

O DESAMPARO DE MÃES DE CRIANÇAS AUTISTAS:
Impacto das características de espectro do autismo na maternidade

Fabíola Scherer Cortezia

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Psicologia – Ênfase em Infância e Família – sob orientação da
Prof^a. Dr^a. Rita Sobreira Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Porto Alegre, março de 2015.

|

“Penso que o trabalho em psicanálise com bebês é tão exaltador, e ao mesmo tempo tão pouco confortável, já que praticamente tudo ainda está por ser descoberto, que o comparo com a corrida de ouro no Alaska (...) Cada novo caso clínico abre perspectivas não imaginadas ainda na véspera e permite reler com outro olhar fragmentos importantes da metapsicologia”.
(Lasnik, 2004, p.13)

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	4
1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1 O que é o autismo?	5
1.2 Sinais de alerta do Transtorno do Espectro do Autismo	8
1.3 O vínculo mãe-bebê com crianças com espectro do autismo.....	9
1.4 O treino de escuta de fenômenos primitivos pelo Método Bick.....	12
1.5 A transferência e a contratransferência no trabalho com mães de crianças com espectro do autismo.....	15
2. ESTUDO DE CASOS E DISCUSSÃO	16
2.1 Stitch e a mãe palhaço.....	16
2.2 Bob não brinca.....	18
2.3 Mário e a professora-mãe ou a mãe-professora?	19
2.4 Onde estava a mãe de Flávio?	23
2.5 Lilo também monta castelos.....	25
2.6 Caco e sua mãe precisavam de uma mãe.....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	34

Resumo

A presente monografia examina algumas questões relacionadas ao diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo nos primeiros anos de vida e o impacto do mesmo na maternidade e no vínculo mãe-bebê. Analisam-se, em particular, as consequências emocionais da enfermidade precoce tanto para a criança como para sua mãe, especialmente no que se refere à relação mãe-criança. Além disso, discutem-se as dificuldades enfrentadas pela família ao lidar com uma criança com espectro do autismo e o sentimento de desamparo da mãe frente às limitações do filho. Relatos de casos baseados em alguns preceitos do método Bick de observação de bebês ilustrarão a teoria discutida. O objetivo desse estudo foi aprofundar a escuta de mães de crianças com espectro do autismo, procurando compreender os sentimentos contratransferenciais produzidos a partir da escuta dessas histórias.

Palavras-chave: Autismo, maternidade, contratransferência

Abstract

This monograph helps to analyze some matters related to Autism Spectrum Disorder diagnosis in the first years of life and the impact of it on the maternity and on the mother-baby bond. It analyzes, in particular, the emotional consequences of this early disease for both the child and the mother, especially related with the mother-child relationship. In addition, the difficulties faced by the family in dealing with an autism spectrum child and also the feeling of helplessness mother's face with limitations of the child are analyzed. Reports from the cases based on certain rules of the Bick's babies observation method, illustrate the theory discussed. The purpose of this study was to deepen the listening of these children with autism spectrum mothers, looking to understand the countertransference feelings produced from the listening of these reports.

Keywords: Autism, maternity, countertransference

INTRODUÇÃO

A maternidade é uma experiência complexa e intensa na vida de uma mulher. É preciso que ela abra espaço em seu corpo, em seu psiquismo e em sua vida para receber aquele que, por um longo período de tempo, dependerá dela para sobreviver. Apesar dos desafios, a maternidade se torna um grande presente para as mães à medida que percebem se conectar com seus filhos e acompanham a evolução do seu desenvolvimento. No entanto, nem sempre essa conexão e essa evolução acontecem, ou ao menos não acontecem no tempo esperado, como por exemplo, nos casos de crianças com espectro do autismo.

Qual o impacto das características do espectro do autismo na maternidade? Como nós, analistas, podemos escutar e acolher estas mães, frente ao sentimento de desamparo gerado pela incomunicabilidade entre estas mães e estes bebês?

1.1 O que é autismo?

A primeira descrição do autismo foi apresentada por Leo Kanner, em 1943, com base em onze casos de crianças que ele acompanhava e que possuíam algumas características em comum: incapacidade de se relacionarem com outras pessoas; severos distúrbios de linguagem e uma preocupação obsessiva pelo que é imutável. Esse conjunto de características foi por ele denominado de autismo infantil precoce (Kanner, 1943; Bosa & Callias, 2000).

O autismo é uma psicopatologia grave que provém, dentre outros aspectos, da não instauração sucessiva de estruturas psíquicas fundamentais, diante da qual existe o risco de instalação de deficiências irreversíveis para o desenvolvimento psíquico da criança. Nos termos da psicanalista Laznik (2004), isso se revelaria na ausência do olhar, na não inscrição do outro, na ausência do terceiro tempo do circuito pulsional e na falta da representação dos representantes, ou seja, da formação de redes entre as inscrições psíquicas, termos estes que serão descritos posteriormente.

Os estudos sobre o autismo infantil que adotam o viés psicanalítico como eixo central trazem o determinismo psíquico como fundamento, adotando as representações mentais como objeto de estudo e atribuindo causas do comportamento anormal a disfunções relacionais da esfera psíquica (Facion, 2005).

Cabe destacar que Kanner (1943) alega ser difícil atribuir toda a complexidade etiológica do autismo exclusivamente ao tipo de relações parentais. Assim, o estudioso destaca que a má qualidade da parentabilidade pode influenciar, mas não seria determinante para o autismo. Kanner (1943) não define os fatores etiológicos para o autismo, mas, sim, hipóteses que considera tanto a qualidade das relações parentais (fatores ambientais) quanto questões inatas (fatores biológicos).

Mahler (1968), uma das primeiras psicanalistas a se interessar pelo autismo, definiu esta condição como psicose simbiótica, atribuindo como causa o mau relacionamento entre mãe e filho. A partir de sua teoria evolutiva, essa autora desenvolveu suas ideias caracterizando o autismo como um subgrupo das psicoses infantis que ocorre por meio de uma regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não diferenciação, ou seja, derivado de dificuldades de integrar sensações vindas do mundo externo e interno, e em perceber a mãe na qualidade de representante do mundo exterior (Bosa & Callias, 2000).

Uma das mais influentes psicanalistas no estudo do autismo e seguidora da escola Kleiniana, Frances Tustin (1975), classificou o autismo em quatro tipos: 1) Autismo primário normal; 2) Autismo primário anormal; 3) Autismo secundário encapsulado, e 4) Autismo secundário regressivo. Tustin pensava que, ao nascer, a criança seria inserida em uma matriz social que criaria condições para que ela vivesse a “ilusão de continuidade com a mãe” (simbiose). Postulava que, se por algum motivo, precocemente, a criança tivesse percepção dessa ilusão, ocorreria o que chamou de *catástrofe*: por não ter um ego suficientemente desenvolvido, íntegro, a criança poderia sofrer de *depressão psicótica* (Araújo, 2000).

Wing, em 1976, apontou que indivíduos com autismo apresentam déficits específicos em três áreas: imaginação, socialização e comunicação, o que foi nomeado como “Tríade de Wing”. A autora chama atenção para o fato de o autismo ser uma desordem que envolve um prejuízo orgânico relativo ao desenvolvimento do engajamento

na interação social recíproca, tanto isoladamente quanto associado a prejuízos de outras funções psicológicas, o que denomina de *continuun* ou *spectrum* do autismo. Assim, passa a representar um conceito consideravelmente complexo, sendo muito mais que uma simples escala que vai do mais “severo” ao mais “leve”. Esta forma de descrever o autismo é semelhante às modificações ocorridas na descrição do Transtorno do Espectro Autista no DSM - 5, conforme será descrito mais adiante neste projeto. Wing apresenta uma ideia de relação do autismo com a existência de alterações comportamentais que se apresentam em graus variados de tipo e severidade, podendo muitas vezes estar combinadas com outros prejuízos observados na criança (Facion, 2005).

Winnicott (1967) adverte que a melhor forma de estudar a etiologia do autismo e suas diferentes nuances é estudar os casos clínicos para se perceber o início da sintomatologia na criança. Em 1982, a psicanalista americana Selma Fraiberg publicou uma pesquisa sobre dezenas de pares “mãe-bebê” e descreveu bebês que, mesmo não tendo problemas orgânicos e sendo criados por suas mães, evitavam de maneira seletiva o rosto e a voz das mesmas. Tais bebês, além de não olharem, não sorriam nem vocalizavam para elas, não as chamavam em caso de desespero e não davam sinal de percepção de registro quanto ao rosto ou à voz materna. Esses mesmos bebês, segundo Fraiberg, apresentavam um traço clínico que a autora nomeou como *freezing*. Eles podiam ficar um longo tempo sem mexer nenhum músculo, como se houvesse uma impossibilidade de lidar com uma excitação qualquer, a não ser através de uma evitação radical quando algo lhe causava um incômodo absurdo (Lasnik, 2004).

Na década de 1970, o autismo deixou de ser caracterizado como uma psicose para ser entendido como um Transtorno do Desenvolvimento (Rutter, 1979). Na década de 80, passou a integrar o grupo dos Distúrbios Globais do Desenvolvimento (DSM-III, 1988), caracterizado posteriormente como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs) (OMS, 1993; APA, 1994; APA, 2003).

A partir do DSM IV (1994), o autismo já não era mais concebido como um quadro único, mas como um transtorno complexo do desenvolvimento, definido de um ponto de vista comportamental, que se manifestava em graus variados de gravidade, caracterizando-se pelo comprometimento em três áreas do desenvolvimento: 1) habilidades de interação social recíproca; 2) habilidades de comunicação; e 3) comportamentos, interesses e atividades estereotipadas (Schmidt & Bosa, 2011).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 2000) utiliza o termo Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), que englobam: Autismo Infantil, Autismo Atípico, Síndrome de Rett, Transtornos Desintegrativos da Infância, Transtorno de Hiperatividade Associado a Retardo Mental e Movimentos Estereotipados, Síndrome de Asperger e Outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Não Especificados (Velloso, Duarte & Dantino, 2011).

O conceito de autismo seguiu em constante revisão. A partir de 2013, com o lançamento do DSM-5, passou a ser denominado como Transtorno do Espectro Autista (TEA), não estando mais classificado em categorias, (Ex.: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno sem outra Especificação), mas um *continuum* que varia de acordo com o grau de severidade dos sintomas apresentados e das habilidades e dificuldades. A tríade diagnóstica também mudou, e os critérios diagnósticos passaram a ser agrupados em duas áreas de comprometimento: comunicação social e comportamentos restritos e estereotipados. Estes podem caracterizar-se desde o mais “leve” ao mais “severo” (Schmidt, 2012).

1.2 Sinais de alerta do Transtorno do Espectro do Autismo

Estudos baseados em protocolos de observação sistemática do comportamento têm apontado que a maioria das crianças com TEA apresenta os primeiros sinais entre 12 e 24 meses (Chakrabarti et al., 2009; Chawarska, Macari & Shic, 2013; Zanon, 2012; Zwaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian, & Szatmari, 2005). Tendo em vista a importância de se fazer um diagnóstico o mais cedo possível para iniciar um processo de intervenção precoce, a formulação de um diagnóstico precoce para o autismo tem sido foco de muitos estudos sobre o desenvolvimento infantil inicial (Nogueira & Moura, 2007).

Estudos apontam como características de possíveis indicadores precoces de autismo a ausência de atividades de apontar declarativo e de mostrar objetos para seu par. Crianças com autismo parecem não tentar captar a atenção ou monitorar a direção do foco visual de outras pessoas para algum objeto, através da experiência de atenção compartilhada (Wetherby e Prutting, 1984; Charman, Swettenham, Baron-Cohen, Cox, Baird, & Drew, 2000). A ausência da brincadeira simbólica também é uma característica

importante como preditor do autismo em crianças muito pequenas (Bernabei, Camaioni & Levi, 1998). Baranek (1999) sugere que alguns sintomas característicos do espectro do autismo já podem estar presentes dos 9 aos 12 meses de idade, sendo necessário, segundo ela, aliar as categorias sensório-motoras às de responsividade social (Nogueira & Moura, 2007).

Diante do fato de nos depararmos com características tão precoces de espectro do autismo em bebês, como podemos pensar a construção do vínculo mãe-bebê nestes casos e qual o impacto dessas características para a mãe?

1.3 O vínculo mãe-bebê com crianças com espectro do autismo

O vínculo mãe-bebê é uma construção que começa no ventre materno e depende tanto da saúde psíquica da mãe quanto das pré-disposições do bebê. Estamos falando de uma dupla, e, quando um dos dois falha, conseqüentemente o vínculo falha. Diante da inacessibilidade de um, seja da mãe ou do bebê, o outro tem trabalho dobrado na busca pelo contato (Araújo, 2003). É o que percebemos nos casos das mães e bebês de crianças com espectro do autismo.

Um dos pontos evidenciados por Winnicott na prática clínica com crianças autistas é a situação de desamparo da mãe. Este desamparo, nem sempre percebido à primeira vista, muitas vezes também não é reconhecido por ela, devido às defesas utilizadas contra os sentimentos de se encontrar sozinha e vulnerável. Em muitos casos, na primeira entrevista, a mãe mostra-se fria, autossuficiente, ou, por outro lado, cansada de buscar um lugar em que seu filho possa ser olhado e acolhido. Ela mostra-se desconfiada e descrente de qualquer consideração.

Entretanto, num texto de 1968, "A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências", Winnicott comenta:

Certamente algo acontece às pessoas quando elas se veem confrontadas com o desamparo que supostamente caracteriza o bebê. (...) Poderíamos quase dizer que as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez haja até mesmo um confronto de desamparos. (Winnicott, 1999, p. 91).

O autor alerta para o desamparo materno mesmo nos casos de mães de bebês com desenvolvimento típico e salienta o quanto este sentimento de desamparo se torna potencializado em casos mais graves. Sem dúvida, diante da inacessibilidade aos seus bebês com espectro do autismo, as mães se sentem desamparadas e fracassadas nesta função materna.

Ao contar sobre o caso de uma criança tipicamente autista, (Ronald, 8 anos de idade), Winnicott exemplifica estas situações vividas na maternidade frente ao espectro de autismo de um filho:

Quando a gravidez, o parto e depois a criança a desapontaram e não conseguiram despertar sua preocupação materna, ela não só ficou confusa, como também não pôde evitar o ressentimento por ele ser um obstáculo à sua carreira como artista. O pai logo se associou a esta perplexidade e desapontamento. (Winnicott, 1997, p. 181-3).

De acordo com Araújo (2003), uma situação de um quadro de autismo – em que a criança desapontou a mãe, e tantas vezes a gravidez e o parto também assim o fizeram –, pode desencadear na mãe variados modos de reação. É possível que esta mãe se deprima, que entre em estado de confusão, que empreenda uma fuga da maternagem, ou que psicotize. Pode ser que ela duvide de que seja boa para seu bebê, pois, muitas vezes, ele parece mais feliz no berço do que no seu colo.

Em sua obra, Winnicott salienta a necessidade de se deixar a mãe ser mãe naturalmente, que o ambiente não interfira na sua relação com o bebê e que ela não fique buscando em livros, palestras e outros meios a receita de como ser mãe suficientemente boa. Entretanto, é necessário considerar que, em muitos momentos, "pais ordinariamente bons precisam de ajuda", precisam de instruções no caso de doenças físicas e/ou psicológicas (Winnicott, 1980, p. 191). E mais:

(...) a mãe imatura ou não saudável precisa de ajuda especial da pessoa responsável pelo seu caso: onde a mulher normal precisa de instrução, a doente precisa de reassuramento. (Winnicott, 1980, p. 133).

Veremos, nos casos descritos abaixo, a necessidade que as mães têm de reassuramento e a forma de fazê-lo, pois reassurar às mães as suas potencialidades e possibilidades não é um trabalho pedagógico em que ensinamos a ser mães, mas um trabalho de escuta, de empatia e, por que não, de maternagem com essas mulheres.

Sabe-se que a capacidade natural para a maternagem de uma mulher, a capacidade para devotar-se ao bebê, não evolui se ela estiver com medo, insegura e sentir-se desamparada. Entretanto, para que a mãe possa pedir ajuda, deixar-se cuidar e deixar que cuidem de seu bebê, é preciso que ela tome consciência de seus sentimentos, o que nem sempre acontece, uma vez que muitos dos sentimentos que a invadem são considerados, por ela, como inadequados à condição materna. Winnicott dizia conhecer muitas mães que viviam constantemente temerosas em descobrir que fizeram algum mal aos seus bebês, além de serem incapazes de falar das dificuldades encontradas na relação com o bebê e consigo próprias por desacreditarem que alguém pudesse compreendê-las (Winnicott, 1993).

Winnicott comenta:

As mães serão ajudadas se forem capazes de expressar suas angústias no momento em que as sentem. O ressentimento reprimido deteriora o amor que está subjacente a tudo. Uma palavra no momento certo concentra em si todo o ressentimento e o torna público, após o que volta a calma e enceta-se um novo período em que prosseguimos com o que estava sendo feito antes. Na prática, verifico que as mães são ajudadas quando as pomos em contato com seus mais amargos ressentimentos. (Winnicott, 1993, p. 88).

Nos vários casos de crianças autistas citados por Winnicott, pode-se perceber os sentimentos de incerteza, solidão e insegurança no ambiente próximo, envolvendo a mãe. No extremo das defesas contra os sentimentos acima citados, a mãe pode encontrar-se tão rigidamente defendida, que não tem olhos para o seu bebê. Se o bebê não pode ser visto pelos olhos da mãe, ele também não consegue ver-se e, conseqüentemente, não consegue existir como pessoa. "Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, mas não a ser examinado" (Winnicott, 1975, p. 155).

A necessidade de "maternar" a mãe já há bastante tempo vem sendo considerada, conforme nos relembra Araújo (2003). O trabalho de Falivene (1997) ressalta muito bem esse tema. Maternar as mães das crianças autistas me parece ser um dos tantos trabalhos do analista nestes casos em que o desamparo sentido diante da "não-resposta" e da incomunicabilidade de seu filho. No entanto, essa "maternagem analítica" (expressão minha) precisa ser embasada numa técnica, pois, caso contrário, pode ser um fracasso.

1.4 O treino da escuta de fenômenos primitivos pelo Método Bick

O trabalho analítico realizado nos casos que serão descritos mais adiante foi uma aplicação das capacidades de escuta previamente desenvolvidas em treinamento pelo método Bick de observação de bebês, do qual participei durante dois anos de formação em Teoria Psicanalítica e a Clínica Psicoterápica.

O método Bick de observação foi criado, em 1948, pela psicanalista inglesa Esther Bick para acompanhar a relação mãe-bebê. Seu principal objetivo era oportunizar aos estudantes uma experiência prática com bebês, reconhecendo o benefício que esse método de observação pode trazer à formação clínica (Bick, 1964). Desde a sua criação, o método tem se destacado como um instrumento de aprendizagem, de pesquisa e de clínica. Configura-se como uma ferramenta de aprendizagem por permitir acompanhar o desenvolvimento do bebê e a constituição e desdobramento de sua relação com seus familiares, sobretudo com sua mãe.

O método Bick de observação ajuda o clínico a desenvolver atitudes que são fundamentais na prática clínica, tais como receptividade, *holding*, sensibilidade para comunicações infantis, entre outras. Podemos pensar que é o método que nos instrumentaliza para a escuta e a “maternagem” frente ao desamparo das mães de crianças com espectro do autismo.

Alguns estudos e relatos clínicos têm reconhecido o método Bick de observação como uma poderosa ferramenta para o desenvolvimento pessoal e para a formação clínica de psicoterapeutas e psicanalistas infantis. (Briggs, 1999; Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000; Lejderman & Segal, 2000; Caron & Lopes, 2014). O método Bick de observação baseia-se nos principais pressupostos da Psicanálise, tais como: inconsciente, transferência, contratransferência e atenção flutuante. Nesse sentido, o observador ocupa lugar de destaque no método. Ele não é neutro e nem tem por objetivo manter-se numa atitude de neutralidade, como no caso da observação de cunho experimental. Considerando os aspectos transferenciais, o observador é tido no método Bick de observação como participante, mas sua interferência deve ser a mínima possível. Um dos motivos para tal conduta, entre tantos outros, é que não se produzam maiores distorções no que se desenrola na família. Ele deve permanecer no campo emocional do bebê e seu entorno, mas deve evitar causar grandes perturbações no meio familiar. Nas palavras de Caron (1995), o “observador desempenha uma efetiva participação não-verbalizada, não

agente, mas vivenciada, ou seja, o observador inclui-se no processo acompanhado” (p. 283).

Como já mencionado anteriormente, o observador ocupa um lugar de destaque no método Bick de observação. Ao mesmo tempo em que ele vivencia o impacto emocional, estando na mira de muitas projeções, deve evitar desempenhar papéis a que seja impelido ou dar conselhos e fazer julgamentos (Bick, 1964).

Na observação, os observadores não interpretam ou intervêm clinicamente nas vidas das famílias que são observadas, embora não possamos negar que a simples presença do observador faça uma diferença no *setting*, podendo ter um efeito terapêutico. Tal potencial é reconhecido quando a presença do observador, de uma forma sutil e silenciosa, oferece um *holding*, usando uma expressão de Winnicott (1971/1975), ou seja, um ambiente continente, dado por uma postura empática e não intrusiva do observador (Rustin, 2006). Esse não deve interpretar a transferência, diferentemente da conduta do psicanalista na clínica, pois suas palavras podem ser tomadas pela família como uma desautorização das funções parentais, que estão se construindo na relação com o bebê.

De acordo com Caron e Lopes (2014), o observador treinado no método Bick é receptivo, discreto, atencioso, delicado e respeitoso. Para as autoras, a experiência significativa na observação de bebês promove mudanças nos participantes, que sentem uma maior sensibilização para a comunicação não-verbal, um aumento da confiança na intuição, um estímulo aos sentimentos e à imaginação, um maior contato com a sua própria realidade psíquica e com a dos seus pacientes. O seu trabalho clínico é transformado, e muitos observadores costumam dizer que são mais reflexivos antes de formular interpretações. As emoções e experiências podem ser usadas como uma ferramenta para a escuta e uma maior atenção para a contratransferência e seu significado.

A intenção desse método é que o observador aprenda a observar e sentir antes de refletir teoricamente, além de aprender a tolerar e a apreciar como as mães cuidam de seus bebês e como encontram suas próprias soluções (Kompinsky, 2000). O fato de o observador realizar a observação de uma forma vivenciada, empática e não intrusiva confere ao método um efeito terapêutico. Esse valor já fora mencionado por Bick, que se surpreendeu com a facilidade de encontrar mães que desejavam ter um observador. Frequentemente, essas mães comentavam que se sentiam bem tendo alguém que as

acompanhasse regularmente e com quem elas pudessem conversar sobre os seus bebês, sobre o desenvolvimento deles e sobre os seus sentimentos em relação a isso (Bick, 1964).

Outros estudos evidenciam as implicações clínicas do método Bick a partir de observações no contexto de ultrassonografia (Caron et al., 2000; Caron & Lopes, 2014), no contexto de diagnóstico ecográfico de malformação (Caron & Maltz, 1994) e de diagnóstico perinatal de malformação congênita (Rajon, Rosé & Abadie, 1997). Essas implicações ficaram ainda mais evidentes nos casos em que o método foi aplicado no tratamento de distúrbios funcionais severos da primeira infância, tais como psicose infantil (Houzel, 1997) e autismo (Reid, 1997).

Muitas das famílias de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo sentem sozinhas e desamparadas diante do diagnóstico, e os profissionais que atendem seus filhos estão mais inclinados a orientar e a corrigir as ações dos pais do que a ouvi-los e acolhê-los diante de sua dor e medo.

Caron e Lopes (2014) nos alertam que:

Ao estendermos o método Bick padrão para este mundo primitivo, encontramos desafios maiores para o observador/analista. Estas etapas iniciais expõem ainda mais a fragilidade e o desamparo do ser humano, que precisa do outro ser humano para continuar a existir. Esperamos mostrar como essa ‘descida em direção às mães’, neste lugar onde a verbalização perde o sentido, representa grande oportunidade de aprendizado, não apenas sobre os fenômenos psíquicos do início da vida, mas também sobre os princípios básicos do trabalho terapêutico, lembrando, como sugeriu Winnicott, que é o par mãe-bebê que nos pode ensiná-los. (Caron & Lopes, 2014, p. 36)

As autoras acima mencionam a utilização do método Bick na relação mãe-bebê desde antes do nascimento. Neste trabalho não acompanharemos tais situações, mas casos da relação de mães com crianças pequenas com grande defasagem no desenvolvimento. Tais condições de transtornos graves geralmente se assemelham aos casos muito precoces da relação mãe-bebê, já que estamos falando de mães que não se diferenciam de seus filhos ou de crianças que ainda não perceberam as suas mães como seres separados de si. Por isso, como veremos nos casos a seguir, a observação é um trabalho de “descida em direção às mães”.

1.5 A transferência e a contratransferência no trabalho com mães de crianças com espectro do autismo

Winnicott, trabalhando com bebês e pacientes gravemente comprometidos, passa a atribuir grande valor à contratransferência e à personalidade do analista na sessão (Ramos, 1994). Rocha (1996) afirma que, na clínica do autismo e das psicoses infantis, existem movimentos transferenciais e contratransferenciais que causam grande angústia no terapeuta, diferentes dos encontrados nos trabalhos com outros pacientes, porque decorrentes do estranhamento de si mesmo diante do silêncio mortificante, do modo bizarro de agir, ou da angústia aterrorizante vivenciada por esses sujeitos.

A contratransferência é definida no vocabulário de psicanálise como “o todo da relação inconsciente do analista àquilo que é individual no analisando - especialmente à transferência do analisando” (Laplanche & Pontalis 1999, p. 102). Esses autores explicam a atenção especial que vem sendo dada ao conceito de contratransferência e ao fato histórico da “penetração da psicanálise em novos terrenos”, sobretudo nos de análise de criança autistas e psicóticos, em que as relações do analista são mais intensas. O trabalho com pacientes pré-verbais, autistas, psicóticos e com atraso mental encontra na contratransferência um importante recurso técnico.

A contratransferência, enquanto reação do analista à pessoa do analisando, foi, na história da psicanálise, inicialmente tida como prejudicial ao tratamento, como algo que deveríamos deixar de fora do *setting* terapêutico (Pires, 2007). A partir do texto de Paula Heimman em 1949, entretanto, efetuou-se “uma ampliação e uma ênfase no conceito de contratransferência: ele deixa oficialmente de ser apenas um obstáculo e uma ameaça para ser reconhecido como condição, objeto e instrumento de análise” (Figueiredo, 2003, p.68).

Descreveremos abaixo alguns casos em que a dupla mãe-bebê/mãe-criança sinaliza o desamparo materno sentido pelas mães de crianças com espectro do autismo e, ao mesmo tempo, desperta na analista sentimentos contratransferenciais importantes, que a levam para além do manifesto nas histórias dessas famílias.

ESTUDO DE CASOS E DISCUSSÃO

2.1 Stich e a mãe palhaço

Stich chegou para avaliação, encaminhado pela neuropediatra, com 2 anos e 3 meses de idade. O menino não apresentava nenhuma vocalização e fazia raro contato ocular. Tivera 4 convulsões quando criança e uma internação hospitalar de uma semana. A mãe de Stich parecia muito vital, teatral por vezes.

Havia a sensação de que, em alguns momentos, a mãe de Stich usava toda a sua energia para tentar vitalizar o filho, que por vezes parecia completamente desvitalizado. Observando com mais atenção, no entanto, percebia-se que ela estava fazendo um esforço muito grande para colocar vida naquilo que estava apático, e refiro-me aqui não apenas ao filho, mas também à relação desta mãe com este filho. Indo mais além, poderia referir-me também a essa mãe que, assim como o palhaço do circo, às vezes precisa engolir o seu choro, disfarçar a sua tristeza e fazer o show para oferecer à plateia aquilo que ele mesmo não possui: a alegria

As mães têm, às vezes, a função de animadoras de seus filhos – é a “mãe palhaço” de que nos fala Bollas (1998).

“O palhaço pode ser nosso primeiro encontro (...)

Observe como a mãe se relaciona com seu bebê. Se você observar sua face verá alguém que exagera nas expressões humanas – olhos arregalados, um enorme sorriso, vocalizações alongadas e apatetadas, a parte superior do corpo balançando para frente e para trás, a cabeça inclinada, cantando e dançando.

(...) Mas quer a criança ache a mãe divertida ou não, isto dependerá em boa parte de seu senso de oportunidade e espaçamento. Se seu senso de oportunidade é pobre e se ela está muito longe ou muito perto da criança, ela não desenvolverá o senso de humor da criança. (Bollas, 1998, p. 61).

A mãe de Stich esforçava-se em estar próxima o suficiente dele. A tentativa de se fazer perceber por aquele filho era o que levava a mãe a um comportamento exagerado. Tal exagero, que por vezes poderia se confundir com vitalidade, na verdade encobria a ansiedade e o desamparo de uma maternidade que “não tinha eco”. Foi essa a melhor expressão que encontrei para descrever a dupla mãe e filho deste

caso: uma maternidade “que não tinha eco”, uma mãe que fazia muito e que não conseguia encontrar respostas no filho. Uma angústia muito grande.

