundo do contato com as pessoas, desejo obsessivo de preservar a identidade, relacionamento intenso com os objetos, preservação de uma fisionomia inteligente e ponderada e alteração na comunicação verbal manifestada por mutismo ou por um tipo de linguagem desprovida de intenção comunicativa (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012, p.571).

O autismo se diferencia da esquizofrenia através de sua manifestação precoce que são encontradas em bebês, um exemplo destas, são quando os bebês ao serem pegos no colo não fazem o movimento de se alinhar e se aconchegar nos braços do adulto, assim, não demonstrando consentimento em se deixar ser pego no colo pelo outro. Kanner descreve o autismo sob a forma de dois sintomas principais, a solidão e a imutabilidade. Segundo ele, o autista tem a tendência a evitar ou ignorar tudo o que vem do meio exterior e tudo o que pode produzir mudanças no mundo externo é vivido por ele como algo intrusivo (FERREIRA, 2018).

Outros sintomas apresentados, é a ausência do olhar, as estereotípias, ausência do apelo ao outro, angústia, além das dificuldades na linguagem. Das 11 crianças estudadas por Kanner, 3 permaneceram sem falar e 8 adquiriram alguma capacidade de fala, mas com uma

maneira bem particular, descrita como uma fala não utilizada para se comunicar com o outro (FERREIRA, 2018).

Kanner classificou a linguagem das crianças autistas como “de papagaio”, pois elas reproduziam o que acabavam de escutar do outro de uma maneira exata como foi originalmente pronunciada, tal qual uma ecolalia. Outro exemplo da linguagem das crianças autistas é a não inversão dos pronomes pessoais; quando a criança demandava alguma coisa para si mesma., usando “você” ou “ele / ela” em referência a si mesmo. Assim, o autista dizia por exemplo “você quer comer” ao invés de “eu quero comer” (FERREIRA, 2018).

Outro quadro autístico, é a síndrome de Asperger (SA). Hans Asperger (1906-1980), outro psiquiatra austríaco, em 1944, com interesse na educação especial, durante seu estudo, descreveu quatro crianças que apresentaram dificuldades em se integrar socialmente em grupos. Asperger, sem conhecimento da descrição de Kanner sobre o autismo infantil, denominou a condição descrita por ele como "psicopatia autística", um transtorno estável de personalidade marcado pelo isolamento social (KLIN, 2006).

A publicação de Asperger reuniu a história de quatro meninos. Os pacientes identificados por Asperger apresentavam um padrão de comportamento caracterizado por: falta de empatia, ingenuidade, pouca habilidade para fazer amigos, linguagem pedante ou repetitiva, comunicação não verbal deficiente, interesse excessivo por determinados temas, desajeição motora e má coordenação. E apresentavam capacidade de falar sobre seus assuntos favoritos de maneiras surpreendentemente detalhadas e precisas (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012, p. 574).

As crianças por mais que tenham apresentado habilidades intelectuais preservadas, elas também apresentaram uma pobreza significativa na comunicação não-verbal, na qual envolvia tanto gestos como tom afetivo de voz, falta de empatia e uma tendência a intelectualizar suas emoções, além da linguagem mostrar uma fala longa, seguidas de monólogo e em muitos casos incoerente. As crianças tenderem a uma fala formal para suas idades, seus interesses, que ocupavam totalmente o foco, envolviam tópicos não-usuais que dominavam sua conversação e apresentavam falhas na coordenação motora (KLIN, 2006).

A síndrome de Asperger (SA) caracteriza-se por prejuízos na interação social, bem como interesses e comportamentos limitados, como foi visto no autismo, mas seu curso de desenvolvimento precoce está marcado por uma falta de qualquer retardo clinicamente significativo na linguagem falada ou na percepção da linguagem, no desenvolvimento cognitivo, nas habilidades de autocuidado e na curiosidade sobre o ambiente. Interesses circunscritos intensos que ocupam totalmente o foco da atenção e tendência a falar em monólogo, assim como incoordenação motora, são típicos da condição, mas não são necessários para o diagnóstico. (KLIN, 2006, p. S8)

As crianças do estudo de Asperger não eram tão retraídas ou alheias, quanto as do estudo de Kanner. Além delas não apresentarem esses isolamentos e retraimentos, elas desenvolviam, às vezes precocemente, uma linguagem altamente correta tanto do ponto de vista gramatical quanto para a sua idade, e por conta disto, não poderiam, ser diagnosticadas nos primeiros anos de vida. Asperger descartou a possibilidade de causas psicológicas, enfatizou o caráter familiar dessa situação e ainda levantou a hipótese de que os traços de personalidade estão relacionados à transmissão masculina (KLIN, 2006).

O estudo de Asperger, foi publicado originalmente em alemão em 1944, porém só foi se tornar conhecido no mundo anglófono somente em 1981, quando Lorna Wing publicou uma série de casos apresentando sintomas similares. Porém sua codificação da síndrome, no entanto, acabou descaracterizando um pouco as diferenças entre as descrições de Kanner e Asperger, pois em seus casos incluiu um pequeno número de meninas e crianças com retardo mental leve, além de algumas crianças que tinham apresentado algum atraso de linguagem logo nos seus primeiros anos de vida (KLIN, 2006).

O autismo é caracterizado por um transtorno que vincula muitos aspectos do desenvolvimento infantil. Um critério é que os sintomas apareçam antes dos 3 anos de idade, e deve-se entender que há mudanças e o grau de mudança pode ser diferente, por isso deve ser entendido como um espectro de frequências (KLIN, 2006).

Com o propósito de homogeneizar a conceituação dos transtornos mentais e unificar os critérios diagnósticos, foram desenvolvidos os manuais diagnósticos, a Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM).

Na primeira versão (DSM-I), o autismo não foi incluído, embora já tivesse sido identificado como uma nosologia específica nove anos antes, pois as crianças com características descritas no autismo foram diagnosticadas neste manual, como "reação esquizofrênica do tipo infantil". O DSM-II, publicado em 1968, não considerava o autismo como um diagnóstico específico, mas sim como uma característica da esquizofrenia infantil (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

O DSM-III publicado em 1980, passou a incorporar o autismo como uma categoria diagnóstica específica. Era visto como uma entidade única, chamada de "autismo infantil". Seis condições eram necessárias para seu diagnóstico, todas as quais deveriam estar presentes.

A. Início antes de dos 30 meses. B. Déficit generalizado de receptividade em relação a outras pessoas (autismo) C. Déficit importante no desenvolvimento da linguagem D. Se houver linguagem, ela é caracterizada por padrões peculiares, como ecolalia imediata ou linguagem atrasada metafórica e inversão de pronomes. E. Respostas estranhas a vários aspectos do meio ambiente; por exemplo, resistência à mudança, interesse peculiar ou apego a objetos animados ou inanimados. F. Ausência de delírios, alucinações, associações frouxas e incoerência como na esquizofrenia (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012, p. 579).

O DSM III-R, publicado em 1987, representou uma modificação na qual o autismo infantil foi substituído pelo transtorno autista. Passou a considerar o autismo como uma categoria única, embora admitisse o diagnóstico de autismo atípico, para aqueles casos que combinavam características claras de autismo, mas não atendiam a todos os critérios (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

Nos anos de 1994 e 2000, surgiram o DSM-IV e o DSM IV-TR onde foram definidas 5 categorias de autismo, as quais: transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado. Além disso, o termo transtornos invasivo do desenvolvimento foi incorporado como um nome genérico para abranger os subtipos de autismo (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM-V), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014), as características essenciais do transtorno do espectro autista são:

Prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D). O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente (APA, 2014, p. 53).

As características diagnósticas estão perceptíveis no período do desenvolvimento da criança nas quais as manifestações do transtorno são variáveis dependendo da gravidade da condição autista, do seu nível de desenvolvimento e da idade cronológica, por conta destas variações, se faz o uso do termo espectro. Portanto, o termo Transtorno do Espectro Autista engloba os transtornos que antes 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 síndrome de Asperger (APA, 2014).

O transtorno do espectro autista no DSM-V passa a englobar não só o transtorno autista (autismo), mas também o transtorno de Asperger, o transtorno desintegrativo da

infância, o transtorno de Rett e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação do DSM-IV. Ele é caracterizado por déficits em dois domínios centrais: 1) déficits na comunicação social e interação social e 2) padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades (APA, 2014, p.809).

Seguindo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), para diagnosticar o TEA, a criança precisa ter padrões acentuados e repetidos de comportamento, atividade e interesse.

Tratando-se do diagnóstico do transtorno do espectro autista, as características clínicas individuais são registradas através do uso de especificadores, são estes: com ou sem comprometimento intelectual; com ou sem comprometimento da linguagem; associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental, além dos especificadores que descrevem os sintomas autistas, como a idade da primeira preocupação, se houve ou não perda de habilidades estabelecidas e a sua gravidade. Estes especificadores proporcionam aos clínicos a individualização do diagnóstico e a comunicação de uma descrição clínica mais rica e singular dos indivíduos afetados (APA, 2014).

As mudanças nos DSM ao longo dos anos foram implementadas visando melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de TEA, onde estas modificações foram baseadas em evidências clínicas e empíricas nas quais apontavam para a dimensionalidade de suas características cognitivas e psicológicas. Os sintomas do espectro autista aparecem em uma única perda contínua, variando em intensidade de leve a grave, envolvendo comunicação social e comportamentos restritivos e repetitivos, ao invés de constituir um transtorno evidente (SILVA; ELIAS, 2020).

Por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento que normalmente costuma ser reconhecido durante o segundo ano de vida, 12 a 24 meses, pode apresentar sinais de atrasos precoces no desenvolvimento ou a perda de habilidades adquiridas anteriormente (APA, 2014).

O diagnóstico dos transtornos do espectro do autismo é fundamentalmente clínico e é realizado a partir das observações sobre o comportamento da criança e as entrevistas com os pais ou cuidadores da criança. As escalas, instrumentos de triagem e as avaliações padronizados são ferramentas úteis e necessárias, que contribuem para o encaminhamento para diagnóstico (MACHADO et al, 2014).

Para se obter um diagnóstico, é necessário verificar e compreender os aspectos das características genéticas familiares, sociais e emocionais do indivíduo. Descrever os vários aspectos das crianças com autismo é fundamental para o delineamento de seu prognóstico e

planejamento de intervenção e estimulação, que deve considerar os fatores característicos do autismo, como atraso de linguagem, retardo mental, insuficiência física, coordenação motora fina e sensorial (SILVA; ELIAS, 2020).

Pesquisadores e clínicos têm a responsabilidade de escolher os instrumentos utilizados para se obter o diagnóstico do TEA, baseando-se se foram desenvolvidas de acordo com os mais altos valores de credibilidade e validade uma vez que a tomada de decisão será baseada na informação que essas mesmas medidas disponibilizam, por tanto, quanto mais confiável o instrumento, mais concretas serão as decisões e mais precisa será as informações obtidas. Diante disto, a família é orientada para os serviços mais adequados no acompanhamento da criança portadora de TEA (REIS, 2014).

As Crianças com TEA desde cedo, são submetidas a avaliações sistemáticas, entretanto, o processo das avaliações é complexo e desafiante devido ao fato destas crianças apresentarem dificuldades sociais, de comunicação e de comportamento (REIS, 2014).

De acordo com Bagnato (2008, apud REIS, 2014) o processo de avaliação é essencial para as crianças e suas famílias, pois é através da avaliação da criança que são obtidas informações válidas e confiáveis para a fundamentação das tomadas de decisão. Com base nestes resultados, os profissionais têm autenticidade para determinar o encaminhamento da criança com o transtorno do espectro autista para as intervenções especializadas que podem auxiliar seu desenvolvimento.

Os testes são utilizados para obter o nível de desenvolvimento da criança e as informações obtidas contribuem ao conhecimento e a compreensão das capacidades e competências da criança, permitindo observar possíveis alterações ou variações, que dão origem as manifestações de certos padrões e que poderão sugerir ou confirmar a presença de um diagnóstico de desenvolvimento específico (KLIN; CHAWARSKA; RUBIN; VOLKMAR, 2006).

O Transtorno do Espectro Autismo (TEA) caracterizam-se por impedimentos nas áreas de interação social, linguagem e cognição. Para identificar e caracterizar crianças com autismo, muitos são os instrumentos utilizados.

Um dos instrumentos mais usados e mais bem documentados desde sua publicação em 1980 é a Childhood Autism Rating Scale (CARS, ou "Escala de Pontuação para Autismo na Infância") de Schopler. A CARS é conceituada como a mais forte escala para comportamentos associados com o autismo (RAPIN; GOLDMAN, 2008).

