



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PRAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

INGRID COELHO SALES DE MELLO

O uso do brincar na clínica com crianças autistas

Recife

2015

INGRID COELHO SALES DE MELLO

O uso do brincar na clínica com crianças autistas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica, pela linha de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Consuêlo Passos.

Recife

2015

Aluna: Ingrid Coelho Sales de Mello

Título: O uso do brincar na clínica com pacientes autistas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica, pela linha de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora:

Prof (a). Dr (a).: Maria Consuelo Passos

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a).: Edilene Freire Queiroz - UNICAP

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco

Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a).: Marisa Amorim Sampaio Cunha

Instituição: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira - IMIP

Assinatura: _____

Dedico às crianças com autismo

Agradecimentos

Agradeço,

A **Deus** por tudo!

À **minha mãe**, pelo amor, exemplo, preocupação e incentivo, sempre; a **Rodrigo**, por todo amor, compreensão, companheirismo, paciência e ajuda durante dias e noites em claro; ao **meu pai**, pelo carinho e preocupação, aos **meus irmãos**, pela eterna companhia; à **Maria e Terezinha** por estarem sempre à disposição;

À **tia Gilma e tio Leonel**, por terem me acomodado, tão bem, com todo conforto, durante as estadias no Recife.

À **profa. Dra. Maria Consuelo Passos**, por toda disponibilidade e atenção, trazendo sempre leituras e reflexões importantes e construtivas que muito acrescentaram ao meu estudo e à minha vida;

À **amiga Keila**, grande parceira de infância, por estar ao meu lado, quando necessário; às companheiras **Joyce e Grazi**, pela amizade, disponibilidade e trocas diárias;

Aos funcionários da **Clínica Anima**, por facilitarem o dia a dia com tanto prazer;

À **psicanalista Telma Queiroz**, pelos encontros e discussão que muito contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional;

Às **professoras Dra. Edilene Queiroz e Dra. Julia Coutinho** pelos apontamentos e valiosas contribuições nas bancas qualificação do trabalho;

À **professora Dra. Marisa Sampaio** pela disponibilidade em participar da banca de defesa;

Ao **CESED**, nas pessoas **de Gisele Gadelha, Albaniza, Wamberto, Tamar e Adriana**, que reconheceram a difícil tarefa de conciliar mestrado e trabalho, compreendendo e possibilitando as ausências no dia-a-dia;

Aos amigos da **Clínica Escola da FCM**, em especial à amiga **Jeísa Pordeus**, por se fazerem presente nos momentos em que precisei estar ausente;

Aos que fazem parte da **Secretaria Municipal de Esperança- PB**, nas pessoas da **Sra. Glória, Sr. João e Rosete**, pelo deferimento da licença do concurso público;

Ao **Prof. Cícero Vieira**, pela atenta leitura, sempre de olho na língua portuguesa;

A **todas as crianças** que atendi em minha vida, por terem me ensinado tanto e despertado o interesse em pesquisar mais sobre o autismo e o brincar;

À **equipe da secretaria do mestrado**, pelo empenho e disponibilidade;

Aos meus **colegas da 15ª turma** do mestrado em Psicologia Clínica da UNICAP, pelas trocas e discussões, numa mútua ajuda nas preocupações com prazos e aprovações;

A **Nilson e Irmão Carlos** pela paciência, pontualidade e disponibilidade nas idas e vindas ao Recife;

Enfim, meus sinceros agradecimentos a todos que me apoiaram e contribuíram durante esta trajetória e que agora vão comemorar essa grande conquista!

Não deveríamos procurar os primeiros traços das atividades poéticas já na criança? Talvez devêssemos dizer: Cada criança, em suas brincadeiras, comporta-se como um poeta, enquanto cria seu próprio mundo, ou, dizendo melhor, enquanto transpõe os elementos formadores de seu mundo, para uma nova ordem, mais agradável e conveniente para ela.

Freud, em “O Poeta e a Fantasia”.

RESUMO

Mello, Ingrid Coelho Sales de (2015). O uso do brincar na clínica com pacientes autistas. Dissertação de Mestrado, Recife/PE.

Esta dissertação é produto de algumas reflexões originadas durante um período de trabalho em alguns CAPS na cidade de Campina Grande/PB, no qual eram realizados atendimentos em grupo, e individual, com crianças autistas. A partir dessa experiência, surgiu o interesse de pesquisar sobre o espaço relacional nesses encontros e as possibilidades de interação entre crianças com autismo e o outro. Um aspecto importante nesse período em que participei dessas atividades do CAPS, foi observar o uso que essas crianças autistas faziam da experiência do brincar, despertando-me o interesse em pesquisar o que acontece nesse fenômeno, e se é possível pensá-lo como um dispositivo favorecedor da intermediação entre a criança e o outro. 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. Assim, questões pertinentes ao autismo e ao brincar foram discutidas neste trabalho, considerando a importância da relação mãe-bebê, entendendo que uma falha nesta relação poderá trazer dificuldades no processo de amadurecimento dela. Foi nesse contexto que o trabalho teve como objetivo estudar o uso do brincar na relação da criança autista com o outro. Tratou-se de uma pesquisa de caráter qualitativa, que usou o referencial teórico da teoria psicanalítica, sobretudo winnicottiana, a respeito do autismo, bem como acerca do brincar, na condição de eixos fundamentais. Algumas discussões foram realizadas, a partir de memórias de atendimento a crianças autistas no contexto de CAPS, como ilustração para o debate sobre o brincar na terapêutica com essas crianças. 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: Autismo. Brincar. Relação terapêutica.

ABSTRACT

Mello, Ingrid Coelho Sales de (2015). The use of play in the clinic with autistic patients. Masters dissertation, Recife/PE.

This work is the product of some reflections originated during a period of work in some CAPS in the city of Campina Grande / PB, in which calls were made in group and individual with autistic children. From this experience, became interested in researching the relational space in these meetings and the possibilities for interaction between children with autism and the other. An important aspect in this period I participated in these activities CAPS, was observed using these autistic children were the experience of playing, awakening my interest in researching what happens in this phenomenon, and that you can think of it as a device favoring the intermediary between the child and others. Winnicott points out that the play is an elaborate activity that enables the creation of externality with condition for creative living, which develops thinking, knowing and learning in a meaningful way, and playing you learn to transform and use the objects the world for it to carry out and sign the gestures themselves, creating their own subjectivity. Thus, issues related to autism and the play were discussed in this paper, considering the importance of the mother-infant relationship, understanding that a failure in this regard might cause difficulties in her maturing process. It was in this context that the work aimed to study the use of play in respect of the autistic child with the other. This was a qualitative research study, which used the theoretical framework of psychoanalytic theory, particularly Winnicott, about autism and about the play, provided the cornerstones. Some discussions were held, from service to autistic children memories in the context of CAPS, as an illustration to the debate about play therapy in these children. At the end of work, it was found that the play allows the child to unravel a world beyond itself, facilitating psychotherapeutic work and the interpersonal relationship with each other and functioning as a useful therapeutic device.

Keywords: Autism. Play. Therapeutic relationship.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. AUTISMO: O QUE DIZ A LITERATURA?	17
1.1. Breve histórico e apontamentos teóricos sobre o autismo	17
1.2. O autismo e o pensamento psicanalítico de Winnicott	21
1.3. Posições atuais sobre o autismo	26
2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O BRINCAR PARA A PSICANÁLISE	39
2.1. A experiência da criatividade	42
2.2. Objetos transicionais e espaço potencial	48
2.3. A experiência do brincar	52
2.4. O brincar da criança com autismo	56
3. TERAPEUTA E PACIENTE: BRINCANTES	61
3.1. O brincar como experiência na psicoterapia	62
3.1.1. A capacidade de estar só na presença do outro	64
3.1.2. A dimensão simbólica	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78

Introdução

Entre os anos de 2003 e 2012 tive uma experiência significativa na área de Saúde Mental, no serviço público do município de Campina Grande/PB – em especial, realizando estudos e atendimentos em grupo, e individual, sobre crianças com autismo. Esse período em que atuei foi o bastante para provocar, em mim, inquietações que me conduziram a realizar esta dissertação. Fazendo um pequeno histórico acerca desse período, em 2002 entrei no curso de graduação em psicologia, na Universidade Estadual da Paraíba e, no ano seguinte, fui convidada (por uma colega de turma) a participar de grupos de estudos de psicanálise com bebês, semanalmente, na maternidade Instituto Elpídio de Almeida (ISEA), na cidade Campina Grande/PB.

Em paralelo aos estudos de textos, existiam atendimentos a bebês portadores de paralisia cerebral, em grupos de mães (com seus bebês), que utilizavam o brincar, e diversas atividades lúdicas para realizar intervenções e estimulações precoces. Foram dois anos participando deste trabalho, até o ano de 2005. Com a abertura do CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial - Infantil) comecei a participar como estagiária de psicologia, atuando em grupos de crianças com autismo. Os grupos aconteciam duas vezes por semana, e participavam duas profissionais da instituição (psicóloga e fonoaudióloga), além de duas estagiárias de psicologia. Como recurso terapêutico, utilizava-se a brincadeira, no sentido de intervir, tanto nas questões do ponto de vista fonoaudiológico, quanto psicológico.

Posteriormente, no ano de 2006, foi inaugurado na mesma cidade outro CAPSi – que tinha como uma de suas especificidades, atender bebês e crianças pequenas – sendo apelidado de CAPSINHO. Essa nova instituição era composta pelos mesmos profissionais que trabalhavam com os bebês na maternidade ISEA. A partir daí, desenvolvi atividades nesse CAPSi, na condição de estagiária, realizando atendimentos individuais à crianças com autismo. A princípio, esse novo serviço tinha a proposta de acolher meninos e meninas até sete anos de idade. Contudo, com o tempo, a demanda foi crescendo, e a proposta de trabalho foi sendo modificada – na medida em que crianças, de todas as idades (inclusive adolescentes), eram atendidas.

No ano de 2007, com o término de minha graduação no curso de Psicologia, comecei a trabalhar como psicóloga voluntária no CAPSINHO, atendendo crianças autistas – tanto individual, quanto em grupo. Esse trabalho durou o período de um ano e, em seguida, fui contratada pela Prefeitura Municipal de Campina Grande/PB, para fazer parte da nova equipe

técnica do CAPS a ser inaugurado. Este último CAPS está localizado em um distrito municipal de Campina Grande/PB, chamado “São José da Mata” – e, por ser um CAPS I (modalidade de CAPS em cidade ou distritos com até vinte mil habitantes), atende crianças, adolescentes e adultos (tanto com transtorno mental, quanto usuários de álcool e outras drogas).

Nesse CAPS I, permaneci até o ano de 2012, onde também foram atendidas, por mim, crianças com autismo, de diversas idades (em grupos e individualmente). E, devido a tais experiências, despertei o interesse em estudar a qualidade da relação dessas crianças com o outro, através do brincar. Isso porque percebi, durante os atendimentos, que as crianças tinham um desempenho melhor – no seu processo e evolução psicoterapêutica – quando brincavam. A partir dessa constatação, decidi aprofundar mais a minha compreensão sobre o brincar, e seu potencial, e investir no favorecimento das relações estabelecidas pelas crianças com autismo, através do brincar.

Assim, comecei a investir nas leituras sobre o brincar, perpassando por vários autores, tais como Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto e Donald Winnicott. Dentre eles, a teoria winnicottiana foi a que mais me chamou a atenção, devido à importância que o brincar tem na sua elaboração. Winnicott toma o brincar como um recurso fundamental para a vida do ser humano e, para ele, sem o qual, o processo de amadurecimento humano fica comprometido. Resolvi então, investigar mais sobre a relação entre o brincar e o autismo, pois percebi, na minha prática clínica (tratando de crianças com autismo), que o brincar proporcionava avanços na comunicação das crianças com os terapeutas, e uma maior desenvoltura nas ações espontâneas dessas.

Além disso, considerando que existem poucas pesquisas voltadas a esta finalidade – sobretudo quando se trata do contexto dos CAPS de Campina Grande/PB – decidi desenvolver um estudo, em nível de mestrado, no sentido de contribuir na produção de conhecimento sobre essa relação, ainda pouco explorada. Esta pesquisa visa contribuir para a realidade do serviço público que, muitas vezes, é desprovido de reflexões mais aprofundadas sobre a natureza dessas questões. Nesse sentido, as discussões que serão geradas, nesta dissertação, têm a finalidade de colaborar para um trabalho que promova transformações benéficas na vida de crianças com autismo, dos seus familiares, e no dia-a-dia de profissionais que trabalham nessa área.

Por essa razão, é cada vez mais importante o estudo sobre o autismo, mesmo ciente que sempre haverá sobre ele, dúvidas, inquietações e incertezas. Na clínica, vemos que cada

dia mais, a medicina e a pediatria – apoiadas na genética, e nas neurociências – diagnosticam casos de autismo, e vêm se aproximando do assunto, chegando a crescer e muito a demanda de crianças com o diagnóstico.

Desse modo, no que se refere à conceituação, e à etiologia do autismo, existem inúmeras controvérsias, seguindo diferentes perspectivas do conhecimento, que podem ser biológicas, comportamentais e psicanalíticas. Sendo mais simples descrever as características sintomatológicas de tal quadro clínico, poderia se dizer que o autismo, no CID 10 e DSM 5, é descrito a partir dos seguintes sintomas: dificuldade na interação social, na comunicação, e a apresentação de comportamentos restrito e repetitivo. Porém, para além de uma definição puramente classificatória, este trabalho procurará discutir o autismo, a partir das questões referentes às interações estabelecidas por essas crianças, e seu mundo, enquanto sujeito.

Se há controvérsias acerca da etiologia do autismo, também não existe um ponto de consenso na literatura, a respeito da intervenção que seria mais apropriada. Tanto existem as intervenções comportamentais e pedagógicas, como há também aquelas que levam em conta a subjetividade (a visão da psicanálise). Entretanto, a própria psicanálise também é um campo do saber que acolhe discussões quanto à definição do autismo, e que acredita ser (ainda), um quadro de diagnóstico difícil de ser definido e, principalmente, tratado. Desse modo, refletindo sobre os métodos de intervenção no tratamento do autismo, este trabalho se dedicará a estudar o brincar, pensando-o como um dos possíveis recursos terapêuticos pertinentes ao desenvolvimento da criança.

O brincar é, assim, um recurso primordial, diante das dificuldades de comunicação, e de prejuízos significativos da capacidade de interagir da criança, favorecendo ao estabelecimento do contato com o outro. Nesse sentido, Winnicott (1975) destaca que, brincando, se trabalha a subjetividade do ser humano, e estabelece (na criança) a marca da realidade – estabelecendo-lhe o tempo e o espaço. Para este autor, brincar é criar, criar uma forma não convencional de utilizar os objetos, materiais, ideias, e desenvolver a capacidade de imaginar. Permite, também, o espaço para a percepção do outro, e do novo – possibilidade de transitar entre o faz de conta e a realidade, mundo interno e mundo externo, o dentro e o fora.

Assim, sabendo da importância do brincar, destacando-o como importante elemento, que facilita o crescimento, e conduz os processos grupais, é que surge o interesse em verificar a relação dessas crianças autistas com o brincar, pensando nessa experiência como uma possível forma da criança estabelecer relação com o outro, e sair do seu “*próprio mundo*”.

Pensando na contribuição do brincar, como uma experiência que favorece a criação de si, bem como o amadurecimento humano, este trabalho entende que tal experiência pode ser um importante meio para que a criança também estabeleça boas relações com o outro. E, a partir do conceito de Winnicott, é plausível compreender o brincar como um possível favorecedor das relações e vínculos entre os sujeitos.

Desse modo, a presente pesquisa terá como objetivo estudar como o brincar repercute na relação que a criança com autismo estabelece com o outro. Pretendemos estudar especificamente: 1) o uso que a criança com autismo faz do brincar; 2) o tipo de brincadeira que ela privilegia; 3) se o brincar pode ser considerado um dispositivo que facilita a relação dessa criança com o outro e, por fim, 4) Qual uso que ela faz do outro no brincar. Para a realização deste trabalho, foram revisados os conceitos do autismo e do brincar (do ponto de vista psicanalítico, sobretudo winnicottiano).

Nesse contexto, foi possível também discutir minha experiência clínica, a partir de memórias de alguns atendimentos que realizei no CAPSi na cidade de Campina Grande/PB, no sentido de utilizá-las como ilustração para o debate sobre o brincar na terapêutica com essas crianças. Através dessas memórias de atendimentos, será estabelecida uma trama de discussão, no sentido de refletir sobre as possibilidades do brincar como uma experiência que contribui para o favorecimento da inserção das crianças com autismo nas relações interpessoais.

Desse modo, através desse debate, será verificado como as crianças com autismo fazem uso do brincar, e se esse uso possibilita, efetivamente, a relação com o outro. Para tanto, tratarei, no primeiro capítulo os seguintes pontos: 1) um breve histórico sobre o autismo e suas concepções psicanalíticas; 2) uma abordagem a respeito do que a teoria winnicottiana traz sobre o autismo, abordando em particular, a relação mãe/bebê – por se tratar dos alicerces do amadurecimento psicológico dos seres humanos; e 3) serão trazidos recortes das principais pesquisas atuais sobre o assunto, tratando sobre as diferentes formas que a psicanálise vem pensando sobre o autismo, incluindo ou não nas psicoses.

No segundo capítulo, serão apresentadas, brevemente, as concepções de Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto e Donald Winnicott, sobre o brincar. Na sequência, será abordado – com mais profundidade – o pensamento winnicottiano sobre o brincar, a criatividade, os objetos transacionais e o espaço potencial. Posteriormente, é abordada a relação entre o brincar e a criança com autismo, relacionando as questões do autismo e do brincar, como dispositivo terapêutico. Em seguida, no terceiro capítulo e último

capítulo, serão apresentadas as discussões sobre o autismo e o brincar, com relatos da minha experiência clínica, a partir das vivências nos CAPS, na cidade de Campina Grande/PB.

Nesse último capítulo fiz uma discussão sobre o brincar como experiência na psicoterapia, tendo como seus desdobramentos, uma reflexão sobre a capacidade de estar só na presença do outro, e uma análise sobre a dimensão simbólica na experiência do brincar. Cada um desses pontos foi discutido, no sentido de responder às questões propostas, como objetivos deste trabalho, dando condições para oferecer ao leitor desta dissertação, as considerações possíveis e cabíveis – como produtos desta investigação.

Capítulo I

Da Temática

1. Autismo: o que diz a literatura?

“Cada criança é um ser único, diferente de qualquer outra, que experimenta ritmo de evolução próprio tem os seus interesses e provém de um universo cultural, econômico e familiar específico; cada um é um caso, uma personalidade que desabrocha de modo diverso”.

Joaquim Azevedo

A discussão sobre a etiologia do autismo ainda hoje é controversa, pois – baseada em hipóteses, experiências e teorias – provoca divergências e contradições, tanto na Ciência Médica, quanto na Psicanálise. Embora este trabalho não tenha como foco a etiologia do autismo (muito menos sua história), é necessário contextualizar esse problema, a partir de uma breve descrição do mesmo, na infância para, em seguida, ser abordada uma concepção a respeito do autismo. Nessa perspectiva, são consideradas algumas referências importantes na elaboração de teorias sobre o autismo, em especial, um recorte sobre a questão, a partir da psicanálise, dando maior ênfase às contribuições de Winnicott.

Também são abordadas as recentes polêmicas que pairam sobre o autismo, inclusive movimentos ocorridos na França, com ressonância no Brasil, que discutem a Psicanálise como tratamento para essas crianças, uma vez que, em países como esses, as terapias comportamentais e medicamentosas estão ganhando força, e sendo propostas como únicas formas de diagnóstico e intervenção.

1.1. Breve histórico e apontamentos teóricos sobre o autismo

Durante muito tempo, na cultura ocidental, principalmente no período que compreende a Idade Média, as crianças eram colocadas em um lugar de importância inferior aos adultos. Nesse período, a infância não era entendida como um período de desenvolvimento humano. As crianças viviam em sociedade como se fossem *adultos em miniatura* (Ariés, 1973). Já no final do século XVII, as crianças passaram a ser vistas como indivíduos incompletos, sendo treinadas para se tornarem adultas e ocuparem um lugar no contexto social. A partir do século XIX, surgem as primeiras preocupações com relação ao aproveitamento das crianças nas suas atividades, em especial, as escolares (devido a questões relativas ao retardo mental), passando a ter uma concepção mais próxima da de *sujeito* (Silva, 2013).

No final século XIX, com o advento da psiquiatria dinâmica, surgem os testes psicológicos, embora que esses estudos e procedimentos (na época) ainda eram baseados apenas nos sujeitos adultos. Segundo Rocha (1985, apud Silva 2013), somente com os trabalhos de Sigmund Freud e Adolf Mayer é que se passou a buscar a origem dos transtornos mentais nos acontecimentos do passado. Esse procedimento inicia todo um estudo sobre o desenvolvimento normal e patológico ainda na infância – considerando que a criança não era mais um adulto em miniatura, mas um ser em desenvolvimento.

Nesse sentido, a criança passa a ser dotada de processos psicológicos, com fases específicas, reações peculiares, características próprias e, conseqüentemente, de uma psicologia particular. Por volta de 1910, na Psicanálise – com os estudos de Melanie Klein e Anna Freud – dá-se início aos trabalhos de análise com crianças ainda pequenas, na tentativa de compreender a etiologia das psicoses. Segundo Tafuri (2003), em 1930, Klein registrou o primeiro caso de uma criança autista, na clínica psicanalítica, a partir do tratamento do pequeno Dick, no qual ela nomeia o quadro como sendo esquizofrênico. Os traços que essa criança apresentava caracterizavam o que a psicanálise, posteriormente, denominaria de autismo.