A mãe de Stitch relatou que desejara muito a gestação e sempre dizia que alguns tipos de birras e manhas o seu filho não faria. Quando começou a se deparar com as dificuldades de Stitch, sentiu-se impotente, pois, por mais que brincasse, cantasse e interagisse, ele parecia não responder aos estímulos. Nomeou que, por vezes, ela se percebia desistindo das brincadeiras.

Nas primeiras sessões, eu assumi a postura de observadora, conforme descrita no método Bick de observação, procurando não intervir na dinâmica de interação da mãe e de seu filho, mas estando ali, continente, à escuta dos desabaços da mãe. Stitch parecia indiferente à teatralidade de sua mãe e, com o passar das sessões, a mãe também parecia estar desistindo da interação com o filho. Num determinado momento, a mãe fez um desabaço: sempre achara que seria uma boa mãe e, naquele momento, percebia não conseguir se relacionar com Stitch e se sentia fracassada. No momento em que ela compartilhou este sentimento comigo, voltei a lembrar da analogia do palhaço: a mãe de Stitch ofereceu toda a alegria que não tinha para o filho, na esperança de recebê-la de volta, em forma de um sorriso. Quando não aconteceu, saiu de cena, como o palhaço deixando a plateia sem ter conseguido fazê-la sorrir, com um sentimento de fracasso e de dever não cumprido.

Alvarez e Reid (1999) observaram que os psicoterapeutas e os professores de crianças autistas, assim como os pais, percebem em si mesmos uma queda de espontaneidade. O autismo é um distúrbio da comunicação, e viver com uma criança autista aumenta o potencial para a não comunicação, para a confusão e para o desentendimento tanto na família quanto entre a família e outras instâncias.

A falta na criança autista de qualquer aparente “instinto epistemofílico” (Klein, 1932) parece corroer gradualmente a crença dos adultos no valor do questionamento e da descoberta. Psicoterapeutas e professores precisam estar bem cientes desse perigo – o de ligar o “piloto automático” (Alvarez & Reid, 1999, p 32).

Winnicott afirma que é o meio ambiente que sofre diante da criança autista:

O autismo é uma reorganização da defesa altamente sofisticada. O que nós vemos é a invulnerabilidade. Foi acontecendo um aumento gradual da invulnerabilidade

e, no caso de uma criança autista estabilizada, é o meio ambiente, e não a criança, que sofre. As pessoas no meio ambiente podem sofrer imensamente (Winnicott, 1967, p.195).

A mãe de Stitch sofria. O menino, no entanto, parecia indiferente, tanto à teatralidade da mãe quanto ao sofrimento dela por não conseguir acessá-lo.

2.2 Bob não brinca

Os pais de Bob chegaram para avaliação dizendo que seu filho era autista, que já leram muito a respeito e que estavam buscando estimulação para o mesmo, agora que receberam o diagnóstico e “estudaram” sobre o assunto. O casal parecia bastante desconfiado. A mãe parara de trabalhar quando Bob nasceu – na época da avaliação, Bob tinha 2 anos e 3 meses - e o pai trabalhava numa empresa de telefonia no turno da noite. Bob possuía raro contato ocular, nenhuma vocalização, movimentos repetitivos e era bastante agitado, escalava a mãe, o pai, a terapeuta e quem mais estivesse pela frente. O pai e a mãe de Bob não tinham essa “energia toda”, pareciam cansados, desanimados e um tanto incrédulos. Quando questionados sobre como brincavam com Bob, a mãe dizia: “Ele não brinca, não adianta brincar com ele”. Mais uma mãe, como no caso descrito anteriormente, que não encontrava eco na sua maternagem.

A mãe desistiu de retornar ao trabalho após o diagnóstico do filho e parecia estar completamente desvitalizada. Na observação da interação de Bob com a família, era perceptível que os pais não sabiam como agir e que baseavam toda a fala sobre o Bob nos artigos que liam a respeito de autismo e naquilo que escutaram dos especialistas até então.

Steiner (1993) caracteriza essa clínica do autismo como um desafio, cujos riscos podem ser polarizados da seguinte forma: de um lado, o risco da desistência, e de outro, o risco da hiper-reação como tentativa forçosa de sobrepor a oposição e a resistência vividas. Ou, como aponta Kupfer (1999), de um lado a exclusão, de outro a invasão. De acordo com Pires (2007), no primeiro polo vemos a flacidez não implicada de quem, no encontro com esses pacientes, prefere nada fazer já que nada entende, de quem se vê achatado pela nulidade frustrante que esse contato provoca. No segundo polo, a hiperatividade despótica de quem, diante desses pacientes, parece tudo entender. A primeira opção fala de uma identificação maciça com o paciente na qual o que resta são duas pessoas imóveis e inalcançáveis. Já no segundo caso, trata-se de um movimento

oposto, de projeção defensiva. Tustin (1975) nos aconselha a tomar cuidado no sentido de evitar que, diante da inacessibilidade do autismo, nos retiremos em nossas “conchas protetoras”, às vezes representadas por nossas teorias.

Essa era a contratransferência sentida por mim quando atendia Bob e sua família. Estavam todos – filho, mãe e pai – fechados numa “concha autística” e protegidos por um “calhamaço” de teorias que, no fundo, pouco representava para eles, mas fazia com que se sentissem tentando se conectar com o filho – ao mesmo tempo que fugiam dele, uma vez que, enquanto estavam estudando sobre as teorias do autismo, não estavam interagindo com aquela criança que não olhava, não brincava e não retribuía o afeto dispendido.

A família de Bob parecia tão autista quanto ele. Era muito difícil acessá-los. Neste caso, a minha sensação, enquanto terapeuta, era que, por vezes, eu era o palhaço descrito por Bolla (1998). A mãe não conseguia se conectar com Bob, assim como o pai não conseguia fazê-lo. Da mesma forma, eu tinha a sensação de que os pais também não se conectavam entre si, e, conseqüentemente, era muito difícil conseguirem se conectar comigo. Faltava empatia – a capacidade de se colocar no lugar do outro, uma das características do espectro do autismo – a todos naquela família.

Cerca de dois anos após Bob iniciar tratamento, a mãe conseguiu retornar ao trabalho. Ela era enfermeira e conseguiu compreender que não bastava “cuidar do filho”; que, para estar inteira para ele, precisava também cuidar dela, da relação com o marido e, por que não, da profissão que tanto lhe dava prazer. A família parecia ter conseguido sair da “concha protetora” de que nos alerta Tustin (1975) para se voltar para as possibilidades e não apenas para as deficiências. Bob, conseqüentemente, também estava melhor, trocando mais olhares, ensaiando suas primeiras frases e sorrindo, o que não acontecia quando chegou para tratamento. Retorno à analogia do palhaço, que agora podia se retirar do espetáculo com a sensação de dever cumprido – essa era a minha sensação, enquanto terapeuta, quando via a família de Bob voltando a sorrir.

2.3 Mário e a professora-mãe ou a mãe-professora?

Mário iniciou atendimento aos 2 anos e 8 meses de idade. Sua mãe buscou avaliação por indicação da escola de educação infantil que o menino frequentava. A mãe

era professora e dizia que Mário era um menino muito calmo e tranquilo, mas a escola parecia preocupada porque o menino não estava aprendendo. Quando era perguntada sobre o que Mário não estava aprendendo, a mãe nomeava a comunicação verbal e algumas questões de ordem pedagógica. Mário tinha um olhar ausente, e a mãe procurava orientá-lo de maneira bastante didática e talvez menos afetiva do que percebemos na grande maioria das mães. Ela intitulava a dificuldade do Mário como um pequeno atraso.

A escola recriminava a mãe, que trabalhava muito e ficava pouco tempo com o filho. O pai era um pouco desordenado, e quem conduzia o menino aos atendimentos e o retornava à casa era a diretora da escola, pois a mãe “não conseguia sair do trabalho para levá-lo”. Eu atendia o menino na cidade em que o mesmo estudava e consegui ver a mãe no máximo duas vezes em cerca de 7 meses de atendimento. Depois deste período, comecei a perceber minha angústia ao atender Mário, pois me sentia sozinha neste trabalho. A época coincidiu com o período em que concentrei meus atendimentos numa única cidade, há 15 minutos, de carro, da cidade em que o menino era atendido anteriormente. Foi agendado um horário com a mãe, e, naquele momento, foram nomeadas as dificuldades existentes e os encaminhamentos necessários, apontando que Mário também precisaria de acompanhamento fonoaudiológico.

Organizei com a mãe os horários para que ela e o pai conseguissem conduzir o filho aos atendimentos. Foram dedicados cerca de três meses na organização da rotina da família, trabalhando com a mãe a abertura de espaço para este filho. Isso só foi possível à medida que consegui nomear para a mãe o sentimento de solidão que sentia no tratamento de Mário, o que, sem dúvida, denunciava o mesmo sentimento da mãe diante das dificuldades do filho. Naquele momento, pela primeira vez, a mãe chorou muito, parecia ter percebido que eu estava conectada com ela, que conseguia entender seu sentimento e que eu não estava ali para realizar uma função pedagógica – tal qual ela realizava na escola com os alunos e em casa com o próprio filho. Eu estava ali disponível para ouvi-la, para compreendê-la e para compartilhar com ela a sua dor. A partir daquele momento, a mãe de Mário de despiu da função “professora eficiente” e conseguiu começar a tentar ser mãe de Mário – o que não era fácil, diga-se de passagem.