A CARS é uma ferramenta de triagem projetada para ser eficaz na clínica e na identificação de possíveis sujeitos de pesquisa. A triagem requer confirmação clínica ou,

especialmente para pesquisas, uma confirmação mais completa, mais exigente e demorada do equipamento de diagnóstico (RAPIN; GOLDMAN, 2008).

A CARS é uma escala que é composta por 15 itens, considerada como padrão na identificação de crianças com autismo. Podendo através do teste ser possível diferenciar o autismo leve-moderado do grave. Sua aplicação é breve e apropriada para uso com qualquer criança acima de 2 anos de idade. No Brasil, atualmente, a CARS é considerada a escala de avaliação padrão (MACHADO et al, 2014).

Ao invés dos diagnósticos no sistema DSM/CID, baseados em 12 descritores de comportamento em três domínios comportamentais, a CARS usa uma escala de gravidade em quatro pontos: déficit ausente; leve; moderado ou grave, para cada um de 14 comportamentos bem descritos, além de um escore diagnóstico de gravidade geral. A soma geral do escore da CARS varia entre um potencial de zero no qual indica sem características de autismo a 60 onde todas as características graves são preenchidas (RAPIN; GOLDMAN, 2008).

Os escores entre 36 e 60 indicam autismo grave, ou seja, transtorno autístico, e entre 30-35 indicam autismo moderado, e menos de 30 indicam não-autismo (RAPIN; GOLDMAN, 2008).

Outro teste utilizado é o Autism Behavior Checklist (ABC), ele consiste em uma listagem de comportamentos não adaptativos, que permite a descrição detalhada das características comportamentais atípicas de cada indivíduo.

O ABC é constituído em um questionário no qual abrange cinco áreas do desenvolvimento que tem pontuação balanceada de 1 a 4, de acordo com a ocorrência no TEA. A partir da somatória do questionário, é traçado um perfil comportamental no qual irá permitir a análise da severidade do TEA. A pontuação entre 47 e 53 indica baixa probabilidade, entre 54 e 67 moderada, a partir de 68 alta probabilidade. Contudo, os valores que são indicados nessa proposta de avaliação são considerados altos demais, tendendo a não classificar uma proporção importante de crianças (MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005).

O ABC baseia-se em uma série de características patológicas de comportamentos atípicos e tem como objetivo a triagem de crianças com suspeita de TEA, de forma que facilita o diagnóstico diferencial e o encaminhamento dessas crianças para intervenção educativa. Além de fácil de usar e de baixo custo, também é utilizado na pesquisa e na prática clínica por profissionais de saúde em diversos países (MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005).

A padronização do ABC ocorreu em três etapas. Inicialmente, os autores selecionaram os comportamentos atípicos mais frequentemente apresentados pelos autistas a partir de outras escalas utilizadas no diagnóstico do autismo. Em segundo

lugar, eles enviaram a lista de comportamentos a profissionais experientes na área do autismo, que a devolveram aos autores após modificar e excluir comportamentos da lista. Os questionários modificados foram enviados a 3.000 profissionais da área de educação especial, que foram solicitados a aplicar a escala por meio da observação das crianças, identificando-as por sexo, idade, diagnóstico, e se residiam na instituição ou com a família. Um total de 1.049 questionários foi devolvido aos autores. As análises estatísticas determinaram o peso (pontuação: 1 a 4) de cada comportamento, de acordo com o grau em que se correlacionou com a patologia, uma pontuação de 4 representando a correlação mais forte. (MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005, p.296).

A versão final do questionário aborda 57 comportamentos atípicos relacionados a cinco áreas:

1) estímulos sensoriais; 2) relacionar; 3) uso do corpo e objetos; 4) linguagem; e 5) autoajuda social. Os comportamentos das cinco áreas são distribuídos aleatoriamente em um formulário de registro no qual o observador anota o comportamento atual da criança. Os pesos dos comportamentos identificados são totalizados por área, e esses por sua vez são totalizados para se obter a pontuação geral. Os autores propuseram que as crianças com pontuação geral igual ou superior a 68 pontos fossem classificadas como autistas. 6-7 Pontuações entre 54 e 67 pontos representam probabilidade moderada de classificação como autista e pontuações entre 47 e 53 pontos são consideradas inconclusivas. Quando a pontuação fica abaixo de 47 pontos, a criança não é considerada autista. (MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005, p.296)

A capacidade do ABC de avaliar corretamente as crianças suspeitas de terem autismo usando o ponto de corte de 68 foi questionado. Os resultados de tais estudos, no entanto, variam significativamente em relação à seleção da amostra, critérios e metodologia (MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005).

Outro instrumento muito utilizado é o IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) desenvolvido e verificado por um grupo de especialistas brasileiros para que profissionais médicos observem o comportamento do grupo binário mãe-bebê, apontando crianças em risco de desenvolvimento. Contém 31 indicadores, que podem ser observados nos primeiros 18 meses após o nascimento da criança (MACHADO et al, 2014).

O IRDI não é um instrumento específico para transtornos do espectro do autismo, mas uma ferramenta para avaliar problemas de desenvolvimento infantil de maneira ampla. Ele se concentra em observar os comportamentos envolvidos na interação de conjuntos binários mãe-filho de 0 a 18 meses de idade. Em estudos anteriores, é recomendado que o IRDI seja ajustado ao formato de questionário para uso por pais de crianças com diagnóstico de transtorno do espectro do autismo. Os resultados obtidos na amostra da pesquisa indicam que crianças com transtornos do espectro do autismo podem ser diferenciadas de crianças normais (MACHADO et al, 2014).

Em continuidade do instrumento IRDI, foi desenvolvido junto ao Grupo Nacional de Pesquisa o Roteiro de Avaliação Psicanalítica, o AP3. Este instrumento deve ser aplicado às

crianças com a idade de 3 anos e que já tiverem sido submetidas ao instrumento IRDI. (CÉSARIS, 2013)

O instrumento AP3 consta de duas partes. A primeira parte se baseia na entrevista com os pais e a criança e a entrevista com a criança em uma situação lúdica. (CÉSARIS, 2013)

O roteiro do AP3 responde a quatro novas categorias, dentro destas quatro categorias se entra o brincar e a fantasia; o corpo e sua imagem; a manifestação diante de normas e posição frente à lei; fala e posição na linguagem. (CÉSARIS, 2013)

O AP3, foi especificamente construído com o objetivo de investigação e compreensão dos efeitos de sujeito na criança, além de registrar se essa constituição psíquica está em andamento ou em risco, ou se apresenta sintomas clínicos já pré existentes. Para que se possa estar realizando esta compreensão, se deve levar em consideração a pluralidade de discursos envolvidos: a do adulto, o dos cuidadores, além daquele que é tecido pela própria criança. (CÉSARIS, 2013)

É possível compreender que o AP3, não serve apenas para a aplicação em crianças na faixa etária dos 3 anos de idade, mas tem um grande potencial diagnóstico e uma capacidade de estar apontando os riscos para a constituição subjetiva e de problemas de desenvolvimento infantil. (CÉSARIS, 2013)

Esse instrumento, é utilizado também para estabelecer uma hipótese a respeito do processo de constituição psíquica das crianças acompanhadas. A análise dos indicadores do instrumento AP3 remete às fundamentações teóricas que orientam o instrumento IRDI. (CÉSARIS, 2013)

No que diz respeito ao enfoque que sustentou a montagem dos eixos, Bernardino destaca que se teve em conta:

As noções de filiação, sexuação e identificações desenvolvidas por Freud e Lacan; O conceito de matriz simbólica proposto por Lacan, composto pela matriz linguística e pela matriz edípica, necessária para a imersão do sujeito na linguagem e na cultura; A noção da constituição do lugar da criança através do lugar que lhe é atribuído no discurso familiar, desenvolvida por Dolto e Mannoni; A nota de Lacan sobre a criança como sintoma do casal, a criança como fetiche e a criança como objeto da fantasia materna; As operações psíquicas de constituição do sujeito psíquico no tempo da infância: alienação/separação; estágio do espelho, Édipo. (BERNARDINO, 2008 apud CÉSARIS, 2013. pg. 23)

Em relação à presença de sintomas clínicos, os autores Kupfer e Bernardino passam a afirmar que a criança que apresenta as dificuldades de desenvolvimento pode atravessar as dificuldades de ordem psíquica, tanto de menor ou maior intensidade. Esta presença dos riscos para a constituição subjetiva da criança aponta para os problemas mais estruturais, devido a localização de uma evolução em direção às psicopatologias graves da infância, como as

psicoses infantis, as psicopatologias que apresentam traços autistas e até mesmo o autismo. (CÉSARIS, 2013)

Ainda é utilizada a categoria que determina “risco”, pois em crianças de 3 anos não é possível diagnosticar as psicopatologias de forma definitivas, com um diagnóstico fechado. O autismo, por exemplo, está sendo diagnosticado de modo conclusivo só em crianças com cinco anos de idade. (CÉSARIS, 2013)

O diagnóstico precoce, a avaliação adequada e a intervenção oportuna e profunda podem melhorar o prognóstico. O autor destaca que há um atraso de um a dois anos entre o início da queixa e o diagnóstico de autismo. Essas crianças e famílias devem ser acompanhadas por uma equipe interdisciplinar e a detecção precoce deve ser feita nos serviços de atenção básica. A detecção precoce de problemas de neurodesenvolvimento é responsabilidade de todos os médicos de atenção primária (incluindo pediatras ambulatoriais) que conduzem consultas de saúde infantil. Eles devem ser informados sobre o neurodesenvolvimento, fatores de risco, testes de triagem, recursos da comunidade para intervenção e recomendações para a profissão. Consultas de rotina de 9, 18, 24 ou 30 meses são consideradas a idade crítica para o rastreamento de problemas globais de neurodesenvolvimento (REIS, 2014).

Depois de diagnosticar as crianças, elas devem ser encaminhadas para equipes multidisciplinares no campo da saúde e educação para lançar o processo de intervenção e garantir o desenvolvimento do potencial e as necessidades de suas famílias (REIS, 2014).

1.2 O Autismo para a Psicanálise

A criança, ao chegar no mundo, não está preparada para sobreviver sozinha, portanto, necessita que outra pessoa garanta a sua sobrevivência, sendo que, a partir desta relação, ela poderá se constituir como um sujeito. Quem irá garantir esta sobrevivência, é a mãe ou a pessoa que ocupe esta posição, juntamente com o pai ou com quem ocupe este lugar (DORIA; MARINHO; FILHO, 2006).

O que se conhece hoje como Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) consiste em um conjunto de componentes particulares que são percebidos no indivíduo geralmente até os três anos de idade, destacando entre esses um comportamento alheio, uma incapacidade em se relacionar socialmente e responder adequadamente aos estímulos externos, que parecem passar despercebidos aos seus olhos, além das peculiaridades no estabelecimento de vínculos afetivos e dos padrões de comunicação verbal e não-verbal.

A psicanálise reconhece que esse sujeito é único, singular. Nessa medida, a psicanálise não trata o autismo, e sim o sujeito autista. (SANTOS; LEMES, 2020). Como já visto anteriormente, Kanner foi um dos primeiros a trazer casos clínicos de crianças autistas, em seu estudo, descreveu os casos clínicos de 11 crianças denominado “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, na qual estas 11 crianças apresentavam dificuldades em se relacionar com outras pessoas desde o início de sua vida, apresentando isolamento, falha no uso da linguagem em suas comunicações e dificuldades em lidar com as mudanças. (MARFINATI; ABRÃO, 2014).

A relação entre psicanálise e autismo teve seus primeiros registros a partir dos estudos de Melanie Klein, com a publicação do caso Dick em 1930. Naquela época, o autismo ainda não era definido como uma entidade de classificação da doença. Portanto, Dick, um menino de quatro anos, foi diagnosticado com "puberdade precoce" pelo departamento de psiquiatria devido à sua incapacidade de falar, falta de reciprocidade emocional, desinteresse por brinquedos e o "egocentrismo". Diante desse diagnóstico, Klein observou que a criança não atendia a todos os critérios de classificação para demência precoce e esquizofrenia, ou seja, as condições diagnósticas utilizadas para descrever o caso da criança com o mesmo comportamento de Dick na época (SANTOS; MACHADO; DOMINGUES, 2020).

Melanie Klein explicava o autismo levando em conta a inibição do desenvolvimento, assim como Kanner, onde a inibição seria de origem constitucional a qual, junto as defesas primitivas do ego, sustentariam o quadro do autismo. Diante disto, para Melanie Klein, o autismo é representado por uma fragmentação do ego precoce, no qual gera a desorganização de seus processos adaptativos e integrativos, fazendo assim com que a criança falhe ao tentar superar a posição esquizoparanóide (BOSA; CALLIAS, 2000).