Etimologicamente, a palavra autismo tem origem no grego “*autos*”, que significa “*referente a si mesmo*”, e utilizada pela primeira vez pelo psiquiatra alemão, contemporâneo de Freud, Eugene Bleuler, em 1911 (Tafuri, 2006). O referido psiquiatra descreve que as crianças com autismo estão fora da realidade e com grande dificuldade, ou mesmo impossibilidade de comunicação. Posteriormente, em 1943, o psiquiatra austríaco, Léo Kanner fez o uso do termo usado por Bleuler para descrever os 11 casos de pacientes que apresentavam dificuldades de se relacionarem com outras pessoas (Kanner, 1943).

Kanner identificou, em sua descrição, comportamentos comuns a esses pacientes que sugeriam uma síndrome isolada, que ele chamou de “*Distúrbio Autístico do Contato Afetivo*”, e, posteriormente, passou a ser chamada de *Autismo*. Esses comportamentos incluíam a resistência à mudança, a repetição de gestos estereotipados e o eco da linguagem. Em 1944, o pediatra austríaco, formado na Universidade de Viena, Hans Asperger publicou um artigo chamado “*Psicopatologia Autística da Infância*”, onde descreveu quatro pacientes que apresentavam forte tendência ao isolamento social.

Desconhecendo a descrição de Kanner, publicada apenas um ano antes, Asperger utilizou o termo “*psicopatia autística*” para nomear a síndrome com aspectos semelhantes à descrita por Kanner. Naquela época, os interesses e pesquisas se difundiram, surgindo duas

vertentes nos estudos pediátricos e psiquiátricos: a organicista e a psicodinâmica. A concepção organicista considera que a incapacidade inata das crianças para o contato afetivo, estaria relacionada a algumas disfunções de ordem genética, bioquímica e neuropsicológica – considerando o autismo como sendo um distúrbio do desenvolvimento, relacionando-o a um déficit cognitivo, e não a uma psicose.

Já na perspectiva psicodinâmica, existem visões distintas sobre o autismo, sendo Margareth Mahler, Francis Tustin e Bruno Bettelheim (na década de 50), os primeiros psicanalistas que consideraram o autismo como um novo campo de investigação psíquica. Segundo Cavalcanti e Rocha (2001), a psicanalista húngara Margareth Mahler, entendia que o desenvolvimento normal possui três fases distintas: 1) o autismo primário normal; 2) a simbiose; e 3) a separação/individuação. Com essa noção, Mahler concebia que a psicose infantil (nesse caso, o autismo) seria uma falha nesses processos psíquicos.

Mahler, para tratar do autismo primário normal, tomou de Freud a metáfora do “*ovo de pássaro*”, empregada para ilustrar um tipo de funcionamento psíquico em que o bebê, como se fosse um embrião de aves, satisfaz suas necessidades de modo autístico (Cavalcanti e Rocha, 2001). Sem levar em conta os cuidados maternos, não percebe a existência de uma realidade externa, vivendo de forma completamente autossuficiente. Assim, o autismo seria uma regressão ao primeiro estágio normal e primário do desenvolvimento, na qual se destacam as dificuldades de integrar as sensações do mundo externo e interno. Seria um subgrupo das psicoses infantis, em decorrência de bloqueios do desenvolvimento, e de suas funções nas relações primárias (Mahler, 1975, apud Silva 2013).

Segundo Cavalcanti e Rocha (2001) o entendimento de que na psicose infantil ocorria uma regressão a estágios primários de desenvolvimento normal do ser humano, também foi admitido pela psicanalista inglesa Francis Tustin – mesmo depois da influência que ela sofreu, através da teoria das psicoses infantis de Melanie Klein. Desse modo, Tustin propôs distinguir quatro tipos de autismo, a saber:

(...) o ‘autismo primário normal’, momento que sucede ao nascimento, presente em qualquer criança, esta de não diferenciação, sem qualquer consciência de separação; ‘autismo primário anormal’, permanência no estado de autismo primário normal devido a atropelos na relação do bebê com o meio ambiente, por dificuldades de um ou de outro; ‘autismo secundário encapsulado’ que, segundo ela, corresponderia à descrição de Kanner, em que a criança, frente às dificuldades de separação, se encapsula, recusando qualquer contrato com o objeto não eu e finalmente o ‘autismo secundário regressivo’, desencadeado durante um processo de desenvolvimento comprometido e corresponde ao que Margareth Mahler denominou de psicose simbiótica (Cavalcanti e Rocha, 2001, p. 72-73).

Posteriormente, em sua obra, Tustin (1992) acredita na existência de uma fase do autismo normal, e que o autismo patológico é uma regressão a essa fase. Em suas obras

“*Autismo e psicose infantis*” e “*Estados autísticos em crianças*”, Tustin adota as terminologias “*autismo normal*” e “*autismo patológico*”, defendendo que as crianças parecem geneticamente predispostas a lidar com situações do mundo externo de forma muito particular (Cavalcanti e Rocha, 2001). Mas, apesar de reconhecer essa predisposição inata para o autismo, ela não deixa de considerar as relações entre as mães e seus filhos, na constituição dessa patologia. Essa é a mesma opinião compartilhada com outros autores de sua época, a exemplo do próprio Kanner (que tinha uma formação médica) e de alguns psicanalistas.

Desse modo, o “*buraco negro*” é uma metáfora utilizada por Tustin para descrever o cerne da experiência autística. Trata-se de uma vivência decorrente do confronto prematuro da criança com objetos *não-eu*, contra os quais ela tenta defender-se a qualquer custo. Tustin (1992), na formulação da analogia do “*buraco negro*”, afirma que a perda do objeto, antes mesmo que seja possível a construção mental, acarreta a desagregadora vivência de um “*buraco negro*” no corpo, uma catastrófica experiência de separação. Geralmente essa situação está associada à terrível sensação de um cair sem fim, sem nenhum amparo, frente à falha radical da contenção materna, implicando em uma desagregação e deterioração de um ego rudimentar.

Nessa mesma perspectiva de pensamento, Bruno Bettelheim, acreditava na possibilidade da existência de um encontro primário com o outro que, no caso de crianças autistas, não ocorreria – visto que esta se retiraria da cena, face à ausência do desejo do outro (Bettelheim, 1987, apud Silva, 2013). Embora o autor acredite que o autismo é uma resposta a uma ameaça do ambiente, ele defendia que suas ideias estão na contramão da teoria de Mahler, no que concerne à origem do autismo, e principalmente, quanto ao seu tratamento.

Bettelheim (1987, apud Silva 2013) explica que não pode aceitar a ideia de uma criança ser “apenas meio indivíduo”, criticando a extrema importância que Mahler dá à relação simbiótica da criança com a mãe, pois reconhece o autismo como uma resposta autônoma por parte da criança. O autor possuía uma posição radical atribuindo à etiologia do autismo uma “*falha na função materna*”, sugerindo que, neste caso, a criança sofre uma espécie de “*marasmo infantil*”. Por essa razão, é importante considerar as premissas de Donald Winnicott, que abordou, significativamente, essa relação primária entre a mãe e o seu bebê, e também trouxe contribuições para a compreensão sobre o autismo, quando tratou acerca das psicoses infantis.

1.2. O autismo e o pensamento psicanalítico de Winnicott

Para Winnicott (1966/2008), não há necessidade de se fazer separações entre Autismo e as Psicoses Infantis, devido às suas semelhanças. Na contramão da maioria dos psicanalistas supracitados, o pediatra e psicanalista inglês surpreendeu a todos no momento em que afirma algo impensável até então: a “doença do autismo não existe” (Winnicott, 1966/2008, p.185). Esta afirmação demonstra que Winnicott não estava convencido de que o Autismo era uma patologia específica, e deixa claro que as crianças não poderiam ser submetidas ao tratamento do autismo.

Winnicott, em seu único texto que trata especificamente sobre a questão do autismo, em 1966, considera que a terminologia *autismo* em nada contribui para o diagnóstico e o tratamento das crianças que sofrem com esse problema, uma vez que tal patologia não existe em si, mas é um problema de desenvolvimento emocional – mediante uma dificuldade de relação com o ambiente. Segundo Cavalcanti e Rocha (2001, p.99), para o psicanalista britânico “qualquer dos sintomas que passaram a demarcar essa patologia, podem ser encontrados em muitas crianças que não são autistas, e não são reconhecidas como portadoras de distúrbios psíquicos”. Frente a essa problemática, Winnicott (1966/2008, p. 179-80) afirma que

(...) a invenção do termo autismo foi uma benção duvidosa. As vantagens estão bastante óbvias. As desvantagens estão menos óbvias. Eu gostaria de dizer que depois deste termo ter sido inventado e aplicado, estava montado o cenário para uma coisa um tanto quanto falsa, isto é, a descoberta de uma doença. Os pediatras e médicos fisicamente orientados, como um todo, gostam de pensar em termos de doença que dão uma aparência organizada aos livros didáticos.

Para o autor, no que se refere à questão do autismo, Kanner não descobriu nada de novo, tendo em vista que não concebia como uma nova patologia, apenas criou nome e cenário para o surgimento e desenvolvimento de uma doença. Não se trata, portanto, de uma oligofrenia, da qual não podemos esperar nenhum desenvolvimento e em que os sintomas estão ligados a uma lesão no aparelho orgânico. Winnicott (1966/2008) considera que “o autismo é uma organização de defesa altamente sofisticada” (p. 195), e não uma doença, ou uma disfunção psíquica. Além disso, ele afirma que,

É extremamente provável que na maioria dos casos de autismo o computador não esteja danificado e a criança seja potencialmente inteligente e continue sendo potencialmente inteligente. A doença é uma perturbação do desenvolvimento emocional e uma perturbação que avança tanto no passado que, em certos aspectos pelo menos, a criança é intelectualmente deficiente. Em certos aspectos ela pode revelar evidências de brilhantismo (Winnicott, 2008, p.181).

Contudo, ele não descarta que possa haver tendências herdadas ou variações de dano cerebral nos estágios críticos da gravidez, ou durante o processo de nascimento, mas

considera, sobretudo, a ênfase à qualidade dos cuidados iniciais destinados ao bebê (Winnicott, 1966/2008). A partir daí, para entender o sofrimento psíquico dos indivíduos, ele considera as questões relativas à história do desenvolvimento humano, tais como: fatores externos, ambientais, processos maturacionais e a própria relação familiar, que estão ligados aos problemas da relação mãe/bebê.

Assim, os problemas de ordem ambiental – especificamente a relação mãe/bebê – são primordiais na teoria de Winnicott, no sentido de explicar a questão do sofrimento psíquico – incluindo o autismo. Para ele, os estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional – pensando no bebê como um indivíduo absolutamente dependente da mãe (tendo esta um papel fundamental de lhe propiciar um ambiente seguro, protetor e confiável) – foram um dos principais eixos do seu trabalho. Segundo a teoria winnicottiana, os estágios de amadurecimento emocional dos sujeitos correspondem a períodos nos quais um bebê caminha de um estado de dependência absoluta, para a criança que passa por um estado de dependência relativa, rumo a um adulto que conquista sua independência (1978).

Para Winnicott (1978), o bebê irá depender da disponibilidade de um adulto preocupado com os seus cuidados. Isso corresponde à existência de alguém que possa contribuir para a adaptação ativa e sensível às necessidades da criança, que a princípio é absoluta, mas que alcançará a autonomia e independência de um futuro adulto. Para que a mãe possa desempenhar esse papel, ela vive em uma condição denominada de *preocupação materna primária*, onde sua sensibilidade estará intimamente ligada às necessidades do bebê. Nesta condição a mãe permite identificar-se com o bebê e, desta forma, cria condição para que o desenvolvimento do mesmo seja possível (Winnicott, 1978).

Esta especificidade gradualmente se desenvolve, e torna-se um estado de sensibilidade aumentada, principalmente durante o final da gravidez, continuando por algumas semanas após o nascimento da criança. Nesse período a mãe tem a vontade, a disposição e a condição de desviar seu próprio *self* para o bebê, lhe conferindo a capacidade especial de fazer a coisa certa. Por essa razão, Winnicott (2011, p.21) afirma que a mãe “sabe como o bebê está se sentindo”, e mais ninguém tem essa noção. Esse é o estado de dependência absoluta, no qual as necessidades dos bebês vão desde os imperativos do corpo, até outros tipos de demandas muito sutis, que só o contato humano pode satisfazer, e acrescenta:

Talvez o bebê precise deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ou mesmo ouvir e sentir os batimentos cardíacos de um adulto. Talvez seja-lhe necessário sentir o cheiro da mãe ou do pai, ou talvez ele precise ouvir sons que lhe transmitam a vivacidade e a vida que há no meio ambiente, ou

cores e movimentos, de tal forma que o bebê não seja deixado a sós com os seus próprios recursos, quando ainda muito jovem e imaturo para assumir plena responsabilidade pela vida (Winnicott, 2013, p.75-76)

Diante de vivências primitivas que estão sendo experienciadas pelo bebê, no estágio da dependência absoluta, são fundamentais as provisões ambientais para sustentar suas ansiedades, em prol do desenvolvimento maturacional do ego. Desse modo, o processo de maturação do bebê é viabilizado mediante à proteção do seu ego, de forma *suficientemente boa*, oferecida pela mãe. O que significa dizer que “a característica essencial (dentre a vasta soma de características) é a capacidade da mãe (ou da substituta da mãe) de se adaptar às necessidades do bebê através de sua capacidade sadia de se identificar com o bebê” (Winnicott, 1966/2008, p.196).

Ser uma mãe *suficientemente boa* não é apenas aquela que tem a habilidade de prover cuidados básicos como, por exemplo, a satisfação de impulsos orais da criança, por meio de uma alimentação satisfatória, uma vez que suas prerrogativas são muito mais sutis e complexas – fontes asseguradoras da capacidade criativa do próprio bebê. Assim, o bebê não é visto apenas como um indivíduo que sente fome, e que os impulsos precisam ser satisfeitos ou frustrados, mas como um ser que está continuamente acometido da possibilidade de sofrer uma ansiedade inimaginável (Winnicott, 2008).

Essa ansiedade pode ser evitada, na medida em que a mãe seja capaz de sustentar as necessidades do bebê e satisfazê-las – de se pôr no lugar da criança, e saber do que ela necessita para o cuidado geral do seu corpo, e de sua condição de sujeito (Winnicott, 2007). Uma provisão ambiental *suficientemente boa*, na fase mais inicial, permite que o bebê comece a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, dominar as pulsões e enfrentar todas as dificuldades inerentes à vida. Abram (2000) enfatiza que a mãe que não atravessa o estado de preocupação materna primária, torna-se incapaz de estabelecer uma empatia com o bebê e, portanto, não poderá oferecer-lhe o necessário suporte egóico. O bebê é deixado por conta própria.

Assim, o bebê nesse estado, encontra alternativas para reagir a essas ansiedades inimagináveis que desencadeiam intenso sofrimento psíquico, provocando impacto e trauma (reação à intrusão). Abram (2000), ao tratar da questão relativa à intrusão – na perspectiva winnicottiana – afirma que é uma situação marcada pela interrupção da continuidade do ser do bebê. Trata-se de um acontecimento de natureza intrusiva, derivada essencialmente do ambiente, mas que pode ser, tanto um acontecimento traumático, quanto reconstituente, se essa intrusão oferece condições para favorecer o amadurecimento do sujeito.

Se o bebê for protegido de forma adequada no princípio, então aprenderá gradualmente a enfrentar a intrusão, resultando no reestabelecimento de sua consciência de *self*. No entanto, se a intrusão for muito precoce e intensa, o resultado poderá ser traumático, podendo resultar em fragmentação do sujeito e danos à personalidade. Portanto, nesse contexto, a criança se sente invadida, para se proteger, podendo romper o vínculo com o ambiente, e isolar-se. O que ocorre no autismo. Com isso, Winnicott (2007, p. 59) afirma que

Todas as falhas que poderiam engendrar a ansiedade inimaginável acarretam uma reação da criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. A criança cujo padrão é o de fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, sobrecarregado no sentido da psicopatologia.

Portanto, quando a realidade é intrusiva e carente de sintonia, pode produzir a *desintegração* do sujeito, ou seja, ocorre, a fragmentação da experiência devido as invasões que obrigam o indivíduo a reagir, produzindo a *falta de integração* (Winnicott, 1990). Dessa forma, “uma falha na adaptação materna provoca uma distorção na vida individual do bebê” (Winnicott, 1990, p.122) e, sem uma provisão ambiental *suficientemente boa*, este *self* jamais se desenvolve, e o sentimento de ser real torna-se ausente.

Se as perturbações do ambiente ultrapassarem a capacidade maturacional do bebê, isso poderá produzir reações que – por acontecerem num estágio bem inicial – são acompanhadas de uma perda temporária da identidade em formação. A partir dessa concepção de Winnicott, entende-se que essas perturbações ambientais criam condições para o surgimento do autismo na criança, devido às intrusões, bem como a sensação de impossibilidade de viver criativamente.

Nesse sentido, percebe-se que a ameaça presente em todo o processo de desenvolvimento do indivíduo é a possibilidade de não se integrar (Winnicott, 1990, apud Araújo 2003), e nesse contexto pode surgir um quadro autístico na criança. Além disso, quando há fracasso na adaptação, ou ocorre uma adaptação caótica, o bebê desenvolve dois tipos de relacionamento: um secreto, silencioso com o mundo interno, essencialmente pessoal e íntimo de fenômenos subjetivos; e outro exercido a partir de um *falso self*, que se estabelece direcionado a um ambiente obscuramente, percebido como exterior ou implantado (Winnicott, 1990). No caso do autismo, é como se houvesse uma prevalência desses fracassos na relação.

Desse modo, o contexto descrito por Winnicott, evidencia que a dificuldade de relação entre o bebê e o ambiente apresenta um sentido no qual a criança vive a agonia impensável, "experimentada" durante uma invasão ou falha do ambiente para com ela, na fase de extrema

dependência do início de sua vida. Assim, Araújo (2003) afirma que as crianças que permanecem no autismo, correspondem àquelas que vivem (de forma constante) a defesa de uma *'revivência'* da agonia impensável. Nesse contexto, fica claro, que o ambiente (representado pela mãe), com sua ação criativa e transformadora, tem uma importância primordial na constituição do sujeito.

E quando os pais não oferecem à criança, ou mesmo não facilitam um ambiente propício ao amadurecimento, abrem um espaço para o surgimento de um severo bloqueio e desorganização na capacidade da criança de se comunicar com a realidade – comprometendo sua própria capacidade de criar-se a si mesma (Winnicott, 1975). Contudo, Winnicott se preocupa com o sentimento de culpa dos pais, com os desapontamentos destes por seus filhos não serem tão recompensadores, como uma criança normal. Ele afirma que as mães “se sentem culpadas antes do bebê nascer, e esperam tão intensamente dar à luz um monstro que precisam ver o bebê imediatamente depois de ele nascer, por mais exaustas que estejam. E o pai também” (Winnicott, 2008, p.189).

O autor deixa claro – em seu escrito sobre o autismo – que para os pais, muito mais difícil que discutir a relação entre o autismo e o fracasso nos cuidados iniciais, é lidar com este problema do ponto de vista social. Sobretudo pelo fato de que, muitas vezes, os pais são apontados como responsáveis pelo estado autístico do filho – o que lhes causam duplo sofrimento (um de ter um filho nessas condições, e o outro por serem teoricamente responsáveis por esse quadro). Por isso, Winnicott (2008, p.190) destaca que “fica mais fácil se a sociedade pensar que a doença se deve ao destino, ou a um ato de Deus”.

Não se trata de culpar os pais, e sim compreender as dificuldades vividas pela criança e os recursos que ela utiliza para lidar com essas experiências, que dependem não apenas das tendências pessoais herdadas, mas do que é proporcionado por aquele que faz a função materna. Assim,

(...) para curar esta criança, alguém tem que ser capaz de lhe dar os rudimentos do contato humano, e talvez neste caso um contato físico incluindo o toque concreto seja mais importante do que o que pode ser feito pela interpretação verbal. Se no tratamento de uma criança autista puder ser feita alguma coisa para compensar o que a mãe deixou de fazer no momento crítico, então a criança pode alcançar um lugar no qual faz sentido ela ficar zangada pelo fracasso (Winnicott, 2008, p.192).

É preciso possibilitar a essas crianças, e suas famílias – através do trabalho terapêutico – um acolhimento desses sofrimentos psíquicos, em prol da condição natural da restauração da saúde. Com isso, promover um ambiente onde a criança possa criar seu próprio mundo, retomando seu processo de integração, a fim de que venha tomar consciência de si

mesmo, possibilitando libertar seu processo criativo. Assim, é possível que surjam as primeiras manifestações de linguagem, e a capacidade de brincar, na criança com autismo. Começam a ser dados os primeiros passos para as relações objetais, que levam à capacidade de adotar símbolos, e da existência de uma área entre o bebê e o outro.

Portanto, no processo maturacional, o brincar será fundamental, pois tal experiência favorece à criança, a conquista de seu espaço para construir seu mundo interior. Segundo Silva (2013) o brincar é utilizado como um importante recurso terapêutico, funcionando como um importante elo para se estabelecer uma relação com a criança, é um modo de aproximação, de ser e estar junto. É uma atividade que constitui a subjetividade, que permite manter em comunicação e interligada às várias dimensões da experiência do eu. Mesmo que a criança autista esteja imersa em seu próprio mundo psíquico, é preciso aventurar-se, e apostar no brincar com essas crianças; pois essa experiência “facilita o crescimento e, portanto, a saúde” do sujeito (Winnicott, 1975, p.63).