Antes de acusarmos os pais de não estarem cumprindo seus papéis na dinâmica familiar, precisamos procurar entender o que os está impossibilitando de fazer isso. No caso da mãe de Mário, ela se sentia mais segura como professora do que como mãe, então

delegava ao máximo este papel, pois defrontar-se com a maternidade era também defrontar-se com suas incapacidades, seus medos e seu sentimento de solidão diante de uma criança com transtorno do espectro do autismo. A mãe de Mário transferia para mim, enquanto terapeuta, as exigências que sentia do meio com relação a ela, sendo, muitas vezes, inclusive dura e fria comigo. Eu, no entanto, entendia que aquela era a forma como ela, mãe, se sentia diante do social e diante das suas incapacidades de lidar com as questões do filho. Eu não sentia raiva da mãe de Mário quando ela era grosseira comigo, mas entendia como uma transferência, para mim, daquilo que era seu. Em contrapartida, eu buscava escutar o que eu sentia diante da situação, e a minha contratransferência denunciava os sentimentos mais arcaicos dessa mãe tão desamparada.

A transferência não é mais um dos conceitos da psicanálise a ser pensado como os outros; ela é a condição a partir da qual os outros podem ser pensados. E, da mesma maneira, a contratransferência não se limita mais à pesquisa dos conflitos não resolvidos – ou não analisados - do analista, capazes de falsear sua escuta; torna-se correlato da transferência, caminhando ao seu lado, induzindo-a às vezes, e para alguns, precedendo-a (Green, 1988, p.19).

Figueiredo apresenta a definição de contratransferência primordial como “um deixar-se colocar diante do sofrimento antes mesmo de saber do que é e de quem se trata” (2003, p.59); uma “reserva de alma” onde “residem nossas teorias, nossos desejos, nossa capacidade de pensar, falar, simbolizar e sonhar”. Segundo o autor, “reside aí, fundamentalmente, nossa capacidade de ser afetado e interpelado ao sofrimento” (p.69).

Essa era minha conduta terapêutica diante do caso de Mário e de todos os outros casos graves que atendo: coloco-me disponível para sentir junto com o outro – em alguns momentos, bem no início, antes que os próprios pais suportem, talvez até sentir pelo outro. Enquanto isso, busco instrumentalizar os pais para que possam se permitir sentir, para que compreendam que não estão sozinhos. No caso do desamparo das mães de crianças com espectro do autismo, primeiro é preciso ampará-las para que, só então, elas possam começar a amparar os seus filhos. De nada adianta cobrar do outro aquilo que ele não pode nos dar. Essa é minha conduta terapêutica, caminhar junto, estar presente, ouvir, amparar, algumas das condutas que aprendi quando trabalhava observando bebês a partir do método Bick de observação de bebês.

Diante da incomunicabilidade das crianças com autismo, conforme já descrevi anteriormente, as mães não encontram eco na sua maternagem e, muitas vezes, acabam se tornando incomunicáveis também. É preciso quebrar este ciclo.

Mário segue em atendimento comigo até hoje. Atualmente tem 9 anos e estuda no terceiro ano da escola regular. A mãe de Mário conseguiu pedir exoneração de um turno na escola e passou a trabalhar apenas 20 horas semanais como professora. Nas outras horas da semana, ela é mãe e esposa. Atualmente ela traz o filho aos atendimentos e fica sentada na recepção, conversando com as outras mães de crianças com necessidades especiais que circulam pela clínica. Nestas conversas, ela não é nem um pouco pedagógica, ela se coloca como mãe, com suas ansiedades, buscando conselhos e em outros momentos como uma mãe que dá conselhos. À medida que a mãe de Mário conseguiu ser escutada ao invés de julgada, como todos a sua volta pareciam fazer anteriormente, ela consegue sair de uma posição defensiva e assumir seus próprios medos para, só então, procurar enfrentá-los.

No ano em que a mãe de Mário pediu exoneração e conseguiu reduzir a carga horária do filho na escola (antes ele entrava na escola às 7h e ficava até às 19h), Mário começou a manifestar a entrada no Complexo de Édipo. Um dia, na sessão, ele desenhou um príncipe e uma princesa (com todas as dificuldades gráficas típicas do seu atraso do desenvolvimento, claro) e quando perguntei quem eram estes, ele contou em voz baixa: “O príncipe é o Mário e a princesa é a mamãe”. No final da sessão, pela primeira vez, Mário não pediu para levar embora o desenho que fizera. “Melhor deixar aqui, o pai não vai gostar” – comentou Mário na hora de se despedir. Mário consegue perceber a mãe, se apaixonar e, inclusive, compreender que não pode tê-la como namorada porque o pai é o namorado da mãe. Neste dia me despedi de Mário e voltei rápido para sala para apreciar o seu desenho. Confesso que fiquei emocionada ao compreender a dimensão que o tratamento psicológico de Mário havia tomado nestes 7 anos de atendimento. Um menino – que não olhava, não sorria, não falava e não imaginava – e uma mãe ausente – que se escondia no trabalho, tamanho o sentimento de incompetência e desamparo diante do filho – conseguiram se conectar. Mário não apenas percebeu que tinha uma mãe como conseguiu se apaixonar por ela, e ela por ele.

Importante salientar que a descrição dos casos acima em nada representa a cura do autismo. As crianças que descrevi, até então, não foram curadas do autismo, os

problemas não foram todos resolvidos, mas houve um progresso significativo à medida que mãe e filho se sentiram amparados, escutados e percebidos.

Mário segue apresentando atrasos significativos no desenvolvimento se comparado a um menino da mesma faixa etária que apresente um desenvolvimento típico. A mãe de Mário também segue com várias atrapalhões enquanto mãe. No entanto, se compararmos Mário consigo mesmo, e sua mãe com aquela que ficava 7 meses sem ver a psicóloga – porque era a diretora da escolinha que conduzia o menino aos atendimentos –, percebe-se que há um novo Mário e uma nova mãe, e que ambos estão muito mais vitais.

2.4 Onde estava a mãe de Flávio?

Flávio chegou para avaliação com 2 anos e 8 meses, apresentando alguns sintomas do espectro do autismo, como raro contato ocular, inexistência da atenção compartilhada e ausência de brincadeira simbólica. Flávio tentava, durante as sessões, escalar o corpo da mãe, e a terapeuta tinha a sensação de que o menino queria voltar ao útero materno. A mãe, por sua vez, tentava afastá-lo, encorajá-lo a brincar e parecia demonstrar, inclusive, certo repúdio a tamanha invasão do filho.

Ao ouvir a história dessa gestação, muitos fatos foram esclarecedores. A mãe de Flávio relatou que havia decidido não ter filhos, pois não sentia o desejo da maternidade. Ela se relacionava com o namorado, mas moravam em casas separadas. A mãe de Flávio tinha 33 anos e o pai 23 na época em que descobriram a gravidez. Ela relatou que chegara a pensar em abortar, mas depois resolveu tê-lo. Largou o trabalho, em que era Educadora Física, e passou a viver para o filho. Quando perguntada sobre como se sentiu após o nascimento de Flávio, a mãe relatou que tinha vontade de fugir e que acreditava ter tido uma depressão pós-parto muito importante, pois não tinha vontade de fazer nada e, às vezes, sentia raiva do filho que estava ali deixando-a tão cansada e sem poder trabalhar.

A rejeição ao filho antes mesmo de nascer é um dado importante que me provoca a sensação de que se Flávio não “grudar” nesta mãe, talvez ele não a tenha mais por perto. Eram angustiantes a necessidade de Flávio de “voltar para dentro da mãe” e a sensação de sufocamento que a mãe tinha diante das necessidades do filho. Eu ficava esgotada após as sessões, o mesmo esgotamento que o menino devia sentir por chamar esta mãe para

ele e da mãe por suportar as demandas deste filho. Após conhecer um pouco mais da história de Flávio e da mãe, eu questioneei o diagnóstico de autismo, parecendo mais uma psicose simbiótica de uma ligação que falhou sobre um desamparo materno que gerou um desamparo no filho.

Diferente dos casos descritos anteriormente, neste último a mãe parecia ter se sentido desamparada muito antes do nascimento de seu filho, e as características que o menino apresentava podiam, inclusive, ser resultado desta angústia materna diante de uma gestação não planejada e, muito mais do que isso, não desejada. Eu conseguia sentir a mesma angústia da mãe quando percebia que sempre, ao final das sessões com Flávio e com a mãe, me sentia esgotada.

Oakley descreve o espaço analítico como um palco onde emoções são encenadas, não importando a quem pertencem - ao analista ou paciente (Oakley, 1996). A afirmação de Oakley se complementa à afirmação de Alvarez de que “o pensamento tem que se tornar pensável (e ser pensado) muito antes que a analista possa se preocupar com luxuosas questões sobre quem está tendo o pensamento” (1996, p.122).

Klein nos apresenta uma mudança de foco no trabalho analítico, não sendo mais suficiente procurar pelos aspectos perdidos do paciente em seu inconsciente reprimido e enterrado, “essas partes perdidas ou sentimentos podem às vezes encontrar-se muito mais além, nos sentimentos de uma outra pessoa, como o próprio analista” (Alvarez, 1992, p.2).

Para Pires (2007), o analista, diante da criança autista ou psicótica, conta com seus próprios sentimentos e ressonâncias internas como instrumento clínico. Em outras palavras, o analista conta com a sua capacidade de reconhecimento inata para o estabelecimento de ligação e vivência emocional, assim como de afetação pelo outro. A contratransferência não é outra coisa senão a instrumentalização dessa capacidade inata que identificamos nas primeiras relações mãe-bebê para contágio e parceria.

Na contratransferência sentida no caso de Flávio e sua mãe, pude perceber o quão angustiante era para a dupla “se ligar” no outro. A mãe de Flávio não era “o palhaço”, descrito por Bollas, ela não tentava chamar a atenção do filho; ela também não era a mãe sem eco de maternagem que nomeei nos casos 1 e 2 (de Stitch e Bob). Tinha a impressão, neste caso, de que era Flávio que não encontrava o eco da mãe, de que ele havia cansado

de ser “o palhaço” tentando conquistar o sorriso materno e que, talvez, ele houvesse desistido. Não entrarei, neste artigo, na discussão sobre diagnóstico ou sobre causas e consequências, uma vez que o intuito deste estudo é discutir o desamparo materno de mães de crianças que apresentam características de transtorno de espectro do autismo. No entanto, vale ressaltar que há muitos artigos escritos sobre depressão materna que podem elucidar o caso de Flávio e sua mãe. A intenção da apresentação deste caso neste artigo é demonstrar que os sintomas da criança e o motivo da busca pelos tratamentos podem ser os mesmos, mas os caminhos que os levaram até esses sintomas e essa procura podem ser completamente opostos.

2.5 Lilo também montava castelos

Os pais de Lilo buscaram avaliação quando o menino tinha 2 anos e 4 meses de idade. A mãe contou que Lilo fora muito desejado, pois nascera depois de cerca de cinco anos de tentativas para engravidar. Ela também teve quatro abortos durante este mesmo período. A mãe fez tratamento para engravidar e ficou muito feliz quando teve sucesso através da chegada de Lilo. Eu percebia um cansaço aparente na fala da mãe e perguntei como foi ter um bebê em casa quando retornaram do hospital. O pai afirmou que foi tranquilo e a mãe silenciou, parecendo não concordar. Em seguida perguntei como foi, para ela, se deparar com aquele bebê, e ela contou que foi difícil e muito cansativo, muito mais difícil do que imaginava. Naquele dia tive a sensação de que a mãe não havia contado tudo que gostaria, e essa impressão se confirmou quando a mãe retornou na sessão seguinte. Ela disse ter necessidade de contar que sempre ficava muito brava quando Lilo chorava e se sujava, e que chegou a colocar uma meia na sua boca para que parasse de chorar, pois não conseguia dar conta daquela demanda.

Quando a mãe relatou o que fez, fui tomada por um sentimento de compaixão. Essa mãe se sentia sozinha, desamparada diante da maternidade. O bebê, por sua vez, não recebia também o amparo necessário, era uma dupla desamparada – ou talvez um trio, pois a estratégia do pai foi trabalhar três turnos e “não ter tempo” para ficar com o filho e a mulher. Observando Lilo e sua mãe, era possível sentir o quanto não haviam se conectado. A mãe era distante, Lilo falava pouco e chamava a mãe pelo nome e não por “mãe”. Lilo não sentia que tinha mãe, e sua mãe parecia não sentir que tinha Lilo. Os movimentos estereotipados de Lilo aconteciam com muita frequência, e mais ainda

quando a mãe estava presente. Eu percebia que Lilo e sua mãe não conseguiam se conectar, que a maternidade por si só já era ameaçadora para a mãe do menino. Quando ele começou a apresentar os movimentos estereotipados, o atraso na linguagem e o raro contato ocular, a mãe “transbordou”.

O aparecimento tanto de traços quanto de quadros autistas está inteiramente vinculado ao desequilíbrio do encontro entre o agente materno com a criança, sendo que este desequilíbrio depende, por um lado, do status psíquico deste agente e, por outro lado, das condições constitucionais da criança para se apropriar dos registros imaginários simbólicos que entram no jogo do vínculo. (Jerusalinsky, 1984, p.31)

Quando a mãe de Lilo foi questionada sobre ter sofrido de depressão pós-parto, ela relatou que sim, e o pai pareceu surpreso, dizendo “nem ter percebido”. Mais uma vez relembro que não entraremos, neste artigo, em discussão sobre o diagnóstico psíquico desta mãe. Embora saibamos que poderia haver uma discussão que transcende uma depressão pós-parto, o fato é que a fragilidade psíquica materna interfere diretamente na constituição psíquica do filho. Meu impulso era o de dar colo para a mãe de Lilo, que parecia tão frágil a ponto de não conseguir olhar para o filho e se conectar com ele. Eu sentia que eram dois bebês assustados e desamparados.

Pires (2007) salienta que o autismo é definido por Trevarthen como um distúrbio de empatia e da intersubjetividade primordial. Pensamos na caracterização do autismo, endossada por Trevarthen e por nossos caminhos de pensamento e escrita, como falha na empatia, na transubjetividade, na capacidade primária para identificação projetiva, tal como é comumente visto acontecer entre mães e bebês que se comunicam em um campo afetivo primitivo: o bebê se situa diante das expressões da mãe e a mãe se situa diante das expressões do bebê. Era assim a dupla Lilo e sua mãe, um era o espelho do outro. O que faltava para um, conseqüentemente faltava para o outro.

Para Pires, (2007), esse processo comunicativo que se desenvolve entre o bebê e o adulto cuidador não se dá no autismo: os autistas parecem não desenvolver a prontidão para parceria e comunicação, não sendo capazes de serem afetados pelos sentimentos e conhecimentos de outras pessoas. Esse atravessamento particular de cenário das primeiras relações implica uma aproximação específica, no autismo, dos conceitos de transferências e contratransferência, identificação projetiva e “outro virtual”.

A noção de “outro virtual” de Braten (1988, em Pires, 2007)) está intimamente vinculada à disposição inata do ser humano para contato, comunicação e parceria. A mesma noção é nomeada por Kupfer como “permeabilidade biológica ao significante” que, segundo a autora, é a “estrutura sem a qual o bebê não poderia vir a organizar-se como corpo erógeno” (1999, p.98).

Lilo ainda não conseguia se organizar como um “corpo erógeno”, não havia significante, havia uma repetição das angústias maternas, comportamentos estereotipados que não entravam no jogo simbólico.

A mãe de Lilo estava mais preocupada em reparar os estragos do filho e, mais do que isso, tentar os próprios estragos, do que construir algo com ele. Na primeira sessão, Lilo quebrou um brinquedo da sala de terapia enquanto eu conversava com a mãe. Ela pediu desculpas muitas vezes e, como se não tivesse sido suficiente, na consulta seguinte ela trouxe um conjunto completo de “panelinhas de brinquedo” para que Lilo entregasse para mim, já que havia estragado uma das panelinhas na sessão anterior. Em outro momento, mais adiante, nomeei a situação para ela, procurando fazê-la perceber o quanto ficava angustiada com algumas situações que fazem parte do cotidiano e que acontecem não porque ela não seja uma boa mãe ou porque Lilo tenha espectros do autismo, mas porque são crianças e brinquedos quebram – e crianças choram, pensei eu naquele momento, remetendo-me ao episódio em que colocou uma meia na boca do filho porque ele não parava de chorar.

Lilo, atualmente com 4 anos de idade, segue em atendimento psicológico até o momento. A mãe, em muitos momentos, chegou para o atendimento de Lilo transbordando e sempre pedia um espaço para que ela pudesse conversar um pouco. No início, ela insistia em falar tudo no espaço da recepção mesmo, não importava quantos pais de outros pacientes havia ali. Aos poucos, fomos trabalhando o quanto podíamos preservar a ela e a Lilo dessa situação, e então ela entrava no atendimento e contava suas angústias. Como Lilo já estava acostumado a ouvir os relatos, pois a mãe fazia isso em qualquer parte, ele entrava junto no atendimento e eu procurava incluí-lo na conversa, uma vez que ele parecia atento ao que acontecia. Um dia, a mãe de Lilo relatou que a mãe de um colega da escolinha do filho a teria procurado na escola em que trabalha – ela é professora – e falado, na frente das suas colegas, que havia tirado o filho da escola porque Lilo batia no seu filho. A minha surpresa, no entanto, foi a resposta que ela deu à mãe

desse menino. A mãe de Lilo conseguiu, talvez pela primeira vez, defender o seu filho perante o social e não apenas se desculpar pelas situações. Na ocasião, ela falou: “Olha, eu lamento se isto estava acontecendo, mas eu não estava a par da situação. Vou conversar com a ‘profe’ da escola, mas de antemão já te digo que estas coisas podem acontecer entre as crianças. Talvez tu possas pensar que eu estou dizendo isso porque não dou limites para o meu filho, mas tanto eu quanto meu filho fazemos acompanhamento e temos ‘duas doutoras’ que nos ajudam (por minha orientação a mãe iniciou análise pessoal há cerca de 6 meses). As duas doutoras costumam dizer que talvez eu possa pecar pelo excesso, mas não pela falta, então, eu sei que estou educando meu filho e que tem situações que são naturais do desenvolvimento da criança e outras talvez sejam dificuldades do meu filho, com suas necessidades especiais e que também vamos ter que aprender a lidar com isso.” Confesso que ouvir a mãe de Lilo falando daquela forma me emocionou. Ela conseguira se tornar empática com o filho e defender a ambos diante de uma situação. Voltei-me para Lilo, na sessão, e perguntei-lhe o que achava do que a mamãe tinha dito, e ele abraçou forte a sua mãe. Ela se emocionou, e eu mencionei o quanto ela estava conectada com Lilo e o quanto eles estavam construindo uma relação de cumplicidade.

Algum tempo depois, Lilo resolveu empilhar os móveis da casinha terapêutica para construir um castelo. Ele tentava usar todos os móveis da casinha e dizia que o castelo precisava ficar muito grande. Durante cerca de 4 sessões investiu na construção desse castelo, que por vezes desmoronava e ele precisava começar tudo novamente. No início dos atendimentos, a única brincadeira de Lilo era pintar com canetinhas numa folha branca até que a repetição da pintura fizesse buracos na folha. Foram muitas folhas e muitos buracos produzidos. Eu os interpretava como os buracos que Lilo tinha deste período em que a relação com a mãe não lhe oferecia a continência necessária. Um dia ele descobriu o rolo de fita adesiva e quis começar a “fechar os buracos”. Foram quase dois rolos de fita adesiva durante aproximadamente 4 meses, em que as brincadeiras eram fazer e fechar os buracos. Naquele momento, Lilo começou a conseguir perceber que podia preencher os buracos, a mãe estava preenchendo os próprios buracos e também conseguindo ser mais continente com Lilo. Após o episódio da escola, Lilo começou a construir seu próprio castelo, ou seja, ele não apenas preenchia os próprios buracos, mas começava a construir algo que era dele. Este fato coincidiu com o momento em que ele deixou de falar “Lilo quer” e passou a falar “eu quero”. Lilo se reconhece como ele próprio, e não mais como alguém na terceira pessoa. No dia em que conseguiu construir

o castelo com todas as peças (os móveis da casinha), ele olhou para mim e pediu: “vamos chamar a mamãe para ver o que eu fiz”. Lilo não nomeia mais a mãe pelo seu nome, mas a chama de “mamãe”. Agora ela não é mais estranha, ela é a sua mamãe. Fomos até a recepção para chamar a mamãe e ela subiu conosco. Lilo estava orgulhoso, batendo as mãozinhas, eufórico: “mamãe, olha o castelo que eu fiz”. A mãe lhe deu um abraço e o parabenizou. Fiquei pensando que um ano antes ela teria dito: “Lilo – ela também não lhe chamava de filho – isso não é um castelo, você desarrumou os móveis da casinha da tia Fabíola, vamos colocar tudo de volta direitinho”. Hoje ela consegue ver um castelo junto com o filho, e, por isso, o simbólico também passa a existir para Lilo.

2.6 Caco e sua mãe precisavam de uma mãe

Caco tinha 4 anos de idade quando a família buscou a avaliação em busca de estimulação para “seu filho autista”. A família já havia recebido o diagnóstico quando o filho tinha 2 anos e 9 meses, e, desde então, o menino realizou estimulação com fonoaudióloga e psicomotricista. Era um caso de autismo de um grau bem mais elevado do que os casos descritos anteriormente. Caco, com 4 anos, não falava, gritava muito, não tinha controle esfinteriano e desorganizava muito com barulhos.

Dois meses antes da família de Caco procurar atendimento psicológico comigo, a fonoaudióloga de Caco anunciou à família que não conseguiria seguir atendendo o menino, pois não estava vendo progressos no tratamento e era melhor encerrarem os atendimentos. Eis a fala de uma experiência de abandono descrita pela mãe de Caco no primeiro encontro com a terapeuta. Em diferentes momentos, muitas outras expressões que lembram a sensação de abandono foram descritas por ela. Não sabemos se foi exatamente esta a fala da fonoaudióloga, mas sabemos que foi desta forma que a mãe de Caco a significou.

A mãe de Caco era uma mulher bonita, bem vestida e sempre sorridente, um sorriso que escondia um profundo vazio, um “sorriso triste”. Caco tinha o mesmo “sorriso triste”, não falava, apresentava raro contato ocular, apresentava estereotípias importantes e sonorizava como se estivesse brincando com carrinhos de brinquedo, um “bruuuum” que não tinha sentido algum para ele. A mãe de Caco contou que até os 9 meses ele parecia ter um desenvolvimento normal, mas que com esta idade fora internado no hospital com

problemas respiratórios, precisara ficar na UTI e, desde então, seu contato com o mundo fora quebrado. Toda a história foi contada com o mesmo “sorriso triste”, tentando disfarçar a angústia e a tristeza.

Durante as sessões, Caco oscilava entre nem perceber a presença da mãe e os movimentos de se grudar nela como se fossem um só, numa identificação adesiva com esta mãe. Ela era firme, dizia para tirar o dedo da boca, para juntar o brinquedo, dizia para ele fazer logo, pois, segundo ela, ele estava entendendo o que ela estava dizendo. Não, Caco não estava entendendo o que ela estava dizendo, mas a mãe não conseguia perceber, ela parecia desconectada de Caco e de si mesma.

Alguns meses depois de iniciar o acompanhamento do caso de Caco, fui entregá-lo à mãe na recepção da clínica, e o menino empurrou a mãe para dentro do prédio, enquanto me arrastava para fora e me levava até o veículo da mãe, tentando abrir a porta do carro. Caco queria me levar com ele para sua casa, estava se sentindo conectado comigo, o que talvez não conseguisse com a mãe. A mãe, ao ver a situação, com o mesmo sorriso triste de sempre, me recomendou: “E tu vê se não resolve engravidar e abandonar ele, hein?”. Aquela frase me deixou paralisada, por dois motivos: em primeiro lugar, a mãe não estava falando de Caco, mas sim dela própria. Ela não queria sofrer mais um abandono, agora que o filho e ela estavam se sentindo acolhidos; ela não estava com medo de “perder o filho para mim”, como pensei que poderia acontecer, mas com medo de me perder. O segundo motivo que fez com que a frase tivesse um grande sentido foi o fato de que, sim, eu estava tentando engravidar e de que a mãe, numa comunicação inconsciente, já havia sentido aquilo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fragilidade das mães das crianças com espectro do autismo é muito grande, e a transferência e contratransferência são intensas. Elas colam, numa identificação adesiva com as terapeutas. A identificação adesiva, segundo Bick (1968), Meltzer (1975) e Pires (2007), é concebida como anterior à identificação projetiva, e essa anterioridade é resumida pela necessidade de “estar em contato com” o objeto, antes de colocá-lo dentro ou mesmo colocar-se dentro do objeto (Mitrani, 2001). Com a identificação adesiva, o

que está em jogo é a criação da possibilidade de contato entre duas pessoas. Quanto mais próximos da psicose, mais os pacientes funcionam através das identificações adesivas e mais ocorre manifestação da contratransferência.

Macedo (2010), afirma que para compreender as experiências contratransferenciais, o analista precisa ter uma disposição básica de receptividade das projeções, sem se identificar com elas, mas estando em sintonia com o paciente e em contato com sua própria experiência infantil, identificando-se com o continente materno. O analista assume uma dupla função: enquanto é receptivo e continente, adota também uma postura observadora e interpretativa desses mesmos sentimentos, estando dentro e fora ao mesmo tempo. Ele precisa estar atento, com um olhar aguçado, mergulhando ali de corpo e alma, deixando-se tomar pelas sensações, assim como faz a mãe com seu bebê. O terapeuta deve abrir mão de seu estado organizado, flexibilizar-se sem perder a sanidade, oferecendo a confiança e garantia necessárias ao paciente, sem se esquivar da experiência.

Esta forma de observação, receptiva, continente e atenta, colocando-se ao mesmo tempo dentro e fora, em sintonia com o paciente e se identificando com o continente materno, é o que sugere o método Bick de observação, e é a forma como os casos descritos acima foram trabalhados.

Os seis casos apresentados foram interpretados a partir das reações transferenciais e contratransferenciais das mães de crianças com espectro do autismo, das crianças e minhas, procurando pensar para além do diagnóstico da criança ou de um possível diagnóstico para as mães.

Nos casos que atendo – principalmente os casos mais graves –, penso que a empatia é fundamental. Esse processo, que muitas vezes não está presente na criança com espectro do autismo e nem na mãe, precisa estar presente no meu trabalho como analista. O profissional precisa ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, de mergulhar junto com o outro em suas angústias, com a devida capacidade de logo voltar para perceber de fora a situação, sem se deixar angustiar junto, sem se deixar paralisar, sem correr o risco de também ficar na identificação adesiva com o paciente. É preciso mergulhar junto e depois voltar para perceber de fora a situação e, assim, conseguir perceber o que eles não percebem.

Em pelo menos duas situações distintas ao longo deste trabalho com crianças e pais de crianças com transtorno de espectro do autismo percebi que a minha capacidade de empatia realmente é algo que faz com que os pais se “conectem comigo” de uma forma diferente. Nesses momentos, mães de crianças com autismo afirmaram que eu conseguia entendê-las porque eu também tinha um filho com autismo. Preciso confessar que, nos dois momentos, o meu primeiro impulso foi querer afastar a ideia, dizendo que não, eu não tinha um filho com autismo – e nem queria tê-lo. Claro que não tomei esta atitude, pois logo percebi que seria completamente inadequado. Vi que aquele era o meu medo de passar pela mesma situação daquelas mães, pois eu sabia o quanto isso era dolorido e difícil, e não queria para mim a mesma condição. Num segundo momento – o que aconteceu em fração de segundos – acolhi a fala destas mães perguntando como tinham chegado naquela informação, e elas disseram que “ouviram falar”, mas já suspeitavam, pois eu as entendia tão bem que só poderia passar pela mesma situação. Não desmenti a sua fantasia, mas as acolhi mais uma vez. Entendi que a minha capacidade de me colocar no seu lugar, de ouvi-las ao invés de julgá-las e de acolhê-las para, juntas, buscarmos um caminho, fez com que se sentissem bem recebidas. Tanto é que chegaram a ponto de fantasiarem que, para entendê-las, eu só poderia ter passado pela mesma situação. A identificação adesiva descrita por Bick, Meltzer e Pires está presente nos casos graves, e talvez precise estar até que o sentimento possa ser transformado em palavras, e até que essas mães possam se reconhecer como pessoas capazes de serem mães, apesar das dificuldades existentes.

A intensidade do trabalho com esses casos graves é indiscutível. A contratransferência é intensa, uma vez que o sentimento de desamparo dessas mães é grande diante da inacessibilidade aos filhos. Em todos os casos descritos anteriormente, as mães se sentem sozinhas e pouco competentes na difícil tarefa de tornar-se mãe de uma criança com espectro do autismo. Não entraremos aqui na ordem em que os fatos ocorreram e na discussão dos diagnósticos, mas é importante mencionar que, talvez, em alguns casos, a desorganização psíquica da mãe interferiu no desenvolvimento do diagnóstico, enquanto em outros casos a desorganização psíquica da criança produziu a desorganização da mãe.

O objetivo desta monografia não foi discutir o diagnóstico em si, nem culpabilizar uma situação ou outra pela produção de sintomas. O propósito do estudo foi aprofundar a escuta dessas mães de crianças com espectros do autismo, procurando compreender os

sentimentos contratransferenciais produzidos a partir da escuta dessas histórias. Levando em conta ainda que, conforme descreveu Winnicott, “quando nasce um bebê, nasce também uma mãe”, devemos entender que, quando nasce um bebê com espectros do autismo, nasce também a mãe de um bebê com espectros do autismo, ou seja, assim como seu filho, uma mãe diferente, uma mãe com suas próprias necessidades especiais. Além disso, cabe a nós, analistas, compreendermos também as necessidades especiais destas mães e nos colocarmos neste lugar de escuta, de acolhimento e de cuidado, oferecendo o *holding* nomeado por Winnicott. À medida que as necessidades especiais dessas mães forem escutadas e trabalhadas, isso produzirá um efeito importante sobre seus filhos, conforme conseguimos perceber nos 6 casos apresentados no presente estudo.

É importante salientar que cada caso possui as suas especificidades, e a intenção não é generalizar as situações, pelo contrário, é poder compreender cada caso à luz da psicanálise, buscando o que é específico de cada história, de cada mãe e de cada criança com espectro do autismo. No entanto, conseguimos perceber que há um fator que parece recorrente na maioria destes casos: o desamparo sentido pelas mães de crianças com espectro do autismo e a necessidade de um trabalho de escuta, acolhimento e construção de vínculo com as mães e entre as mães e seus filhos.

Por fim, é fundamental pontuar que o trabalho aprofundado e cuidadoso com as duplas apresentadas nesta monografia só se fez possível através do uso da contratransferência como ferramenta de trabalho para a escuta de fenômenos ligados ao início da vida, tão presentes nas crianças autistas e em suas mães, o qual é treinado pelo método Bick.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, A. (1992). *Live Company*. London/New York, Tavistock/Routledge.
- _____ (1999). Addressing the Deficit - Development Informed Psychotherapy with Passive, 'Undrawn' Children. In Alvarez, A. & Reid, S. (eds.). *Autism and Personality – Findings from the Tavistock Autism Workshop*. London/New York, Routledge. p. 49-61.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. APA.
- Araújo, C. A. S. (2000). *O Processo de Individualização do autismo*. São Paulo: Memnon.
- _____ (2003). Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe. *Estilos da Clínica*. Vol. VIII, no 146 14. p. 146-163
- Associação Psiquiátrica Americana (2002). *DSM IV-TR- Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 29, 213–224.
- Bernabei, L.; Camaioni, G. & Levi. (1998). An evaluation of early development of children with autism and with PDDNOS from home movies: preliminary findings, "Autism", vol. 2, pp. 243-58.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. In: Briggs, A. & Meltzer, D. (eds.). *Surviving space: papers on infant observation* (pp. 37-54). London: Books.
- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object-Relations. *International Journal do Psycho-Analyst*, vol. 49, pp. 484-486.
- Bollas, C. (1998). Gracejando/Desconjuntando ('Cracking Up'). *Pulsional*: ano 11, n. 108, p.50-74, abr. Trad.Vera Lucia Brum.
- Bosa, C. & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.13, n.1, pp. 167–177, 2000.
- Briggs, S. (1999). Links between infant observation and reflexive social work practice. *Journal of Social Work Practice*, 13, 147-156.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Caron, N. A. (1995). Fundamentos teóricos para a aplicação do método de E. Bick. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 29(2), 283-291.
- Caron, N. A., Fonseca, M. M. C. & Kompinsky, E. (2000). Aplicação da observação na

- ultra-sonografia obstétrica. In: Caron, N. A. (ed.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 178-206). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caron, N. A. & Maltz, R. S. (1994). Intervenção em gestantes com anomalias fetais. *Revista de Psiquiatria da Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 16, 202-207.
- Caron, N. A. & Lopes, R. S. (2014). O percurso de uma pesquisa nesse lugar onde a verbalização perde o sentido. *Aprendendo com as mães e o bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Porto Alegre: Dublinense, 2014. p. 33-55.
- Chakrabarti, B., Dudbridge, F., Kent, L., Wheelwright, S., Hill-Cawthorne, G., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2009). Genes related to sex steroids, neural growth, and social-emotional behavior are associated with autistic traits, empathy, and asperger syndrome. *Autism Research*, 2(3), 157-177.
- Charman, T.; Swettenham, J.; Baron-Cohen, S.; Cox, A.; Baird, G. & Drew, A. (2000). An experimental investigation of social-cognitive abilities in infants with autism: Clinical implication, In D. Muir & A. Slater (Eds.). *Infant development: The essential readings. Essential readings in development psychology*. P. 343-363
- Chawarska, K., Macari, S. & Shic, F. (2013). Decreased spontaneous attention to social scenes in 6-month-old infants later diagnosed with autism spectrum disorder. *Biological Psychiatry*: 169, 589-600.
- Facion, J. R. (2005). *Transtornos invasivos do desenvolvimento e transtornos de comportamento disruptivo*. Curitiba: IBPEX.
- Figueiredo, L. C. (2003). Transferências, Contratransferências e outras Coisinhas mais. *Pulsional*, ano 16, n.168, p. 58-60.
- Green, A. (1988). Pulsão de morte, Narcisismo Negativo, Função Desobjetalizante. In Green, A. et al. *A Pulsão de Morte*. São Paulo: Escuta. p. 10-21.
- Houzel, D. (1997). Uma aplicação terapêutica da observação dos lactentes. In: Lacroix, M. B. & Monmayrant, M. (eds.). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp. 193-207). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jerusalinsky, A. (1984). *Psicanálise do Autismo*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Kanner, L. (1943). Affective disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kompinsky, E. (2000). Observação de bebês: método e sentimentos do observador. In: Caron, N. A. (ed.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 9-43). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kupfer, M. C. (1999) Psicose e Autismo na Infância: Problemas Diagnósticos. *Estilos da Clínica*, vol. 4, n. 7, pp. 97-106.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1999). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes.

- Laznik, M. C. (2004). A voz da sereia: *O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.
- Lejderman, A. T. & Segal, J. (2000). Repercussões da observação da relação mãe-bebê na prática clínica do psicoterapeuta. In: Caron, N. A. (ed.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 329-336). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macedo, C. R. M. (2010). A função continente e o uso da contratransferência como instrumentos na psicoterapia de grupo com pacientes com severas perturbações no desenvolvimento do psiquismo. *Vínculo-Revista do NESME*, 2(7), p. 23-30.
- Mahler, M. S. (1968). Autism and Symbiosis: two extreme disturbances of identity. *International Journal of Psychoanalysis*. 39: 77-8.
- Meltzer, D. (1975). Adhesive Identificacion. *Contemporary Psychoanalysis*. New York, Willian Alanson White Institute, vol. 11, n.3, p.289-310.
- Mitrani, J. (2001). Ordinary People and Extraordinary Pretections: A Post-Kleinian Approach to the Treatment of Primitive Mental States. East Sussex, Brunner/Routledge, p. 19-40.
- Nogueira, S. E. & Moura, M. L. (2007) Intersubjetividade: perspectivas teóricas e implicações para o desenvolvimento infantil inicial. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.17, n.2, p.128-138.
- Oakley, H. (1996). *Conferência proferida para a Philadelphia Association*. Londres.
- Pires, L. (2007). Do Silêncio ao Eco: Autismo e Clínica Psicanalítica. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp. p. 21-64.
- Rajon, A., Rosé, D. & Abadie, I. (1997). Observação do lactente e atendimento terapêutico do par mãe-filho, no contexto do diagnóstico perinatal de malformação. In: Lacroix, M. B. & Monmayrant, M. (eds.). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp. 225-231). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramos, H. M. B. & Winnicott, D. (1994) In: Figueira, S. et al. *Contra-transferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 131-151.
- Rocha, P. S. (1997) Rumo a Ítaca. In: Rocha, P. S. et al. *Autismos*. Recife: Escuta. p. 15-26.
- Reid, S. (1997). The development of autistic defenses in an infant: the use of a single case study for research. *Infant Observation: The International Journal of Infant Observation and its Application*, 1(1), 51-110.
- Rustin, M. (2006). Infant observation research: what have we learned so far? *Infant Observation*, 9(1), 35-52.
- Schmidt, C. (2012). Temple Grandin e o autismo: uma análise do filme. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 18, n. 2. p. 179-194.

- Schmidt, C. & Bosa, C. A. (2011). Transtornos invasivos do desenvolvimento: autismo. (In:) Petersen, C. S.; Wainer, R. *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*; ciência e arte. Porto Alegre; Artmed.
- Steiner, J. (1993). *Patient-Centred and Analyst-Centred Interpretations: Some Implications of "Containment" and "Countertransference"*. London, Tavistock Clinic
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Tustin, F. (1975). *Autismo e Psicose Infantil* (Trad.) Isabel Casson. Rio de Janeiro: Imago.
- Velloso, R. L; Vinic, A.A; Duarte, C. P. & Dantino, M. E. (2011). Protocolo de avaliação diagnóstica multidisciplinar da equipe de transtornos globais do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.11, n.1, p. 9-22.
- Wetherby, A. & Prutting, C. (1984). Profiles of communicative and social-cognitive abilities in autistic children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 364-377.
- Wing, L. (1976). Diagnosis, clinical description and prognosis. In: *Early Childhood Autism*. Pergamon: Oxford. (ed. L.Wing). p.15-4
- Winnicott, D. (1967). A etiologia da esquizofrenia em termos do fracasso adaptativo. In: Shepherd, R.; Johns, J. e Robinson, H. T. (orgs). *D. W. Winnicott: pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____ (1971/1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1980). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte, MG: Interlivros.
- _____ (1993). *Conversando com os pais*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- _____ (1997). *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- _____ (1999). *Os bebês e suas mães*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Zanon, R. B. (2012). *Déficit na iniciativa de atenção compartilhada como principal preditor de comprometimento social no Transtorno do Espectro do Autismo*. Dissertação de mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.