Melanie Klein assumiu a liderança na identificação e tratamento de doenças mentais infantis. Embora a autora não tenha feito distinção entre autismo e esquizofrenia infantil, ela reconheceu que as características das crianças com autismo são fundamentalmente diferentes daquelas de outras crianças que se pensa serem doentes mentais. Para a autora, o autismo é interpretado como uma inibição do desenvolvimento e sua dor decorre do intenso conflito entre os instintos de vida e de morte. Ela acredita que, assim como Kanner (1943), essa inibição decorre do físico, combinada com as defesas primitivas e excessivas do ego, o que levará a condições autistas. O ato de bloquear a relação com a realidade e o desenvolvimento da fantasia acabará por levar a defeitos no simbolismo, que se tornarão a essência da síndrome (BOSA; CALLIAS, 2000).

Ao analisar o trabalho de Klein, concluiu-se que a posição de Klein na clínica psicanalítica para crianças com autismo é a posição do analista explicativo. O papel do analista é explicar o significado simbólico revelado pelos detalhes do comportamento da criança o mais rápido possível, mesmo na ausência de palavras e jogos simbólicos. Ao questionar os princípios teóricos e técnicos da clínica psicanalítica para crianças com autismo, os autores enfatizam que o papel dos analistas na explicação é considerado um ato de sustentação ao real para um sujeito cujo simbólico não está constituído. (JANUÁRIO; TAFURI, 2010).

Tafuri ainda explicou que as clínicas psicanalíticas para crianças com autismo desenvolveram a partir de um eixo básico, atribuir significado ou valor importante e interpretar gestos e comportamento de voz das crianças. Essa forma de trabalhar produz diferentes formas de interpretação: "interpretação do jogo (Klein), interpretação de personagens e objetos autistas (Tustin, Meltzer, Haag e Ogden) e interpretação ou tradução significante (Lefort, Dolto, Mannoni, Jerusalinsky e Laznik-Penot) onde ambos os autores, usam a interpretação oral como princípio básico (JANUÁRIO; TAFURI, 2010).

A explicação de Kanner para o autismo estava baseada na relação emocional e simbiótica entre mãe e bebê, pois acreditava que as dificuldades de interação, especialmente nesta relação, promoviam o desenvolvimento de doenças mentais graves na criança. Ornitz (1993/1997 apud GONÇALVES et al.2017) referiu-se ao ponto de vista de Kanner, descrevendo que o autismo infantil é uma patologia com início, meio e fim. Além de apresentar um processo clínico diferente de outros transtornos, enfatiza a importância de considerar as dimensões psicológicas, sociais e biológicas.

Podemos entender que a etiologia do autismo é proveniente de uma deficiência na constituição do ego, consistindo assim numa interrupção em seu desenvolvimento como sujeito proveniente de uma falha em sua adaptação as necessidades, fazendo com que o indivíduo reaja de forma a se fechar para as experiências externas, reconhecidas como invasivas, e perdendo o sentido de self adquirido até então (MARFINATI; ABRÃO, 2014).

Margaret Mahler, traz através de seus estudos, uma identificação sobre as diferentes fases no processo do desenvolvimento psicológico do bebê. Ela traz o narcisismo primário que é uma fase autística normal, na qual estaria presente nas duas primeiras semanas de vida do bebê. Nesta fase do narcisismo primário absoluto, pode se caracterizar por apresentar um estado de desorientação alucinatória primitiva, que irá ocorrer a falta da consciência de seu agente materno. Após a fase do narcisismo primário, este bebe viria a ter uma consciência de as suas necessidades estariam sendo supridas de algum lugar externo ao eu, desta forma

satisfazendo suas necessidades. A partir do segundo mês de vida, a consciência passa a ser difusa, dando início a fase de simbiose, onde ele passa a funcionar como se ele e sua mãe fossem uma unidade dual. É através desta dependência, tanto psicológica como sociobiológica de sua mãe, que seu ego rudimentar dá início ao processo de diferenciação. E por fim, por volta dos seis meses de idade, que o bebê dá início a fase de separação-individuação o que levará à organização do indivíduo. (BOSA; CALLIAS, 2000)

De acordo com Mahler, o autismo infantil a partir de sua teoria evolutiva, partia do princípio em explicar o autismo através de subgrupos das psicoses infantis, onde seus sintomas que mais se destacavam eram as dificuldades em integrar sensações vindas do mundo externo e interno, e a percepção da mãe como um sujeito que representa o mundo externo. (BOSA; CALLIAS, 2000)

Tustin partiu de uma posição semelhante à de Mahler, onde reconheceu uma fase do autista normal em seu desenvolvimento infantil, podendo observar a diferença entre esta fase de autismo normal e o autismo patológico, se tratando de uma questão de grau. Para Mahler, o autismo é uma reação de uma experiência traumática na separação do bebê com a figura materna, onde suas sensações desorganizadas seriam de predominância, podendo assim levar ao colapso depressivo. (BOSA; CALLIAS, 2000)

Frances Tustin acredita que nos primeiros estágios da vida, todo bebê passará por um estágio de "autismo normal". A educação de Tustin está ligada ao discípulo de Klein, Alfred Bion, e foi importante nessa jornada porque ele propôs o conceito de objetos autistas, que é considerado um ponto focal em muitas discussões sobre autismo e corresponde a um grande apego aos objetos que a criança toca, como cobertores ou brinquedos. Portanto, estes objetos são um mecanismo de defesa para resistir à dor e à aniquilação. (SANTOS; MACHADO; DOMINGUES, 2020).

Frances Tustin também discutiu a mesmice do desenvolvimento psicológico de indivíduos com autismo abordando uma nova perspectiva. Ele enfatizou que bebês com desenvolvimento normalmente não podem perceber claramente a existência do mundo fora deles, porque tudo ao seu redor é considerado uma extensão de si mesmos. Ao vivenciar a quebra do forte vínculo com a mãe, como o fim da amamentação, o bebê vivencia a perda de elementos específicos como o seio, contato com a mãe, e elementos simbólicos como o vínculo afetivo, representado naquele momento de amamentação. Quando essa separação ocorre depois que a criança atinge um determinado estágio de desenvolvimento psicológico, sua capacidade de distinguir entre o objeto e o self será preservada. Já no caso de crianças com autismo, a separação pode acontecer prematuramente, e a experiência do bebê pode

significar não apenas a perda de um objeto, mas também a perda de uma parte de si mesmo, levando ao encapsulamento geral para se proteger. Ele chama esse fenômeno de crianças "concoidais" ou "crustáceos" porque desenvolvem essa capacidade defensiva de resistir ao pânico associado à incapacidade de compreender sua personalidade física (LUCERO; VOCARO, 2015).

Nas décadas de 1980 e 1990, Laznik-Penot aponta a partir do paradigma Lacaniano que o comportamento autista é resultado de sérias dificuldades na formação da imagem corporal das crianças, o que significará uma grave falha no estabelecimento de uma relação simbiótica mãe-filho (GONÇALVES et al. 2017).

Jerusalinsky (1984) refletindo sobre a ideologia do autismo, que se baseia em métodos teóricos orientados para a função materna e, em última instância, atribuída às mães de crianças com autismo, realiza críticas e sugestões à parentalidade, enfatizando o papel das emoções (GONÇALVES et al. 2017).

Com base na pesquisa de autores como Kupfer, Pechberty (2010), Lima (2010), Marfinati, Abrão (2014), encontra-se as causas do TEA por meio de fatores psicológicos e relacionados, refletindo a acerca de uma ideologia do autismo, fundada a partir dos enfoques teóricos orientados à função materna e que acabaram culpabilizando, em particular as mães de crianças autistas, proliferando críticas e conselhos sobre a criação dos filhos, destacando o papel dos aspectos afetivos e de cuidado (GONÇALVES et al. 2017).

Segundo Marfinati e Abrão, a etiologia do autismo advém de defeitos da constituição do ego, incluindo a interrupção do desenvolvimento do sujeito por desadaptação às suas próprias necessidades, obrigando-o a responder de forma que se isole da experiência externa, o que é considerado intrusivo, perdendo sentido do self adquirida até o momento (GONÇALVES et al. 2017).

Kupfer e Pechberty, consideraram o autismo como um problema psicológico e elogiaram as suposições inconscientes necessárias apresentadas pela psicanálise. (GONÇALVES et al. 2017).

Por sua vez, Lima, mostra que o autismo é resultado da não instalação da pulsão interna do sujeito, ou seja, no processo de formação psicológica infantil, é necessário realizar e fortalecer a experiência do mundo presente. Quando este processo não é realizado corretamente e as necessidades do bebê como o cuidado, abraço, vínculo, significado, comportamento, entre outros, não são atendidas, nos estágios iniciais de sua vida psicológica, haverá divisões na relação mãe-bebê. Levando ao processo de maturação da criança interrompido. Isso pode ser percebido pelo isolamento, incapacidade de comunicação, pela

hiperestesia, pela falta de processos simbólicos e pela óbvia "desconexão" entre a criança e o objeto na frente de outra criança, pois são atraídos por um forte senso de concentração em seu processo corporal (GONÇALVES et al. 2017).

Além dos autores mencionados acima, há cinco artigos baseados em reflexões escritos por Freire, de uma perspectiva psiquiátrica ou interdisciplinar sobre fatores biológicos, congênitos, genéticos e, ou, sua relação com o meio ambiente. Freire e Moraes; Januário e Tafuri; Macedo; Pavone e Rafaeli; Thomas, embora não tenham proposto um conceito de etiologia específico, descrevem que a primeira investigação psicanalítica aproximava a causa do autismo aos distúrbios do apego, no qual eventualmente levou à culpa dos pais, principalmente das mães, ou na causalidade biológica/orgânica. (GONÇALVES et al. 2017).

Nessa perspectiva, Macedo propôs duas correntes etiológicas principais que se opõem: uma é orgânica e a outra é psicogênica. O primeiro, considera que a causalidade do autismo é de natureza endógena ou intrínseca ao organismo. Já para as correntes psicogênicas, o motivo está relacionado ao fato de não estar estabelecida a demanda total do bebê pela mãe, por falta de recursos de um ou de outro, ocasiona a perturbação na dialética comunicacional, o que por sua vez levaria à "desistência" da relação entre ambos (MACEDO, 2010).

Freire e Moraes destacam pesquisas relacionadas a um ideal científico, como a neurociência, com base na teoria dos "neurônios-espelho" como causadores do autismo, pois segundo essa visão teórica os neurônios serão executados por espécies ativadas ao realizar uma ação ou observar outra, promovendo assim a imagem espelhada dos neurônios. Dessa forma, os neurônios irão simular automaticamente essa ação no cérebro, como se o observador estivesse realmente agindo. Também mencionaram que Freud não comentou sobre o autismo, pois, como entidade taxonômica, o autismo só foi definido em 1943 e, portanto, quatro anos após sua morte. Lacan resumiu sucintamente dois pontos da direção clínica: primeiro, mostra que o autista já é um sujeito, mesmo que rejeite a existência do outro; e o segundo, que considera que o autista está, de forma muito singular, no campo do verbo e da linguagem, mesmo que recuse a fala e o discurso (FREIRE; MORAES, 2011).

Seguindo a linha de pensamento de Lacan, Thomas (2013) aponta que a linguagem produz o sujeito, e o conceito científico dominante das causas orgânicas, biológicas, genéticas ou psicanalíticas do autismo não é do interesse da psicanálise porque reside na "causalidade significativa". Este pensa que o resultado da linguagem é o motivo da introdução do sujeito, porque ele não é a sua própria razão, mas a base da razão que o divide. Desse modo, a razão é o significante, que torna possível a existência do sujeito na realidade. (apud GONÇALVES et al. 2017).

Da mesma forma, Pavone e Rafaeli criticaram algumas teorias, argumentando que os sintomas aparecem muito cedo e apontam para causalidade biológica, mas também envolvem a teoria da relação, ou a correlação entre eles. Enfatizaram que "para a psicanálise, o plano de causalidade é outro, diferente da tendência inata do sujeito e de sua relação com as características ambientais, nem o nível de interação entre eles" (PAVONE; RAFAELI, 2011 apud GONÇALVES et al. 2017). Nessa concepção, o sujeito não responde a determinado estímulo da mesma forma, pois o fracasso na relação não desempenha um papel causal ao se considerar o autismo, ou seja, o fato de a mãe sofrer de depressão, por exemplo, não necessariamente leva ao desenvolvimento da psicopatologia infantil (GONÇALVES et al. 2017).

Após os referenciais teóricos sobre as causas do autismo na perspectiva da psicanálise, daremos sequência ao processo do diagnóstico para TEA nesta perspectiva. O diagnóstico do TEA reflete uma tarefa difícil, no entanto, os profissionais enfatizam que, quanto mais precoce for o diagnóstico, melhores serão os resultados do tratamento.