1.3. Posições atuais sobre o autismo

Atualmente, no campo de estudos sobre a infância, pesquisadores de diversas áreas das Ciências Humanas, da Saúde e da Psicanálise, demonstram interesse crescente sobre a temática do autismo. Nos meios de comunicação, o assunto vem sendo difundido em telenovelas, noticiários e documentários, que divulgam campanhas de conscientização, descobertas de novos meios para diagnósticos. Novas perspectivas terapêuticas, além da busca para se melhorar a convivência com sujeitos autistas (principalmente crianças), também são preocupações do cotidiano.

As pesquisas são crescentes e várias hipóteses vêm sendo levantadas sobre a origem desse problema, além do crescimento do número de crianças com autismo, que vem acontecendo. Nos Estados Unidos, no ano de 2014 – segundo as últimas estatísticas do “*Centers for Disease Control and Prevention*” (CDC) – uma, em cada 68 crianças, apresenta o autismo. Outra informação importante, desse mesmo Centro, é que entre os anos de 2000 e 2002, estimou-se que a cada 150 crianças, uma possuía o autismo. Isso nos faz constatar que, nos Estados Unidos, ocorreu um aumento em 120% na incidência do transtorno, no intervalo de 12 anos.

No Brasil, que tem a maior população da América do Sul, o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), no Manual de Diretrizes de Atenção e Reabilitação de Pessoas com Transtorno

do Espectro Autista (TEA), informou que a prevalência do autismo é de um caso para cada 88 nascimentos. No *Primeiro Encontro Brasileiro para Pesquisa em Autismo*, estimou uma prevalência de aproximadamente 500 mil pessoas com autismo em âmbito nacional, baseando-se no Censo de 2000 (Fombonne, 2010). Dentre os poucos estudos, há uma pesquisa piloto que identificou uma prevalência de aproximadamente 0,3% de pessoas com o transtorno (Fombonne, et. al, 2011).

Mas, de acordo com os próprios autores, dada a pouca abrangência da pesquisa, e a escassez de estudos epidemiológicos sobre a questão, não há, por enquanto, estimativas de prevalência confiável em nosso país. Mesmo assim, diante desses dados, podemos afirmar que o autismo tem se tornado um dos transtornos mais comuns em crianças e, segundo apontam os dados, pelo menos, no que se refere às Américas, do Norte e do Sul, os dados são de proporções epidêmicas. Desse modo, é possível se questionar sobre as razões pelas quais ocorreu um aumento tão expressivo desse transtorno. Sobre isso, Kupfer (1999) afirma que o autismo é um transtorno próprio da modernidade. E, para tanto, ela aponta para

(...) uma representação social da infância na sociedade moderna marcada por uma reafirmação narcisista e por um ocultamento do sentido da história do sujeito por meio de uma pseudoinformação oferecida pela educação. (Volnovich, 1993 *apud* Kupfer, 1999, p.100).

Já, o antropólogo Grinker (2010, *apud* Silva 2013) analisou o autismo como um fenômeno global, e procurou entender como o autismo era visto em diversos países, considerando, não apenas a questão biológica, mas discutindo que tal “*grupo de sintomas*” era tratado de acordo com a época e o lugar. Por outro lado, do ponto de vista psicanalítico, Cavalcanti (2014) afirma que o número exacerbado de crianças diagnosticadas com autismo, deve-se ao fato de muitos profissionais (em maioria, neurologistas e pediatras), estarem seguindo a prática de diagnosticar o transtorno na medida em que uma criança preenche uma lista de sintomas pré-estabelecidos.

Para Cavalcanti (2014), andar na ponta dos pés, gostar de girar objetos, “fuga do olhar” etc. (sem se levar em consideração o contexto psicossocial das crianças), são alguns dos sintomas que levam tais profissionais a estabelecerem o diagnóstico de autismo às crianças. No entanto, muitos desses sintomas são expressos nas mais diversas situações, ou em características psíquicas próprias de cada criança, e não necessariamente são indicadores de autismo. Eles podem ser sinais de alerta, de que algo na criança não está indo bem, e que ela precisa receber maiores atenções, inclusive, no sentido de uma intervenção precoce.

Sobre essa questão, para detecção desses sinais de alerta, existe hoje, numa perspectiva psicanalítica, a “*Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de Risco para o*

Desenvolvimento Infantil”, que apresenta indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil, enfatizando a importância de sinais de detecção precoce, a fim de reduzir a probabilidade de cronificação dos quadros clínicos. Esse estudo validou um instrumento para detecção de problemas do desenvolvimento em crianças, auxiliando os profissionais da atenção básica a diagnosticar sinais de risco, e encaminhá-las (o mais rápido possível) para acompanhamento – no sentido de que a criança sofra o mínimo de dano possível, na sua vida futura (Silva 2013).

Porém, além desses indicadores, há outros recursos para se diagnosticar o autismo, e outras dificuldades do desenvolvimento. Atualmente, principais recursos para diagnóstico do autismo, por parte de médicos e neurocientistas, são: 1) a Classificação Internacional de Doenças – CID-10, da Organização Mundial da Saúde – OMS; e 2) o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que atualmente está na sua quinta atualização (DSM-5). Na CID – 10, o autismo é visto na dimensão biológica, e colocado na categoria dos *Transtornos Mentais e Comportamentais*, classificando na letra “F”, sendo do F 84.0 ao F 84.9, subcategorias do Autismo, que pertencem aos Transtornos Globais do Desenvolvimento.

Do mesmo modo, no DSM-5, o Autismo é um sofrimento psíquico contido na categoria dos *Transtornos do Neurodesenvolvimento*, e independe das diversas formas de sua manifestação. Com isso, tanto a CID-10, quanto o DSM-5, estabelecem critérios que devem ser seguidos, na avaliação e diagnóstico do transtorno. Nesses manuais é possível perceber que o Autismo é diagnosticado a partir da diversidade dos sintomas apresentados. Presença, precariedade ou ausência de fala, difícil contato social – ou até mesmo a inexistência dele – além de algum tipo de deficiência cognitiva, bem como sua incompatibilidade, com a relação à idade, são alguns dos orientadores para diagnóstico de transtornos mentais.

Porém, no DSM 5 (o mais recente manual), há uma diferença na categorização do autismo. Antes, os chamados “Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGDs” (antiga nomeação para o diagnóstico do Autismo) apontavam para três formas de manifestação desse quadro, a saber: 1) o Transtorno de Rett; 2) o Transtorno Desintegrativo da Infância; e 3) o Transtorno de Asperger. Com o advento do DSM-5, todos foram unidos em um só diagnóstico, denominado *Transtorno do Espectro Autista*. Mesmo assim, o referido manual, fazendo tais modificações, ainda não consegue alcançar a complexidade que existe na compreensão etiológica de um diagnóstico dessa magnitude.

Para que seja constatado o autismo em uma criança, não basta apenas que seja preenchida uma lista de sintomas previamente estabelecidos, nem é suficiente a realização de

exames laboratoriais – além do fato de que não existem marcadores biológicos para seu diagnóstico. Até hoje, não se encontrou nenhuma correspondência genética, metabólica ou neurológica para a origem, ou manifestação de autismo. Esse diagnóstico sempre se fez baseado, unicamente, em sinais clínicos que devem ser compreendidos por um profissional qualificado que irá se pautar fundamentalmente em observações e entrevistas (Queiroz 2010).

Por esse motivo, o autismo é confundido com muitas outras síndromes ou outros transtornos. Essa visão psicodinâmica do autismo continua sendo confrontada com a perspectiva mais organicista dos estudiosos do transtorno. Segundo Costa e Nunesmaia (1998), estudos buscam caracterizar variáveis neurológicas, psiquiátricas e genéticas, para um melhor entendimento e diagnóstico do autismo. Isso sugere a hipótese de uma herança multifatorial, tendo em vista a recorrência familiar e o percentual de consanguinidade entre os pais. Assim, nos casos de autismo, o perfil genético-familiar mostraria uma maior concentração de portadores de distúrbios neuropsiquiátricos, se comparados à população em geral.

Porém, como já apontado anteriormente, a corrente psicodinâmica não considera o autismo um problema oriundo unicamente dos aspectos neurológicos, psiquiátricos e genéticos. Psicanalistas, como Laznik (2000), Kupfer (1999) e Jerusalinsky (1993) levam em conta as ordens subjetiva e relacional dos sujeitos e, nesse sentido,

O autismo não seria nem o efeito de uma falha genética, nem o efeito de “interações ambientais” entendidas como o faz a psicologia americana, mas uma consequência da falha no estabelecimento da relação com o Outro, quer por que o outro materno não esteve disponível, quer por que falha no bebê a permeabilidade biológica no significante (Kupfer, 1999, p.99).

Contudo, atualmente, Marie Christine Laznik, vem ampliando seu posicionamento, e desenvolvendo estudos sobre o autismo, mas recorrendo aos estudos da neurociência. É uma postura, segundo ela, de não supervalorizar a dimensão psíquica (simbólica), e que não minimiza o aspecto orgânico do indivíduo humano, buscando, assim, um equilíbrio entre essas duas condições do mesmo ser (que é, ao mesmo tempo, sujeito e organismo).

Segundo Laznik (2011, apud Silva 2013) a epigenética, como herança do código genético dos genitores, não define a constituição do autismo, mas decide a forma que ele vai se traduzir fenotipicamente. Esta tradução depende dos fatores neuronais, orgânicos e ambientais, e essa condição é fundamental para se entender o autismo. Por isso, para ela, o fato da criança não alcançar o chamado “*Terceiro tempo da pulsão*”, quando o bebê entra na linguagem, se deve também a esses fatores neuronais, orgânicos e ambientais – e não por

questão, apenas de ordem simbólica e subjetiva. Entretanto, a herança genética não determina a constituição do autismo, e sim a sua articulação com os fatores ambientais.

Deste modo, essa posição de Laznik, de considerar as questões orgânicas dentre os aspectos etiológicos do autismo, não quer dizer que ela se afastou da psicanálise, uma vez que, a autora se sustenta na noção de *apoio* proposta por Freud, amparada no orgânico, levando-se em conta que o inconsciente tem um corpo que não dá para ser separado. Segundo Roza (2000), Freud quando fala da noção de *apóio*, está se referindo ao apóio da pulsão sobre o instinto, ou seja, as pulsões sexuais, que só secundariamente se tornam independentes, apóiam-se nas funções vitais que lhes fornecem uma fonte orgânica, uma direção e um objeto. “O que caracteriza a noção de apoio é o fato das pulsões sexuais estarem ligadas, em sua origem, às pulsões de auto-conservação” (Roza, 2000, p.120).

Deste modo, Laznik continua apostando na emergência do sujeito, propondo abrir e ampliar para novos campos. Portanto, por mais que existam questões orgânicas envolvidas, a psicanálise investiga a dimensão da subjetividade, considerando o ser e sua condição de sujeito, por excelência.

Nesse sentido, considerando uma contribuição contemporânea da psicanálise para o autismo, Jerusalinsky (1993) propõe que se entenda esse quadro como uma *quarta estrutura clínica*, além das três outras propostas por Lacan: neurose, psicose e perversão. Em uma entrevista à revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, o psicanalista argentino, Alfredo Jerusalinsky, declara apoiar-se na ideia de que no autismo não há inscrição de sujeito, se opondo à psicanálise clássica, de orientação lacaniana, que supõe a ocorrência de um recuo do *sujeito* diante de experiências traumáticas na relação com o *Outro Primordial*. Desse modo, Jerusalinsky (1993) afirma que

No que se refere à lógica que articula a posição do sujeito a respeito do significante, eu diria que entre psicose e autismo não há nenhuma identidade de estrutura, porque num caso se trata da forclusão e no outro se trata da exclusão. É evidente que no campo lacaniano não há unanimidade neste ponto, porque há quem considere (segundo a lógica que tome como referente) a exclusão como um caso particular da forclusão, mas esse não é o meu ponto de vista. A diferença entre forclusão e exclusão consiste em que, no caso da forclusão, se produz uma inscrição do sujeito numa posição tal, que esta inscrição não pode ter consequências na função significante. No caso da exclusão, não há inscrição do sujeito; no lugar em que a inscrição deveria se encontrar, se encontra o Real, ou seja, a ausência de inscrição. Esta diferença radical de estrutura conduz a efeitos clínicos observáveis (p.63).

Com essa afirmação, Jerusalinsky faz uma distinção entre a psicose e o autismo, entendendo o autismo como uma *exclusão* do sujeito, não a forclusão (no caso da psicose, em Lacan), nem a destituição do sujeito – pois, assim, não seria psicanálise. Para ele, por não se ter produzido a ligação entre a inscrição e o Real, é possível um deslocamento dessa

inscrição original (Jerusalinsky, 2001). Assim, o autor se posiciona no sentido de afirmar a pluralidade do ser humano, e suas possibilidades de mudança – uma vez que, na infância, as *estruturas* psíquicas, ou psicopatológicas infantis, são de natureza provisória. Afinal, essa fase é caracterizada pela ligação definitiva entre o significante e o ato.

Porém, o problema em estabelecer a diferença entre o autismo e a psicose – na atualidade – não acaba em Jerusalinsky. Kupfer também é uma psicanalista que afirma existir diferença entre autismo e psicose infantil. Inclusive, segundo ela, há vantagens para se fazer esse tipo de diferenciação, quando ela afirma que “havendo duas estruturas, será possível formular a hipótese de que há passagem de uma para outra, o que explica a fenomenologia peculiar de muitos casos clínicos” (Kupfer, 1999, p. 106). Entretanto, as ideias de Jerusalinsky e Kupfer não são as únicas, quanto à questão da relação entre a psicose infantil e o autismo. Há quem defenda que não haja a necessidade de se fazer tal separação.

Segundo Rocha (2002), o próprio Lacan é um dos que defende a posição de que não há diferença entre o autismo e a psicose infantil. Segundo ele, o autismo seria “a forclusão do nome-do-pai, ou em outros termos da teoria lacaniana, haveria o processo de alienação, mas fracassaria a separação” (Rocha, 2002, p. 01). A proposta de Lacan (1988/1998) sobre a *forclusão* considera que há um impedimento da inscrição de um elemento terceiro, para estabilizar a relação imaginária. Seria uma impossibilidade de inscrição do Real no sujeito, e isso caracterizaria o surgimento de um quadro autístico. Para Lacan, apud Rocha (2002), não haveria diferença entre autismo e psicose infantil, pois o quadro clínico de uma criança com autismo faz parte da psicose.

No entanto, no livro “*Pensando sobre Crianças*”, Winnicott (2008) afirma que o autismo é apenas um nome atribuído a um quadro de dificuldade do amadurecimento infantil, e que não se tem nada que possa especificar a ocorrência do autismo como um diagnóstico bem definido. Ainda, segundo o autor, do mesmo modo que se usa o termo esquizofrenia para um sofrimento psíquico, também se usa o termo autismo para designar um sofrimento psíquico. E por isso ele afirma – de forma até irônica – que “a invenção do termo autismo foi uma benção duvidosa. As vantagens estão bastante óbvias. As desvantagens são menos óbvias” (Winnicott, 2008, p. 179).

É notável que exista uma rica, e vasta discussão a respeito do autismo, e que a Psicanálise tem muito a contribuir na compreensão desse problema que acomete à vida de tantos sujeitos. Entretanto, mesmo a Psicanálise tendo uma produção tão vasta e rica, sobre o problema do autismo – a partir de uma perspectiva psicodinâmica – quando se trata de fazer

uma intervenção sobre a questão, atualmente, tende-se a se procurar uma linha de trabalho organicista. Das psicoterapias solicitadas pelos pais de crianças com autismo, até as políticas públicas de saúde mental, há uma tendência maior em se buscar tratamentos que visam investigar causas orgânicas, para tratamentos compatíveis com as origens do problema.

Além disso, afirma-se que a abordagem psicanalítica a esse tipo de problema demanda muito tempo, é oneroso e se tem poucos resultados. O que vem acontecendo é, na verdade, consequência da tendência atual da medicina, e particularmente da Psiquiatria Biológica, que tendem a objetivar os comportamentos e as emoções humanas. Sob esse ponto de vista biológico, todas as emoções, afetos e comportamentos são reduzidos às alterações bioquímicas ou genéticas, e a história singular de cada um não teria nenhuma influência. É mais fácil aceitar a fatalidade, a doença, do que fazer todo um trabalho de elaboração e de reflexão, para uma melhor compreensão das questões relacionais inconscientes que estão envolvidas (Queiroz, 2010).

Porém, paradoxalmente, até hoje, não se encontrou nenhuma correspondência genética, metabólica ou neurológica para o diagnóstico de autismo. Esse diagnóstico sempre se fez baseado unicamente em sinais clínicos. Segundo Queiroz (2010), foi a pressão de lobbies econômicos, e de interesses outros, que se espalharam pelos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, que impôs a causalidade orgânica, e ampliou a descrição para o que se convencionou chamar de espectro autístico. A partir de então, o autismo se tornou um problema social e político, fazendo parte do programa eleitoral de muitos candidatos (Queiroz, 2010).

Essa situação desfavorece o trabalho de pessoas que se dedicam intelectualmente a respeito da questão do autismo, bem como no desenvolvimento de ações terapêuticas. Preconceitos ideológicos, interesses econômicos, desconhecimento sobre a temática, oportunismo político etc., são alguns dos fatores que comprometem o trabalho de profissionais que lidam com o autismo de forma séria e responsável.

Não se pode perder de vista a importância da prática clínica, e a vida dessas crianças que estão em sofrimento. É importante e necessário que estudos e pesquisas sejam intensificados, pois embora existam muitas dúvidas sobre a etiologia, parece haver um consenso sobre a importância que o diagnóstico e a intervenção precoce têm sobre as possibilidades de desenvolvimento sobre a criança com autismo. Nesse sentido, a Psicanálise tem uma vasta contribuição nesse campo de pesquisa e atuação, mas sempre é alvo de críticas, sobretudo pelo fato de que é uma abordagem que prioriza o sujeito (enquanto singularidade).

Ao longo das décadas, a Psicanálise vem sofrendo transformações, e vem sendo alvo de críticas, ensejando a abertura de novas propostas terapêuticas – sobretudo de cunho organicista. A prova disto é que em oito de outubro de 2003, na França, foi proposta a “*Emenda Accoyer*”, que sugere a regulamentação do exercício das psicoterapias, preterindo a psicanálise do contexto das psicoterapias para crianças com autismo. Paralelamente, o mercado das psicoterapias foi se tornando cada vez maior, e os discursos científicistas e mercadológicos começaram a dar ênfase à Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).

Essa situação mobilizou os psicanalistas de forma intensa, ocorrendo vários fóruns, e maiores investimentos nas discussões entre psicanalistas franceses sobre a questão. Em novembro de 2003 foi criado um documento chamando “*Manifesto Psi*” reunindo diversos profissionais: psicanalistas, psicólogos clínicos, psiquiatras; em torno da petição para que a “*Emenda Accoyer*” fosse suprimida e bloqueada. Nesse documento foi proposto o direito da pessoa em sofrimento escolher seu psicoterapeuta, sem interferência do Estado, e o dever dos profissionais de apresentarem publicamente suas garantias, por meio de suas associações e escolas (Aflalo, 2012, p.20).

Assim, em meio a diversos embates, em dezembro de 2003, a emenda foi retirada, mas o Ministério da Saúde Francês solicitou que fossem entregues a eles os registros de todas as instituições psicanalíticas da França. Mesmo após a retirada dessa emenda, as discussões continuaram, e em fevereiro de 2004 houve a publicação de uma avaliação do *Instituto Nacional de Pesquisa Médica e de Saúde* (uma organização pública francesa, exclusivamente dedicada à pesquisa biológica, médica e de saúde pública). Nessa avaliação, a psicanálise foi desqualificada, e a psicoterapia cognitivo-comportamental ganhou força e lugar de destaque – o que produziu um conflito acirrado entre psicanalistas e cognitivistas.

Já em 2005 o mesmo Ministério da Saúde da França compareceu ao fórum “psi” e se mostrou favorável à psicanálise de Freud e Lacan (Araujo, *et. al.*, 2013). Também, no que diz respeito ao tratamento do autismo na França, de acordo com Laurent (2011), o Comitê Consultivo Nacional de Ética (CCNE) ocupa-se das discussões sobre o autismo e, na sua perspectiva, tal Comitê contribui para categorizar o autismo como uma síndrome – um problema de ordem cognitiva. Além disso, identifica o método psicanalítico como obsoleto e ultrapassado, inclusive acusando a Psicanálise de ser responsável por produzir culpa dos pais (especialmente as mães), na causa do sofrimento dos filhos.

Essa relação, no sentido de causalidade, entre a ocorrência do autismo e a forma como os pais (em particular as mães) se relacionam com os filhos, surge na década de 1950,

nos escritos de Kanner, por meio da expressão “*mães geladeiras*” (Cavalcanti e Rocha, 2001), e não com a Psicanálise. A afirmação feita pelo psiquiatra austríaco assinala para o fato de que o autismo surgiria, a partir da frieza afetiva com que as mães se relacionavam com seus filhos. Não com a mesma analogia de Kanner, mas na mesma linha de raciocínio, Bettelheim atribuía à etiologia do autismo, a existência de uma “falha na função materna” (Cavalcanti e Rocha, 2001). Mas tais afirmações são de médicos, e não de psicanalistas.