Teóricos abordam a importância significativa da psicanálise no diagnóstico do autismo, onde a psicanálise busca conceber a subjetividade do sujeito para além da observação de comportamentos estereotipados, considerando assim a sua singularidade. Esta perspectiva é sustentada na noção psíquica da personalidade do sujeito, assim enfatizando os aspectos psicogênicos. O diagnóstico pelo viés psicanalítico faz a diferença, pois amplia as possibilidades, a dimensão simbólica da criança e enaltece a questão subjetiva do sujeito (GONÇALVES et al. 2017).

Dentro da clínica psicanalítica, é fundamental aprender a lidar com as particularidades de cada sujeito para, assim, obter maior êxito nas intervenções com os TEA. Os autores não apresentam uma metodologia específica para o atendimento destes indivíduos. Contudo, entre alguns estudos apontam algumas metodologias sobre as principais formas de tratamento para o TEA com o enfoque na psicanálise, sendo assim divididos em quatro categorias: a) o manejo da transferência; b) a reestruturação psíquica através do desenvolvimento da capacidade simbólica; c) o tratamento com ênfase no jogo simbólico; e d) a aquisição da linguagem, apresentadas a seguir (GONÇALVES et al. 2017).

A clínica psicanalítica com crianças com o enfoque na teoria de Winnicott, traz uma abertura maior em relação ao setting e ao lugar que o analista ocupa na relação transferencial com a criança. Winnicott questiona o papel do analista na explicação de símbolos universais que não consideram a história pessoal das crianças. Na concepção winnicottiana, o foco é o

manejo clínico, termo utilizado em relação ao cuidado dispensado a determinados pacientes no setting psicanalítico, bem sobre a relação analítica (JANUARIO; TAFURI, 2010).

O papel de holding do analista ao oferecer sustentação egóica ao paciente, o analista se deixa sujeitar as suas invenções e as legitima como produto de um sujeito suposto, ajudando-o a estabelecer sua própria voz, desempenhando assim um papel controlador. De modo geral, no início do tratamento, a criança não tem acesso a sua subjetividade, nem a dos outros. Manter o papel do holding, exige que o analista tenha a capacidade de segurar, resistir ou incluir representações do analisando. Este papel é muito semelhante ao papel desempenhado pela mãe, o que ajuda a construir a personalidade da criança. Essa habilidade envolve uma possibilidade mais frágil, capaz de contar com um organismo que suporte sua sobrevivência, não só fornecendo equipamentos físicos para atender às suas necessidades biológicas (como alimentação, higiene, aquecimento), mas também proporcionando uma entrada simbólica no mundo. Nele se pode vivenciar o sentimento de amor, proteção e cuidado, essencial para o desenvolvimento de qualquer sujeito (GONÇALVES et al. 2017).

O autismo como uma referência em que pode ser uma patologia do vínculo, fato que compromete o contato com o outro e o desempenho de qualquer papel, é indicado usar recursos técnicos nos quais irão oferecer uma maior diversidade de situações afim de promover uma maior opção de possibilidades de interações e vinculações, tais como encenações e representações de diferentes funções e papéis (pai, mãe, filho) a serem assumidos transferencialmente. A partir dessas técnicas, inicia-se a criação de um espaço transicional e é a partir desse momento que se dará início ao estágio da identificação e imitação, desta forma propiciando ao sujeito uma maneira de se comunicar e expressar as suas angústias e experiências que vivência. Através disto, ele irá construir e ampliar a percepção de si, seu corpo e sensações, e paralelamente ao desenvolvimento da expressão emocional, do jogo e da simbolização (GONÇALVES et al. 2017).

Por fim, Serra (2010) e Bialer (2014a) relataram utilizar a transferência como principal recurso para o tratamento de pessoas com diagnóstico de TEA, sugerindo o uso de técnicas como ecolalia e espelhamento. Há duas razões para esta sugestão: uma é porque as crianças com autismo geralmente não usam brinquedos para se comunicar, mas usam seu próprio corpo e o corpo do analista, e precisam prestar atenção especial à sua expressão física; em segundo lugar, o autor revela que a relevância da tecnologia reside no componente facilitador da interação do autista com o mundo e em seu próprio contato psicológico. O espelhamento do comportamento autista é uma técnica que se baseia na observação da relação mãe-bebê, quando este tenta imitar os gestos da mãe, apenas porque a existência psicológica do

indivíduo precisa espelhar e ser e espelhada. A ecolalia, como repetição da fala para a outra parte, deve ser vista como uma forma de promover o desenvolvimento, pois representa uma possibilidade de ajuste e proximidade com a outra parte (GONÇALVES et al. 2017).

Em relação ao diagnóstico na perspectiva da psicanálise, determinou-se que a prática é a observação comportamental e a consideração da singularidade e subjetividade de cada sujeito, sua história de vida, seus desejos e sua expressividade de convivência com os outros mundo exterior. Vale ressaltar que o diagnóstico precoce é denominado uma prática que pode proporcionar tanto risco de estereótipos, banalização e tipificação, quanto o desenvolvimento da habilidade mental do sujeito. Ainda do ponto de vista do diagnóstico, alguns autores refutam a classificação a partir de descrições gerais que rotulam o sujeito como defeito e doença crônica. Nesse sentido, eles mencionaram a importância da disposição da psicanálise em refletir sobre a não priorização dos aspectos cognitivos em vez dos aspectos da personalidade.

No que diz respeito ao tratamento psicanalítico do TEA, a maioria dos autores considera o manejo da empatia uma técnica psicanalítica apropriada. Algumas publicações enfatizam a reconstrução psicológica por meio do desenvolvimento de habilidades simbólicas, enquanto outras enfatizam a linguagem simbólica dos jogos e a capacidade de intervir em suas possibilidades. É importante enfatizar que muitos autores expressaram a necessidade de adaptar as técnicas às características únicas dos indivíduos. No entanto, observou-se que alguns trabalhos apenas mencionam o tratamento, sem descrever as técnicas intervencionistas, como se os métodos psicanalíticos consistissem em elementos aplicáveis a todos os tipos de necessidades, portanto, não há necessidade de descrevê-los.

2. O BRINCAR NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Neste capítulo será abordado a importância do brincar na clínica psicanalítica. Como o brincar em análise com a criança diz muito sobre seus sentimentos e pode representar conteúdos inconscientes que foram reprimidos pelo seu psiquismo por serem traumáticos e insuportáveis. Em sequência será abordada uma proposta do uso da ludoterapia na clínica com crianças autistas.

2.1 A importância da Ludoterapia na Psicanálise Infantil

O início da psicanálise com crianças, possui algumas vertentes, destacando-se os seus pioneiros: Sigmund Freud; Anna Freud; Melanie Klein; Donald Winnicott; Françoise Dolto; Maud Manonni e Arminda Aberastury. Estes autores têm em comum o fator de colocar a criança no lugar que merece: “Ser respeitada em sua própria capacidade de viver e a de ser escutada a partir de seu próprio desejo” (BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2011, p. 25), porém seguiram caminhos e perspectivas diferentes nos demais aspectos. Portanto, é a partir do pressuposto de que a criança deve ser respeitada e escutada a partir de seu próprio desejo, que possibilitou toda e qual quer psicanálise com crianças. (LEITÃO; CACCIARI, 2017)

Freud foi o primeiro cogitar a possibilidade de se fazer psicanálise com crianças, e partindo disto, dando significado a linguagem não verbal. Foi através dos psicanalistas infantis que foi possível se estudar e aperfeiçoar a técnica analítica da interpretação do brincar. Através deste aprimoramento da técnica do brincar, foi possível se fazer com as crianças a psicanálise que era feita com os adultos. Com isto a aprimoração de técnicas e substituição de outras, foi possível provar que a criança estabelecia a transferência ou o vínculo transferencial com seu terapeuta, a partir disto, a psicanálise com crianças foi crescendo e ganhando mais espaço entre os psicanalistas que passaram a se especializar com a terapia infantil (REZENDE, 2019).

Muitos dos descobrimentos de Freud abriram o caminho em direção a uma técnica que permitisse entender e interpretar a linguagem pré-verbal. A experiência mostrava que a criança, embora impossibilitada de expressar-se totalmente com palavras, era capaz de entender o que lhe era dito pelo adulto. De modo que, compreendendo o significado latente dos seus jogos, desenhos, sonhos, sonhos diurnos e associações, a interpretação seria tão eficaz como o era no tratamento de adultos. Faltava comprovar se a criança, como o adulto, era capaz de estabelecer com o terapeuta um vínculo transferencial: esta contribuição foi dada pelos psicanalistas de crianças. Substituída a associação livre pela linguagem pré-verbal, provada a capacidade da criança de compreender a interpretação e de estabelecer uma transferência com o terapeuta, estavam cumpridas as premissas necessárias para

falar-se numa técnica de psicanálise de crianças similar à existente para a psicanálise de adultos. (ABERASTURY, 1982, p. 33)

Freud utilizou o jogo *Fort-Da* como representante dos momentos socializados e simbólicos das crianças. A brincadeira era jogada quando a mãe de uma criança de 1,5 ano, neto de Freud, estava ausente e incluía jogar fora o carretel amarrado à corda e depois pegá-lo. Quando a criança saiu do carretel, ele emitiu um longo *O*, que era considerado uma fortaleza, com um sentido grosseiro de sair. Quando o carretel voltou, *Da* exclamou ali. Essa brincadeira simboliza a partida e o retorno da mãe, permitindo que a criança se posicione como dona da situação. Freud interpretou que o som emitido após os movimentos, tratava-se da renúncia a satisfação em ter a presença da mãe a qualquer momento. Portanto, no jogo, a criança ativamente se apropriava indevidamente da dor que sentia quando sua mãe estava ausente por meio desse símbolo de ausência (GUIMARÃES; CELES, 2007).

Nas palavras de Freud (1920/1976), a explicação do jogo torna-se óbvia. Isso está relacionado às grandes conquistas culturais da criança, ou seja, sua rejeição produzida por deixar sua mãe ir embora sem protestar. Pode-se dizer que ele compensou isso organizando o desaparecimento e a devolução dos itens ao seu alcance (GUIMARÃES; CELES, 2007).

Um fato relatado descoberto por Freud é que a criança repetiu a desagradável experiência de deixar sua mãe, justamente para superar sua infelicidade quando sua mãe estava fora. Este incidente mostra que algo além do princípio da felicidade está envolvido neste processo, no caso, a pulsão de morte. Portanto, no jogo, a identificação é o resultado inevitável do abandono instintivo, ou seja, como um substituto do prazer instintivo e do instinto de morte, expresso na forma de repetição (GUIMARÃES; CELES, 2007).

O brincar facilita a vida da criança em diferentes aspectos, tanto os aspectos externos, onde a criança tem a oportunidade de experimentar os objetos de uma maneira concreta, assim podendo sentir, apalpar e conseqüentemente perder o medo do novo, quanto os aspectos internos, no qual podem ser trabalhados os conteúdos inconscientes, os quais podem gerar os medos e traumas (REZENDE, 2019).

Roza e Reis (1997), relatam que o brincar possui um conteúdo manifesto que, quando submetido à interpretação do analista, pode revelar um conteúdo latente (apud REZENDE, 2019).

A simbolização presente na criança é de suma importância para o seu terapeuta, além de ser muito rica. O terapeuta precisa se especializar com a prática para que não deixe passar os detalhes importantes na hora que a criança esteja em análise, sendo assim possível trabalhar em cima do sofrimento ali apresentado e, desta forma, ajudar a criança a elaborar o

conteúdo que lhe causa um certo incomodo. Segundo Melanie Klein (1969), o brincar é essencial na vida da criança, pois é no brincar que a criança consegue superar seus medos e traumas, através da utilização de objetos externos, que passam a representar seu mundo interno (REZENDE, 2019).

Através do brinquedo, à criança se permite a vencer os seus medos aos objetos, da mesma forma como vencer o medo aos perigos internos, onde se faz possível uma prova do mundo real, sendo uma “ponte entre a fantasia e a realidade” (ABERASTURY, 1982, p. 48).

É através da técnica do brincar que a criança passa a elaborar sua angústia sobre a realidade através do que ela apresenta na fantasia. O brinquedo é um objeto comum na vida da criança e prazeroso para ela e é através do brincar que o analista tem a principal expectativa para que ela traga algo importante que possa ser trabalhado em análise (REZENDE, 2019), uma vez que: “nas fantasias com o analista, a criança retrocede a seus primeiros dias e ao estudá-las em seu contexto e compreendê-las em detalhe obter-se-á um conhecimento sólido do que aconteceu na sua mente nas etapas primárias” (ABERASTURY, 1982, p. 69).