Por isso, esses entendimentos foram refutados por psicanalistas e, inclusive, pelo próprio Kanner, que em 1968, reconheceu a fragilidade da relação que fez entre o autismo e as mães. Mas, ainda acham que a Psicanálise é um recurso psicoterapêutico precário, e minimizam sua relevância para o tratamento de crianças com autismo. A documentarista Sophie Robert, no filme “*Le Mur*” (O Muro), publicado em setembro de 2011, é uma dessas pessoas que diminui a importância da Psicanálise na abordagem terapêutica de crianças com autismo.

Nessa produção, a documentarista acompanha duas crianças que têm tratamentos distintos: uma que está sendo tratada pelo método comportamental; e outra que está sendo atendida por psicanalistas. Nesse paralelo, Sophie Robert privilegia os avanços da criança que é atendida pelo método comportamental, e aponta para certa precariedade da psicanálise no tratamento da criança com autismo. A autora do documentário foi processada por três psicanalistas entrevistados, os quais afirmaram que os conteúdos de suas entrevistas foram modificados, prejudicando a compreensão acerca das contribuições da Psicanálise para o tratamento de crianças com autismo.

Esses psicanalistas exigiram a retirada do filme da internet, e cerca de 400 mil euros de indenização. Recentemente, saiu um veredito favorável aos psicanalistas, mas dificilmente se conseguirá evitar a exibição do filme, que já está amplamente disponível na rede. Por isso, Laurent (2012) aponta para o fato de que a ficção “*Le Mur*”, e as polêmicas dessa natureza, dificultam a compreensão acerca da pluralidade do complexo tratamento de crianças com autismo. Além disso, em oito de março de 2012, a “*Haute Autorité de Santé*” (HAS) – na tradução literal, *Alta Autoridade da Saúde* – entidade de autoridade pública (na França), editou um documento que orienta o tratamento do autismo visando menor custo e maior eficácia (Perrone, 2012).

Essa entidade pública descreveu, em detalhes, condutas a serem seguidas pelos profissionais de saúde, que atuam na clínica do autismo, no sentido de lançar novas medidas para seu tratamento. É um documento que deixa clara sua prioridade com relação às condutas

(em uma perspectiva cognitiva), porém, aponta para a necessidade de se fazer uma releitura psicanalítica da questão. A proposta de uma releitura psicanalítica vem de uma das mais importantes psicanalistas da França, Geneviève Haag (experiente psicanalista que estuda e atua nessa área).

O propósito da iniciativa de Geneviève Haag segue no sentido de evidenciar os aspectos psicodinâmicos da patologia do autismo, mas que haviam sido ignorados ou desconhecidos no documento. O intuito da HAS era fundamentar as diretrizes para o tratamento do autismo, desconsiderando possíveis questões teóricas, ideológicas, podendo causar um possível embate político (Araújo et. al., 2013). Em contrapartida a este discurso, o *Partido Comunista Francês* lançou uma nota, considerando que a equipe de saúde tem direito de recorrer à relação terapêutica de sua escolha, do mesmo modo que o paciente tem direito a escolher o seu terapeuta (Silva, 2013).

Trata-se de outro problema, visto que um partido político não tem competência, nem prerrogativa de intervir em questões relativas à forma que se conduz um estudo, ou uma ação terapêutica. Além disso, o Partido Comunista Francês defende o tratamento dos transtornos mentais mediante à normatização dos comportamentos, utilizando-se de terapia farmacológica, associada aos métodos pedagógicos. Com isso, é importante considerar que as discussões sobre a orientação teórica ou terapêutica, usadas nas políticas públicas, não estão sendo feitas apenas por aqueles que conhecem do assunto (estudiosos e profissionais).

Por isso, aqui no Brasil, também surge outro desdobramento importante a esse respeito, que é o Projeto de Lei proposto pelo Deputado Daniel Fasquelle, que visa a proibir o acompanhamento psicanalítico de pessoas autistas, a favor dos métodos educacionais e comportamentais. Seu intuito era ajudar as pessoas a lidar com o autismo, alegando que o método psicanalítico além de ser dispendioso ao Estado, não apresentava resultados significativos que justificassem seu elevado custo (Perrone, 2012). Algo semelhante ao que fez o Partido Comunista Francês.

No entanto, no Brasil, o *Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública* (MPASP), com início no final de 2012, adquire força, quando uma série de profissionais em rede virtual, manifestam seu repúdio ao Governo do Estado de São Paulo, por algumas ações da Secretaria de Saúde do Estado, em relação ao tratamento do autismo. Segundo Smolianinoff (2013, p. 04),

Em 04 de setembro de 2012 foi noticiado pelo Diário oficial do Estado de São Paulo um Edital de Convocação para Credenciamento pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Instituições

Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Tal edital especificava que os psicólogos deveriam ser “comprovadamente da linha Cognitivo Comportamental”, além de ser exigido, do responsável pela instituição, uma declaração de que ali só se utilizasse “métodos cognitivos comportamentais validados na literatura científica”, cabendo também a estes profissionais a avaliação psicológica do nível cognitivo e comportamental dos pacientes.

Em consequência dessa postura do governo de São Paulo, se teve notícia da tentativa de fechamento do Centro de Referência da Infância e da Adolescência (CRIA), que funciona desde 2002, conveniado à Secretaria de Saúde de São Paulo. Este Centro é reconhecido pelo atendimento a indivíduos em situação de grave sofrimento psíquico, bem como campo de pesquisa e formação de profissionais. O argumento utilizado é pelo fato da “abordagem ser essencialmente psicanalítica, fugindo um pouco do mainstream da psiquiatria atual”. Porém, o cancelamento foi revogado, a partir de manifestações de profissionais e instituições contrários a este (Silva, 2013).

Esses acontecimentos repercutiram de forma marcante, na sociedade psicanalítica, que decidiu se unir para debater respostas, posicionamentos e pensar ações para fazer frente a essa marcha reducionista. Foi uma forma de fazer frente à tentativa de se impor uma única forma de abordagem terapêutica para o atendimento do autismo, esquecendo as trocas necessárias, na comunidade científica, e os testemunhos de evoluções terapêuticas realizadas com outras abordagens – tais como os que a psicanálise sempre promoveu. Diante dos fatos ocorridos, psicanalistas e terapeutas de diversas instituições de orientação psicanalítica, trabalharam no sentido de enfrentar essa perspectiva limitada/limitante, no tratamento de crianças com autismo.

Atualmente, integram esse movimento (MPASP) cerca de 500 profissionais, entre eles psiquiatras, psicólogos, pediatras, neurologistas, psicanalistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, acompanhantes terapêuticos e psicopedagogos. Todos trabalham no campo da saúde mental, e estão inseridos em clínicas e no campo acadêmico. Recentemente, no ano de 2013, o programa “Fantástico”, da Rede Globo de Televisão, exibiu, com o Dr. Drauzio Varela, a série: “Autismo: Universo Particular”.

O programa foi alvo de diversas críticas. O MPASP apontou para uma suposta falta de ética, bem como um desconhecimento científico sobre o autismo, por parte do autor da série. Com isso, o MPASP elaborou uma carta aberta, com bastante embasamento sobre o descaso, desconhecimento e irresponsabilidade com que veicularam o problema do autismo para milhões de pessoas, causando mobilização e insegurança, além de angústia, nas famílias de sujeitos com autismo.

A carta teve como meta contribuir para o esclarecimento da população sobre o assunto, estimulando para que programas jornalísticos, e de divulgação científica, possam veicular informações sérias e efetivas, sobre o autismo e seu tratamento – uma vez que se trata de um tema de grande relevância para a saúde pública atual. Assim, percebe-se que esses acontecimentos, na França e no Brasil, parecem anunciar implicações políticas e econômicas preocupantes diante dessas polêmicas instaladas em torno do tratamento do autismo. Segundo Silva (2013) isso acontece por existirem interesses financeiros com esses métodos comportamentais e medicamentosos, pois, afinal: qual seria o interesse da indústria farmacêutica na cura do autismo, e nos fenômenos comportamentais?

Desse modo, pensando na lógica reducionista, o diagnóstico e a cura, na visão dos cognitivistas, seria apenas extinguir os comportamentos e sinais existentes nos manuais psiquiátricos (CID-10, DSM-5). Para eles, somente a utilização dos métodos comportamentais de tratamento (TEACCH, ABA, PECS) combinado com o uso da medicação, podem produzir algum efeito para essas pessoas. Contudo, precisa-se pensar também nas intervenções psicanalíticas e que papel o terapeuta tem nesses casos, que não é o de “analisar” o autista – como em uma “*análise freudiana*” – mas na realização de uma provisão ambiental adaptativa às necessidades do indivíduo (Silva, 2013).

Por fim, entende-se que a Psicanálise, nesse momento, precisa estar aberta para debates que revelem o teor de sua preposição, teórica e metodológica, acreditando que não é possível fazer frente a uma única forma de abordagem terapêutica, considerando que isso traria um reducionismo à pluralidade do ser humano. Mas, afirmar o lugar da Psicanálise na defesa do sujeito, e evidenciar que a criança com autismo é um sujeito, mesmo que com especificidades e singularidades que não são facilmente compreendidas.

Capítulo II

Da Teoria Psicanalítica sobre Brincar

2. Considerações sobre o Brincar para a Psicanálise

*O tempo da vida é uma criança que brinca,
colocando pedrinhas aqui e ali. Reinado de criança.*

Heráclito de Éfeso.

As discussões sobre o brincar na psicanálise tiveram início entre os anos 1907 e 1908, quando Freud, em seu texto “*Escritores Criativos e Devaneio*”, tratou dessa questão, fazendo um paralelo entre o brincar da criança e a fantasia do adulto. No texto, Freud (1977) afirma que ao brincar, toda criança se comporta como um escritor criativo, pois ela cria um próprio mundo, leva muito a sério sua brincadeira e dispende, nessa experiência, intensa carga emocional, distinguindo perfeitamente seu mundo de brincadeira, do mundo real. Segundo ele, o escritor criativo faz o mesmo que a criança que brinca, pois ele cria um mundo de fantasia, o qual leva muito a sério, investindo uma grande quantidade de emoção, enquanto mantém uma separação nítida entre o mesmo e a realidade.

Mais tarde, Freud (1920) apontou para as questões do brincar, se referindo à psicoterapia com crianças. Ele relaciona o brincar a um processo construtivo do sujeito, ao relatar a brincadeira do seu neto, de um ano e meio de idade, o que chamou de *fort-da*. Naquela ocasião, Freud observou que na brincadeira, a criança lançava um carretel amarrado a um cordão, e quando este desaparecia, ela falava “*fort*” (lá), e quando o carretel aparecia, exclamava “*da*” (aqui) – ambos, termos alemães. Para Yañes (1994), essa brincadeira parece facilitar, à criança, o suportar a ausência da figura materna.

Após essa experiência com seu neto, Freud conclui que brincar é também uma satisfação, e uma elaboração de vivências traumáticas. Pois, segundo ele, sua base está alicerçada no princípio do prazer, e na transformação do que vive passivamente, no domínio ativo, por meio da repetição do jogo. Além disso, o brincar também se apresenta como sendo uma experiência importante de aprendizagem (Freud, 1920). Mais tarde, seguindo a mesma linha de raciocínio do pai, Anna Freud desenvolve toda uma teorização sobre a função do brincar, numa perspectiva pedagógica, e como controle das pulsões, quando afirma que o brincar contribui para a criança aprender a ligar com suas atividades auto-eróticas (A. Freud, 1976).

Nesse sentido, Anna Freud (1976) faz sempre um movimento de colocar o brincar como uma experiência de passagem, como um recurso para que a criança apreenda a realidade do mundo, superando sua precária condição de bebê – ainda nos primeiros contatos com a mãe. Quanto a isso, ela admite, em parte, a ideia de transicionalidade de Winnicott, ao considerar que os objetos de superfície macia são espécies de substitutos de toda a superfície da pele materna (no que se refere aos objetos). Porém, distancia-se da concepção winnicottiana, quando faz toda uma incursão sobre a função do brincar como “atividades que satisfazem diretamente um instinto componente ou, então, são investidas de energias instintivas deslocadas e sublimadas” (A. Freud, 1976, p.74).

A ideia sobre um brincar, como método pedagógico para a criança apreender o mundo, está evidenciada no livro “*Infância Normal e Patológica*”, no qual Anna Freud toma como exemplo os hobbies, as divagações, os jogos de competição e os passatempos, como forma de ilustrar a experiência dos adultos com relação ao mundo real. Dessa forma, os conteúdos inconscientes da infância estão ligados às experiências reais do sujeito, através da brincadeira. Ela creditava, por exemplo, que apenas a verbalização, ainda incipiente na criança, ligaria os conteúdos inconscientes à consciência, e o brincar com as palavras faria esse trabalho.

Porém, a contribuição de Anna Freud na psicanálise estava apenas circunscrita ao universo das crianças maiores de sete anos, trabalhando com a interpretação dos sonhos e na produção de desenhos da criança (Simon, 1986). Embora ela tenha feito investigações sobre momentos mais primitivos da vida do bebê, foi de forma muito incipiente. Mas, desde aí, já se tem uma significativa relevância e contribuição da Psicanálise para o trabalho da clínica com o brincar. Porém, esse não era o único ponto de vista acerca do tema, na Psicanálise. Também seguindo a teoria freudiana, Melanie Klein, por volta de 1930, não investe na importância pedagógica do brincar das crianças, como fez Anna Freud.

Para Klein (1997), a função do brincar era estabelecer a comunicação dos conteúdos inconscientes da criança. E, segundo ela, também seria através do brincar que se tornaria possível estabelecer comunicações, entre o analista e a criança, bem como as possíveis interpretações desses conteúdos. Nesse sentido, Klein desenvolve ainda mais a compreensão sobre o brincar, como uma técnica de trabalho psicanalítico com crianças, acreditando ser viável uma efetiva análise infantil com o uso do brincar, no sentido de trazer conteúdos suficientes para a interpretação e para a relação transferencial.

Além disso, Klein (1997) enfatiza que a intensa expressão do mundo interno da criança vem através do brincar, pois “quando a criança brinca, a criança mais age do que fala. Ela coloca atos – que originalmente ocupam o lugar de pensamentos – no lugar de palavras; isto significa que ‘*acting out*’ é para ela da maior importância” (Klein, 1997, p.29). A psicanalista entende que, brincando, as crianças revelam suas curiosidades sobre a sexualidade dos pais, sobre sua origem e, com isso, observa que o núcleo específico do jogo é semelhante ao das fantasias de masturbação – propiciando, no brincar, a descarga das fantasias sexuais da criança. Para Klein (1997), é possível perceber que crianças gravemente enfermas apresentam dificuldades na experiência do brincar, realizando um jogo repetitivo e sem simbolização.

Porém, no que se refere à questão relativa à simbolização, e saindo um pouco das contribuições da Escola Inglesa de Psicanálise (A. Freud e M. Klein), Françoise Dolto também faz considerações sobre o brincar, mas no sentido de não considerar sua importância.

No *Seminário de Psicanálise de Crianças*, Dolto (2013) chega a ser enfática – na orientação dada ao *Participante* de seu seminário – que deve ser dito à criança: “Não estou aqui para brincar” (p. 23). A psicanalista francesa está muito mais preocupada com o significado do brincar, e não com a experiência do brincar. Para Dolto (2013), o brincar não é um fazer importante na psicanálise, mas a palavra, sim. Para ela, a criança é um ser de fala, e todo o exercício psicanalítico deve ser voltado ao trabalho com a fala, com a palavra, com o significado que a criança dá a essas palavras.

Retomando a Escola Inglesa de Psicanálise, e enfatizando a importância que o brincar tem para o amadurecimento humano, sem negar as contribuições de Melanie Klein e Anna Freud, revisemos as contribuições de D. Winnicott. É consenso entre os psicanalistas, que Winnicott foi um dos mais importantes estudiosos do brincar, na psicanálise, assim como foi quem mais se aprofundou na relação primária entre a mãe e o seu bebê, criando toda uma teoria sobre a transicionalidade. E, nesse sentido, na década de 1950, Winnicott contribuiu de forma profunda, e original, para o pensamento psicanalítico – em especial para as questões sobre o brincar e a prática clínica.

Como pediatra, ele inicia seus trabalhos atendendo bebês e dedicando-se aos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo, e às questões relativas ao brincar. Sua teoria é inovadora, pois, para ele “o brincar precisa ser estudado como um tema de si mesmo, suplementar ao conceito de sublimação do instinto” (Winnicott, 1975, p.60). Nesse sentido, o pensamento winnicottiano destina ao brincar um estatuto diferente do

postulado por Klein, por exemplo, ao não levar em conta a atividade masturbatória como sendo um brincar da criança. Para Winnicott, o brincar é uma experiência criativa, essencial para a constituição do *self*, e introduz o fenômeno da transicionalidade.

2.1. A experiência da criatividade

Viver criativamente constitui um estado saudável, e de que a submissão é uma base doentia para a vida.

Donald W. Winnicott.

A noção de criatividade, fundamental no pensamento winnicottiano, tem um sentido inovador e diferente, em relação à concepção freudiana e kleiniana. Freud enfatizou que a criatividade do adulto está vinculada a sua teoria da sublimação, e Klein associou a criatividade a aspectos reparadores inerentes à posição depressiva (que se estabelece algumas semanas ou meses após o nascimento). Na obra de Winnicott, a criatividade surge como um elemento fundamental da própria constituição e amadurecimento do ser humano, tendo suas raízes nos primórdios da vida, e no centro da relação mãe-bebê.

Na chamada *Primeira Mamada Teórica* – que Winnicott se refere às primeiras experiências do bebê, nos três ou quatro meses de vida (baseadas na qualidade da relação mãe/bebê) – a criança não tem apenas a capacidade de incorporar algo do ambiente, mas “tem sim uma contribuição pessoal a fazer” (Winnicott, 1990, p.130), ou seja, apresenta algo de próprio e singular na troca com o mundo. Quando esse contato com o mundo é criativo o bebê pode se “apropriar” da realidade, enriquecendo-se com a experiência pessoal. Nesse sentido, Winnicott (1975) entende que é através da experiência criativa “que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida” (p.95), e acrescenta:

Para ser criativa, uma pessoa tem que existir, e ter um sentimento de existência, não na forma de uma percepção consciente, mas como uma posição básica a partir da qual operar. Em consequência, a criatividade é o fazer que, gerado a partir do ser indica que aquele que *é está vivo*. Pode ser que o impulso esteja em repouso; mas, quando a palavra “fazer” pode ser usada com propriedade, já existe criatividade. Winnicott (2011, p.23).

Nesse sentido, o fazer é fundamental para que o sujeito seja quem ele é, e o brincar é o fazer, por excelência, na experiência humana, pois está na base das relações entre o eu e o outro. Quando a criança brinca, ela está vivendo, operando, agindo na direção do outro, e essa relação – proporcionada pela experiência do brincar – é a evidência de que ela (a criança) está

sendo quem é. Assim, para Winnicott (1975), a criatividade remete à ideia de construção do valor e do sentido da vida. E, na sua singularidade, o sujeito vive a criatividade, na medida em que conduz sua própria vida, mediante um impulso natural, que tende ao amadurecimento, quando há uma integração do sujeito consigo e com o outro.

Portanto, criatividade, *a priori*, é uma característica presente no sujeito, e constitui proposição universal. Porém, ela pode ser sufocada, e quase não se desenvolve se houver falhas ambientais. Segundo Lejarraga (2012), quando o bebê não tem oportunidade de ter um contato criativo com a realidade, ele estabelece uma relação de submissão, o que produz sensação de inutilidade e de que nada importa. Isso pode ser observado em crianças que, apresentando um quadro de autismo, têm dificuldades em viver experiências criativas, submetendo-se à precariedade do ambiente. Nesses casos, é como não fossem oferecidos, a criança, recursos para superar as limitações do seu contexto, através do brincar.

Dessa forma, o contato com o mundo externo perde sentido, e as vivências relativas à realidade não se tornam significativas, pois a experiência criativa do brincar não aconteceu a contento. Em outros termos, as crianças com autismo parecem não conseguir se constituir a partir de experiências de si mesmas, já que são desprovidas do que é próprio ou pessoal, possível, somente, mediante a criatividade. Sobre o assunto, Winnicott (1975) afirma que

Descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida ou, então, que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver. Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê (p.102-103).

De fato, na literatura sobre o autismo, há indícios de que a experiência que a criança tem com o ambiente – principalmente nas relações mais primitivas – é marcada por uma relação qualitativamente prejudicada, entre a criança e o ambiente (nesse caso, a própria mãe – a função materna). Obviamente que não se trata de culpabilizar um ou outro, na relação – já que, na teoria winnicottiana, mãe e bebê interagem – mas, é importante considerar que há um comprometimento, sim, nessa relação primária. A criatividade, e a possibilidade que a criança tem de emergir, enquanto sujeito, é prejudicada, e esse contexto é igualmente marcado pela ausência do brincar, como experiência criativa.

Portanto, a criatividade “é a manutenção através da vida de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo” (Winnicott, 2011, p.24) e, em sendo ausente essa capacidade, ou dificultada, é possível que haja prejuízo para que essa criança se torne um sujeito.

Quanto a isso, Winnicott fez referência a uma *criatividade primária*, já que o impulso criativo é primário e espontâneo, sendo a um “mundo criado de novo por cada ser humano, que começa o seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica” (Winnicott, 1990, p.130). Um momento em que a criança é, juntamente com a mãe/ambiente, autor da criação de suas experiências e de sua própria existência. A capacidade de criação, a partir da ilusão de que tudo que existe é criado pelo bebê, esteja prejudicada na criança com autismo, uma vez que suas expressões tendem a ser repetitivas, além do fato dela ficar presa a poucas possibilidades de expressão.

Na teoria winnicottiana, há a concepção de que, mesmo que nós (adultos) saibamos que o mundo já existia, no início, o bebê não sabe disso – e tem a ilusão de que ele é quem o criou. Essa ilusão é muito importante na constituição psíquica, pois lhe dá a sensação de onipotência e, por isso, há toda uma disposição para que suas ações sejam baseadas na perspectiva criativa. Do mesmo modo, é igualmente necessária a existência de uma mãe *suficientemente boa* que, gradualmente apresente o mundo à criança de forma contínua – sem rupturas – favorecendo o surgimento de uma compreensão intelectual, de que o mundo é anterior a ela.

Assim, essa experiência da ilusão, quando repetida inúmeras vezes, permite ao bebê estabelecer contato prazeroso e real com o mundo, passando a acreditar que existe uma relação viva e satisfatória entre o mundo e ele próprio – o que realmente ocorre nos tempos iniciais. Nas palavras de Winnicott (1982, p.101),

Um milhar de vezes houve a sensação de que o que era querido era criado e constatado que existia. Dai se desenvolve uma convicção de que o mundo pode conter o que é querido e preciso, resultando na esperança do bebê em que existe uma relação viva entre a realidade interior e a realidade exterior, entre a capacidade criadora, inata e primária, e o mundo em geral, que é compartilhado por todos.

A experiência de ilusão conduz ao importante sentimento de onipotência. O bebê vive essa experiência como um fato, no início da vida, pela extrema adaptação materna – já que é constituída e alimentada pelos cuidados dessa mãe/ambiente. Aos poucos a ilusão de onipotência deve ir se desfazendo, uma vez que o mundo não corresponde às necessidades e desejos do bebê em sua totalidade, e a criança abre mão dessa fantasia, para viver a experiência da transicionalidade. Ao que se apresenta, no caso de crianças autistas, é que essa passagem não acontece, e não existe essa transicionalidade, ficando o bebê imerso na ilusão, na fantasia, vivendo uma espécie de rigidez desse mundo particular em que vive.

Por isso a importância da função materna, no sentido de favorecer ao bebê as experiências suficientes de ilusão da onipotência, além de apresentar – gradual e

continuamente – as falhas inevitáveis do ambiente (a precariedade), para que ele (o bebê) abandone, da mesma maneira, tal fantasia. Fazendo esse movimento, a criança passa a aceitar não apenas o mundo que está em sua volta, como também continua sua experiência criativa, só que não mais a partir da fantasia de onipotência. Esse contexto não só é possível pela experiência do brincar – como próprio do espaço potencial (transicional) –, como também necessita da continuidade, para que a criatividade seja possível.

O brincar é fundamental para que o bebê possa viver a ilusão da onipotência, e essa mesma experiência é o recurso que lhe serve para se desiludir e reconhecer a existência de uma realidade objetiva – para assim, desenvolver as experiências da transicionalidade e enriquecer sua criatividade. Portanto, segundo Lejarraga (2012), é essencial que a criança tenha tido a experiência de ser criador do mundo, para que se constitua e fortaleça sua capacidade criativa, condição para dotar o mundo de valor e sentido, e continua: “Se a criança não cria o mundo, ou seja, se não tem a experiência pessoal de estar participando ativamente, com algo próprio, do contato com a realidade, essa realidade não adquire consistência e valor” (Lejarraga, 2012, p.78).

Assim, quando o viver criativo não se estabelece de forma satisfatória, e as crianças não experimentam um ambiente favorecedor para suas experiências primárias, entram em sofrimento psíquico e não conseguem vivenciar as etapas de ilusão e onipotência, formando um *falso self* defensivo. A ocorrência disso é sua incapacitação para viver a experiência de realidade externa, o que lhe impossibilita vivenciar as relações de *não-eu* com o mundo externo, e entrar no mundo simbólico – sem vivenciar os objetos transicionais, nem o brincar. Nesses casos teremos aquilo que, para Winnicott (1975), é identificado como doença (em termos psiquiátricos), como algo oposto à saúde.

Desse modo, a falha ambiental acaba por interromper a continuidade do ser, e assim, o indivíduo se fecha em si mesmo (como no caso do autismo). A criança se fecha no seu mundo, ficando impossibilitada de vivenciar as atividades externas e as relações. Isso prejudica a capacidade de brincar na criança, uma vez que não consegue entrar no simbolismo, criar um espaço potencial e vivenciar as relações humanas satisfatórias. Assim, em decorrência de uma relação entre o bebê e uma mãe “insuficientemente” boa, pode-se gerar uma dissociação do *falso self* com o verdadeiro, e a possível formação de um quadro autístico.

Essa dedução é possível devido ao fato de que, numa relação mãe-bebê incapaz de garantir as necessidades básicas para a constituição da subjetividade e da singularidade, o

gesto espontâneo do bebê não é continuado. O bebê é submetido à necessidade de se adaptar ao ambiente, formando um *falso self*, na tentativa de manter o *verdadeiro self* inacessível as condições traumáticas – e protegendo-o das agonias impensáveis (Winnicott, 2007). Sobre isso, Winnicott (1978, apud Neto, 2010) diz que o *falso self*, desenvolvido na base da submissão, não pode alcançar a autonomia, necessária à maturidade.

Poder-se-ia caracterizar um quadro autístico, no qual a criança – tentando se proteger da intrusão, ou da insuficiência da mãe/ambiente – passa a viver uma situação na qual não consegue estabelecer uma relação com o outro de forma espontânea, talvez, um exemplo de *falso self* defensivo. E, nesse contexto, para favorecer uma possível inserção dessa criança em um espaço que potencialize sua capacidade criativa, estima-se ser o brincar um recurso importante.

Com crianças autistas é imprescindível trabalhar no sentido de favorecer a criação de um espaço intermediário, entre ela e o outro, para que ela viva (gradual e continuamente), a experiência de criatividade, e venha a existir de forma subjetiva. O brincar será o ponto de partida para que a criança comece a constituir sua subjetividade e estabeleça contato com o mundo de forma criativa, pois, o estado de ser saudável tem relação direta com a capacidade do indivíduo de viver criativamente. Winnicott (1975) acreditava “que viver criativamente constitui um estado saudável, e de que a submissão é a base doentia para a vida” (p.95).

Assim, saúde e doença estão relacionadas, não apenas à concepção de amadurecimento da criança, mas ao sentido que esse sujeito dá a vida – sobretudo se existe a experiência de criatividade, ou não. Winnicott reconhece que uma lesão orgânica pode afetar uma criança e ocasionar limites em sua vida – seja em sua rotina, ou na capacidade cognitiva, e no seu desenvolvimento biopsicossocial. Porém, sua ênfase está no amadurecimento psíquico da criança, e defende que a vinculação desse sujeito a um diagnóstico resiste à tentativa da criatividade. Ele inspira o raciocínio de que se ofereça à criança condições para que ela viva com criatividade, para além de um possível diagnóstico. Por isso, afirma que

É necessário considerar a impossibilidade de uma destruição completa da capacidade de um indivíduo humano para o viver criativo, pois, mesmo no caso mais extremo de submissão, e no estabelecimento de uma falsa personalidade, oculta em alguma parte, existe uma vida secreta satisfatória, pela sua qualidade criativa ou original a esse ser humano (Winnicott, 1975, p. 99).

Portanto, segundo Winnicott (2011), para uma existência criativa não é necessário nenhum talento especial. Trata-se de uma necessidade universal, de uma experiência genérica na qual, mesmo os esquizofrênicos podem estar vivendo criativamente – por se tratar de uma atividade mental secreta. É nesse sentido, também, que podemos pensar ser possível que uma

criança com diagnóstico de autismo possa ter, em seu recôndito psíquico, experiências criativas que lhe favoreçam uma relação com o outro. Acreditamos que o brincar seja um recurso importante para essa proposta, visto que se trata de uma experiência que favorece a criatividade, e que acontece na relação com o outro.

Também é relevante deixar claro que o conceito de criatividade, desenvolvido por Winnicott, não se relaciona à ideia de criação de obra de arte, ou de qualquer expressão do universo artístico (embora também o seja), mas ao simples fato de estar vivo, apropriando-se de si, e criando-se a si mesmo. Segundo Winnicott (2011) “A criatividade é própria do estar vivo - de tal forma que, a não ser que a pessoa esteja em um estado de repouso, ela está sempre tentando, de algum modo, alcançar algo, de maneira que, se houver um objeto no caminho, pode haver um relacionamento” (p.26). É, portanto, a partir da criatividade que os objetos e fenômenos transicionais irão se desenvolver, tendo continuidade no brincar, na arte e na cultura.

Desse modo, Winnicott (1975) apresenta sua compreensão acerca do brincar como um desenvolvimento do que ocorre nos fenômenos transicionais. O brincar já se inicia desde os primeiros momentos da vida do bebê, quando a mãe permite uma verdadeira comunicação, sem possibilidades de serem estranhos um ao outro. No entanto, para que isto ocorra, é necessário que o ambiente/mãe tenha se adaptado às necessidades do bebê, de maneira tal que este tenha adquirido uma confiança em si mesmo e no mundo. E, no caso do autismo, essa comunicação não ocorresse, ou estivesse severamente comprometida. Essa ruptura entre ela e o outro, seria uma tônica na criança com autismo, e assemelhando-se a uma precariedade na comunicação – existente desde o nascimento do bebê.

Quando ocorre uma comunicação suficientemente boa (usemos essa expressão), a mãe adapta-se às necessidades de seu bebê, que gradativamente se desenvolve em personalidade e caráter – fenômeno que parece não existir ou há com desconfiança, na criança com autismo. Essa adaptação concede-lhe certa medida de fidedignidade, e essa experiência que o bebê tem, durante certo período de tempo, origina nele (e na criança que cresce), um sentimento de confiança. A certeza que o bebê sente na fidedignidade da mãe e, portanto, na de outras pessoas e coisas, torna possível uma separação do *não-eu*, a partir do eu (do *self*). Portanto, é necessário que exista essa segurança na relação mãe/bebê para que a comunicação seja possível.

Ao mesmo tempo, pode-se dizer que essa separação é sustentada (suportada) pelo preenchimento do *espaço potencial* – com o brincar criativo – com o uso de símbolos, e com

tudo o que acaba por se somar a uma vida cultural (Winnicott, 1975). Nesse contexto, o brincar acontece nessa área intermediária, entre a mãe e o bebê, iniciando um relacionamento com a realidade externa, proporcionando o amadurecimento e a saúde do indivíduo (Winnicott, 1975). Através do brincar, a criança inicia relacionamento com o outro, preparando para os relacionamentos emocionais, bem como os contatos sociais, e acreditamos que a criança com autismo pode também viver essa experiência, podendo lhe favorecer condições para superar alguns limites, muitas vezes impostos pelo rótulo do diagnóstico.

2.2. Objetos transicionais e espaço potencial

A noção de objeto transicional é uma das mais importantes descobertas em Psicanálise.

Jean J. Lacan

Por volta da década de 50, Winnicott publicou o texto mais difundido, e famoso, de sua obra, intitulado “*Objetos transicionais e fenômenos transicionais*”. Nesse período, não havia – na literatura psicanalítica – qualquer estudo que relacionasse a realidade interna com a externa. E, mesmo os conceitos freudianos de princípio do prazer e princípio da realidade, tendo oferecido grande contribuição, não abordaram o processo transicional em si (Abram, 2000). Também, segundo o mesmo autor, os conceitos de Melanie Klein acerca do mundo interno e das fantasias do bebê, não dão conta do impacto provocado pelo mundo exterior, que foi tão bem discutido por Winnicott.

A teoria winnicottiana considera o amadurecimento humano, quando o bebê emerge de seu estado subjetivo, ao passo que se torna objetivo (pensando simbolicamente), e encontrando uma área intermediária – que não é inteiramente subjetiva e nem objetiva, mas transicional. Sobre isso, em seu artigo publicado inicialmente em 1959, “*Objetos transicionais e fenômenos transicionais*”, Winnicott escreve:

É sabido que os bebês, assim que nascem, tendem a usar o punho, os dedos e os polegares em estimulação da zona erógena oral, para satisfação dos instintos dessa zona, e também em tranqüila união. É igualmente sabido que, após alguns meses, bebês de ambos os sexos passam a gostar de brincar de bonecas e que a maioria das mães permite a seus bebês algum objeto especial, esperando que eles se tornem, por assim dizer apegados a tais objetos (Winnicott, 1975, p. 13).

Aqui se destaca que os fenômenos transicionais têm variabilidade infinita, sendo impossível classificá-los, uma vez que os bebês fazem uso próprio (pessoal) de cada objeto

que está em seu alcance, tais como ursinho de pelúcia, fraldas, paninhos etc. Desse modo, a importância do fenômeno não reside no objeto em si, mas no uso que o bebê faz dele, ou seja, no tipo especial de uso – transicional – que o bebê é capaz de fazer, de algum objeto pertencente à realidade externa (Lejarraga, 2012).

Por essa razão o brincar é um recurso fundamental nesse processo transicional, uma vez que permite, favorece à criança viver a experiência transicional. Quando a criança brinca com os objetos, ela os coloca em movimento (entre a fantasia e a realidade), estabelecendo essa dinâmica entre presença e ausência, imaginação e realidade, alegria e tristeza etc.. No brincar, a criança cria condições para que essa transicionalidade possa acontecer, suportando essa relação tensa de contrastes que ela ainda não era capaz de viver. A invenção do espaço potencial, ou fenômeno transicional, acontece na experiência do brincar, que cria condições para que a criança faça suas próprias incursões rumo ao mundo a ser explorado.

Por isso, Winnicott (1975) entende que “algo mais é importante aqui, além da excitação e da satisfação orais, embora estes possam ser a base de todo o resto” (p.14). Este é um momento em que o bebê criará condições para reconhecer o objeto como *não-eu*, e vai “criar, imaginar, inventar, originar, produzir um objeto” (Winnicott, 1975, p.14), iniciando um tipo de *afeição* para com o objeto, que remete à relação com a mãe/ambiente, em momento de tranquilidade, e de experiência de mutualidade. Assim, o objeto externo adotado pelo bebê é a sua primeira posse, e constitui-se no símbolo da passagem que o bebê faz da experiência de adaptação da mãe às suas necessidades – na transição do período de *dependência absoluta*, para a *dependência relativa* – no qual passa a entender que a mãe não faz parte dele mesmo.

Isso ocorre devido ao fato de que, embora o objeto externo represente a totalidade dos componentes da maternagem, ele também retrata a capacidade que o bebê possui para criar aquilo de que ele mesmo necessita (Abram, 2000). Portanto, os termos “*fenômenos transicionais*” e “*objetos transicionais*” em Winnicott (1975) designam a área intermediária de experiência, entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido. Nesse sentido, gradual e continuamente, o bebê – conduzido pelo impulso criativo espontâneo – cria, imagina ou inventa o objeto e vai sendo desiludido. Isso faz com que seja possível a diminuição do sentimento de onipotência; e, com isso, ele se dá conta (pelo menos parcialmente), da existência do objeto como sendo *não-eu* (Lejarraga, 2012).

No *fenômeno transicional*, o bebê começa a construir objetos verdadeiramente *não-eu*, “diferentes-de-mim”, na sua trama pessoal, e inicia o contato com a realidade – vivendo experiências transicionais (Winnicott, 1975). Com o uso desses objetos transicionais, o bebê

passa gradativamente a desenvolver um controle do objeto por manipulação, porque está sendo desiludido, e percebe que o objeto não se submete totalmente à sua onipotência criadora – sendo portador de “algo” desse *não-eu* (Lejarraga, 2012). Além disso, é importante ressaltar que para Winnicott (1975, p.17) “não há diferença digna de nota entre menino e menina em seu uso da posse original ‘não-eu’, que estou chamando de objeto transicional”.

Os objetos transicionais ficam entre o subjetivo (a criação ilusória do bebê) e o objetivo (o objeto da realidade compartilhada que lhe foi dado); entre o *eu* e o *não-eu* – pertencendo ao espaço do “entre”, a área intermediária ou *espaço potencial*. Nesse caso, o fator *tempo* é indispensável, tanto para o estabelecimento do espaço potencial, quanto para sua manutenção – pois o objeto transicional é instável e poderia perder sua significatividade. Assim, através da experiência de ilusão, proporcionada pela mãe *suficientemente boa*, é permitido ao bebê ter contato com a realidade, sendo essencial para o uso dos objetos transicionais.

Gradativamente, o bebê começa a ser desiludido e a aceitar a diminuição da sua onipotência. Ao mesmo tempo em que a realidade objetiva começa a se misturar com a realidade subjetiva, mas sem que o bebê aceite (por completo) a existência da realidade compartilhada. Nesse caso, o bebê usa o objeto transicional, ao passo em que destrói o objeto na fantasia, que representa a igual destruição daquele ambiente/mãe primitivo (Lejarraga, 2012). É relevante que o objeto usado pelo bebê, como transicional, seja sentido como real e indestrutível (para ele), pois além de ser uma posse *não-eu*, o mesmo deve também ser capaz de sobreviver à destruição.

No caso de crianças com autismo, parece não haver essa destruição do objeto, e a criança fica presa ao próprio objeto, ou a algum tipo de estereotipia, por exemplo. Inclusive, nesses casos, quando se tenta tirar esses objetos da posse de uma criança com autismo, ela entra em absoluto desespero, e desamparo, pois ela não tem a noção de que os objetos transitam. Por isso que esse processo de destruição e sobrevivência do objeto – próprio do fenômeno transicional – permite ao bebê ingressar na transicionalidade, e começar a fazer uso desses objetos. Contudo, é importante mencionar que pode ocorrer de não existir objeto transicional,

(...) à exceção da própria mãe, ou então, o bebê pode ser tão perturbado em seu desenvolvimento emocional, que o estado de transição não pode ser fruído, ou, ainda, a sequência dos objetos usados é rompida. A sequência, não obstante, pode manter-se às ocultas (Winnicott, 1975, p.18).

Na criança saudável, gradual e continuamente, quando ela é capaz de usar objetos, e consegue distinguir realidade e fantasia, os objetos transicionais perdem sua significação, mas

não se tornam perdidos, são afastados a uma espécie de borda – ou limbo (Winnicott, 1975). Sobre os *fenômenos transicionais*, Winnicott (1975) observa que um dos seus destinos é a *difusão*, pois, para ele, “os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a ‘realidade psíquica interna’ e ‘o mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum’, isto é, por todo o campo cultural” (p.19).

Portanto, os *objetos transicionais* estão destinados a serem abandonados (deixados de lado), como visivelmente as crianças fazem quando estão brincando. O brincar é uma experiência que ilustra bem a ocorrência desse movimento que a criança faz, em abandonar o objeto – mesmo sabendo que depois pode tê-lo de volta. A sensação de que pode destruí-lo, mas criá-lo novamente, sem que isso lhe cause algum prejuízo – inclusive de proporções devastadoras. Nesse sentido, é importante pensar que o *espaço potencial*, como território neutro de experiência, durará para toda a vida. Segundo Winnicott (1975, p.28-29)

Presume-se aqui que a tarefa de aceitação, da realidade, nunca é completada, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa, e que o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência que não é contestada (artes, religião, etc).

Sobre o assunto, Winnicott (1975) ressalta que quando o ser humano desenvolve uma base de confiança, para viver satisfatoriamente as primeiras experiências de ilusão, é capaz de desfrutar (mais na frente) diversas atividades. Elas começam no brincar infantil, mas se estendem à música, à dança, aos esportes, ao cinema etc., que pertencem ao espaço potencial. O que significa dizer que o fenômeno transicional não é apenas um acontecimento restrito à infância – assim como o brincar – mas estende-se por toda a vida do sujeito, como fonte da própria vida. Essas atividades da vida cotidiana, quando cheias de criatividade, permitem ser consideradas atividades do espaço potencial, que é um lugar infinitamente variável, em que se desenvolve no brincar e em toda a experiência cultural.

Por isso, Lejarraga (2012, p. 85), afirma que “é também o espaço em que é possível simplesmente existir e relaxar, entrando em contato com aspectos não integrados da personalidade”, mas que favorecerá a esse processo de integração do indivíduo com o ambiente, contribuindo com a criatividade do sujeito. Portanto, o *espaço potencial* (fenômeno transicional) é, por excelência, o lugar do brincar, da criatividade, da vida. E, no que se refere ao tratamento de crianças com autismo, uma ferramenta dessa importância, não poderia deixar de ser considerada, e integrada nas reflexões acerca de como minimizar as dificuldades desse quadro clínico.

2.3.A experiência do brincar

O brincar é o fazer em si; um fazer que se constitui de experiências culturais, que é universal e próprio da saúde, porque facilita o crescimento, conduz a relacionamentos grupais, podendo ser uma forma de comunicação da criança com os outros e com o mundo.

Donald W. Winnicott

Winnicott (1975) acredita que o mais importante no brincar é o seu acontecimento, em si mesmo, e não os possíveis significados que ele tem. Não se deve dar tanta atenção à análise do que a brincadeira representa, mas a ocorrência dela, e o que ela é capaz de fazer na vida dos sujeitos, e das crianças em particular. É a ação do brincar que tem maior relevância, no pensamento do psicanalista inglês. E, nesse sentido, ele acrescenta:

Fazemos um simples comentário sobre a possibilidade de que, na teoria total da personalidade, o psicanalista tenha estado mais ocupado com a utilização do conteúdo da brincadeira do que em olhar a criança que brinca e escreve sobre o brincar como uma coisa em si (Winnicott, 1975, p.61).