A partir do momento que se tem uma análise realizada com êxito, é possível ter acesso aos conteúdos da vida da criança, tanto os primordiais do começo da vida, quanto as suas angústias implícitas nessa fase e este acesso, só se torna possível através da transferência positiva com o analista e as fantasias precedentes a ela (REZENDE, 2019).

Melanie Klein (apud ABERASTURY 1982, p. 67), afirma:

A criança, quando brinca, coloca o analista nos mais variados papéis. Pode personificar o id e nesta projeção dar vazão a suas fantasias, sem despertar demasiada ansiedade; quando esta diminui, será capaz, ele mesmo, de personificar-se neste papel. Nas personificações do jogo, observa-se que muito rapidamente pode mudar o objeto de bom em mau, de aliado em inimigo, e como o analista assume e interpreta os papéis hostis requeridos pelo jogo, como também os positivos, existe um constante progresso em direção a identificações mais bondosas e uma maior aproximação à realidade. Uma das finalidades da análise é a gradual modificação da excessiva severidade do superego, o que se consegue, em parte, pela interpretação dos papéis no jogo. Mas não sempre o trabalho do analista é tão simples, nem sempre a criança lhe determina papéis facilmente interpretáveis. O analista que deseja penetrar nas raízes da severidade do superego não deve preferir nenhum papel; deve adaptar-se ao que a situação analítica lhe oferece.

Aberastury (1982), relata que nas brincadeiras, com o uso do desenho, nas brincadeiras de fantoche e nas brincadeiras de casinha, a criança passa a representar diversos papéis que dizem sobre si e sobre o meio que está inserida. A criança através do brincar revela muito sobre a sua subjetividade com esses papéis, portanto o analista deve estar atento a todos os detalhes, pois a criança com a troca de papéis durante o brincar, ou quando inserir o

analista no papel de alguém que dificilmente ele descobrirá., acaba dificultando a interpretação do que ela está trazendo.

A prática terapêutica possibilita presenciar a criança em diversos papéis, como o da mãe, do pai, ou de outras figuras parentais que são importantes em sua vida. Um exemplo dessa representação da criança, é quando esta possui uma mãe fria e distante, podendo representar a mãe com uma boneca ou como ela gostaria ela fosse cuidada, com carinho e atenção; podendo também estar representando seu cotidiano em uma brincadeira de casinha, onde seus familiares, como o pai, a mãe, os irmãos e durante o brincar mostrar-se agressivo para dizer sobre as frustrações que sente diante de uma família totalmente desestruturada (ABERASTURY, 1982).

Winnicott (1945/2000), com sua vasta experiência de trabalho como pediatra, psiquiatra infantil e psicanalista, desenvolveu uma ampla teoria sobre o tema. Ele cuidou do filho e observou a relação mãe-bebê por mais de 40 anos em sua vida desenvolvendo uma teoria original, sem deixar de lado a teoria psicanalítica consagrada. Ele enfatizou o meio ambiente como fator de problemas psicológicos de forma inovadora, dando atenção ao meio externo e aos cuidados emocionais com o bebê, principalmente da mãe (SILVA, 2018).

Para Winnicott, o brincar tanto em crianças quanto em adultos só pode ser entendido com a concorrência de sua noção de transacionalidade. Desta forma, podemos dizer que Freud estabeleceu dois campos da experiência dos indivíduos. Um dos campos falava sobre a realidade psíquica, na qual se referia à experiência psíquica, pessoal e interna de cada um. Já o outro campo, falava da realidade externa, que era compartilhada socialmente, onde a realidade psíquica se distingue ou até se opõe. Winnicott propõe um campo intermediário, na qual faz a transição entre os dois campos freudianos. Este campo intermediário está relacionado aos objetos, como por exemplo, os ursos de pelúcia. Trata-se de fato de uma área intermediária da experiência humana “entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto” (WINNICOTT, 1975, p.14 apud FRANCO, 2003)

Os objetos transicionais são objetos que não pertencem ao corpo do bebê, além de não serem reconhecidos como a realidade externa compartilhada socialmente. Esta transacionalidade, se encontra entre o mundo psíquico e o mundo social, onde este campo intermediário, é constituído tanto por sua realidade interna, como também pela sua realidade interna e tem a importância para poder se entender o brincar winnicottiano (FRANCO, 2003).

A área intermediária está ligada a capacidade do bebê de perceber e aceitar a realidade socialmente construída. Portanto, trata-se de uma transição, onde se inicia com a ilusão do bebê, na qual é possível se percebe como um potente e criador do mundo no qual está inserido

e passa pela desilusão quanto à sua onipotência, chegando assim a uma certa aceitação da realidade construída pelo social. Já na vida adulta, a área intermediária passa a ser expressa através das artes, religião e cultura em modo geral, é também reconhecido como o campo da loucura, quando alguém exige demais da credulidade dos demais. Em crianças e adultos a experiência ilusória não desaparece por completo (FRANCO, 2003).

O brincar na concepção winnicottiana tem uma topologia e uma temporalidade. O espaço que o brincar ocupa, não se encontra nem dentro e nem fora da subjetividade, ele se encontra no meio, na fronteira, pois o brincar não está no espaço repudiado pelo bebê que constitui o não-eu, assim como também não está inteiramente dentro de sua subjetividade e do corpo (FRANCO, 2003).

O espaço do brincar, foi nomeado por Winnicott como espaço potencial, no qual, de início é pensado como um espaço que se forma entre a mãe e o bebê. Este modo como Winnicott concebe o brincar está ligado com a percepção de vários tempos, onde no primeiro tempo, o bebê e o objeto estão interligados. Neste momento, a visão do bebê sobre o objeto é subjetiva, a mãe suficientemente boa tenta concretizar aquilo que o bebê está pronto a encontrar, onde esta ação passa a ser chamada de criatividade primária, pois só ocorre mediante uma ação da mãe na direção de seu bebê, uma ação que só aos poucos vai se desfazendo. Já no segundo tempo, o objeto é repudiado como não-eu, aceito de novo e objetivamente percebido. É neste tempo, que a mãe devolve ao bebê o objeto que ele repudiou (FRANCO, 2003).

A mãe oscila entre ser o que o bebê tem capacidade de encontrar e ser ela própria, aguardando ser encontrada. Quando a mãe consegue exercer estes dois papéis, é possível oferecer a experiência da onipotência ao bebê, na qual o prepara para a futura desilusão necessária. Portanto, quando a mãe estabelece uma relação de sintonia com o bebê, é fornecido um ambiente de confiança possibilitando ao bebê, brincar com a realidade. Esta é uma brincadeira muito prazerosa, pois neste jogo, delicado da subjetividade emergente e dos objetos reais, existe uma inscrição da representação de controle (FRANCO, 2003).

Um estágio mais avançado trata-se da experiência de ficar sozinho na presença de alguém. A criança passa a brincar confiante de que a pessoa a quem ama está disponível, desta forma sustentando o brincar. Durante este processo, a mãe é esquecida, mas quando é retomada a lembrança dela é alguém que merece a confiança e pode ser facilmente acessada. Com isto, a criança sendo preparada para vivenciar a experiência de desfrutar de uma área de superposição de duas áreas do brincar. Não é só o bebê que brinca e é observado, a mãe também brinca junto ao bebê, no início ela age de forma a não romper com o brincar do bebê,

mais para frente, a mãe pode introduzir o seu brincar, de modo a colocar a criança em contato com as ideias alheias, que não lhe são próprias (FRANCO, 2003).

2.2 Processo de Ludoterapia com Crianças Autistas dentro da Clínica Psicanalítica

A ludoterapia auxilia as crianças a manifestarem e indicarem os seus sentimentos, suas sensações e suas preocupações em reação às circunstâncias da vida, através da utilização de objetos conhecidos para auxiliar na assimilação de situações que podem lhe causar stress ou novas aprendizagens nas quais ainda não conseguem articular (SILVA; BARROSO, 2017).

De acordo com Martelli et. al. (2000 apud SILVA; BARROSO, 2017), a ludoterapia é um mecanismo facilitador as demais terapias, especialmente de crianças autistas, pois algumas destas crianças não possuem uma comunicação verbal adequada. Sendo assim,

por meio do brincar, o autista expressa seu entendimento do mundo e, por não possuir as repressões que geralmente temos, libera todo seu sentimento ao manipular objetos. Porém, o brincar pressupõe regra e ordem e a repetição que existe na brincadeira. Assim a criança pode se reencontrar, não apenas com os objetos e as situações das brincadeiras, como também consigo próprio, reafirmando sua pessoa, fortalecendo-se (MARTELLI et. al., 2000 apud SILVA; BARROSO, 2017. Pg.5)

O brincar para o autista é uma tarefa que se impõe e precisa ter algum grau de dificuldade para ser atrativa para ele, é um trabalho árduo, que tem um objetivo final a ser atingido e cabe ao terapeuta a interpretação da situação. A troca das informações com os demais terapeutas do indivíduo autista, de certa forma, ajuda a colaborar para um melhor entendimento de como este autista percebe a si próprio e o meio à sua volta (SILVA; BARROSO, 2017).

Klein expande a psicanálise com crianças autistas ao descrever o caso do pequeno Dick. O material clínico apresentado com o caso do pequeno Dick “inaugura uma nova era. Em termos históricos, esse é o primeiro relato publicado da análise de uma criança psicótica, onde fica claro que é possível estabelecer um contato analítico e despertar o desenvolvimento” (Klein, [1930] 1996: 249 apud Januário; Tafuri, 2010). Klein, descreve de forma clínica a história de uma criança concentrada com sintomatologia parecida com a de crianças ditas esquizofrênicas, porém esta criança apresentava a ausência de vida fantasiosa. Desta forma, a descrição que Klein faz dessa criança acaba se enquadrando à síndrome descrita por Kanner como “autismo infantil precoce” (JANUÁRIO; TAFURI, 2010).

Já no trabalho clínico com o pequeno Dick, Klein se deparou com uma questão técnica: seria possível interpretar uma criança que não estabelece, a princípio, uma relação

transfereencial? Esse questionamento se deu, pois, as técnicas desenvolvidas por ela, do brincar e da interpretação do jogo, acompanham as representações simbólicas da criança e permitem o acesso à sua ansiedade e ao seu sentimento de culpa através do que é revelado no brincar. Porém no caso de Dick, ele não estabelece uma relação afetiva e nem simbólica com os objetos, “suas ações fortuitas diante deles não eram tingidas pela fantasia e, por isso, não era possível atribuir-lhes o caráter de representações simbólicas” (KLEIN, [1930] 1996 apud JANUÁRIO; TAFURI, 2010. p. 58).

Através de suas análises, Klein conclui então que se “viu obrigada a partir desse ponto (ausência de uma relação simbólica com as coisas), que era o obstáculo fundamental para se estabelecer contato com o menino” (KLEIN, [1930] 1996 apud JANUÁRIO; TAFURI, 2010. p. 58)

A maior dificuldade encontrada no tratamento de Dick para Klein, se deu por conta da falta de relação simbólica com as coisas e a sua falta de interesse no ambiente. Ele se mostrava alheio a maioria dos objetos e brinquedos, além de não se expressar verbalmente. Foi utilizada a técnica do jogo para o atendimento infantil, neste caso em que a criança é inibida ao jogo, o material seria retirado do “simbolismo revelado por detalhes do seu comportamento em geral” (Klein, 1930/1996 apud SILVA, 2018)

Na primeira sessão de Klein no caso de Dick, ela desenvolveu um jogo. Neste jogo, ela fez uso de dois trens, onde o primeiro denominou de “trem do papai” e o segundo de “trem de Dick”. Durante o jogo, Dick escolheu o trem que levava seu nome, direcionando-o até a janela e disse: “estação”. Foi interpretado por Klein, que a criança ao levar o trem a estação, estava se referindo a mãe, onde “a estação é a mamãe, desta forma “Dick está entrando na mamãe”. Ainda no decorrer da brincadeira, Dick posiciona o trem atrás da porta e fala: “escuro”. A interpretação de Klein diante disto, foi de que Dick, estava entrando na mamãe escura, pois este se encontra um ambiente escuro. Após, ele pega novamente o trem e o leva para o esconderijo (SILVA, 2018).

A primeira fase de Klein, é marcada pela técnica do jogo. No decorrer deste momento, ela passa a conceber os fundamentos da análise de crianças e a partir disto, formulou os estados primitivos do complexo de Édipo e do Superego. Através das análises, foi possível perceber que através do brincar seria possível representar simbolicamente os conflitos inconscientes, as ansiedades e as fantasias. Desta forma, o analista passa a ter acesso as fantasias inconscientes e as relações de objeto da criança. Klein, compreendeu que é viável a realização de uma análise infantil efetiva, através do uso da interpretação da relação

transferencial e do conteúdo simbólico do jogo desde o começo de seu tratamento (SILVA, 2018).