Diferente das correntes psicanalíticas que privilegiam aspectos interpretativos (como nos casos de Klein e Dolto), a proposta winnicottiana é fazer do brincar um recurso em si, no sentido de facilitar e promover uma experiência criativa para a criança. Além disso, segundo sua teorização acerca do brincar, aponta para o fato de que essa experiência não deriva da satisfação instintiva, pelo contrário, “a excitação das zonas erógenas ameaça constantemente o brincar e, portanto, ameaça o sentimento que a criança tem de existir como uma pessoa” (Winnicott, 1975, p.77). Isso pelo fato de que, mesmo fazendo uso do corpo, e da excitação física, o brincar não perpassa a dimensão instintiva e orgânica. Na concepção winnicottiana,

O brincar é inerentemente excitante e precário. Essa característica *não* provém do despertar instintual, mas da precariedade própria ao interjogo na mente da criança do que é subjetivo (quase-alucinação) e do que é objetivamente percebido (realidade concreta ou realidade compartilhada. (Winnicott, 1975, p.77).

Nesse sentido, considera que o brincar é próprio da natureza humana (sendo assim universal), fazendo parte de sua saúde psíquica. Para ele essa experiência inicia quando é criado um estado de confiança entre a mãe e o bebê e “começa a fruir experiências baseadas num ‘casamento’ de onipotência dos processos intrapsíquicos com o controle que tem do real” (Winnicott 1975, p.70-71). Essa conjuntura de segurança, que ocorre mediante o acontecimento do *fenômeno transicional*, faz com que a criança brinque, e viva as tensões próprias das relações entre o eu e o *não-eu*, a fantasia e a realidade. A ilusão de onipotência do bebê conecta-se com a realidade, e a criança passa a se apropriar do mundo.

Essa experiência criativa que o bebê possui já tem início nos primeiros contatos com a mãe, fazendo-a de *Playground* – onde o brincar tem início. Para Winnicott (1975, p. 71) “o *playground* é um espaço potencial entre a mãe e o bebê, ou que une mãe e bebê”. Portanto, é no *espaço potencial*, no qual acontece a experiência de transicionalidade, que as brincadeiras e a expressão cultural se desenvolvem e acontecem. E, diferente de um processo de hereditariedade – até mesmo no que se refere a questões de ordem cultural – o que acontece na realidade, é que o sujeito – desde cedo – já se torna um autor da própria cultura e da própria vida (dada a importância que o brincar tem na teoria winnicottiana).

E para que a criança, ou adulto, possam usufruir do brincar e da cultura, é necessário que o *espaço potencial* tenha significação, ou seja, esteja baseado em um sentimento de confiança na fidedignidade do ambiente (Winnicott, 1975). Portanto, em todas essas atividades que pertencem ao *fenômeno transicional*, desenvolve-se a criatividade, ao mesmo tempo em que se constitui, bem como se fortalece a experiência de *si-mesmo*. É por essa razão que, tanto para a criança, quanto para o adulto, o brincar é fundamental para a experiência com o mundo, bem como para a descoberta do *self*. Por isso, é possível conceber, também, que essa mesma experiência pode oferecer à criança com autismo essa descoberta do *self*.

Fazer com que a criança com autismo possa ser entendida como alguém que está além do rótulo do diagnóstico, e, portanto, capaz de viver experiências criativas – através da experiência do brincar. Isso porque “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação” (Winnicott, 1975, p.79). A criança com autismo, antes de estar com autismo, é criança, e também é sujeito. Acreditar nisso é confiar na criança, e essa segurança é uma ferramenta essencial para que o fenômeno transicional ocorra, fazendo com que o brincar seja possível, e a criatividade aconteça.

O brincar é uma experiência criativa por excelência, uma experiência na continuidade *espaço-tempo*, uma forma básica de viver (Winnicott, 1975). Essencialmente o brincar satisfaz, sendo extremamente excitante, uma vez que emerge da precariedade das relações, favorecendo a relação entre a realidade psíquica pessoal, e a experiência de controle de objetos reais. E, ao que parece, no caso de uma criança com autismo é como essa satisfação não existisse, mas apenas uma espécie de compulsão, que pouco se assemelha a uma experiência criativa. Não é algo que emerge do fazer da criança, mas da repetição de algo que ela está muito mais submetida (no caso das estereotípias, e objetos), do que mesmo autora do fazer.

Por isso a ideia de Winnicott (1975, p. 71), de que é na “precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança”, é fundamental para a experiência infantil. Pois, o brincar – que emerge da precariedade do ambiente/mãe – precisa acontecer, para que a criança possa viver criativamente. Viver a vida de forma criativa parece ser o que mais falta na criança com autismo, que também não tem – ao seu dispor – um espaço potencial para que venha a acontecer esse brincar criativo. É necessário que exista confiança nessa relação primária com o outro, para que seja possível fazer-se a *si mesmo*, como forma de ir além da precariedade do ambiente.

Para que esta segurança relacional se estabeleça, é necessário o que na teoria winnicottiana se entende como sendo o “*amor da mãe*”, que permite que a criança fique sozinha na presença de alguém. Isso significa dizer que a criança começa a brincar supondo que existe uma pessoa a quem ama e que é digna de confiança. Dessa forma, a criança ficará pronta para permitir, e fruir uma superposição das duas áreas da brincadeira: a da mãe, e mais tarde, do seu próprio brincar – preparando “o caminho para um brincar conjunto num relacionamento” (Winnicott, 1975, p.72). Essa talvez seja uma das mais importantes contribuições a serem dadas, através da experiência do brincar, a uma criança com autismo – o brincar na presença e na ausência do outro.

Nessas crianças, o seu fazer não tem como destino um “*outro*”, e, por isso, parece não existir “*um faz de conta*” de que o outro está presente, quando ela brinca. Na perspectiva, o brincar não diz respeito apenas às crianças, mas à sua relação com o outro, o *não-eu*, que não acontece na criança com autismo. Portanto, o brincar diz respeito a uma determinada relação com o mundo, com o trabalho e com as pessoas com quem convive, corresponde à possibilidade de habitar uma área intermediária na qual há uma união e separação do mundo subjetivo e do objetivamente dado.

E isso não é privilégio do universo infantil, mas também está presente nos adultos, a partir da “escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor” (Winnicott, 1975, p. 61). A tendência natural é que, em sendo a criança capaz de brincar, de criar, de inventar a própria vida, ela se torne uma pessoa adulta com todas as habilidades possíveis para continuar vivendo as experiências das transições entre si e o outro. No texto “*O lugar em que vivemos*” Winnicott (1975) afirma que o brincar se realiza, mais tarde, no espaço da arte, da religião, do trabalho e da vida social em geral, e que essa experiência é fundamental à vida.

É importante considerar, nesse caso, que essa divisão entre mundos da criança e do adulto não existe – quando se pensa sobre o brincar. Sobretudo pelo fato de que é importante, segundo Winnicott (1975), que, no brincar da criança, exista um adulto – não necessariamente para brincar com a criança – mas para observar o seu brincar, no sentido de administrador. Isso para que seja possível sustentar a dimensão criativa da criança, permitindo que o brincar se desenvolva dentro de certa continuidade de tempo e espaço, e que a ela (criança) passe a ser a condutora daquela experiência. Obviamente que não deixa de ser uma participação do adulto, naquela experiência do brincar, mas a condução da criação é assegurada à criança.

Portanto, o objetivo essencial do brincar não é o riso, nem o prazer, pois isso é secundário em relação à necessidade de *ser* e continuar *sendo* – que se realiza pelo gesto espontâneo próprio ao brincar. Segundo Winnicott (1975, p. 75), “a característica essencial do que desejo comunicar refere-se ao brincar como uma experiência, sempre uma experiência criativa, uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver”. Essa forma básica de viver, para Winnicott, significa *a continuidade do ser*, que constitui a própria condição de saúde do sujeito. Viver essa experiência de transicionalidade, e de criatividade, com uma criança autista, pode ser um recurso de expressivo valor terapêutico.

A criança com autismo precisa criar, como qualquer outra, a sua própria vida. Precisa se sentir apropriada de sua existência, e realizar experiências nas quais ela crie formas múltiplas para viver a precariedade do seu mundo. E, por isso, nos casos em que uma pessoa está doente, e não conquistou, ou perdeu a capacidade de brincar, caberá ao analista ou terapeuta trabalhar no sentido de promover essa conquista, oferecendo condições ambientais para que paciente chegue a ela (Winnicott, 1975). Não se trata de instalar a brincadeira como algo advindo do analista, mas a criação de condições ambientais que favoreçam a comunicação, e que levem o paciente a poder brincar. Pois,

(...) a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho. Se o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a torna-se capaz de brincar, após o que a psicoterapia pode começar. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade (Winnicott, 1975, p. 80).

Além disso, Winnicott (1975), ainda se referindo às psicoterapias, ressalta que o trabalho analítico se passa muito mais nessa área, compartilhada entre o terapeuta e o paciente, do que em desvendar o mundo interno do paciente – através da interpretação dos conteúdos e conflitos apresentados na brincadeira. A psicoterapia diz respeito a duas pessoas que brincam juntas e, em uma situação na qual a criança não esteja disposta a brincar, o

trabalho do terapeuta é justamente criar condições que favoreça viver a experiência igualmente criativa do brincar.

Nesse raciocínio, fazer com que a criança com autismo possa verdadeiramente brincar – como expressão de sua ação criativa, e espontânea – é um dos imperativos de uma psicoterapia. Assim, entendemos, e concordamos que o brincar, por si só, já é uma terapia, uma vez que, fazer com que as crianças consigam brincar é, por si mesmo, “uma psicoterapia que possui uma aplicação imediata e universal” (Winnicott, 1975, p.74). Claro que o brincar é uma experiência que pode ser vivida em qualquer conjuntura psicoterapêutica, mas enfatizamos o contexto do autismo, pelo fato de ser um dos quadros clínicos mais difíceis de serem tratados na clínica infantil, e também por ser matéria deste estudo. E, sobre isso, Winnicott (1975, p. 75) diz:

(...) o brincar das crianças possui tudo em si, embora o psicoterapeuta trabalhe com o material, o conteúdo do brincar. Naturalmente, numa hora marcada, ou profissional, manifeste uma constelação mais precisa do que a que se apresentaria numa experiência atemporal no assoalho do lar; mas a compreensão sobre nosso trabalho será auxiliada se nos inteirarmos de que a base do que fazemos é o brincar do paciente, uma experiência criativa a consumir espaço e tempo, intensamente real para ele.

Por isso que é fundamental, no tratamento da criança com autismo, viver a experiência do brincar. Até por que, muitas vezes, os pais dessas crianças não se importam com o brincar dos filhos, acham (inclusive) que esse fazer é apenas passatempo, diversão e até fuga da realidade. Mas, para o psicoterapeuta, o brincar deve ser considerado o mais importante de todos os recursos que favorece o amadurecimento emocional e psicológico da criança, o que contribui para fazer com que ela possa elaborar suas angústias e sofrimentos psíquicos.

2.4. O brincar da criança com autismo

O homem só é homem de fato quando brinca.

Friedrich Schiller

No contexto da literatura médica, Schwartzman (1994) afirma que as crianças com diagnóstico de autismo apresentam formas diferenciadas, durante o brincar. Além disso, afirma que, muitas vezes, a criança usa esse recurso de forma peculiar, experimentando cheiros, levando a mão à boca, e fazendo movimentos de forma repetitiva. As brincadeiras

que incluem interação social, o faz-de-conta, e as imitações, estão visivelmente prejudicadas, ou praticamente não existem. Ainda nessa visão, Delfrate (2007) descreve a brincadeira dessas crianças como algo preocupante – pois a criança se envolve nela de forma mecânica, o que dificulta sua capacidade criativa e imaginativa.

O DSM-5 (2014), ainda do ponto de vista médico, descreve que as crianças com autismo apresentam brincadeiras “imaginativas” com grande comprometimento ou, em geral, estão ausentes. Essas crianças não se envolvem nos jogos de imitação, rotinas simples da infância, ou mesmo fazem-no fora de contexto, e de modo mecânico. Nelas não costumam existir jogo social, nem imaginação, pois seguem regras fixas, não aceitam modificações, além de apresentarem padrões estranhos de brincadeiras, como por exemplo, carregar os brinquedos, mas não brincar com eles. Whyte, J; Owens A. (1989, apud Klinger 2010) enfatizam que a brincadeira das crianças autistas é descrita como simples, repetitiva, estereotipada e sem a complexidade, e diversidade que caracterizam o jogo de crianças – que não possuem essa patologia.

Desse modo, Soares (2008) afirma que na clínica com crianças constatam-se as mais diversas modalidades do brincar, e é comum, por exemplo, em crianças autistas, se observar o brincar ritualizado e imutável. Outras vezes, apresentam um brincar restrito de rituais lúdicos, sem desdobramento da cena, ou ainda, somente a manipulação dos objetos, refletindo uma aparente ausência do imaginário, evidenciando um brincar sem fantasia. Mas, essa forma de tratar a questão não leva em consideração questões de ordem interpretativa (dos significados dessas expressões), nem dá importância ao fato da criança experienciar o brincar, mesmo limitado.

No entanto, é importante considerar, sobretudo, que o brincar deve ser entendido como uma experiência em que a presença do outro é fundamental para que ela aconteça. Nesse sentido, por exemplo, a mãe (o ambiente) é esse outro que viabiliza o brincar, do mesmo modo que o terapeuta facilita, favorece a realização dessa atividade, como expressão da própria criatividade no sujeito. E, além disso, a presença do outro, que se coloca na posição de alguém que – mesmo sendo espectador – dá sentido ao brincar, irá produzir um mínimo de abertura para que haja um brincar criativo. Por essa razão, o brincar acaba sendo um recurso importante na terapêutica da criança com autismo, por criar condições para que ela viva uma experiência de criatividade.

Para a clínica psicanalítica, principalmente na visão winnicottiana, o entendimento do brincar para a criança com autismo é diferente. Winnicott (1975) leva em conta que as

atividades que a criança desenvolve e realiza de forma criativa, mesmo através de movimentos aparentemente estereotipados, pode ser considerado como uma forma de brincar. Para Winnicott (1975), o brincar é uma atividade altamente sofisticada, que se constitui como um exercício de criatividade e espontaneidade. As atividades desenvolvidas pelas crianças podem ser uma tentativa de sair desse próprio mundo, atingir o espaço potencial e a realidade externa. Essa visão de Winnicott pode trazer significativas contribuições para a condução psicoterapêutica de crianças com autismo, sobretudo no sentido de também acreditar na sua capacidade de ser criativo.

Winnicott (1975) afirma “o psicanalista tem estado mais preocupado com a utilização do conteúdo da brincadeira do que olhar a criança que brinca e escrever sobre o brincar como uma coisa em si” (p.61). Para ele, na medida em que a criança brinca lhe é possibilitada a abertura para o contato com a realidade externa – e assim, a interação com o outro. O brincar remete a uma atividade espontânea, permeada pela imaginação e pela criação, favorecendo um espaço para a percepção do outro, o que possibilita o trânsito entre a realidade e a fantasia, entre o mundo interno e o externo.

Mesmo que o brincar dessas crianças com autismo seja diferenciado (ritualizado, imutável com ausência de imaginário etc.), elas estão nesse momento inseridas num universo que lhes favorece a criatividade, e possibilita a “comunicação consigo mesmo e com os outros” (Winnicott, 1975, p.63). É essencial considerar que ainda que o indivíduo viva em completa submissão, existe, nesse ser humano, a possibilidade de resgatar sua criatividade – pois ela nunca será destruída completamente (Winnicott, 1975). Essa formulação do autor traz esperança para casos dessa natureza, que muitas vezes são tratados como irreversíveis e imutáveis.

Assim, em casos de extrema dificuldade no amadurecimento emocional, como se identifica no autismo, o terapeuta necessita efetuar um trabalho dirigido no sentido de trazer o paciente para o contexto da brincadeira (Winnicott, 1975), e as ações da criança devem ser valorizadas na situação terapêutica. Serra (2010), quando considera o papel do terapeuta, diz que ele poderá se apresentar como outro que é confiável, que acolhe uma demanda de ajuda.

Essa postura faz com que a intenção de estabelecer uma comunicação, pensando na interação como algo primordial, para que essas crianças consigam sair desse universo voltado apenas para si-mesmas, e possam reconhecer o outro em sua vida. Podemos pensar no brincar para as crianças autistas, como algo primordial para facilitar desenvolvimento de sua relação com o outro e, constituindo-se como um processo criativo e espontâneo. Assim, o brincar

amplia e diversifica o repertório comunicativo da criança com autismo e, assim, o verbo “brincar”, indica uma ação, uma atividade que permite abarcar o trabalho psíquico, psicomotor, cognitivo e social – favorecido por essa experiência primordial.

Por essa razão, Roza (1993, p. 82) diz que “o brincar é uma atividade consciente, inscrita numa realidade perceptivo-motora, mediatizada por objetos reais, onde os rumos de ação são determinados pela criança”. Ela sabe que se trata de algo imaginado, de pura ficção – a criança sabe que se trata de uma atividade que não alucina. Assim, no brincar, o sujeito terá a possibilidade de explorar, e se (re)apropriar de sua própria experiência subjetiva. O que significa dizer que o brincar será um movimento constituinte da realidade psíquica, capaz de inscrever novas experiências subjetivas, ao promover as relações do sujeito com a realidade.

O espaço do brincar constitui-se como uma área privilegiada para a criança, uma vez que lhe possibilita elaborar experiências vivenciadas, ao mesmo tempo em que se apropria delas. Desse modo, é possível pensar que a brincadeira da criança com autismo seria, antes de tudo, também um espaço de criatividade, onde a criança tenta elaborar o que lhe é traumático e causa sofrimento. É pertinente pensá-lo como uma ferramenta, tanto diagnóstica, quanto de intervenção. É possível que na repetição da brincadeira possa emergir algo novo, que faça surgir um brincar como espaço potencial e transicional, se colocando como mediador entre a criança e o outro.

Capítulo III

Das Possíveis Discussões sobre o Brincar e o Autismo na Clínica Psicanalítica

3. Terapeuta e Paciente: brincantes

Para melhor organizar este capítulo, discutirei algumas relações entre a criança com autismo e o brincar. Nessa discussão irei considerar acontecimentos terapêuticos, a partir de lembranças de atendimentos, realizados nos CAPS, na cidade de Campina Grande/PB. Assim, levarei em conta como o brincar repercute na relação das crianças autistas, junto ao outro, baseando-me no referencial psicanalítico, sobretudo winnicottiano. Considerarei aspectos que a experiência do *brincar* proporciona: 1) *o estar só na presença do outro* e 2) *a dimensão simbólica*.

Durante minha trajetória, nos atendimentos a crianças com autismo, o comportamento delas durante as sessões me chamava bastante atenção, pois, mesmo tendo as características que o autismo carrega – como isolamento, movimentos estereotipados, dificuldade de interação e de comunicação etc. – algumas delas, à medida que brincavam (durante os atendimentos) começavam, gradativamente, com muita dificuldade, a se expressar de maneiras diferentes, que indicavam algumas possibilidades de interação.

Passavam, sutilmente, a compartilhar, e experienciar o mundo ao seu redor e, em muitas ocasiões, conseguiam se dirigir ao outro, mesmo que isso ocorresse em momentos rápidos, e esporádicos. Eu achava aquelas expressões bastante significativas, começando a me interessar, e a estudar mais sobre a experiência do brincar, para saber até que ponto as mudanças nas crianças aconteciam em decorrência do brincar e, se assim o fosse, quais eram os elementos do brincar que favoreciam essa alteração. Meu propósito era contribuir mais ainda para o avanço das crianças, que sofriam psiquicamente com o autismo. E, em paralelo aos meus estudos, continuei a perceber que as brincadeiras começavam a ter – cada vez mais – significados para aquelas crianças, e para os profissionais que trabalhavam com elas (pois eles também passavam a se sentir bem, percebendo que o contato com essas crianças havia melhorado).

Desse modo, em minha trajetória no CAPS, atendi várias crianças, em diferentes modalidades (em grupo e individual), sempre utilizando brincadeiras como forma de intervenção terapêutica. Os profissionais que ali estavam (fonoaudiólogo e psicólogo), tinham como referencial a psicanálise, e brincavam com as crianças, apostando que aquela seria a melhor forma para que elas interagissem, e mantivessem algum tipo de relação com aqueles pacientes.

Assim, neste capítulo trarei ao debate fragmentos da minha experiência com crianças com autismo durante os anos de 2005 a 2012; discutindo sobre como o brincar refletiu na vida delas. Além disso, farei considerações sobre o amadurecimento emocional dessas crianças, bem como a importância da criação (entre a criança e o terapeuta) de um ambiente acolhedor, que propicie uma constituição psíquica saudável à criança, e a abertura de possibilidades, para a retomada do amadurecimento psíquico.

3.1.O brincar como experiência na Psicoterapia

A teoria winnicottiana ressalta que o brincar tem uma função importante, chegando inclusive a afirmar que a brincadeira é necessária para a utilização e integração geral da personalidade. Para Winnicott (1982), em seu texto *Por que as Crianças Brincam?*, “as brincadeiras servem de elo entre, por um lado, a relação do indivíduo com a realidade interior, e, por outro lado, a relação do indivíduo com a realidade externa ou compartilhada” (p.164). Portanto, pensando no brincar como importante e estruturante para o amadurecimento emocional na criança com autismo, essa experiência não poderia ser deixada de lado, e pode ser entendida como significativa, e até como indispensável para uma possível comunicação entre a criança e o mundo que a cerca.

Na criança com autismo, o brincar ocupa o lugar de integração, pois vem de um processo de cisão, devido a possível falha ambiental. Essa experiência favorece uma retomada do seu processo maturacional, e pode contribuir para a reestruturação das relações primárias entre mãe e bebê. O brincar com essas crianças, no processo terapêutico, aponta para um importante acontecimento – não apenas para encontrar a significação do jogo, mas para permitir a reestruturação de sua vida psíquica, como processo de amadurecimento emocional.

À medida que a criança brinca, seu processo maturacional é facilitado e ocorre à instauração do espaço potencial, promovendo o brincar compartilhado e a relação com o outro. É importante pensar não apenas no que acontece com o paciente, mas no que acontece no espaço “entre” o terapeuta e a criança na transicionalidade. No autismo, essa relação é primordial, sobretudo para que outras relações venham a acontecer, e se estabelecer. Sobre isso, Safra (1999) explicita que o gesto apresentado pelo paciente dependerá da presença do terapeuta como sustentação. O terapeuta, por meio do brincar, com seu paciente cria um espaço que favorece a emergência da dimensão humana entre os dois.

Na clínica do autismo, é possível observar a necessidade da dimensão criativa, através do brincar, pois a criança chega imersa em si mesma. E o brincar quando realizado entre terapeuta e paciente poderá abrir possibilidades de uma relação, começando, a criança, paulatinamente, a compartilhar o mundo que a cerca. No início do processo terapêutico, a criança ainda está impedida de usufruir do espaço potencial (da área da experiência compartilhada), não tendo a oportunidade de viver criativamente e de usar objetos reais. Contudo, gradativamente, através de um trabalho que viabiliza o brincar (que não é fácil), a criança poderá se inserir no campo de transicionalidade.

Esse *campo* segundo Winnicott (1975, p.15) consiste em “uma área intermediária de *experimentação*, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa” e, durante o meu trabalho com essas crianças, pude identificar momentos em que elas chegavam privilegiando o isolamento e a não comunicação, fechadas em si mesmas. Porém, aos poucos, passavam a apresentar expressões que antes não tinham, o que me fez estimar que o brincar contribuía para isso. Foram os momentos de brincadeira, no qual as crianças conseguiam (em algumas ocasiões) se dirigir ao outro, e interagir através do olhar, dos gestos, dos sons, dos movimentos, etc.

No entanto, para que isso aconteça é necessário existir alguém disponível, que possa viver a experiência com ela, podendo produzir efeitos de subjetivação (essa pessoa pode ser o terapeuta). Para que o brincar aconteça é necessário que haja um encontro com o outro, para que ocorra a experiência da criatividade, no *espaço potencial*. Esse espaço se refere a uma área importante da experiência entre o indivíduo e o meio, que no começo une e separa o filho e a mãe, quando o amor da mãe que se revela e manifesta pela comunicação de um sentimento de segurança, outorga de fato à criança um sentimento de confiança no meio (Winnicott, 1975, apud Polity 2002).

Sobre o espaço potencial, Safra (2005) afirma que é o espaço onde o sujeito pode completar o processo de construção de seu self. À medida que interage com o outro – a mãe, primeiramente, e posteriormente, o professor, o amigo etc. – é possível ao sujeito entrar em contato consigo mesmo. E, nesse sentido, sua importância consiste em fazer com que aconteça, na criança, uma relação do sujeito com a realidade externa, e o seu contato com o mundo.

Portanto, a experiência do brincar, durante meus atendimentos, pôde me fazer entender, em várias ocasiões, que a relação das crianças com a realidade externa acontece como uma tendência de se apropriar do mundo, e fazê-lo de acordo com seu desejo. No momento em que o paciente, por exemplo, durante a brincadeira, consegue jogar a bola em direção ao outro, ele está supondo (está criando) que existe alguém diferente dele, e que ele pode compartilhar daquele momento com esse outro, existindo possibilidades de uma interação e desenvolvimento de sua condição de sujeito.

Por essa razão, é importante pensar a respeito da qualidade da interação entre a criança autista e o terapeuta, sobretudo no que se refere ao encontro entre eles – no qual ambos estão construindo a possibilidade de uma relação intersubjetiva. Nesse encontro, o brincar torna-se uma experiência de acolhimento, que cria condições para que seja possível a construção da vida com o outro.

Quando penso na influência do ambiente sobre essas crianças, e no processo de amadurecimento psíquico das mesmas, entendo que, através da brincadeira – no processo terapêutico – é possível criar condições para que a espontaneidade e a integração com o ambiente aconteçam. A partir dos casos nos quais atendi crianças com autismo, observo que o terapeuta precisa tomar uma postura próxima a de uma “*mãe suficientemente boa*”, para que aquele bebê (ou aquela criança) comece a estabelecer uma relação confiante, e possa ganhar fidedignidade no ambiente para, assim, desenvolver uma postura que facilite criar um espaço de experiências com o brincar criativo.

3.1.1. A capacidade de estar só na presença do outro

Durante os atendimentos presenciei situações de angustias vividas por essas crianças, quando elas, frequentemente gritavam, se agrediam, choravam etc., o que me fazia começar a pensar no quanto elas sofriam, e o quanto elas precisavam de um ambiente que sustentasse a expressão daquele sofrimento. Era um momento em que eu percebia ser muito mais importante acolher aquela criança diante daquela experiência angustiante, do que fazer uso de atitudes invasivas – deterministas, intrusivas e castradoras – pois assim estaria contribuindo para que a criança vivesse mais uma experiência meramente técnica.

Lembro-me de uma menina de nove anos de idade, que apresentava várias características do quadro autístico: evitava o contato das pessoas (não aceitando nenhum tipo de aproximação), apresentava constantes estereotípias motoras, se auto agredia, não atendida quando era chamada e não se comunicava verbalmente. Constantemente no CAPS ela costumava deitar-se no chão, com a mão na boca, os pés na parede, e sempre que qualquer pessoa chegasse perto, ela saía do lugar e ia para outro. Nos atendimentos, tentávamos nos aproximar, mas ela sempre procurava ficar longe. Era uma criança que, o ambiente parecia ser ameaçador para ela, e à medida que os atendimentos passavam, isolava-se cada vez mais, continuava ficando no canto da parede, deitada no chão e com a mão na boca.

Em diversos momentos que tentamos chegar perto, fomos recebidas com gritos e autoagressões. Essa era uma criança que chamava bastante atenção da equipe, era percebida a toda momento, pois os gritos altos e estridentes chegavam a causar incômodo tanto em profissionais que estavam em outras salas, quanto nas outras crianças que também eram atendidas no ambiente. Além disso, esse foi um contexto que inquietou a equipe, pois a criança não aceitava qualquer aproximação, e se tentasse ela mordida a mão, chegando a ferir-se.

Devido a tudo isso, as pessoas (outras crianças e os próprios profissionais), começaram a não mais chegar perto da criança com frequência, ficando mais distantes e esperando atitudes dela de aproximação, onde ela estivesse disponível, uma vez que qualquer atitude que partisse do outro, não era aceita por ela. Durante muito tempo (mais de um ano) essas atitudes se repetiam e ninguém, nem qualquer objeto ou brinquedos chamavam sua atenção para uma possível interação.

Recordo-me de um dia que a menina encontrava-se deitada no chão, e foi iniciada por ela, uma tentativa de interação, quando começou a jogar objetos que estavam por perto (como canetas e brinquedos, em direção a mim e a fonoaudióloga). Esse gesto começou a ser feito, frequentemente nos atendimentos. Aos poucos, fui me aproximando, tentando chegar mais perto dela, pegando os objetos que ela jogava, arriscando conversar e apresentar outros objetos e brinquedos, como uma tentativa de interação. Eram momentos muito difíceis, nos quais a equipe, em muitas ocasiões, já não sabia como agir diante da criança.

Lembro-me que ela costumava pegar lápis e canetas de um recipiente e jogá-los, e em uma das vezes que ela fez isso, peguei uma caneta, jogada por ela, e comecei a desenhar

num papel. Isso ela fez em várias vezes, durante muitos atendimentos, e em diversas ocasiões, na tentativa de alguma aproximação, eu desenhava um barquinho, uma casinha, etc., com a caneta jogada por ela, cantava músicas referentes aos desenhos, etc. Nessas situações, existiam momentos, em que a criança ficava atenta, se aproximava um pouco, indicando sutilmente algumas possibilidades de uma interação. Contudo, rapidamente ela se afastava e voltava a gritar e se auto agredir.

Paulatinamente, com muita dificuldade, começaram a existir momentos onde ela olhava, chegava perto e ficava atenta escutando o que se passava durante uma brincadeira entre as terapeutas e outras crianças. Em um dos atendimentos, colocamos alguns animais (de brinquedo) em uma bacia, em que eu brincava com outras crianças fazendo os sons e produzindo gestos dos “bichinhos”. Nesse momento, a criança ficou bastante atenta, tanto aos sons, quanto aos gestos, e rapidamente foi para perto de mim, tomou o brinquedo da minha mão e jogou no chão.

Após essa atitude da criança, peguei o brinquedo caído no chão, e comecei a dizer a ela que o animalzinho havia se machucado e que precisávamos cuidar dele. A criança ficou olhando o que estava acontecendo de forma bastante expressiva. Com pouco tempo, pegou o brinquedo e jogou novamente no chão (repetindo esta ação por outras vezes). Portanto, nessa ocasião, percebi que estava existindo uma interação da criança comigo (principalmente, através do olhar e do gesto dela de se dirigir a mim e pegar o brinquedo). Nesse momento, a criança pôde compartilhar uma experiência de um mundo para além de si mesma, num espaço transicional, que possivelmente tem efeitos de subjetivação.

Gradualmente, em outros atendimentos, a paciente começou também a pegar pecinhas de encaixe, no início usava uma só mão, jogando, sem demonstrar qualquer interesse pelo brinquedo, mas ao longo de muitas sessões, já conseguia empilhar as peças e demonstrar interesse pela atividade (mesmo que sozinha). Através desses momentos de brincadeira, paulatinamente, iniciou-se uma relação de confiança da garota com as terapeutas, pois em vários momentos, eram produzidos gestos (sons, olhares, etc.) por ela, que começaram a ser entendidos como um convite a interagir, passando a existir uma aproximação física da menina com as outras pessoas (respeitando os limites que ela colocava), onde se tentava fazer do ambiente confortável e não ameaçador.

Existiram momentos difíceis, nos quais a criança não queria qualquer brinquedo e se recusava a realizar aproximações. Contudo, outras situações ocorriam, nas quais a criança permitia o acesso a ela (através do olhar, ou até do toque, sobretudo, durante brincadeiras). É importante destacar que nos episódios de brincadeira, mesmo que a criança não participasse, ela também não ficava deitada no chão (como fazia anteriormente). Agora ela já sentava e olhava para o que acontecia à sua volta – mesmo que voltasse a deitar depois. Gradativamente, brincando, foi se conseguindo estabelecer um contato, muito sutil, com a criança. Portanto, o ambiente que para ela era intrusivo e ameaçador, passou a ser terapêutico, afetivo e criativo.

Por volta de dois anos em que a criança estava em atendimento comigo, por questões administrativas (da instituição), precisei me ausentar, não tendo mais acesso aos atendimentos semanais, mas neste tempo em que permaneci, percebi que gradualmente aconteciam progressos, onde a criança estava conseguindo, mesmo que de forma lenta e sutil, expressar primórdios de uma relação com o outro.

Portanto, durante a experiência com essa criança, percebi o quanto o brincar facilitou o meu trabalho de terapeuta, na medida em que fui descobrindo determinadas sutilezas que essa criança expunha no brincar. Nesses momentos já era possível entender que, mesmo com muita dificuldade, se abriam possibilidades para uma interpelação - pois, através de pequenas expressões, já existia uma possibilidade de aproximação entre os sujeitos. Foi perceptível que, no início a criança não privilegiava nenhum tipo de brincadeira, contudo, ao longo do trabalho, com muita dedicação e implicação da equipe, conseguimos conhecer mais a criança, através do brincar, obtendo momentos primordiais de aproximação, uma possível existência de subjetivação.

Na experiência citada acima, a paciente se protegia do terapeuta, e pude perceber que o outro (para ela) era extremamente ameaçador e intrusivo - e isso fazia com que ela não aceitasse a presença humana. Nos momentos de tentativas de aproximação, principalmente no início do processo terapêutico, a criança se esquivava e procurava ficar longe de qualquer contato com o outro.

Ao longo dos atendimentos, na minha experiência, encontrei crianças que se posicionavam perante o outro dos mais diversos modos. Dentre alguns deles, existiam aquelas que se colocavam no lugar de “pano de chão” (Cavalcanti, 2006, p.143), oferecendo para

serem pisadas pelas outras. Assim como existiam aquelas que se defendiam dos terapeutas, e dos colegas, como verdadeiros inimigos ameaçadores, como foi a caso da criança descrita acima.

Contudo, à medida que os atendimentos foram passando, começaram, a surgir pequenos momentos de interação, o ambiente passou a ser sentido como menos ameaçador e intrusivo, e gradativamente, em algumas ocasiões, a criança passou a convocar (com gestos e olhares) a presença do outro, na tentativa de interagir. Nas situações em que a criança convoca o terapeuta, Cavalcanti (2006) assinala que o terapeuta precisa estar de prontidão para acolher esse gesto espontâneo - pois quando perde essa sintonia, a sustentação do espaço terapêutico pela suposição do brincar, torna-se impossível.

A partir dessas situações vivenciadas por essa criança, pensei um pouco na “*capacidade de estar só na presença do outro*” – um conceito importante na teoria winnicottiana – que contribui para entender a função do brincar nesse contexto. Em *O Ambiente e os Processos de Maturação*, de 1958, Winnicott (2007) ressalta que a capacidade do indivíduo de ficar só se revela como um dos sinais mais importantes do amadurecimento emocional. Segundo o autor, em um primeiro momento, o bebê está só, não como ser diferenciado, mas no sentido em que o cuidador – representado pela mãe – está tão identificado com o bebê, que forma com ele uma unidade.

No momento em que o brincar é disponibilizado à criança, mesmo que sozinha, também é possível fazer com que ela tenha a oportunidade de experienciar – mais uma vez – essa relação primária que teve com a mãe. Nesse contexto a criança faz uso do brincar para suportar, acolher e amparar suas angústias, devido ao fato de que, no espaço da brincadeira, é igualmente possível fazer com que as dores e os sofrimentos vividos pela criança (no campo da realidade), possam ser elaborados, sem colocar em risco a sua própria saúde psíquica. É como se a criança tivesse vivido uma situação de sofrimento, ou até mesmo traumática e, brincando, novamente pudesse reviver a experiência, e o sentimento básico de unidade pessoal.

Esse é um momento em que a relação pode oferecer cuidado, apoio e então a criança pode brincar, viver sua experiência de autocuidado, sem perder o contato com a realidade externa, ou interna. Essa situação sugere a ocorrência de uma presença sutil da mãe, que permite ao bebê estar só na presença de alguém (Winnicott, 2007). Com isso, ele ganha maior

maturidade e, depois de internalizar o cuidado que lhe foi oferecido, pode vivenciar momentos de solidão, quando o objeto, de fato, não se faz presente – sem que venha a reagir, perdendo a integração que foi alcançada (Mizrahi, et al. 2007).

Se a integração inicial é bem estabelecida, o bebê passa a aspirar por encontrar na realidade objetos que resistam mais ao seu domínio. Isso faz com que seja possível a criatividade do indivíduo em um mundo mais amplo. A criança, pelo que se pode pensar, passou a ter condições de criar outras formas de se relacionar com os outros, brincando. Nas crianças com autismo, esse momento de integração entre a mãe e o bebê não acontece de forma satisfatória, e essa capacidade de estar só na presença do outro fica prejudicada.

Contudo, em se oferecendo condições para que a criança possa brincar, fazendo com que ela possa viver essa experiência de integração é possível que a criança adquira condições para se integrar ao ambiente, e a si mesmo. Esse acontecimento contribuirá para que o sujeito tenha a possibilidade de suportar a ameaça intrusiva do *não-eu*; e o brincar será de grande importância para permitir a aproximação da criança com o outro.

Para a criança “sadia” estar só, mas não destituída do *outro* (ela está só na presença do outro). Isso significa dizer que, mesmo a criança estando sem uma pessoa ao seu lado, ela tem internalizado que esse outro existe, e faz parte da realidade externa - ocorrendo o intercâmbio entre o sujeito e o mundo.

Contudo, no autismo isso não acontece. Quando a criança está só, ela não o faz como se estivesse na presença do outro (ela não supõe que existe um outro no universo psíquico dela), ao invés disso, ela está isolada, imersa em si mesmo. Porém, na medida em que o processo terapêutico acontece, ela começa a experienciar a presença do outro, com todas as dificuldades próprias a esse início. Um ruído para que o outro escute, ou brinque com os objetos, lançando-os próximos à terapeuta, por exemplo, são acontecimentos que apontam para uma relação que está sendo estabelecida, e a saída do isolamento.

Sobre o assunto, afirma Winnicott (1975), que quando a criança fica só na presença de alguém, ela começa a brincar, supondo que existe uma pessoa digna de confiança, “e lhe dá segurança, está disponível e permanece disponível quando é lembrada, após ter sido esquecida” (Winnicott, 1975, p.71). Ela vai, gradativamente, supondo que o outro existe e, assim, entra nesse espaço potencial, e começa a perceber a presença do outro, e desejá-lo, também – quando, por exemplo, a criança passa a convidar para que se brinque com ela.

Portanto, o brincar aparece como um facilitador para esses movimentos da criança, podendo ela expressar algum tipo de sentimento e estabelecer momentos de integração criando condições para a aproximação com o outro.

3.1.2. A dimensão simbólica

Para começar a discorrer sobre a dimensão simbólica, é importante refletir acerca das relações estabelecidas na primeira infância entre a mãe e o bebê, especialmente aquelas que têm como referência a noção de sustentação, continência e interações afetivas não verbais. Apesar da teoria freudiana não ter produzido nenhuma concepção mais detalhada sobre os primórdios do psiquismo, Winnicott se detém acerca desse assunto, como já foi exposto ao longo desse trabalho. Em seu texto *Desenvolvimento emocional primitivo*, Winnicott (1978) ressalta a dimensão afetiva e não verbal que perpassa as interações entre a mãe e seu bebê, demonstrando como a sustentação física, o manejo do corpo do bebê, a musicalidade da voz materna, funcionam como pontos de referência para o surgimento do psiquismo da criança.

O sentimento de ser no mundo baseia-se na continuidade de cuidados e na previsibilidade do meio ambiente, marcadores essenciais para o desenvolvimento do eu e para a estruturação do *self*. Portanto, os cuidados maternos que a temporalidade e a noção de espaço vão sendo instauradas na vivência do indivíduo. O bebê precisa viver a ilusão de ter criado os objetos que o satisfazem; ilusão que é a base para o desenvolvimento da criatividade, possibilitando ao sujeito transitar num espaço potencial, entre o interno e o externo, um espaço transicional (Pierotti et. al., 2010).

A capacidade de ilusão do bebê se dá com a ajuda de outro, que lhe mostra o mundo num formato compreensível e de um modo adequado às suas necessidades. Os cuidados iniciais serão fundamentais para que o bebê continue a sua existência, e entre no mundo de forma simbólica. Nesse sentido a mãe *suficientemente boa* é indispensável nesse processo, pois é ela quem vai introduzir, contínua e gradualmente o bebê no mundo, apresentando-o em “pequenas doses”, como afirmava Winnicott. Esses cuidados iniciais, sobretudo no sentido de atender ao fato de que o amadurecimento humano se dá através de uma boa maternagem, constituem um fator importante nos casos de crianças com autismo.

Figueiredo (2007, apud Pierrotti et. al., 2010) identifica inicialmente umas dimensões primordiais, que podem ser exercidas por diversos agentes: a função de *holding*, que garante a continuidade, e a função de continente, que proporciona as experiências de transformação. Segundo o autor são as famílias, grupos e instituições os objetos mais aptos a oferecer o *holding* ao longo da vida, principalmente quando o que se está em jogo é a continuidade na posição simbólica do sujeito no mundo. No meu trabalho no CAPS identifiquei situações nas quais a questão simbólica foi de grande importância para a vida e amadurecimento de crianças em atendimento.

Lembro-me de um menino que estava no início do processo terapêutico, havia chegado para o atendimento com suspeita de autismo, mas, por ter apenas dois anos e meio, não havia nenhum diagnóstico completamente definido. A criança apresentava uma gama significativa de sinais considerados “*autísticos*”: não atendia quando era chamada, evitava o contato com as pessoas, ficava andando sozinha pela sala, não havia desenvolvido comunicação verbal, nem tampouco uma condição para o jogo simbólico, e quando contrariado, respondia com gritos, jogando-se no chão, e em alguns momentos se auto agredia.

Durante as sessões, sempre repetia as mesmas ações de pegar os brinquedos, e largá-los em seguida, sem demonstrar predileção por nenhum deles. Fazia isso com quase todos os objetos da sala, e sempre no final de cada sessão estava tudo jogado no chão. No entanto, em um dos atendimentos, a criança começou a pegar e largar um carrinho de ferramentas, não se interessando mais por outros objetos, nem brinquedos da sala. Passou muitos meses manipulando outros objetos, mas interessava-se, principalmente, por esse carrinho. Paulatinamente, o interesse por esse brinquedo foi se repetindo, e começou a explorá-lo de todas as formas, jogando no chão, cheirando, colocando na boca, etc.. Essas atitudes da criança, segundo Januário (2012), para muitos, seriam descritas como movimentos estereotipados, mas na clínica psicanalítica podemos entender como formas sensoriais de estar em contato com o meio externo.