Através do tratamento do caso de Dick, Klein transformou a técnica psicanalítica com crianças. A criança por não possuir uma linguagem lúdica, foi proposto um jogo simbólico a fim de estabelecer a relação analítica com a criança e desta forma tornando-se possível a análise, tal como era feito com as demais crianças. Portanto, a partir deste caso, a contribuição de Klein para a clínica com crianças autistas, foi a criação de um jogo simbólico a fim de possibilitar as interpretações e criar a relação transferencial desde o início do tratamento (SILVA, 2018).

Com o passar dos anos e com os estudos sobre o autismo, este passou a ser estudado a partir da constituição do sujeito e a prática clínica com as crianças autistas, acabou passando por uma reconsideração técnica psicanalítica clássica, que era empregada com os neuróticos. Outro psicanalista responsável por transformações na técnica psicanalítica com crianças autistas foi Winnicott (SILVA, 2018).

Winnicott interessou-se pela clínica com crianças autistas e passou a estudar as psicoses infantis a partir das relações mães-bebê, a partir de seus estudos passou a criticar o conceito de autismo de Kanner. Winnicott, ainda surpreendeu a todos em uma conferência enunciando que o autismo não existia. Diante destas afirmações, ele quis dizer que o autismo-síndrome nomeava um fenômeno conhecido na psiquiatria, o afastamento da realidade e o ensimesmamento, mas não trazia benefícios na compreensão e no tratamento dos distúrbios psíquicos graves em crianças (SILVA, 2018).

A clínica psicanalítica infantil passou a atingir uma maior abertura com Winnicott e ele contribuiu de forma significativa para essa clínica. Através de sua noção sobre o holding, a visão da relação transferencial, o modelo de analista suficientemente bom e a importância dos vínculos sensoriais não verbais, foram de grande importância para o avanço da clínica infantil. Ele passa a questionar a função do analista intérprete de símbolos universais assim como o Complexo de Édipo ao invés de contemplarem a história individual da criança, com isto sua ênfase recai sobre o manejo clínico com crianças, que é o cuidado dispensado ao paciente no setting, e sobre a relação analítica. (JANUARIO; TAFURI, 2010).

Na visão de Winnicott, a clínica psicanalítica com crianças autistas deve priorizar a escuta da história singular do desenvolvimento da criança. Na qual o autismo pode ser entendido como um modo de subjetivação segundo Cavalcanti e Rocha (2001) e “devemos pensar o indivíduo enfatizando suas relações singulares com o meio ambiente e escutar as

soluções por ele encontradas ante o sofrimento psíquico” (Cavalcanti, & Rocha, 2001, apud Silva, 2018).

Winnicott através de seus estudos, aponta três variedades clínicas de acordo com o sofrimento do paciente, os quais são decorrentes de diferentes momentos de possíveis falhas no processo maturacional e que requerem diferentes formas de trabalho clínico. A primeira variedade está relacionada a pacientes que funcionam como pessoas inteiras e as suas dificuldades estão na esfera dos relacionamentos interpessoais. Como estes pacientes costumam ser os neuróticos a técnica utilizada é análise clássica freudiana, na qual emprega a interpretação da transferência com o objetivo de tornar consciente os conteúdos recalçados. (SILVA, 2018)

A segunda variedade são pacientes marcados por uma área de privação, onde estes pacientes solicitam o que eles tinham e que lhes foi tirado. Eles começaram a se integrar, mas não obtiveram o sentimento de unidade. Esses pacientes podem ser neuróticos ou psicóticos. Existe uma tendência antissocial que geralmente é encontrada pelo fato do abandono e da privação estarem na base da tendência antissocial e da delinquência. A análise com estes pacientes abarca a conquista de unidade, a junção do amor e do ódio e o reconhecimento da dependência. A técnica utilizada é análise a clássica e o manejo. (SILVA, 2018)

A terceira variedade é voltada a clínica com pacientes em estados autístico, psicóticos, falso selfs, personalidade borderline e com graves sofrimentos psíquicos. Nesta clínica, é necessário lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, nos quais nestes casos referem-se a uma falha anterior ao estabelecimento do self e do ego. A ênfase destes casos, incide no manejo clínico e no estabelecimento do setting. A técnica utilizada passa a ser a do holding, pois esta possibilita a regressão à dependência sem utilizar a interpretação necessariamente. (SILVA, 2018)

Winnicott, traz que esse sistema de classificação pode ser muito simplista se tratando de um tema tão complexo e solicita cuidado ao analista ao utilizar essas categorizações. Winnicott, ainda traz a necessidade de o analista “ser capaz de passar de um tipo de psicoterapia para o outro com facilidade, e até fazer os três tipos ao mesmo tempo, se necessário” (Winnicott, 1961/1989 apud SILVA, 2018, pg. 44).

Com as mudanças trazidas por Winnicott, principalmente sobre seu conceito de holding, ainda há a predominância da interpretação na psicanálise, uma prioridade em relação a interpretação verbal das representações vagas. Portanto, o trabalho com estas crianças autistas, estar em rompe com a necessidade de uma interpretação ou tradução desde o início

do tratamento e passar a utilização de outros manejos, como o brincar, a imitação para poder se estabelecer uma relação transferencial com a criança. (SILVA, 2018)

Algumas pessoas acreditam que o objetivo da análise é fornecer um ambiente bom o suficiente para se adaptar às necessidades do paciente e ao processo de maturação antes de fornecer explicações para o doente mental. Neste caso, a explicação pode ser prejudicial. (SILVA, 2018).

A falta de sentido trazida pelo paciente não precisa ser significativa. Os pacientes só precisam ser acompanhados durante o exercício, sem intervenção. Além disso, a explicação das brincadeiras das crianças antes dos jogos simbólicos e compartilhados inibe a própria participação das crianças na experiência de si mesmas e a criatividade da experiência lúdica das crianças. Portanto, a análise é entendida como a satisfação de necessidades a partir de conceitos de *holding*. Uma nova forma de trabalhar relacionada à análise de Freud, em que a principal ferramenta de trabalho é a interpretação (SILVA, 2018).

Hisada (2002) expõe que o setting em Winnicott, pode ser visto como uma metáfora para o cuidado materno, proporciona desenvolvimento e é um local onde ocorrem eventos e experiências de vida. Os analistas também estão incluídos, um ambiente que evoca estabilidade, confiança e esperança de que os pacientes se tornem sujeitos. Além disso, Winnicott também tratou dos laços sensoriais não-verbais na empatia. Para ele, a comunicação não se baseava originalmente na aquisição da linguagem. Há uma interação não verbal entre mãe e bebê, e a mãe se identifica com o bebê de uma maneira que o bebê se sente compreendido (SILVA, 2018).

O brincar e a simbolização acontecem antes do uso das palavras. O importante neste momento não é fazer a mãe falar com o bebê, mas experimentar uma comunicação confiável e silenciosa. A comunicação silenciosa inclui a respiração da mãe, o som dos batimentos cardíacos, a comunicação física e a expressão no rosto da mãe. Também há comunicação não verbal não silenciosa, como a melodia, o ritmo e a entonação da voz da mãe (SILVA, 2018).

A confiança é de extrema importância para a integração mãe-bebê, pois possibilita o bebê ser e continuar sendo, onde a mãe precisa ser confiável no momento de dependência absoluta. A confiabilidade humana proporciona uma comunicação antes mesmo do discurso significar algo. A psicanálise é fundamentada nas interpretações verbais de pensamentos e ideias, porém, esta forma com os pacientes esquizoides e psicóticos se torna inadequada, pois a verbalização perde o significado (SILVA, 2018).

A interpretação do analista vai além da comunicação verbal, pois a maneira como o analista utiliza as palavras faz toda diferença. No contexto da clínica psicanalítica com

pacientes autistas, as palavras não concedem o *holding* que seria necessário, assim como na relação inicial entre mãe-bebê, onde a comunicação é estabelecida através dos vínculos sensoriais não verbais. Winnicott introduziu alguns dos conceitos, como o de analista suficientemente bom, de mãe suficientemente boa, de *holding* e o manejo, ao conferir importância da relação mãe-bebê. O conceito de mãe suficientemente boa e a preocupação materna primária, são fundamentais para a compreensão, tanto de sua teoria, como para sua clínica e para constituição psíquica do ser humano (SILVA, 2018).

A sustentação também é chamada de *holding*. Uma característica importante do abraço é a maneira como o bebê é segurado no colo pela mãe, o que é uma experiência física e simbólica. A firmeza de segurar mostra o quanto a criança é amada e desejada. Nos estágios iniciais do desenvolvimento do bebê, o cuidado se baseia no abraço. A mãe segurou-o com firmeza no colo, não deixando cair, cuidar, aquecer, amamentou. Com a repetição desses cuidados, o bebê conseguiu sentir a verdade. Na psicologia, quando o bebê não tem um *self* integrado, a mãe se autossustenta. Um *holding* deficiente terá uma sensação de fragmentação, caindo em um poço sem fundo, desconfiança da realidade externa e outras ansiedades que são consideradas doenças mentais. A má aderência pode ser devido a mudanças repetidas na técnica materna sem apoio para a cabeça, ruídos altos ou várias outras situações. O bebê consegue perceber e sentir através de sua mãe quando as coisas não estão bem. Os resultados são a interrupção da continuidade do ser e o enfraquecimento do Ego (SILVA, 2018).

A função materna é a manipulação ou *handling*. Esta consiste na experiência cuidadosa da mãe de entrar em contato com as partes do corpo do bebê através das mãos. Através deste contato, diz sobre como o bebê é tratado, cuidado e manipulado. Os cuidados do *handling* são percebidos através das condutas sociais dos pais, como por exemplo tocar o bebê, acalmar, falar, cantar, fazer barulhos e caretas. Com bases nestas condutas é que surge a resposta ao recém-nascido que irá agir de forma social, através de gritos, agitações, sorrisos e olhares. Estas ações, de cuidado com o bebê, proporcionam o bem-estar do bebê (SILVA, 2018).

A manipulação auxilia a formar uma parceria mente-corpo que ajuda a construir um senso de realidade. Embora a falta de manipulação possa interferir no desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação motora, pode afetar a experiência e a sensação de presença das funções corporais. A exposição de objetos é considerada a forma como a mãe fornece os seios ou a solicitação do bebê. Marca o início da capacidade do bebê de estabelecer contato com objetos. O descumprimento desse tipo de cuidado dificulta o "desenvolvimento das

crianças da capacidade de perceber a realidade em suas relações com o mundo dos objetos e fenômenos" (SILVA, 2018).

No entanto, Winnicott (1975), alertou que os psicanalistas prestam mais atenção ao conteúdo do jogo para explicar, do que ver o jogo como algo em si, e esse é o seu objetivo, investigar o fenômeno do jogo. O brincar é natural, existe um lugar e um tempo, não está dentro nem fora, está no espaço potencial entre a mãe e o bebê. (SILVA, 2018).

Quando uma mãe pode proporcionar ao filho alucinações e experiências onipotentes, o bebê ganha confiança. "A confiança na mãe criou um playground intermediário, de onde surgiu a ideia de magia ... Eu chamo de playground, porque o jogo começa aqui" (Winnicott, 1975, p. 79).

Além disso, o jogo envolve o corpo devido à manipulação de objetos e desencadeando a excitação física. "A excitação corporal das zonas erógenas ameaça constantemente o brincar e ameaça o sentimento da criança de existência como pessoa. Os instintos constituem a principal ameaça à brincadeira e ao ego" (Winnicott, 1975, p. 77). Mesmo que a brincadeira produza muita ansiedade, fará com que as pessoas se sintam satisfeitas, mas se a ansiedade que produz estiver além do alcance aceitável da brincadeira, ela será destruída. Considerando que muitas crianças autistas se encontram em estado de auto narcisismo e são fascinadas pelo corpo, esses fenômenos dificultam o estabelecimento da brincadeira (SILVA, 2018).

O fenômeno de transição evolui diretamente de jogos, de jogos para jogos compartilhados, e de jogos compartilhados para experiências culturais. Winnicott descreveu a cultura como "o fundo comum da humanidade, indivíduos e grupos podem contribuir para isso e todos nós podemos desfrutá-la". Desse modo, quando os bebês podem produzir alucinações, isso estará vinculado à formação de grupos na arte, na religião e na vida adulta. A formação do grupo ocorre quando os indivíduos compartilham uma experiência ilusória com base na semelhança de suas experiências. Portanto, uma criança que não pode brincar pode ser pobre em experimentar suas próprias habilidades culturais (SILVA, 2018).

Francis Tustin foi o primeiro psicanalista a estudar a função dos sujeitos na clínica de pacientes autistas. Em seu livro *Autism and Child Psychiatry*, ele dedicou alguns capítulos a esse tópico. No capítulo deste livro dedicado a sujeitos com autismo, Tustin afirmou que esses sujeitos podem ser vivenciados como parte do próprio corpo da criança ou do mundo externo, e essas partes são consideradas parte de si mesmas. Tustin, traz a questão sobre o uso do objeto, onde este objeto se apresentaria como um recurso utilizado pelo sujeito autista na tentativa de evitar frustrações insuportáveis. Em relação a esses objetos, apontou uma dualidade: embora afirme que esses objetos têm características patológicas, ela também

acredita que esses objetos são vitais para essas crianças porque podem protegê-los (CALZAVARA; SILVA. 2018).

Tustin recorre inicialmente ao conceito do objeto transicional de Winnicott. Ela passa a diferenciar os objetos autístico dos transicionais, desta forma no caso dos objetos transicionais, as crianças conseguem distingui-los do próprio corpo, já nos objetos autístico, a função primordial deste consiste em “neutralizar toda e qualquer percepção” que não esteja vinculada ao próprio corpo (Tustin, 1975[1972], p. 76). Portanto, a função do objeto autístico é impedir o desenvolvimento da consciência de separação corporal. Segundo Tustin, os objetos têm a função de se constituírem como protetores da perda, pois estes não são considerados substitutos temporários da mãe ao contrário do objeto transicional, mas a substituem permanentemente (CALZAVARA; SILVA. 2018).

De forma geral, os tratamentos apresentados têm como foco principal o desenvolvimento das habilidades de interação social, a capacidade simbólica, através da linguagem verbal, corporal e dos jogos. Portanto, é importante levar em conta a eficiência de cada tipo de tratamento depende de características e peculiaridades de cada indivíduo e de cada analista, ou seja, da díade que se formará no processo analítico.

DISCUSSÃO

O trabalho consistiu em discorrer sobre o brincar das crianças autistas dentro da clínica psicanalítica. Porém, antes de ir direto para a clínica psicanalítica com as crianças autistas, é importante entender a história do autismo, a concepção do autismo para a psicanálise e a importância do brincar infantil e do brincar dos autistas.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), é caracterizado por um transtorno do desenvolvimento, podendo apresentar sintomas como o déficit na comunicação, na interação social, no padrão de comportamentos, como por exemplo, interesses e atividades restritos e repetitivos. (ALBUQUERQUE; CORTÊS, 2020).

O termo autismo, passou a ser introduzido na literatura médica através do psiquiatra suíço Eugen Bleuler, no ano de 1911. Bleuler se referia ao termo autismo, como uma fuga da realidade e ao isolamento para o mundo interior, sintomas os quais eram apresentados por pacientes com o diagnóstico de demência precoce. (ALBUQUERQUE; CORTÊS, 2020).

Alguns anos depois, em 1923, o psicólogo suíço Carl Gustav Jung, passou a introduzir os conceitos de personalidade extrovertida e introvertida. Estes conceitos auxiliaram a definir uma pessoa com autismo como um ser introvertido, voltado para o seu mundo interior. Para Jung, uma pessoa introvertida desfrutava da sua solidão e de seu mundo interior, portanto, acreditava-se que a uma introversão severa, denominada autismo, era característica de algumas formas de esquizofrenia (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

No ano de 1943, Leo Kanner foi o primeiro a definir o autismo como um transtorno distinto, através de seus estudos, ele passou a dar início a uma nova perspectiva do que viria a ser denominado autismo infantil, transtorno autista ou autismo na infância (COHMER, 2014).

Durante seus estudos, Kanner identificou características marcantes, como a tendência ao isolamento e por conta disto, optou pelo termo autismo. Para ele, a desordem fundamental estava na incapacidade das crianças de virem a se relacionar de maneira comum com as demais pessoas e sobre as situações vivenciadas desde o começo da vida, havendo, desde o início, extremo isolamento autista (ALBUQUERQUE; CORTÊS, 2020).

Para Kanner os critérios que definiam o autismo precoce eram: isolamento profundo do contato com as pessoas, desejo obsessivo de preservar a identidade, relacionamento intenso com os objetos, preservação de uma fisionomia inteligente e ponderada e alteração na comunicação verbal manifestada por mutismo ou por um tipo de linguagem desprovida de intenção comunicativa (FERREIRA, 2018).

Portanto, com base nos estudos, Kanner descreve o autismo sob a forma de dois sintomas principais, a solidão e a imutabilidade. Segundo ele, o autista tem a tendência a evitar ou ignorar tudo o que vem do meio exterior e tudo o que pode produzir mudanças no mundo externo é vivido por ele como algo intrusivo. Diferenciando os pacientes autistas de pacientes esquizofrênicos (FERREIRA, 2018).

Outro quadro autístico, é a síndrome de Asperger (SA). Asperger, durante seu estudo, descreveu quatro crianças que apresentaram dificuldades em se integrar socialmente em grupos. Ele denominou a condição destas crianças como "psicopatia autística", um transtorno estável de personalidade marcado pelo isolamento social. (KLIN, 2006).

Os pacientes apresentavam um padrão de comportamento caracterizado por: falta de empatia, ingenuidade, pouca habilidade para fazer amigos, linguagem pedante ou repetitiva, comunicação não verbal deficiente, interesse excessivo por determinados temas, desajeição motora, má coordenação e apresentavam capacidade de falar sobre seus assuntos favoritos de maneiras surpreendentemente detalhadas e precisas (KLIN, 2006).

Através destes estudos, a fim de homogeneizar a conceituação dos transtornos mentais e unificar os critérios diagnósticos, foram desenvolvidos os manuais diagnósticos, a Classificação Internacional de Doenças, da OMS (CID) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria (DSM).

Na primeira versão do DSM, o autismo não foi incluído, por mais que já tivesse sido identificado como uma nosologia específica nove anos antes, sendo as crianças com características descritas no autismo diagnosticadas neste manual, como "reação esquizofrênica do tipo infantil"(ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

O autismo passou a ser incluído apenas na terceira edição do DSM que foi publicado em 1980, no qual o autismo foi considerado em uma categoria diagnóstica específica. Era visto como uma entidade única, chamada de "autismo infantil". Seis condições eram necessárias para seu diagnóstico, todas as quais deveriam estar presentes (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

Após 7 anos, o DSM III-R, publicado em 1987, representou uma modificação na qual o autismo infantil foi substituído pelo transtorno autista. Passou-se a considerar o autismo como uma categoria única, embora admitisse o diagnóstico de autismo atípico, para aqueles casos que combinavam características claras de autismo, mas não atendiam a todos os critérios (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

Já nos anos 1994 e 2000, surgiram o DSM-IV e o DSM IV-TR onde foram definidas 5 categorias de autismo, as quais: transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno de Rett,

transtorno desintegrativo da infância e transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

Na quinta edição (DSM-V), a mais recente, as características essenciais do transtorno do espectro autista são: prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

O DSM-V passa a englobar não só o transtorno autista (autismo), mas também o transtorno de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância, o transtorno de Rett e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, descritos no DSM-IV (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012).

A psicanálise reconhece o sujeito autista como único, singular. Portanto, a psicanálise não trata o autismo, e sim o sujeito autista. A partir desta afirmação podemos entender como a psicanálise entende os sujeitos autistas.

Dentro da clínica psicanalítica, é fundamental aprender a lidar com as particularidades de cada sujeito, nesta vertente, os autores não apresentam uma metodologia específica para o atendimento destes indivíduos. Porém, isso não significa que a direção de tratamento não exija conhecimento para acessar o sujeito. A clínica psicanalítica baseia-se no manejo da transferência, na reestruturação psíquica através do desenvolvimento da capacidade simbólica, no tratamento com ênfase no jogo simbólico e na aquisição da linguagem.

Essa relação entre a psicanálise e autismo teve um de seus primeiros registros os estudos de Melanie Klein, com a publicação do caso Dick em 1930. Dick, um menino de quatro anos, foi diagnosticado com puberdade precoce pelo departamento de psiquiatria devido à sua incapacidade de falar, falta de reciprocidade emocional, desinteresse por brinquedos e o egocentrismo. Em 1930, o autismo, ainda não era definido como uma entidade de classificação da doença. (SANTOS; MACHADO; DOMINGUES, 2020).

Klein, explicava o autismo levando em conta a inibição do desenvolvimento, diante disto, o autismo é representado por uma fragmentação do ego precoce, no qual gera a desorganização de seus processos adaptativos e integrativos, fazendo assim com que a criança falhe ao tentar superar a posição esquizoparanóide (BOSA; CALLIAS, 2000).

Portanto, Klein assumiu a liderança na identificação e tratamento de doenças mentais infantis. Embora a autora não tenha feito distinção entre autismo e esquizofrenia infantil, ela reconheceu que as características das crianças com autismo são fundamentalmente diferentes daquelas de outras crianças que se pensa serem doentes mentais (BOSA; CALLIAS, 2000).

O autismo é interpretado como uma inibição do desenvolvimento e sua dor decorre do intenso conflito entre os instintos de vida e de morte.

Outra teoria psicanalítica que teve uma grande contribuição com crianças e com crianças autistas é a teoria de Winnicott, na qual traz uma abertura maior em relação ao *setting* e ao lugar que o analista irá ocupar na relação transferencial com a criança. Winnicott traz os questionamentos do papel do analista na explicação de símbolos universais que não consideram a história pessoal das crianças. Para ele, o foco é o manejo clínico, termo utilizado em relação ao cuidado dispensado a determinados pacientes no setting psicanalítico, bem como, a relação analítica (JANUARIO; TAFURI, 2010).

Diante das interpretações dos teóricos, eles ainda abordam a importância significativa da psicanálise no diagnóstico do autismo, onde a psicanálise busca conceber a subjetividade do sujeito para além da observação de comportamentos estereotipados, considerando assim a sua singularidade. Esta perspectiva é sustentada na noção psíquica do sujeito, assim enfatizando os aspectos psicogênicos. O diagnóstico pelo viés psicanalítico faz a diferença, pois amplia as possibilidades, a dimensão simbólica da criança e enaltece a esfera subjetiva.

A avaliação para chegar neste diagnóstico é fundamentalmente clínica e realizada a partir das observações sobre o comportamento da criança e as entrevistas com os pais ou cuidadores. O processo de avaliação é essencial para as crianças e suas famílias, pois é através da avaliação da criança, que são obtidas informações válidas e confiáveis para a fundamentação das tomadas de decisão. Com base nestes resultados, os profissionais têm autenticidade para determinar o encaminhamento da criança com o transtorno do espectro autista para as intervenções especializadas que podem auxiliar seu desenvolvimento.

A CARS é uma ferramenta de triagem projetada para ser eficaz na clínica e na identificação de possíveis sintomas. A triagem requer confirmação clínica ou, especialmente para pesquisas, uma confirmação mais completa, mais exigente e demorada do equipamento de diagnóstico. Ela usa uma escala de gravidade em quatro pontos: déficit ausente, leve, moderado ou grave (RAPIN; GOLDMAN, 2008).

O ABC é constituído em um questionário no qual abrange cinco áreas do desenvolvimento que tem pontuação balanceada de 1 a 4, de acordo com a ocorrência no TEA. A partir da somatória do questionário, é traçado um perfil comportamental no qual irá permitir a análise da severidade do TEA (MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005).

Outro instrumento muito utilizado é o IRDI, desenvolvido e verificado por um grupo de especialistas brasileiros para que profissionais médicos observem o comportamento do grupo binário mãe-bebê, apontando crianças em risco de desenvolvimento. Uma ferramenta

para avaliar problemas de desenvolvimento infantil de maneira ampla (MACHADO et al, 2014).

A avaliação AP3 desenvolvida para crianças acima de 3 anos de idade, consta de duas partes. A primeira parte se baseia na entrevista com os pais e a criança e a entrevista com a criança em uma situação lúdica. Este tem o objetivo de investigar e compreender a constituição psíquica na criança, além de registrar se essa constituição está em andamento, em risco, ou se apresenta sintomas clínicos (CÉSARIS, 2013).

Outra questão importante no espaço clínico com as crianças autista, é o lúdico dentro da clínica psicanalítica, os desafios destes profissionais e a importância do brincar para a psicanálise.

O brincar facilita a vida da criança em diferentes aspectos. É através das brincadeiras, do desenho, nas brincadeiras de fantoche e nas brincadeiras de casinha, que a criança passa a representar diversos papéis que dizem sobre si e sobre o meio que está inserida. A criança através do brincar revela muito sobre a sua subjetividade com esses papéis, portanto o analista deve estar atento a todos os detalhes (ABERASTURY, 1982).

A prática terapêutica possibilita presenciar e compreender a criança em diversos papéis, como o da mãe, do pai, ou de outras figuras parentais que são importantes em sua vida. Além de entender e compreender como ela vê e interpreta o mundo a qual ela está inserida (ABERASTURY, 1982).

Através do entendimento que o brincar dentro da clínica, possibilita este entendimento sobre a criança, sobre seu meio e seu mundo interno e externo, a ludoterapia se torna um mecanismo facilitador as demais terapias, especialmente de crianças autistas, pois algumas destas crianças não possuem uma comunicação verbal adequada.

O brincar para o autista é uma tarefa que se impõe e precisa ser atrativo, é um trabalho árduo, que tem um objetivo final a ser atingido e cabe ao terapeuta a interpretação da situação. A troca das informações com os demais terapeutas, ajuda a colaborar para um melhor entendimento de como a criança percebe a si próprio e o meio à sua volta (SILVA; BARROSO, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com diversos autores, o tratamento psicanalítico para crianças com TEA, associa o manejo da transferência como uma técnica psicanalítica apropriada, assim como, a reestruturação psíquica através do desenvolvimento da capacidade simbólica e do jogo simbólico e o uso da capacidade da linguagem como possibilidades de intervenção. Importante destacar que muitos autores sinalizam a necessidade de adaptar a técnica às características singulares do sujeito.

Com base na história da clínica psicanalítica com crianças autistas, observou-se que o manejo da relação transferencial era realizado por meio das interpretações verbais. A partir disto, foi discutido sobre o lugar de analista, herança clássica kleiniana, onde o papel da analista é o de interpretar o simbolismo que é revelado por detalhes do comportamento da criança, mesmo que esta apresente a ausência da fala e do brincar simbólico.

Vimos que o estudo do brincar, além de levar à compreensão dos processos da constituição subjetiva, também oferece uma direção para o tratamento de crianças com autismo. Winnicott já falava sobre essa direção de tratamento, quando assinalava que o trabalho do analista, diante de crianças que não brincavam, era o de desenvolver a capacidade para brincar. Contudo, no caso do autismo, a tarefa de desenvolver o brincar não se apresenta tão facilmente.

Contudo, a partir das obras de Winnicott, desenvolveu-se também uma abordagem diferente da tradicional e que contribui de forma significativa para a clínica psicanalítica com crianças autistas. Diante das ideias de Winnicott, ele apresenta a noção de holding, a relação transferencial para além da interpretação, o modelo da “mãe suficientemente boa” no qual é considerado como norteador da transferência e a importância dos vínculos sensoriais não-verbais.

Foi discutido que na clínica com crianças autistas é colocado em questão a perspectiva clássica de que a análise de qualquer pessoa pode ser feita por meio da linguagem verbal. Porém, com as crianças autistas a interpretação está, muitas vezes, inabilitada, por conta das crianças muitas vezes se apresentarem como não verbais.

A partir disto, foi compreendido a importância do lúdico com as crianças autistas, pois o brincar é um mecanismo facilitador quando se trata especialmente de crianças autistas, justamente por algumas destas crianças não possuírem uma comunicação verbal adequada. Desta forma, o brincar para o autista é uma tarefa que se impõe e precisa ter algum grau de dificuldade para ser atrativa para ele.

Diante disto, chega-se à conclusão de que na clínica psicanalítica do autismo exige-se que o analista se mantenha atento às sutilezas e aos pequenos movimentos da criança, mesmo quando a criança se mostre indiferente ou com dificuldade ao contato. Deve-se levar em conta que a presença do analista precisa ser garantida e sustentada, sem mostrar-se invasiva. Diferentemente da clínica clássica, onde o analista ocupa uma posição de agente causa de desejo, que permite a fala e a transferência junto ao analisando, nesta clínica, muitas vezes, precisa se colocar tal como uma posição de suplência, um empréstimo de si mesmo para a produção de sentido e contato da criança.

O analista se apropria dessa posição privilegiada no processo de estruturação psicológica para criar um ritmo compartilhado com a criança, por meio do qual ocorre um encontro analítico. Portanto, o analista pode intervir propondo o desenvolvimento e a continuidade dos movimentos estereotipados das crianças e estabelecendo as condições necessárias para a criação de objetos mentores, trazendo dimensões de fantasia, jogos e o brincar. Essas pequenas e contínuas intervenções levam o analista a testemunhar o nascimento de um sujeito por meio do brincar constitutivo.

No entanto, este processo é permeado de avanços e retrocessos, um encontro com infindáveis possibilidades. Nesse sentido, o analista deve ser capaz de continuar desempenhando seu papel por um longo período. Trata-se de uma clínica que exige fôlego e uma aposta no sujeito consistente e duradoura.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Alessandra Rocha de; CÔRTEZ, Maria do Socorro Mendes; Contribuições para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista: De Kanner ao DSM-V. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, p. 864-880, 2020. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/248> Acesso em: 23 de abril de 2021.
- ALMEIDA, Paulo Nunes de. **Educação lúdica**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARTIGAS-PALLARÈS, Josep; PAULA, Isabel. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, v. 32, n. 115, p. 567-587, 2012. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf> Acesso em: 23 de abril de 2021.
- BELO, Fábio; SCODELER, Kátia. A importância do brincar em Winnicott e Schiller. **Tempo psicanalítico**, v.45, n.1, p.91-101, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n1/v45n1a07.pdf> Acesso em: 07 dez. 2020.
- BOSA, Cleonice. CALLIAS, Maria. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: reflexão e crítica**, 13 (1), 167 – 177. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722000000100017> Acesso em: 28 de maio de 2021.
- CALZAVARA, Maria Gláucia Pires; SILVA, Beatriz de Souza. A função do objeto na clínica do autismo. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 1, p. 72-82, 2018. Disponível em: <http://revistas.unisinus.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2018.111.06/60746227> Acesso em: 16/09/2021.
- CÉSARIS, Delia Maria Carmen de. **O uso dos instrumentos IRDI e AP3 no acompanhamento da constituição da imagem corporal/especular de crianças em centros de educação infantil**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-23052013-155323/publico/cesaris_corrigida.pdf. Acesso em 22 de outubro de 2021.
- COHMER, Sean. Thesis: **Leo Kanner and the Psychobiology of Autism**. Tese de Doutorado. Arizona State University. School of Life Sciences. Center for Biology and Society. Embryo Project Encyclopedia. 2014. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/79573371.pdf> Acesso em: 23 de abril de 2021.
- ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- FERREIRA, Luisa Beatriz Pacheco. Um percurso sobre o autismo: história, clínica e perspectivas. **Cadernos Deligny**, v. 1, n. 1, p. 9-9, 2018. Disponível em: <https://139.82.34.141/index.php/CadernosDeligny/article/download/18/36> Acesso em: 14 de maio de 2021.

FRANCO, Sérgio de Gouvêa. O brincar e a experiência analítica. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**, v.6, n.1, p.45-59, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/agora/v6n1/v6n1a03.pdf> Acesso em 07 dez 2020.

FREIRE, Ana Beatriz; DE MORAES, João Cariello. Clínica, transmissão e pesquisa: uma direção de tratamento no autismo. **Interação em Psicologia**, v. 15, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/25381/17008> Acesso em: 07 de junho 2021.

GUIMARÃES, Veridiana Canezin; CELES, Luiz Augusto M. O psíquico e o social numa perspectiva metapsicológica: o conceito de identificação em Freud. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, p. 341-346, 2007. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/rqpsCXPDYxjNcKR9pxpnNvD/abstract/?lang=pt>

GONÇALVES, Amanda Pilosio et al. Transtornos do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura. **Tempo psicanalítico**, v. 49, n. 2, p. 152-181, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v49n2/v49n2a08.pdf> Acesso em: 06 de junho de 2021.

JANUÁRIO, Livia Milhomem; TAFURI, Maria Izabel. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. **Psicologia Clínica**, v. 22, n. 1, p. 57-70, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/ygXB79MwZDB5H5yRHPCXLDB/?lang=pt&format=pdf>

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. s3-s11, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462006000500002&script=sci_arttext Acesso em: 23 de abril de 2021.

KLIN, Ami; CHAWARSKA, Katarzyna; RUBIN, Emily; VOLKMAR, Fred. Avaliação clínica de crianças com risco de autismo. **Educação**, v. 29, n.1, p. 255-297. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/848/84805802.pdf> Acesso em: 06 de maio de 2021.

LEITÃO, Igor Brum; CACCIARI, Marcella Bastos. A demanda clínica da criança: uma psicanálise possível. **Estilos da Clínica**, v. 22, n. 1, p. 64-82, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/121240/129954> Acesso em: 21 de julho de 2021.

LÓPEZ, Anna Lúcia Leão. A escuta psicanalítica de uma criança autista. **Estudos de Psicanálise**, n.34, p.13-20, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n34/n34a02.pdf> Acesso em: 30 mar. 2021.

LUCERO, Ariana; VORCARO, Angela. Os objetos e o tratamento da criança autista. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 310-317, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/931> Acesso em 06 de junho de 2021.

MACEDO, Carina Rugai Moreira de. La función continente y el uso de la contratransferencia como instrumento en psicoterapia de grupo de los pacientes con trastornos graves en el desarrollo de la psique. **Vínculo**, v. 7, n. 2, p. 16-23, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v7n2/n2a05.pdf> Acesso em: 07 de junho de 2021.

MACHADO, Fernanda Prada; LERNER, Rogerio; NOVAES, Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby; PALLADINO, Ruth Ramalho Ruivo & CUNHA, Maria Cláudia. Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **Audiology – Communication Research**, v.19, n.4, p.345-51, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/acr/v19n4/2317-6431-acr-2317-64312014000300001392.pdf> Acesso em: 06 de maio de 2021.

MARFINATI, Anahi Canguçu; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**, v. 19, n. 2, p. 244-262, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v19n2/a02v19n2.pdf> Acesso em 07 de junho de 2021.

MARTELETO, Márcia Regina Fumagalli; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes. Validity of autism behavior checklist (ABC): preliminary study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 295-301, 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a08v27n4.pdf> Acesso em: 07 de maio de 2021.

RAPIN, Isabelle; GOLDMAN, Sylvie. A escala CARS brasileira: uma ferramenta de triagem padronizada para o autismo. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 6, p. 473-475, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v84n6/v84n6a01.pdf> Acesso em: 07 de maio de 2021.

REIS, Helena Isabel da Silva. **Avaliação diferencial e intervenção no espectro do autismo: a complementaridade de pais e profissionais**. Tese de Doutorado em Estudos da Criança Especialidade em Educação Especial. Universidade do Minho. 2014. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/35607> Acesso em 06 de maio de 2021.

REZENDE, Renata Teodoro de. A terapia Winnicottiana e o brincar em psicanálise. Fundação Educacional de Lavras. 2019. Disponível em: <http://200.216.214.230/handle/123456789/310> Acesso em: 21 de julho de 2021.

SANTOS, Altair José dos; LEMES, Mariana Guimarães Neves. O espectro dos autismos e a psicose infantil: uma questão diagnóstica para a psicanálise. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, n. 2, p. 175-197, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/ywXynHBRJQzJ65XTNTHPjzM/?lang=pt&format=pdf>

SANTOS, Jéssica; MACHADO, Letícia Vier; DOMINGUES, Eliane. Um olhar psicanalítico acerca do autismo. **Estilos da Clínica**, v. 25, n. 2, p. 322-338, 2020. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/160616/163145> Acesso em: 28 de maio de 2021.

SILVA, Camila Costa; ELIAS, Luciana Carla dos Santos. Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. **Avaliação Psicológica**, v. 19, n. 2, p. 189-197, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v19n2/10.pdf> Acesso em: 06 de maio de 2021.

SILVA, Fernanda Karina Uchôa da; BARROSO, Ana Cláudia. Contribuição da Ludoterapia no autismo infantil. **Saber Humano: Revista Científica da Faculdade Antonio Meneghetti**, [S.l.], v. 7, n. 11, p. 210-224, dez. 2017. ISSN 2446-6298. Disponível em: <https://saberhumano.emnuvens.com.br/sh/article/view/217> Acesso em: 30 mar. 2021.

SILVA, Wanessa Kesya Moreira Gonçalves da. **A imitação, a empatia e o brincar como ferramentas na clínica psicanalítica com crianças ditas autistas**. 2018. 138 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34486> Acesso em: 22 de março de 2021.

TAVARES, Talita Arruda. **O brincar na clínica psicanalítica de crianças com autismo**. São Paulo: Editora Blucher, 2019.

WINNICOTT, Donald Woods. (1971). **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu Editora, 2019.