Aos poucos, com muita dificuldade, através da manipulação desse carrinho de ferramentas, comecei a estabelecer um maior contato com a criança, mostrando como o brinquedo funcionava, batendo com um martelo no carro e fazendo os sons (*Vruumm, pibite...*). Nesses momentos, a criança olhava atentamente para o brinquedo, mostrando-se extremamente expressiva e interessada, e à medida que essa brincadeira foi se repetindo ao

longo das sessões, foram acontecendo também trocas de olhares constantes comigo e com outras pessoas que estavam ao seu redor.

Quando eu parava a brincadeira, às vezes a criança gritava e me olhava, como uma forma de pedir que continuasse. Importante ressaltar, também, que segundo Januário (2012), na clínica psicanalítica com pacientes em estados autísticos, nos deparamos com situações onde o olhar, a voz, o corpo e o ritmo são essenciais para o estabelecimento da relação com o outro. Deste modo, esse brinquedo passou a ser seu objeto de preferência; sempre o pegava, ficava com ele durante o tempo em que permanecia no CAPS, começando, aos poucos, a repetir o que eu fazia na brincadeira com o carro, imitando os meus gestos, de bater com o martelo, por exemplo.

Contudo, existiam momentos difíceis, onde a criança se irritava bastante, chorava, e se negava a permanecer no atendimento. Isso acontecia, quando, de alguma forma, a criança era contrariada. Existiam situações onde não se sabia qual brinquedo usar ou como conseguir acalmar a criança. O tempo foi passando, existindo dias de interação e outros, onde ela se encontrava irritada e agressiva, mas mesmo assim, nos momentos de tranquilidade da criança eram iniciadas ocasiões de brincadeira, principalmente, com esse carro de ferramentas, pois era com esse brinquedo que apresentava momentos de interação, começando até a expressar-se verbalmente – quando queria o carro, apontava para ele e falava a palavra correspondente, mesmo que com dificuldade. Paulatinamente, começou a falar algumas palavras, soltas, fora de um contexto e esporadicamente, começando a existir situações em que conseguia expressar-se e dizer o que queria.

Seu repertório verbal, aos poucos foi aumentando e ganhando sentido, e quando eu fazia bolinhas de sabão ela pedia que fizesse novamente, repetindo “*bola, bola*”. Também me recordo de um momento em que ela socou a massinha no chão, levou até a cabeça e disse a palavra “*chapéu*”, demonstrando que a dimensão simbólica, aos poucos, já estava sendo instaurada em sua vida.

Além disso, percebe-se que esses objetos eleitos pela criança (carrinho, bolas de sabão, massinha, etc.), podem ser considerados como alguns exemplos dos objetos transicionais, descritos por Winnicott (1975). O carrinho e a massinha, por exemplo, foram objetos eleitos pela criança como uma possessão “não-eu”, favorecendo o início da simbolização. Winnicott (1975) definiu o objeto transicional como a primeira posse de algo

que diz respeito ao “não-eu”. O dito objeto e a sua posseção pelo bebê de algo de registro do mundo externo são considerados como da ordem da experiência, isto é, de alguma coisa que deve ser manuseada e experimentada.

No decorrer dos encontros, a criança começou a dar sentido simbólico às brincadeiras, e cada vez mais, iniciou um brincar de forma “funcional” – o que facilitou o contato com o outro, bem como sua sociabilidade. Penso que ocorreu uma abertura das relações objetais, e o início da posseção “não-eu”, favorecendo o contato com o objeto transicional e a simbolização.

Winnicott (1994) destaca que os objetos e os fenômenos transicionais encontram-se na base do simbolismo, assinalando a origem, na vida do bebê, a existência de uma terceira área, a qual pode revelar-se para a vida cultural do indivíduo. Com isso, durante os atendimentos dessa criança, a brincadeira, foi tomando um sentido simbólico, e aos poucos, iniciou-se por ela, a percepção da realidade externa, dos processos de experimentação. Aos poucos, o brincar “*faz de conta*”, começou a fazer parte do seu dia a dia, visto que inicialmente, ela lidava com a brincadeira apenas manipulando os objetos (jogando no chão, tirando-os do lugar, etc.) e sem relacioná-lo a um outro.

Nesses momentos, o terapeuta era alguém despercebido para a criança, sua presença não fazia qualquer diferença. Mas, durante o andamento do processo terapêutico, de forma lenta e gradativa, a brincadeira, facilitou sua relação com o outro, pois, à medida que a criança interagia com o brinquedo, foram surgindo sons, gestos e movimentos mediante os quais ela se expressava para o outro e aceitava, na maioria das vezes, a presença do outro. Além disso, foram surgindo ocasiões que o terapeuta foi sendo convocado pela criança para o contexto da brincadeira, se tornando uma pessoa de referência naquela situação, que contribuiu para o processo de subjetivação da criança.

Acho importante ressaltar que essa criança só tinha dois anos e meio, e que a intervenção foi realizada cedo, podendo modificar de forma significativa sua vida, e os estados psíquicos de sofrimento. Isso por que, quando a criança ainda é muito pequena, antes que as psicopatologias se instalem, e essas estruturas se definam, intervenções precoces serão imprescindíveis ações terapêuticas, para que não se concretiza um diagnóstico definitivo. Jerusalinsky (2002) alerta para a importância da intervenção nesse tempo de indefinição

diagnóstica; tempo em que a filiação de um bebê, decisiva para a sua constituição subjetiva, poderá ficar em suspenso à espera de um diagnóstico.

O autor também ressalta a importância de não se restringir a intervenção aos bebês, cujas suspeitas apontem para uma organicidade. Segundo Jerusalinsky (2002), bebês que demonstrem não estar bem, já necessitam ser encaminhados para um acompanhamento psicoterapêutico. Ele acrescenta que a possibilidade de perceber os primeiros indicadores de risco no bebê, antes que se estabeleça a constituição psíquica, demonstrando a importância de intervir antes da instauração do quadro patológico.

Sobre esse assunto, Oliveira e Silva (2006) apostam na *provisoriedade* e na *reversibilidade* dos sintomas *autísticos*, tomando-os apenas como sinais de alerta para algo que não vai bem, e não como mecanismos determinados por uma estruturação que seguirá inexoravelmente uma trajetória determinável e imutável – seja por determinação biológica, seja por um mito transgeracional – como têm sido frequentemente entendidos os sintomas “*autísticos*”. Nos atendimentos dessa criança, foi possível comprovar a provisoriedade dos sintomas por ela apresentados, mesmo que existissem sinais de sofrimento psíquico, foi possível acompanhar os surpreendentes rumos, no sentido das evoluções que a criança começou a alcançar no seu processo de subjetivação.

No processo terapêutico foi observado que o comprometimento inicial da condição subjetiva da criança – muitas vezes apontado, e até valorizado – bem como sua sintomatologia, foram modificados, devido ao fato de que a atenção maior estava voltada para as experiências para-além do sintoma. Sobre isso, Winnicott (2008) afirma que, na sua experiência como psiquiatra e psicanalista, antes da invenção do autismo como síndrome, esses sinais de sofrimento psíquico nas crianças tinham as mais diferentes evoluções e destinos, questionando se essa invenção de Kanner não teria trazido mais perdas que ganhos para as crianças e suas famílias.

Considerações Finais

Considerações Finais

Essa dissertação teve como objetivo analisar a implicação do brincar no trabalho terapêutico de crianças com autismo, sobretudo no que se refere à qualidade da relação que o esse sujeito estabelece com o outro. Para tanto, busquei investigar sobre o uso que a criança com autismo faz do brincar, bem como o tipo de brincadeira que ela privilegia. Além disso, procurei investigar se o brincar poderia ser considerado um recurso facilitador de inter-relação dessas crianças com outros sujeitos, sobretudo considerando o que elas fazem com o outro, na experiência do brincar. Deste modo, o trabalho tratou sobre a relação entre o brincar e o autismo a partir do referencial teórico da psicanálise – sobretudo as reflexões de Winnicott.

Discuti sobre a etiologia do autismo, que ainda é uma controversa – pois, desde o seu surgimento, há registros de importantes diferenças conceituais nas áreas das ciências médicas, e psicodinâmicas. Há contradições significativas, que não permitem uma posição hegemônica sobre o assunto. Essa concepção, de certa forma, apresenta todo um apelo no sentido de oferecer maior objetividade possível à clínica do autismo. Enquanto isso, os psicanalistas buscam considerar a subjetividade desses indivíduos – inclusive, evidenciando suas potencialidades, para-além do enquadre sintomatológico. Utilizei o referencial psicanalítico, pois acredito que ele oferece uma concepção mais ampla da criança, além do que ele permite uma dimensão técnica que se aproxima mais do sujeito.

Percebi que é essencial para o amadurecimento humano a presença – desde os primórdios das relações entre a mãe e o bebê – de uma relação baseada na criatividade, no sentido winnicottiano. Tal relação criativa é significativa, pois remete à ideia de construção do valor e do sentido da vida. Por isso entendo que o brincar é fundamental, pois a criança que brinca consegue transitar em uma zona (espaço potencial), que lhe permite mover-se entre o mundo externo e o interno, a realidade e a fantasia. No caso do autismo, a criança tem muita dificuldade de fazer esse movimento, estando no “*próprio mundo*”, não considerando, na maioria das vezes, a realidade externa e, a presença do outro.

Por essa razão, ocupei-me em realizar um trabalho que levasse em conta a ação da criança com autismo (enquanto ela brincava), além de pesquisar como o brincar poderia contribuir para que a criança estabelecesse relações com o outro. Posso dizer que, como terapeuta – trabalhando com recordações de atendimentos – pude desenvolver uma pesquisa na qual, foi possível, me apropriar de aspectos importantes sobre essa relação entre o autismo e o brincar. A princípio, não percebia tanto a existência dessa importante relação entre a

experiência do brincar e a condição autista, tendo apenas algumas pressuposições sobre a existência de uma relação promissora acerca da questão.

Compreendi mais sobre a significativa relação entre o brincar e a criança com autismo – tanto do ponto de vista acadêmico, quanto com relação à própria experiência clínica. Desse modo, encontrei aspectos que considero interessantes e importantes sobre a questão proposta na pesquisa, e que podem auxiliar na reflexão sobre a clínica do autismo, e as contribuições do brincar nesse contexto. Assim, entendi que o brincar permite à criança descobrir um mundo para além de si mesmo. Também compreendi que o brincar facilita o trabalho psicoterápico, na medida em que pude descobrir determinadas particularidades com que a criança com autismo expunha-se, no brincar.

Do ponto de vista da relação – com base em um brincar que envolvia aos dois (paciente e terapeuta) – pouco a pouco percebi que o paciente expressava certa espontaneidade e, ao mesmo tempo, ia sendo captado pela terapeuta (de modo que o profissional vai significando a experiência com esse paciente). E, por fim, a partir deste trabalho de paciência – muito lento e gradativo – aprendi a melhor lidar com o paciente autista, e entender que – através do brincar – ocorre o início de uma relação primária entre os sujeitos que brincam. E, nessa relação primária, pode ser possível introduzir elementos básicos de uma experiência simbólica.

Portanto, ficou compreensível que, na experiência com crianças com autismo, o brincar foi um dispositivo que facilitou a interação com o outro. Isso por que, durante momentos de brincadeira, as crianças puderam vivenciar experiências simbólicas, e produziram momentos de reciprocidade. O uso que a criança fez do outro na brincadeira (no andamento do processo terapêutico) foi sendo modificado. No início, o outro era visto como alguém estranho, intrusivo e ameaçador, levando ao afastamento da criança. Porém, durante as brincadeiras, a criança começa a ganhar confiança e segurança, estabelecendo relações de reciprocidade, sentindo-se acolhido em um ambiente seguro e tranquilo.

REFERÊNCIAS

Abram, Jan (2000). *A Linguagem de Winnicott: Dicionário das Palavras e Expressões Utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.

Aflalo, A. (2012). *O assassinato frustrado da psicanálise*. Rio de Janeiro: Contracapa. Opção Lacaniana, n.9.

Araújo et. al., (2013). *Panorama das questões envolvendo psicanálise e autismo na França*. Recuperado em 16 de maio de 2015. <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/07/panorama-das-questoes-envolvendo-psicanalise-e-autismo-na-franca/>.

Araújo, Conceição A. Serralha de. (2003). *Winnicott e a etiologia do autismo: Considerações acerca da condição emocional da mãe*. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 8, n. 14, jun. 2003. Recuperado em 24 de março de 2014. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141571282003000100011&lng=pt&nrm=iso.

Aries, Philippe (1973). *História Social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC.

Bettelheim, Bruno (1987). *O mundo do encontro*. In: Fortaleza Vazia. São Paulo: Martins Fontes.

Brasil (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo*. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

Cavalcanti, Ana Elizabeth (2014). *Diagnóstico precoce de autismo na infância*. Recuperado em 16 de maio de 2015. <http://www.cppl.com.br/?Os-riscos-do-diagnostico-precoce>.

Cavalcanti, Ana Elizabeth (2006). *Se brincando: sobre a psicanálise em grupos com crianças*. In: *Cata-Ventos. Intervenções na clínica psicanalítica institucional*. São Paulo: Escuta.

Cavalcanti, Ana Elizabeth & Rocha, Paulina Schmidtbauer (2001). *Autismo: Construções e Desconstruções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2014). *Identified Prevalence of Autism Spectrum Disorder*. Recuperado em 14 de maio de 2015. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.

CID 10- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: *Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* (1993). Organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Artes Médicas.

Costa, Maria Ione Ferreira; Nunesmaia & Henrique Gil da Silva (1998). *Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 56, n. 1.

Delfrate, C.B. (2007). *Enfoques acerca da aquisição da linguagem em crianças psicóticas do espectro autístico*. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da comunicação) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, p.111.

Dolto, Françoise (1908/2013). *Seminário de Psicanálise de crianças*. São Paulo: WMF editora.

Fombonne, Eric (2010). *Epidemiology of autism. Paper presente datthe1*. Recuperado em 23 mar. 2014. <http://www.scielo.br/scielo>. Encontro Brasileiro para Pesquisas em Autismo, Porto Alegre.

Fombonne, Eric.; Mercadante, Marcos.; Paula, Cristine S.; Ribeiro, Sabrina H. (2011). *Brief Report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder em Brazil: A Pilot Study*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. December, Volume 41, p. 1738-1742. Recuperado em 26 de março 2014. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-011-1200-6?LI=true#page-1>.

Freud, Ana (1976). *Infância normal e patológica*. Rio de Janeiro: Zahar (2ª ed.).

Freud, S. (1908/1909/1977). *Escritores criativos e devaneio*. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. Vol. IX, p. 135-143.

Freud, S. (1920/1980). *Além do Princípio do Prazer*. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. vol XVIII, p.20.

Januário Livia M. (2012). *Transferência e espaço potencial: a relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos*. (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, DF.

Jerusalinsky, Alfredo (1993). *Psicose e Autismo na infância: uma questão de linguagem*. Porto Alegre.

Jerusalinsky, Alfredo (2001). *Seminário 1*. São Paulo: Universidade de São Paulo: Lugar de Vida.

Jerusalinsky, Alfredo (2002). *Enquanto o futuro não vem*. Salvador, BA: Ágalma.

- Kanner, Leo. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. n.2, p.217-250.
- Klinger, Fernanda (2010). O brincar e as estereotipias em crianças do espectro autista diante da terapia fonoaudiológica de concepção interacionista. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria/R.S.
- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kupfer, Maria Cristina (1999). Psicose e Autismo na Infância: Problemas Diagnósticos. In: *Estilos da Clínica Revista sobre a infância com Problemas*. vol. IV. n. 7. São Paulo: USP.
- Lacan, J. (1988). *O Seminário Livro 03: As Psicoses*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar (1955-1956).
- Lacan, J. (1998). De uma Questão Preliminar a Todo Tratamento Possível da Psicose. In: *Escritos*, Rio de Janeiro, 1959, p.537-590.
- Laurent, Eric (2011). *O número do autismo*. Virtualia. Revista digital da escola de orientação lacaniana. Recuperado em 21 de junho de 2015. <http://virtualia.eol.org.ar/023/template.asp?Accion-lacaniana/La-cifra-del-autismo.html>.
- Laurent, Eric (2012). A proposito del tratamiento del autismo. Recuperado em 21 de junho de 2015. <http://ampblog2006.blogspot.com.br/2012/02/proposito-del-tratamiento-del-autismo.html>.
- Laznik, Marie Christine (2000). Poderia a teoria lacaniana da pulsão fazer avançar a pesquisa sobre o autismo? *Psicanálise e clínica de bebês*, Curitiba, n. 4, p. 76-90.
- Lejarraga, Ana Lila (2012). *O amor em Winnicott*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM – 5 (2014). 5. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Mizrahi, Beatriz Gang, & Garcia, Claudia Amorim. (2007). *A capacidade de estar só: um contraponto winnicottiano ao ideal contemporâneo de autonomia absoluta*. Psicologia em Revista, 13(2), 267-280. Recuperado em 01 de setembro de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682007000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Neto, Alfredo Naffah. (2010). *Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes*. *Natureza humana*, 12(2), 1-18. Recuperado em 01 de setembro de 2015, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151724302010000200004&lng=pt&tlng=pt .

Oliveira, Ana Maria Rocha & Silva, Ricardo Antônio da (2006). Em terra alheia: pisa no chão devagar. In: *Cata-Ventos. Intervenções na clínica psicanalítica institucional*. São Paulo: Escuta.

Perrone, Claudia (2012). *A polêmica do autismo na França*. Recuperado em: 16 de maio de 2015. <http://sig.org.br/wp-content/uploads/2015/04/Revista-1.pdf>. SIG Revista de Psicanálise – Revista trimestral de Sigmund Freud da Associação Psicanalítica. Ano 1, n.1. p.99-102.

Pierotti, Mariana Moreira de Souza, Levy, Lidia, & Zornig, Silvia Abu-Jamra. (2010). O manhês: costurando laços. *Estilos da Clínica*, 15(2), 420-433. Recuperado em 04 de julho de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000200009&lng=pt&tlng=pt.

Polity, Elizabeth (2002). *Desenvolvendo o espaço potencial nas dificuldades de aprendizagem*. Recuperado em 20 de agosto de 2015, <http://www.pedagogobrasil.com.br/psicologia/desenvolvendooespacopotencial.htm>.

Queiroz, Telma (2010). *Questões atuais sobre o autismo*. Trabalho apresentado na II Jornada da Escola Freudiana de João Pessoa/PB.

Rocha, Fulvio Holanda (2002). *Autismo: controvérsias na psicanálise*. In: Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 4., 2002, São Paulo. Recuperado em 22 Julho 2015, <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032002000400007&lng=en&nrm=abn>.

Roza, E. S. (1993). *Quando o brincar é dizer: A experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Roza, Garcia (2000). *Introdução à metapsicologia Freudiana*. Vol. 3, 5 ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Safra, G. (1999). *A clínica em Winnicott*. Natureza Humana, vol. 1, n. 1.

Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. 5.ed. São Paulo: Unimarco Editora.

Schwartzman, J.S (1994). *Autismo Infantil*. Brasília: Corde.

Serra, Sonia (2010). *Autismo: uma abordagem psicoterápica*. Cad. Psicanálise – CPRJ, Rio de Janeiro, ano 32, n.23, p.181-192.

- Silva, R. (2013). *O diagnóstico de autismo: impasses e desafios na transmissão à família*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Unicap.
- Simon, R. (1986). *Introdução a Psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: EPU.
- Smolianinoff, Rita (2013). *Movimento Psicanálise, Autismo, e Saúde Pública – origens e objetivos*. Texto apresentado na I Jornada PREAUT Brasil Estudo e Pesquisa em Autismo (Eixo Recife-PE), FAFIRE, Recife/PE.
- Soares, J. M. (2008). *Criança psicótica brinca?* Considerações acerca do brincar na psicose. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 166- 175, jan/jun.
- Tafari, Maria Izabel (2003). *Dos sons à palavra: explorando sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília: ABRAFIPP.
- Tafari, Maria Izabel (2006). *Satisfação autística, isolamento e autismo: da constituição psíquica à psicopatologia*. *Rev. Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, VI, 2, 69-83.
- Tustin, E. (1992). *A perpetuação de um erro*. In: “O autismo”. *Letra Freudiana*, 14(14). Rio de Janeiro: Revintez, 1995, p.70.
- Winnicott, D. W (1959/1994). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Winnicott, D. W. (1966/2008). *Autismo*. In: *Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W (1978). *Textos selecionados: da Pediatria a Psicanálise*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D. W (1982). *Por que as crianças brincam*. In: *A criança e o seu mundo*. 6. Ed. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- Winnicott, D. W (1990). *Natureza Humana*. São Paulo: Imago.
- Winnicott, D. W (2007). *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. In: *A capacidade de estar só*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W (2011). *Tudo começa em casa*. 5. Ed. São Paulo: Editora WMF, Martins Fontes.
- Winnicott, D. W (2013). *Os bebês e suas mães*. 4. Ed. São Paulo: Editora WMF, Martins Fontes.

Yanes, Zulema Garcia (1994). *Escritos da Criança. Psicomotricidade e Seus Conceitos Fundamentais: Esquema e Imagem Corporal*. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat.