



UniCEUB – Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências de Educação e Saúde
Curso de Psicologia

**A relação mãe-bebê e a etiologia do autismo: reflexões a
partir da psicanálise winnicottiana.**

Isabella Vieira de Macedo Guedes.

Brasília

Novembro/2012.

Isabella Vieira de Macedo Guedes

**A relação mãe-bebê e a etiologia do autismo:
reflexões a partir da psicanálise winnicottiana.**

Monografia apresentada como trabalho
de conclusão do curso de Psicologia do
UniCEUB. Orientada pela professora
Marcella Marjory Massolini Laureano
Prottis.

Brasília

Novembro/2012.



UniCEUB – Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências de Educação e Saúde
Curso de Psicologia

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora

composta por:

A menção final obtida foi:

Brasília

Novembro/2012.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente à minha sempre presente, paciente e disposta orientadora, Marcella Laureano. Além da ilustre orientação teórica, seu apoio e confiança foram asseguradores.

À professora e supervisora Tânia Inessa, pelo imensurável aprendizado no estágio em saúde mental, que não seria possível sem a sua escuta sensível e disponibilidade para ensinar. Suas orientações e seu olhar clínico foram motivadores e marcantes, serão sempre lembrados no meu percurso profissional.

À amiga Isadora Brasil, que me enveredou pelos caminhos da psicanálise winnicottiana, com a qual eu vim a me identificar profundamente.

Finalmente agradeço à minha irmã, Camilla e aos meus pais, Monica e Alcino. A inabalável confiança depositada na minha capacidade, os momentos de descontração extremamente benéficos e o carinho compreensível e incondicional me fortaleceram diariamente.

Sumário

Introdução.....	1
Capítulo I – A relação mãe-bebê, a fase de dependência absoluta e os processos de maturação.....	4
Capítulo II – O autismo e sua etiologia a partir da visão winnicottiana.....	23
Conclusão.....	40
Referências Bibliográficas.....	47

Resumo

A partir das ideias de Donald Winnicott, a psicanálise passou a estudar e a levar em conta as influências do ambiente na estruturação da vida psíquica do sujeito. Partindo da constatação do estado de dependência absoluta no qual o bebê se encontra nos seus primeiros meses de vida. Nesta fase, se o ambiente ou a mãe não está identificado com as necessidades do bebê e falha nos cuidados com o mesmo, ele vivencia angústias impensáveis. De modo a evitar reviver essas angústias, o bebê faz uso de manobras de defesa muito primitivas e que, portanto, não incluem o contato com a alteridade. Uma dessas manobras é a invulnerabilidade, apresentada pelas crianças autistas. A partir deste pensamento objetiva-se buscar compreender a etiologia do autismo, entendendo como se deram os cuidados nesta primeira fase da vida e porque foi necessário recorrer à defesa pelo isolamento. A compreensão desta etiologia leva à ampliação das possibilidades clínicas com sujeitos autistas e evidencia-se que, com o manejo adequado, o *setting* analítico pode fornecer a confiança e a sustentação (*holding*) que não foram experimentadas nos primórdios da vida, possibilitando a retomada dos processos de desenvolvimento. O objetivo deste estudo é discutir a etiologia do autismo na teoria winnicottiana, assim como o papel do analista nesta clínica singular.

Palavras-chave: autismo, relação mãe-bebê, dependência absoluta, *holding*, winnicott.

O presente trabalho aborda a etiologia do autismo associada às condições da relação mãe-bebê a partir da abordagem psicanalítica winnicottiana.

A Classificação Internacional de Doenças categoriza o autismo como um transtorno invasivo do desenvolvimento, apresentando comprometimentos na interação social, na comunicação e no desenvolvimento que se manifestam antes dos três anos de idade. Comportamentos focalizados e repetitivos também fazem parte do quadro, por vezes acompanhado de fobias, perturbações do sono e da alimentação, birra e agressividade (seja dirigida ao outro ou a si mesmo). (CID-10, 1993).

Os diagnósticos autistas são predominantes em meninos, numa razão de 3:1, no entanto, as meninas apresentam quadros mais comprometidos (Goodman & Scott, 2004).

São várias as áreas do saber que estudam o autismo e buscam explicá-lo e descobrir sua etiologia. Além da psicologia e da psicanálise, muitos estudos são realizados na neurologia e na genética. Evidencia-se que, por haver muitos olhares para o quadro do autismo, alguns saberes limitam-se a tentar estudá-lo sem levar em conta a multidisciplinaridade necessária para entendê-lo. Dessa forma, os geneticistas acreditam que há uma causa genética, um cruzamento de genes específico para o autismo, mas que ainda não foi possível ser isolado. E a visão da neurologia é de que há uma falha da comunicação neurológica que causa o autismo, fato que a psicanálise não desconsidera (pois se depara com casos de autismo que apresentam comprometimento neurológico), mas busca olhar além dessa falha, para o sofrimento que ali se instalou. Além disso, a psicanálise vai em busca de outras explicações já que na maior parte dos casos nenhum comprometimento biológico é confirmado.

O diagnóstico e a intervenção precoces são de suma importância para a evolução do quadro. Objetiva-se evitar a cristalização das manobras defensivas e lutar contra a tendência ao isolamento. Tal cristalização também pode ser compreendida como a repetição do primitivo, evidenciada no comportamento estereotipado característico dos casos de autismo.

Neste trabalho será discutida a compreensão do autismo sob o prisma da psicanálise winnicottiana, que é dotada de um olhar sensível e esperançoso, tanto para entender a angústia sofrida pelo sujeito, quanto para diminuí-la, contribuindo para o desenvolvimento pessoal.

A psicanálise dos transtornos globais do desenvolvimento não se limita a procurar as raízes do trauma ou a interpretar conflitos, mas dá extrema importância a promover novas oportunidades para a criança encontrar o companheiro humano, expandindo sua tolerância à alteridade, na contramão da tendência da criança autista a trocar o humano e sua imprevisibilidade pelo inanimado completamente previsível. (Fonseca, 2007 p. 270).

Este trabalho pretende acender a discussão da relação mãe-bebê, conjecturando sobre como a mesma afeta a potencialidade do desenvolvimento infantil. Esta primeira relação humana apresenta particularidades delicadas tanto para a mãe quanto para o bebê. Para a mãe que está encarregada deste cuidado e entrega total, e para o bebê, que depende completamente dela, pois está desamparado, vivendo experiências inéditas num território ainda a ser descoberto.

Ao pensar a relação mãe-bebê, será analisada a primeira fase da vida do bebê, a de *dependência absoluta*. Tal análise será direcionada à discussão da identificação da mãe com as necessidades do bebê e dos cuidados insuficientemente bons, os quais provocam falhas precoces na continuidade de ser do bebê. As falhas, quando ocorrem nesta fase sensível, levam o bebê a vivenciar angústias impensáveis, e a reagir com manobras de defesa patológicas, como a defesa por invulnerabilidade, que é percebida no quadro autista. Dessa forma, será estudada a relação das falhas maternas na fase de dependência absoluta com o ensimesmamento autístico apresentado posteriormente pela criança.

A relevância deste estudo se justifica na própria relevância da clínica psicanalítica com crianças. O papel que o analista pode exercer frente à etiologia das psicopatologias. Um papel que é também de pesquisador, descobrindo e criando novas intervenções clínicas. Desenvolvendo assim, habilidades cada vez mais refinadas para interpretar e dar sentido ao conteúdo trazido pela criança autista, quando o mesmo é pouco representativo. A fim de poder então proporcionar uma maior inserção no campo da linguagem, do simbólico.

Capítulo I – A relação mãe-bebê, a fase de dependência absoluta e os processos de maturação.

No início da história da psicanálise, quando o assunto era a infância, o foco principal era no complexo de Édipo e na sexualidade infantil, com suas determinadas fases. Freud foi determinista ao falar das consequências dos conflitos edipianos e da castração. Mas pouca atenção era dada aos estágios mais primitivos da estruturação do psiquismo (Winnicott, 1969/1989).

Com Melanie Klein foi possível reconhecer a existência e a enorme relevância destes primeiros estágios da vida do bebê. A agressividade ficou em evidência, e seguindo a teoria freudiana, principalmente em relação ao conceito de pulsão de morte, foram descobertas as pulsões sádicas e destrutivas, como uma forma de comunicação e de descoberta do ambiente. Pela primeira vez na psicanálise, estava-se falando sobre a importância do ambiente nos estágios precoces da experiência humana (Winnicott, 1969/1989).

Winnicott, com sua formação pediátrica, possuía um interesse peculiar pela infância. A teoria kleiniana teve forte influência no seu olhar psicanalítico, devido também à relação próxima dos dois analistas. Melanie foi supervisora de Winnicott por 5 anos, depois que o mesmo se habilitou como psicanalista na Sociedade Britânica de Psicanálise. Após este período, Winnicott aceitou receber o filho de Melanie Klein em análise, tendo, portanto, que abrir mão de ter um tratamento analítico com a mesma (Arcangioli, 1994).

Winnicott dedicou especial atenção à relevância do ambiente no começo da vida humana. Foi ele quem nomeou o estado de extrema dependência no qual se encontra

o bebê. E se existe uma dependência absoluta, o ambiente do qual depende-se, faz parte do sujeito. Sendo assim, não é possível considerar o sujeito apenas de forma singular.

Winnicott constatou que no início da vida tudo o que o bebê tem é um impulso biológico para o crescimento, com tendências hereditárias. Não há psiquismo formado ainda. O que existe é um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade humana. Nessa fase, denominada *dependência absoluta*, o bebê encontra-se num estado simbiótico de não-integração, de vir-a-ser, ele sente o ambiente como parte de si, criação sua (o que o permite se sentir onipotente), desconhecendo sua dependência do mesmo (Winnicott, 1970/1987). Para que esse potencial venha a se concretizar é necessário que haja um ambiente favorável, que se adapte perfeitamente às necessidades do bebê. Um cuidado materno confiável que proporcione sustentação psíquica e física, satisfazendo sua dependência absoluta e fortalecendo o ego do bebê para que ele venha a conquistar um estado de integração.

Inicialmente, a mãe suficientemente boa é o ambiente favorável. Essa mãe reconhece a dependência do bebê e se adapta constantemente às suas necessidades, criando um *setting* onde o bebê pode viver uma experiência de onipotência e progredir no seu desenvolvimento no sentido da integração, do crescimento emocional e do acúmulo de vivências. (...) para desempenhar essa tarefa, a mãe, permanecendo adulta, assume a vulnerabilidade do bebê. (Celeri, 2007, p. 422).

É importante destacar nesse momento o conceito de *holding* da teoria winnicottiana. Ele é usado para descrever a sustentação física e psíquica do bebê pela mãe, como um aspecto crucial do cuidado materno. “Segurar e manipular bem uma

criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação” (Winnicott, 1967/1987, p.54). É também eventualmente usado para falar da sustentação que o ambiente pode prover à mãe, no momento em que ela precisa se dedicar exclusivamente ao bebê. Segundo o autor, o *holding* é a provisão ambiental de que o bebê necessita no estágio de dependência absoluta. E é caracterizado por alguns aspectos:

Satisfaz as necessidades fisiológicas. Aqui a fisiologia e a psicologia ainda não se tornaram separadas, ou estão ainda no processo de fazê-lo;

É consistente. Mas a provisão ambiental não é mecanicamente consistente. Ela é consistente de um modo que implica a empatia materna;

Protege da agressão fisiológica;

Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo;

Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é o mesmo que com dois lactentes, porque é parte do lactente, e dois lactentes nunca são iguais;

Segue também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico como psicológico (Winnicott, 1960/1979 p.48).

O que perturba a continuidade da linha de vida do bebê, seu processo de vir-a-ser, de transição do não-eu para o eu é a imprevisibilidade do ambiente. A falta de estrutura e repetição na apresentação do ambiente afeta o processo de internalização do mesmo como objeto pelo bebê, tornando-o incompreensível e imprevisível. Ao ser surpreendido o bebê experiencia algo desamparador de forma não só marcante, mas traumática, pois ele não sabe quando acabará.

Fica cada vez mais evidente, que o que traumatiza o indivíduo, quer seja ele um bebê, quer seja uma mãe, é algo que vai muito além do que é esperado, que excede a capacidade de lidar com a situação, não permitindo a retomada da sequência normal do desenvolvimento (Araújo, 2003, p.152).

A imprevisibilidade traz uma ameaça de aniquilação possibilitando que o bebê a vivencie como uma *angústia impensável*, caracterizada por sensações como a de ser feito em pedaços ou de cair para sempre. Winnicott afirmou que os bebês estão sujeitos às mais extremas ansiedades, por não terem recursos para lidar maduramente com suas necessidades e com a ausência do outro (1970/1987). Winnicott associou a falha materna com a sensação que o imprevisível causa no bebê, na fase de dependência:

Devido ao fato de os bebês serem criaturas cuja dependência é extrema no início de suas vidas, eles são necessariamente afetados por tudo o que acontece. Eles não têm a compreensão que teríamos se estivéssemos no mesmo lugar em que eles se encontram, mas estão o tempo todo tendo experiências, de uma forma capaz de dar-lhes confiança no mundo ou, pelo contrário, de deixá-los com falta de confiança e com a sensação de

serem *um pedaço de cortiça no oceano, um brinquedo das circunstâncias*.

No extremo da falha ambiental, há uma sensação de imprevisibilidade (Winnicott 1970/1987 p.74).

Assim, pensa-se no bebê como um ser que está sempre prestes a viver uma *angústia impensável*, pois não há psiquismo formado ainda, portanto ele não possui meios de elaborar vivências traumáticas, que geram desconfiança no ambiente, atrapalhando seus processos de maturação, sua continuidade de ser. Se perturbações fundamentais de adaptação materna acontecem, o bebê passa a precisar reagir para sobreviver (pois as mesmas estão sendo vividas como invasões), é aí que ele organiza defesas que o livrem de viver novamente uma *angústia impensável*. Defesas tais que constituem a essência das angústias psicóticas, e que distorcem o desenvolvimento da criança como pessoa, deturpando a sua personalidade. No caso do autismo, falamos da defesa por isolamento, por invulnerabilidade.

Segundo a teoria winnicottiana, no autismo a criança produziria uma organização defensiva, no sentido de adquirir uma invulnerabilidade diante da ameaça de voltar a ser tomada por uma agonia anteriormente sentida, devido a uma “invasão” ou falha do ambiente para com ela, na fase de extrema dependência no início de sua vida. Sem a defesa, a criança ver-se-ia diante “de uma quebra da organização mental da ordem da desintegração, despersonalização, desorientação, queda para sempre e perda do sentido do real e da capacidade de se relacionar com os objetos”, que para Winnicott caracterizavam as agonias impensáveis. (Winnicott, 1984 *apud* Araújo, 2004, p. 46).

É devido à extrema imaturidade do bebê e à sua falta de recursos para lidar com a falha do ambiente (e não exclusivamente à intensidade da falha) que ele precisa fazer uso de um recurso tão primitivo para se defender. Como consequência do isolamento e do impedimento de se relacionar com o outro, a criança não tem como desenvolver outros tipos mais evoluídos de defesa, que seriam possíveis apenas a partir de algum contato com a alteridade. É por esta razão que, segundo o autor, uma falha no ambiente precoce é o que há de mais desastroso que pode acontecer à saúde mental de um indivíduo. (Winnicott, 1962/1979).

O bebê que vivencia cuidados insuficientemente bons e falhas maternas na fase de dependência absoluta, como já mencionado, acaba precisando reagir ao ambiente para sobreviver. Perde a confiança no mesmo (que lhe está sendo apresentado de forma complexa e não com a estrutura e simplicidade que seriam desejáveis), já que não pode prever as condutas da mãe, e sua continuidade de ser é, aos poucos, interrompida. O bebê que não se sente seguro no seu ambiente, por não estar sendo amparado na sua dependência absoluta, e cujo processo de vir-a-ser sofre uma ruptura, vive “um enfraquecimento do ego e uma ameaça de aniquilamento do *self*, um sofrimento de qualidade e intensidade psicóticas” (Celeri, 2007, p.423). Forlenza Neto detalha este processo da seguinte forma:

Nesse estado de indiferenciação mãe-bebê, as falhas maternas e as reações a elas não despertam frustrações (fato que é válido para etapas posteriores), mas angústias de aniquilação, angústias inomináveis que ameaçam a *continuidade de ser* (...). Quando ocorre um fracasso materno, temos as *invasões* que provocam *reações* por parte do bebê. Há a ameaça de romper o sigilo do *silencioso isolamento do núcleo do self*

com a ameaça de aniquilação: são as *agonias impensáveis* (porque não existe ego suficiente na criança para pensá-las). Invasões intensas e reiteradas levam à sensação de aniquilação do *self* e defesas do tipo *falso self* que encapsulam o núcleo do verdadeiro *self*. O indivíduo se desenvolve, agora, a partir da *casca defensiva*, com referencial alheio ao seu ser. A reação promove o enclausuramento do cerne do *self*, sensação de aniquilação, e interrompe o *going-on-being*¹ (Forlenza Neto, 2007, pp 406-407).

Acrescento que não somente as frustrações, mas principalmente o ódio pode aparecer em estágios posteriores do desenvolvimento da criança. O que caracteriza um movimento saudável e uma reação coerente com o sofrimento vivido devido à falha ambiental. “Onde há raiva apropriada, a falha não foi maior que a capacidade do indivíduo em lidar com ela” (Celeri, 2007, p.424). No entanto, numa fase primitiva “certamente não haverá raiva, e sim alguma forma de distorção do desenvolvimento” (Winnicott, 1956/1958 p.400).

De maneira semelhante à do bebê, também é angustiante para a mãe (que está buscando se identificar plenamente com seu filho) quando esta precisa se defender de seu ambiente, pois o mesmo não é amparador e não se identifica com suas necessidades. E esse movimento da mãe trará mais consequências ao bebê, já que ao se defender, ela não estará atenta a ele. Assim como para o bebê, não é saudável que a mãe precise reagir ao ambiente, ao invés de poder estar exercendo suas funções maternas de forma espontânea e conectada a este. Em toda a sua teoria Winnicott priorizou a importância do ambiente, com o conceito de mãe suficientemente boa

¹ A continuidade de ser do sujeito.

não seria diferente, portanto é importante frisar que a maternagem suficientemente boa não depende apenas da disponibilidade e condição emocional da mãe, mas também do suporte que o ambiente a oferece.

Quando Winnicott fala da vivência emocional da mãe, pode-se perceber que a mesma, para se identificar com o bebê, encontra-se num estado tão vulnerável quanto o dele e permite-se uma dedicação completa à tarefa de cuidar dele. Caso contrário, se a mãe não atinge este estado de vulnerabilidade, tal identificação e sensibilidade quanto às necessidades do bebê não são possíveis.

A coisa que, em última instância, constrói um senso de previsibilidade no bebê pode ser caracterizada como adaptação da mãe às necessidades do bebê (...). A adaptação às necessidades do bebê só pode ser bem feita, ou suficientemente bem feita, pela mãe que, temporariamente, se dedica por completo aos cuidados para com seu bebê (...). Faz parte do estado especial em que as mães se encontram ao final de seus nove meses de gravidez (Winnicott 1970/1987 p.74).

Vale ressaltar que este debate, principalmente referente ao conceito de mãe suficientemente boa, não é um debate que deve ou pode ser passado aos genitores pela simples instrução. A sensibilidade e adaptação às necessidades do bebê não é algo que pode ser ensinado, nem precisa. Este processo acontece a todas as mães naturalmente. Inclusive deve-se evitar que a mãe entre em contato com estes saberes, não são eles que farão dela uma boa mãe e poderão vir a causar um ambiente falso, pois o cuidado da mãe com o bebê não será espontâneo como deve ser, o que também leva o bebê a reagir, causando condições estranhas para o seu desenvolvimento. E no caso do psicanalista, as interpretações não devem ser feitas

em forma de conselhos ou sugestões, o papel do psicanalista é fortalecer a confiança da mãe nela mesma, reassegurando sua capacidade de perceber o bebê neste processo delicado, e de se reconhecer como sendo a melhor pessoa para saber do que ele precisa nos mais diversos momentos (Winnicott, 1969/1989).

A mãe que se entrega completamente ao seu bebê, no momento em que ele necessita desta entrega está, assim como ele, vivendo um estado de maior dependência em relação ao ambiente externo, está devotada e atenta a este cuidado, se encontrando vulnerável e desamparada, por isso necessitando de sustentação, de *holding* proveniente de seu ambiente externo para que possa exercer suficientemente bem essa função. Ou seja, ela precisa de um ambiente que possa se ocupar temporariamente de suas antigas preocupações e obrigações, permitindo-a se desligar das mesmas e se dedicar plenamente ao bebê. Devido a esta dependência do ambiente, a mãe é em muitos momentos como o bebê, chegando a existir um confronto de desamparos. Winnicott frisou a importância do cuidado também com a mãe, trazendo a ideia da presença de uma capa protetora no ambiente que a cerca (Winnicott, 1980 *apud* Araújo, 2003, p.150). A sustentação do ambiente (seja este o companheiro, a família ou a previdência social) facilita a entrega completa e de forma simples à maternagem, proporcionando ao bebê um espaço para o seu desenvolvimento egóico.

É importante entender a significativa diferença psicológica entre os processos psíquicos vivenciados pela mãe e pelo bebê. De um lado, temos o bebê, na sua completa dependência do meio, sem recursos psíquicos aos quais recorrer para se defender do mesmo. De outro temos a mãe, em sua identificação com o bebê, um fenômeno complexo, que requer recursos psíquicos muito mais sofisticados. E

sabemos que essa identificação é possível pelo fato de a mãe já haver sido um bebê e já ter estado absolutamente dependente. Mas não apenas por isso, a identificação é muito mais relacionada à condição especial que a mãe vive nos meses finais de sua gravidez e nos iniciais após o nascimento do bebê. A mãe experimenta um estado de sensibilidade exacerbada, que Winnicott compara a uma doença, se não fosse a vivência da gravidez:

Essa condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação, ou a uma fuga, ou mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo um episódio esquizóide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente. (...) Introduzo aqui a palavra ‘doença’ porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. (Winnicott, 1956/1958, p. 401).

Portanto, é somente a partir deste estado desenvolvido no final da gravidez que a mãe se identifica com o bebê e conseqüentemente se adapta sensível e delicadamente às suas necessidades, abdicando-se temporariamente de outros interesses. E é também devido a este estado, que a mãe sabe o fazer com seu bebê, sem necessitar de instruções, as quais podem inclusive lhe atrapalhar na identificação. Esta entrega da mãe a um envolvimento total, mesmo que temporário, foi o que Winnicott chamou de *preocupação materna primária*.

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de ‘*preocupação materna primária*’ fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao

desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (Winnicott, 1956/1958, p. 403).

É dentro desta relação primária, da relação mãe-bebê, onde não há separação entre o eu e o não-eu, que se tem espaço para o desenvolvimento. É neste lugar, que Winnicott chamou de espaço potencial, que o bebê pode passar tranquilamente de um estado de dependência absoluta para um estado de dependência relativa, e é também aqui que as primeiras formas de comunicação começam a aparecer. Winnicott, através da sua prática de observação de bebês, ilustra e comenta uma comunicação do lactente com a sua mãe já com doze semanas de idade:

Embora os bebês normais variem consideravelmente em seu ritmo de desenvolvimento (especialmente quando medido através de fenômenos observáveis), pode-se dizer que com doze semanas eles são capazes de brincar assim: instalado para mamar, o bebê olha para o rosto da mãe e a sua mão se levanta, de maneira que, de brinquedo, ele está amamentando a mãe por meio de um dedo que coloca na sua boca (...) o bebê dá de comer e a experiência dele inclui a ideia de que a mãe sabe o que é ser alimentada (Winnicott, 1969/1989, p. 198).

A partir daí o autor concluiu que a base da comunicação recai na ideia da mutualidade. O bebê conhece a experiência da alimentação e consegue imaginar que a mãe também a conhece, então se comunica com ela através dessa experiência comum, criando uma situação mútua de alimentação, que é de fato, o único indicativo de que está ocorrendo ali uma comunicação entre os dois.

Desta maneira, assistimos concretamente a uma *mutualidade* que é o começo de uma comunicação entre duas pessoas; isto (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende de seus processos herdados que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar (Winnicott, 1969/1989, p.200).

A mãe e o bebê chegam à mutualidade através de processos diferentes. A mãe já foi um bebê, já foi cuidada em momentos de desamparo nos quais pode ter se comportado como um bebê (como momentos de doença, mesmo durante a vida adulta), já brincou de ser mãe e de ser bebê, pode ter tido irmãos mais novos ou cuidado de outros bebês antes do seu, pode ter lido a respeito desta experiência, e tem suas opiniões a respeito do cuidado com os bebês. Já o bebê, vive o desamparo, é um bebê pela primeira vez, desconhecendo que esta é uma experiência temporária e sem instruções para a mesma. Só o que tem, o que o impulsiona para o desenvolvimento são suas características hereditárias e suas tendências inatas. A mãe pode se identificar com o bebê, já ele, tem apenas uma capacidade ainda em desenvolvimento de chegar a identificações cruzadas com a mesma.

Winnicott não tinha um olhar determinista, mas sim direcionado às potencialidades do sujeito e ao seu processo de devir, acreditando que o sujeito está em constante constituição de si. É através dessa particularidade de seu olhar clínico que ele fala das capacidades ainda em desenvolvimento do bebê. Explicando que o potencial que elas têm de se desenvolver plenamente vai depender das condições que o ambiente vier a lhe oferecer.

Portanto, a mutualidade recai na capacidade materna de se identificar com as necessidades do bebê, adaptando-se às mesmas. Sendo assim, a falha da mãe na mutualidade vai ser a dificuldade do bebê. Por exemplo, o bebê de uma mãe retraída pode ser aquele que tem dificuldades na comunicação, no contato com o outro. (Winnicott, 1969/1989).

Se tudo vai bem, o estágio seguinte do desenvolvimento infantil é a dependência relativa. Na qual gradualmente a mãe pode começar a falhar, pois o cuidado pleno na fase anterior permitiu ao bebê criar a capacidade de tolerar suas falhas, assim como sua ausência temporária. Portanto, o bebê tem recursos para lidar com essas falhas e pode tirar proveito das mesmas para se desenvolver.

A 'mãe' (não necessariamente a própria mãe do bebê) suficientemente boa é a que faz uma adaptação ativa às necessidades do mesmo, uma adaptação ativa que gradualmente diminui, de acordo com a crescente capacidade do bebê de suportar as falhas na adaptação e de tolerar os resultados da frustração (...). O bebê lida com a falha materna por meio dos seguintes recursos:

Sua experiência, repetida com frequência, de que a frustração tem um limite de tempo. No início, naturalmente, esse limite deve ser curto;

Uma crescente sensação de que existe um processo;

O início da atividade mental;

O uso de satisfações auto-eróticas;

A memória, a revivescência, o devaneio, o sonho; a integração entre passado, presente e futuro (Winnicott, 1951/1958, p.326).

O bebê só evolui da dependência absoluta se teve uma boa experiência com o ambiente, se o mesmo se identificou e se adaptou a ele. Mesmo com as tendências ao desenvolvimento, com o potencial hereditário sendo perfeitamente bom, o bebê pode nunca passar a um estágio de dependência relativa se a interação com o ambiente não for adaptativa às suas necessidades. Nessa fase transitória, a mãe suficientemente boa não vai ser superprotetora ou invasiva no seu cuidado com a criança, mas vai falhar gradualmente, desiludindo aos poucos o seu filho. Onde o bebê pode vir a sentir raiva. Uma raiva que vai impulsioná-lo para o desenvolvimento, rumo à independência (que nunca é absoluta).

É na dependência relativa que o bebê começa a se conscientizar de sua sujeição, que antes era desconhecida por ele, pois em sua ilusão não havia separação entre *eu* e *não-eu*. Este estágio “é aquele em que de certo modo o lactente sente necessidade da mãe, é aquele em que o lactente começa a *saber em sua mente* que a mãe é necessária” (Winnicott, 1963/1979, p. 84). Portanto, neste momento ele já está percebendo a mãe e o seio como algo além de sua criação, está começando a compreender que existe um mundo externo a ele. “Agora então o crescimento do lactente toma a forma de um intercâmbio contínuo entre a realidade interna e a externa, cada uma sendo enriquecida pela outra.” (Winnicott, 1963/1979 p. 86).

É a ilusão de onipotência do bebê (que o leva a crer que o seio materno é criação sua e faz parte de si) que vai ser aos poucos desconstruída pela mãe (sem ser completamente destruída), trazendo a ele um contato com a realidade e com eventos exteriores.

Com a desilusão gradual por parte da mãe, o bebê vai ocupando um espaço separado dela e personalizado. Nesse ponto surgem o *Eu* e o *não-eu*, e a afirmação *Eu sou*, em que a criança se reconhece como um ser com um interior e um exterior, e começa a ter identidade. Ela vai se alocar em seu corpo com uma membrana limitadora, um interior e um *sentir-se real*. Sentir-se real é mais do que existir, é encontrar o caminho próprio de existir e de se relacionar consigo mesma e com os outros e ter um *self* para se recolher em relaxamento (Forlenza Neto, 2007, p. 408).

Para a criança, enfrentar essa desilusão é uma experiência difícil e angustiante, principalmente compreender a separação da mãe e suas eventuais ausências. Até que então ela elege um objeto, que não é nem ela nem a mãe, mas é, ao mesmo tempo, os dois. Representa a mãe e representa a criação poderosa da criança. Não se encontra na dependência ou na independência, se encontra no espaço de transição entre esses dois momentos e significa um importante apoio para tolerar a separação. É a primeira posse *não-eu*. É o ursinho, a chupeta, a fraldinha, o travesseiro (as escolhas são variadas), é o *objeto transicional*. (Winnicott, 1951/1958).

O objeto transicional é tratado pela criança com muito amor, mas também com agressividade; por isso deve ser consistente. A mãe aprende que ele tem efeito tranquilizador principalmente por ocasião do adormecer, e também quando a mãe tem de se ausentar. Ele não pode ser substituído, lavado, trocado por outro semelhante, porque causaria ruptura da experiência de familiaridade e continuidade. Eles ajudam a

tolerar a angústia de separação e a ausência materna (Forlenza Neto, 2007, p. 411).

O aparecimento do *objeto transicional* é um sinal de que o cuidado foi bom e adaptativo na fase de dependência absoluta. É um *fenômeno transicional* pois acontece num espaço intermediário, entre a realidade interna que já é conhecida, e a externa, que está sendo descoberta. A importância desse terceiro espaço, deste *espaço transicional* é amortecer justamente o choque que o bebê sente ao se conscientizar da existência de uma realidade externa.

A minha reivindicação é a de que (...) existe uma terceira parte na vida do indivíduo, parte essa que não podemos ignorar, uma região intermediária da *experimentação*, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. Trata-se de uma área não questionada, pois nenhuma reivindicação é feita em seu nome, salvo a de que ela possa existir como um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas (Winnicott, 1951/1958, p. 318).

O destino do *objeto transicional* é ser esquecido pela criança, ele não é perdido e não há um luto por ele, simplesmente ele perde o seu sentido pois não é mais o único *fenômeno transicional* na vida dela. A criança está sendo inserida na cultura e em outros espaços transicionais, portanto o uso do objeto transicional já não tem mais sentido.

É comum dizer que Winnicott é o teórico das transições. Ele estudou esses espaços intermediários do desenvolvimento e da percepção de si e do mundo, “nos mostrou que entre o *Eu* e o *não-eu*, o mundo interno e o mundo externo, o subjetivo e o objetivo, o real e o imaginário, o dentro e o fora, o percebido e o criado não têm limites estanques” (Forlenza Neto, 2007, p. 410).

Tudo isso que vem sendo discutido faz parte do entendimento de quais são as bases do desenvolvimento sadio da criança, e de como ele se dá. Um importante aspecto dessa parte da teoria winnicottiana é o olhar para o ego integrado em termos de *self*. Que, dependendo da provisão do ambiente pode ser falso ou verdadeiro.

Para mim, o *self*, que não é o ego, é a pessoa que eu sou, que é somente eu, que possui uma totalidade baseada na operação do processo maturativo. Ao mesmo tempo, o *self* tem partes e é, na verdade, constituído dessas partes. Tais partes se aglutinam num sentido interior-exterior no curso do processo maturativo, auxiliado, como deve sê-lo (principalmente no início), pelo ambiente humano que o contém, que cuida dele e que de forma ativa o facilita. Normalmente o *self* se acha localizado no corpo, mas pode, em determinadas circunstâncias, dissociar-se do corpo nos olhos e na expressão facial da mãe, no espelho que pode vir a representar o rosto da mãe. Finalmente, o *self* atinge significativa relação entre a criança e a soma das identificações que, depois de bastante incorporação e introjeção de representações mentais, se organizam em forma de uma realidade interna viva. A relação do menino ou menina com sua própria organização psíquica interna se modifica de acordo com as expectativas manifestadas pelo pai e pela mãe

e por aqueles que se tornaram importantes na vida do indivíduo que até então cresceu e que continua a crescer da dependência e imaturidade para a independência, ou capacidade de se identificar com objetos de amor maduros, sem perda da identidade individual (Winnicott, 1971 *apud* Forlenza Neto, 2007).

No caso do autismo, essa capacidade de se identificar com o outro sem a perda da identidade individual não é alcançada, já que o autista nem sequer reconhece o outro. E não o faz porque, em alguma medida, em algum momento precoce, foi desiludido e não foi reconhecido.

É o processo de integração do ego que leva à formação de um self para o sujeito (seja este falso ou verdadeiro). Portanto não se fala no autismo em termos de self, já que o autista não chegou a passar por um processo de integração de seu ego.

Quando não se chega ao extremo da defesa precoce autística como consequência das falhas do ambiente, temos a patologia do falso self. Este também é visto como um mecanismo de defesa, sua função é impedir a exploração do self verdadeiro, ocultando-o. Sua etiologia também tem origem em uma falha ambiental, no cerne da qual a mãe não está identificada com seu bebê e não consegue responder aos seus gestos espontâneos, acabando por impor os seus próprios. Portanto o bebê é levado à submissão (que constitui uma base doentia para a vida), apenas reagindo às exigências do ambiente, e conforme vai crescendo se limita a responder e principalmente, a imitar o gesto do outro (Winnicott, 1960/1979).

Este primeiro capítulo explicita brevemente alguns fundamentos cruciais da teoria winnicottiana, especialmente em relação ao desenvolvimento precoce e à

importância do ambiente para a saúde do indivíduo. O capítulo seguinte busca revelar a relação entre o surgimento do quadro de autismo na infância e as perturbações do desenvolvimento emocional ocorridas nos primórdios da vida. É importante esclarecer de antemão que ao falar de autismo o objetivo não é categorizar ou classificar o sujeito, encerrando-o em sua “patologia” e sintomas, e sim discutir sua etiologia, numa infindável busca por compreender melhor o sofrimento existente pros trás dos comportamentos observáveis. Somente assim é possível enxergar de forma sensível e psicodinâmica o desenvolvimento humano, encarando com esperança o desafio de tratar um sujeito invulnerável (sem classificá-lo), partindo do pressuposto de que o processo de desenvolvimento e de constituição da subjetividade nunca se encerra.

Capítulo II – O autismo e sua etiologia a partir da visão winnicottiana.

A primeira descrição do quadro clínico do autismo apareceu no contexto da psiquiatria infantil, em 1943 por Léo Kanner. Após cinco anos de uma sistemática observação de um grupo de onze crianças ele chegou à conclusão de que “estas crianças vieram ao mundo com uma capacidade inata de estabelecer contato afetivo habitual com as pessoas, biologicamente previsto, exatamente como outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais” (Kanner, 1943, *apud* Tafuri, 2003, p. 42). A partir daí o autor elaborou a noção de fechamento autístico extremo, condição esta que faz com que a criança negligencie, ignore ou recuse todo conteúdo exterior. Esta definição foi apenas o início de uma série de trabalhos divergentes na conceituação da “síndrome do autismo infantil precoce” como Kanner o colocou. A impossibilidade de consenso quanto à etiologia, tratamento e diagnóstico da síndrome, origina-se não só do fato de existirem várias compreensões oriundas de diversas abordagens (como neurologia, psiquiatria, psicologia, psicanálise) como também do fato de ser possível encontrar quadros variados da mesma síndrome.

Treze anos antes da definição de Kanner, Melanie Klein estava tratando o menino Dick, que apresentava sintomas que se enquadrariam na síndrome de Kanner mas que, no entanto, foi tratado sem a preocupação de ser diagnosticado, levando à evolução do quadro, e a criança foi gradativamente saindo de seu estado de fechamento e invulnerabilidade. Para tanto, Klein utilizou a principal técnica da psicanálise no tratamento, a interpretação. Como contribuição teórica de sua própria prática, as interpretações kleinianas tinham a característica de serem realizadas assim que ficassem claras para o analista, e eram fortemente embasadas na relação transferencial.

O menino Dick de quatro anos que Melanie Klein recebeu parecia “haver renunciado a qualquer desejo de descoberta do mundo e de si mesmo” (Garcia-Fons & Veney-Perez, 2000, p.72). Não havia entrado realmente no campo da linguagem ainda, suas verbalizações não pareciam se dirigir a ninguém e eram constituídas de sons repetitivos e sem significado. Dick era um menino que estava pausado em seu desenvolvimento e em cuja história de vida familiar o amor e as demonstrações de afeto eram ausentes.

Durante a análise foi possível constatar que o seu eu era incapaz de suportar angústia. Klein interpretou essa incapacidade como oriunda do fato de Dick sentir-se ameaçado pelos objetos externos e internos, o que o levou a bloquear qualquer pulsão sádica. Já partindo do olhar winnicottiano, eu diria que a incapacidade de Dick de suportar a angústia se devia à impossibilidade de internalizar a mãe como objeto, podendo assim suportar sua ausência. A mãe, com seu distanciamento emocional e desamparo frente ao seu nascimento o desiludiu precocemente, impossibilitando que ele a internalizasse. No entanto, os dois autores concordariam que foi devido a esta angústia insuportável que Dick precisou se defender excessiva e precocemente, com as poucas ferramentas que possuía, portanto, enclausurando-se.

A análise de Dick durou 16 anos, nos quais Klein brincou, interpretou e reformulou sua teoria e manejo, ilustrando a sua capacidade de “acreditar na existência do mundo mental ainda quando ele parecia inexistente e de nele penetrar através de sua técnica” (Fonseca, 2007 p.265). Esse me parece ser o maior ganho para a compreensão psicanalítica do autismo, aceitar que, apesar de que o sofrimento do sujeito nos seja inacessível em muitos momentos, ele existe e é muito relevante.

Cabe a nós, estudiosos, estarmos sempre buscando novas maneiras de acessá-lo e compreendê-lo, inovando a nossa prática.

Em 1967 Brunno Bettelheim divulga no livro “*A Fortaleza Vazia*” o relato de um tratamento bem-sucedido com uma criança autista. Isso já acontece um bom tempo depois da definição de Kanner, termo que Bettelheim adotou para o relato do caso Joey. No entanto seu manejo é sensível e flexível e o seu entendimento do quadro envolve a influência do ambiente nos primeiros anos de vida, lembrando bastante o olhar winnicottiano.

Quando Bettelheim o recebeu, Joey era uma criança quase que desprovida de características infantis. Funcionava como um menino-máquina, um pequeno robô, “ele parecia ser acionado por controle remoto. Mas era um robô habitado por um desespero total. Era preciso um esforço significativo para considerá-lo uma criança: um instante de desatenção e ele escapulia para o nada” (Arcangioli & Veney-Perez, 2000, p.113). Sua fala era abstrata e despersonalizada e tinha uma enorme dificuldade em usar os pronomes corretamente. Pode-se pensar que admitir a existência de um outro através da linguagem era invasivo e ameaçador para Joey. “Ter afetos implicava o risco de ser destruído. Ele só poderia sobreviver defendendo-se de qualquer emoção” (Arcangioli & Veney-Perez, 2000, p.115).

É possível dizer que Bettelheim partia de um olhar winnicottiano não só pela importância que deu à compreensão do ambiente em que Joey viveu nos seus primeiros anos, mas também pela constatação de que não foi possível para Joey confiar no ambiente que o cercava. Para ele “o autismo se origina no encontro defeituoso de um ser com o mundo externo, nos primeiros dois anos de vida” (Arcangioli & Veney-Perez, 2000, p.123). E no caso de Joey ele foi recebido por

uma mãe angustiada e esgotada, que cuidava dele apenas com o intuito de que sobrevivesse, e um pai que intervinha somente para castigar. Nos primeiros meses de sua vida “a mãe não queria vê-lo e pensava nele mais como uma coisa do que como uma pessoa. Por isso, ele foi acolhido sem amor, sem rejeição e sem ambivalência: foi simplesmente ignorado no plano afetivo” (Arcangioli & Veney-Perez, 2000, p.124).

O autor também tinha um entendimento da falha materna e do conceito de mutualidade parecidos com os de Winnicott, e relacionava as falhas na mutualidade à etiologia do autismo.

Segundo Bettelheim, é a falta de mutualidade no encontro com a realidade externa que constitui o fator principal do retraimento autístico, temporário ou crônico, da criança pequena. Assim ele procura esclarecer os respectivos papéis desempenhados pelos dois personagens fundamentais nessa ausência de mutualidade: o bebê e mãe (...) diante dessa falha materna, a criança pequena vive a experiência reiterada de que seus atos não exercem nenhuma influência no comportamento da mãe a seu respeito (...) essa atitude da mãe acarreta uma inibição dos esforços da criança para agir por si, isto é, segundo suas tendências inatas. Assim, ela pode vir a perder a esperança de influenciar o mundo externo para que este corresponda a suas aspirações. Perdida a esperança, a criança renuncia a agir sobre seu meio e entra numa posição de ensimesmamento autístico (Arcangioli & Veney-Perez, 2000, pp. 123-124).

O tratamento de Joey teve a duração de 9 anos, nos quais sua linguagem se tornou mais concreta e ele passou a aceitar a aproximação de outros, até permitindo que o chamassem pelo nome. Todos os primeiros contatos não-ameaçadores com o mundo externo aconteceram com o intermédio das máquinas de que tanto gostava, costumando montá-las e desmontá-las diversas vezes (e cujo funcionamento é previsível e portanto não constitui ameaça). Na vida adulta esse fascínio o levou a construir um aparelho que transformava a corrente elétrica alternada em contínua. Bettelheim fala que Joey obteve uma cura parcial, ele “aceitou retomar o contato com o mundo externo, sabia que este continuava a ser, sempre potencialmente destrutivo. Assim, viu-se na obrigação de abordá-lo de maneira agressiva” (Arcangioli & Veney-Perez, 2000, p.128). No último contato de Bettelheim com Joey, em 1986, ele relata que Joey de fato se saiu bem na vida e soube se manter, mas é muito solitário, já que as pessoas ao seu redor notam as estranhezas que ainda existem no seu contato com o mundo, e acabam se afastando. Isto lhe causa muita dor, mas não o impede de continuar se mantendo (Arcangioli & Veney-Perez, 2000).

Donald Woods Winnicott, na década de 60, se opôs radicalmente à definição de Kanner. Sua obra e seu olhar clínico foram caracterizados pelo valor dado à vivência espontânea e criativa, assim como pelo caráter potencial do desenvolvimento humano. Portanto, seu objetivo nunca foi sistematizar ou caracterizar uma entidade psicopatológica, segundo o autor “quando estamos examinando concretamente o problema, podemos atirar a classificação aos quatro ventos, e observar casos, e examinar detalhes sob o microscópio, por assim dizer” (Winnicott, 1966/1996 p. 181). Ao passo que Kanner descreveu o autismo de forma rígida e categorizada, atribuindo a causalidade da síndrome a uma incapacidade neurológica inata, portanto excluindo possibilidades de evolução do quadro.

Mesmo antes de formalizar sua descrição do autismo infantil precoce, Kanner foi criticado por Winnicott, que não era convencido por suas classificações elaboradas, as quais julgava artificiais. Segundo Winnicott, a psiquiatria infantil de Kanner “pouco leva em conta os agrupamentos diagnósticos comuns, e deixa de apontar ou de explicar satisfatoriamente a normalidade de tantos outros sintomas da infância” (Winnicott, 1938/1996 p. 176). Olhando, portanto, de forma estreita para a sintomatologia, detalhe que atrapalha uma boa compreensão da infância e toda a sua pluralidade.

Winnicott ainda retoma sua crítica, dessa vez anos depois de formalizada a concepção de autismo de Kanner. Ao revisar um livro de esquizofrenia infantil de William Goldfarb e discutir a terminologia do autismo dada por Kanner, ele declara que:

(...) na psiquiatria esta ideia de uma doença claramente definida é sempre errônea, pois cada condição de enfermidade psiquiátrica se mistura com desvios que pertencem ao desenvolvimento normal. Os detalhes da doença, a esquizofrenia infantil, realmente se espalham por todos os lados, e podem ser encontrados na descrição de qualquer criança normal” (Winnicott, 1963/1996 p. 176-177).

Vale esclarecer que antes de aparecer a palavra autismo, quando necessário, Winnicott pensava nesses casos como esquizofrenia da infância inicial ou da infância posterior (Winnicott, 1963/1996). Mas em suma, o seu argumento era de que “o problema no autismo é fundamentalmente um problema de desenvolvimento emocional e de que o autismo não é uma doença” (Winnicott, 1963/1996 p. 181). E por isso ele buscava direcionar seu olhar para a história do sujeito na tentativa de

compreender a origem de suas angústias, ao invés de demarcar uma sintomatologia ou um quadro patológico.

O assunto logo deixa de ser o autismo e as raízes iniciais do transtorno que poderiam ter-se transformado em autismo, e passa a ser toda a história do desenvolvimento emocional humano e do relacionamento do processo maturacional em cada criança com a provisão ambiental que pode ou não, em cada caso particular, facilitar o processo maturacional (Winnicott, 1966/1996 p. 180).

Em seu artigo “Autismo, observações clínicas”, Winnicott, realisticamente, declara que não desconsidera o comprometimento neurológico presente em muitos quadros autistas, mas sugere um olhar voltado para o campo do desenvolvimento emocional da criança, da sua relação com o meio e das suas potencialidades enquanto sujeito:

Sou perfeitamente consciente de que em certa proporção dos casos que logo são diagnosticados como autismo houve uma lesão ou algum processo degenerativo que afetou o cérebro da criança. Certamente isto afeta a mente e o clima emocional. (...) esta enfermidade não se assemelha a oligofrenia, na qual não cabe esperar nenhum desenvolvimento e os sintomas da deficiência mental derivam diretamente da pobreza do aparelho. Esta enfermidade é uma perturbação do desenvolvimento emocional que se remonta tão atrás que, em alguns aspectos pelo menos, a criança é intelectualmente deficiente. Em outros, pode mostrar sinais de ser brilhante (Winnicott, 1966/1996, p. 181).

Para Winnicott existe uma relação evidente entre o autismo e o relacionamento da mãe com seu bebê na fase de dependência absoluta. Os cuidados insuficientemente bons, as invasões e as negligências dispensadas durante essa fase podem interromper o processo maturativo da criança, já que ela passa a desconfiar do ambiente. Nesta fase o bebê está desamparado, experienciando tudo pela primeira vez e sem recursos para se defender. Portanto a transmissão de segurança no cuidado com o bebê, assim como a estruturação e repetição simples na apresentação de objetos formam uma base saudável para o seu desenvolvimento, um ambiente de facilitação para os processos maturativos.

Há certas dificuldades que surgem, quando coisas primitivas estão sendo experienciadas pelo bebê, que dependem não só das tendências pessoais herdadas como também do que é proporcionado pela mãe. Aqui, o fracasso prenuncia um desastre específico para o bebê. No início, o bebê precisa da atenção completa da mãe, e normalmente recebe exatamente isso; e neste período é estabelecida a base da saúde mental. Esta base, em todos os seus detalhes, é estabelecida pelo constante reforço através da continuação de um padrão de cuidados que contém os elementos essenciais (Winnicott, 1966/1996 p. 189).

Foi devido a essa forma enxergar o autismo, que Winnicott recebeu severas críticas, que alegavam que ele culpabilizava a mãe pelo autismo.

Há outro tipo de crítica, proveniente daqueles que já me ouviram afirmar que o fracasso das mães a nível da mãe dedicada comum é um dos fatores na etiologia do autismo. As pessoas sentem que é uma acusação, quando na verdade só se está avançando com lógica e fazendo referência

aos efeitos do fracasso da mãe dedicada comum. Mas não será natural que, se esta coisa chamada dedicação for realmente importante, a sua ausência ou uma falha nesta área tenham consequências desfavoráveis? (Winnicott, 1966/1987 p. 02).

No entanto, apesar de reconhecer a etiologia do autismo na fase de dependência absoluta, o autor não é determinista quanto às consequências da falha materna. Segundo Celeri (2007), mesmo nessa fase “um certo grau de falha pode ocorrer, se elas forem percebidas e corrigidas pela mãe, o que proporciona uma sensação de segurança e de ter sido amado”. Logo, pode-se afirmar que as falhas (sejam elas do ambiente, ou biológicas), se reconhecidas, podem ser supridas pelo próprio ambiente.

O que eu gostaria de dizer é que alguém que esteve envolvido como eu estive, por várias décadas, nos mínimos detalhes da história da mãe sobre ela mesma e seu bebê, encontra todos os graus da organização de uma sintomatologia, que quando inteiramente organizada e estabelecida pode receber o nome de autismo. Para cada caso de autismo que encontrei na minha prática, encontrei centenas de casos em que havia uma tendência que foi compensada, mas que poderia ter produzido o quadro autista (Winnicott, 1966/1996 p. 180).

E, diferentemente das críticas recebidas, o autor deixa claro que não busca culpabilizar os pais. O fator importante nesta discussão é a etiologia, não a culpa.

É necessário que saibamos olhar para o crescimento e desenvolvimento humanos, com todas as suas complexidades que são pessoais ou

intrínsecas à criança, e sejamos capazes de dizer: houve, aqui, uma falha do fator “mãe dedicada comum”, e fazê-lo sem culpar quem quer que seja. De minha parte, não tenho qualquer interesse em distribuir a culpa. Mães e pais culpam-se, mas esta é uma outra questão (Winnicott, 1966/1987).

Em 1966 Winnicott proferiu uma palestra a uma sociedade britânica para crianças autistas (*Society for Autistic Children*), sendo ouvido por muitos pais de crianças autistas. Falou sobre vários aspectos de seus estudos e observações de mães e bebês, e ilustrou com alguns casos de autismo que tratou. Dentre suas pontuações, falou sobre a crueldade social sofrida pelos pais de crianças doentes, a culpa implícita que muitas vezes a coletividade lhes impõe e como isso é lamentável. Ao mesmo tempo explicando por que não se pode excluir a participação do ambiente na etiologia do autismo:

Por esta razão, eu adoraria poder dizer ao mundo que acho que a atitude dos pais na verdade não tem nada a ver com o autismo, ou com a delinquência, ou com a revolta adolescente. Mas eu não posso. De fato, se pudesse, isso seria equivalente a dizer que os pais não desempenham nenhum papel quando as coisas vão bem (Winnicott, 1966/1997).

Ao falar sobre a qualidade dos cuidados iniciais, Winnicott ressaltava as razões pelas quais os mesmos seriam bons (como a mãe atingir o estágio de *preocupação materna primária* e se identificar com êxito às necessidades do bebê), ou ruins (como o ódio reprimido da mãe pelo bebê). Para se pensar sobre essas razões, é necessário não somente analisar a fase de dependência absoluta, mas analisar o ambiente mesmo antes do nascimento do bebê. Conhecer quais eram os

sentimentos da mãe e de todo o ambiente em relação à gravidez (o quanto ela foi desejada, e o quanto ela interferiu na vida da mãe, entre outros aspectos relevantes). É importante conhecer estes fatores para compreender, por exemplo, porque não foi possível para determinada mãe atingir o estágio de *preocupação materna primária*, ou elaborar seu ódio.

Alguns fatores que impossibilitam à mãe atingir o estágio de *preocupação materna primária* podem ser ressaltados, como a sua própria experiência enquanto bebê (que pode não ter sido simples e estruturada, a levando a vivenciar grandes angústias), uma significativa identificação masculina e sentimentos de desconfiança e insegurança no ambiente atual (Winnicott, 1956/1958).

A descoberta do ódio da mãe pelo bebê foi chocante e muito mal recebida. Winnicott acolheu bem a resistência à ideia e a elaborou. Em 1947 apresentou à Sociedade Britânica de Psicanálise o trabalho “O ódio na contratransferência”, no qual, entre várias observações, aponta que as mães sempre odeiam em algum momento, seus bebês. E então lista uma série de razões, como:

O bebê não é uma concepção (mental) sua;

O bebê não é aquele das brincadeiras da infância, um filho do papai, ou do irmão, etc;

O bebê não é produzido magicamente;

O bebê é um perigo para seu corpo durante a gestação e o parto;

O bebê interfere com a sua vida privada, é um obstáculo para a sua ocupação anterior;

Mais ou menos intensamente, a mãe sente que o bebê é algo que a sua própria mãe deseja, e ela o produz para aplacá-la;

O bebê machuca os seus mamilos mesmo quando suga, o que inicialmente implica em mastigação;

Ele é impiedoso, trata-a como lixo, uma serva sem pagamento, uma escrava;

Ela tem que amá-lo, com suas excreções e tudo o mais, pelo menos no início, até que ele venha a ter dúvidas sobre si próprio;

Ele tenta machucá-la, volta e meia a morde, e tudo por amor;

Ele se decepciona com ela;

Seu amor excitado é um 'amor de tigela', (significando 'amor interesseiro), de modo que ao conseguir o que queria ele a joga fora como uma casca de laranja;

No início o bebê dita a lei, é preciso protegê-lo de coincidências, a vida deve fluir no ritmo dele, e tudo isso exige da mãe um contínuo e detalhado estudo. Por exemplo, ela não deve ficar ansiosa quando o segura, etc;

No início ele não faz ideia alguma do quanto ela faz por ele, do quanto ela sacrifica por ele. É impossível para ele suportar principalmente o seu ódio;

Ele é desconfiado, recusa a comida tão boa que ela preparou e faz com que ela duvide de si mesma, mas com a tia ele come tudo;

Depois de uma manhã horrível, ela sai com ele e ele sorri para um estranho, que diz: ‘Não é uma gracinha?’

Se ela falha com ele no início, sabe que ele se vingará para sempre;

Ele a excita mas a frustra – ela não pode devorá-lo nem fazer sexo com ele (Winnicott, 1947/1958 p. 285-286).

Portanto, vai ficando claro que o ódio é esperado, ele não perturba o cuidado da mãe com a criança. O autor crê que ela o odeia desde o início, e que o sentimento em si não afeta negativamente a criança, inclusive é ele que vai lhe possibilitar odiar também. O que perturba o desenvolvimento do bebê são as defesas inconscientes empregadas pela mãe para encobrir e negar esse ódio, como o sentimentalismo, que mima o bebê.

O sentimentalismo não tem utilidade para os pais, pois consiste numa negação do ódio, e do ponto de vista do bebê o sentimentalismo da mãe é muito prejudicial. Não creio que uma criança humana ao desenvolver-se seja capaz de tolerar toda a extensão de seu ódio num ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para poder odiar (Winnicott, 1947/1958).

Segundo Araújo (2003) “a negação do ódio associada a uma formação reativa (sentimentalismo), que indica ódio reprimido, defende a mãe de sua própria tomada de consciência desse sentimento” (pp. 155-156). Sem a sua tomada de consciência ela não pode elaborar esse ódio e o mesmo continua sendo negado e reprimido até que irrompe em uma atuação com o bebê. O sentimentalismo ainda tem a função de

dificultar significativamente que o ambiente ao redor da mãe tome conhecimento do que se passa e que possa assim buscar formas de auxiliá-la.

É difícil para a mãe aceitar e se conscientizar de seu ódio, já que ela o considera inadequado à condição materna. No entanto, se ela o faz, ela pode ser ajudada. A mãe tem vários meios de expressar seu ódio sem afetar negativamente seu bebê, sem se vingar (Araújo, 2003a).

Além disso, o ódio tem várias formas de se manifestar quando não o faz através de formações reativas. Como pelo sentimento de frustração frente à maternidade e à maternagem.

Araújo aponta a falsidade que se instala no ambiente, proveniente das formações reativas, como um fator extremamente prejudicial ao desenvolvimento do bebê:

Na verdade, o ódio inconsciente não produz o autismo. Ele impede que as condições que possibilitariam o amadurecimento da criança aconteçam; ele promove condições estranhas. Há o aspecto da “falsidade” envolvido nessa questão, diante do qual a criança torna-se completamente sem recursos, fazendo surgir agonias e defesas em relação a estas, que impedem a sua continuidade de ser (Araújo, 2003, p. 157).

Em uma conferência sobre esquizofrenia infantil em 1967, Winnicott sugere algumas direções nas quais acredita que se deve pensar o autismo. Cito algumas, dentre as quais gostaria de frisar a relevância do ódio inconsciente da mãe:

O autismo é uma organização de 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, e não a criança, que sofre. As pessoas no meio ambiente podem sofrer imensamente;

A criança leva consigo a *memória (perdida) da ansiedade impensável*, e a doença é uma estrutura mental complexa, uma garantia contra a recorrência das condições da ansiedade impensável;

Este tipo muito primitivo de ansiedade só acontece em estados de extrema dependência e confiança, isto é, antes de ter sido estabelecida uma clara distinção entre o “eu central EU SOU” e o mundo repudiado que é separado ou externo. É por esta razão que o título de Bettelheim “*The Empty Fortress*” (*A Fortaleza Vazia*) tem valor. Mas não é necessariamente verdadeiro que a fortaleza está sempre vazia. Quando o transtorno se desenvolve muito cedo, talvez realmente não haja quase nada lá para ser defendido, exceto alguma coisa de um *self* que continha a memória corporal da ansiedade que está completamente além da capacidade de manejo do bebê. Os mecanismos mentais de manejo ainda não foram estabelecidos. Em muitos casos, todavia, a condição inicia tarde, como quando uma criança tem de lidar com a presença de um novo bebê, quando está com 12 ou 13 meses de idade. Nestes casos, presumimos que existe muita coisa a ser defendida dentro da fortaleza;

Se é feita uma provisão ambiental que tende a restaurar o *status quo* anterior, e um longo período de confiabilidade parece deixar a criança

confiante, então o resultado surpreendente é um *retorno da vulnerabilidade*. Clinicamente, isso significa mais problemas, e agora é perturbador ver a criança sofrendo de uma maneira que não existia quando o autismo estava firmemente estabelecido. Por esta razão, o trabalho terapêutico com as crianças autistas é maximamente exigente, e faz com que o profissional se pergunte constantemente: isso vale a pena? Existe apenas uma leve possibilidade de “cura” – apenas uma melhora da condição e um grande aumento na experiência de sofrimento pessoal da criança;

Parece necessário acrescentar a isso o conceito do *ódio inconsciente* (reprimido) da mãe em relação à criança. Os pais amam e odeiam naturalmente seus bebês, em graus variados. Isso não faz mal. Em todas as idades, e especialmente no primeiríssimo período da infância, o efeito do desejo de morte reprimido em relação ao bebê é prejudicial e está além da capacidade de manejo do bebê. Num estágio posterior a este que nos interessa aqui, podemos ver a criança o tempo todo se esforçando *para chegar ao ponto de partida* – isto é, para neutralizar o desejo inconsciente dos pais (oculto por formações reativas) de que a criança estivesse morta. Nos estágios mais iniciais que se relacionam ao assunto do autismo, o bebê só pode mostrar a *distorção* que resulta de ter sido cuidado por alguém cujas ações positivas são todas formações reativas; movimentos diretos ou espontâneos livres e adaptativos revelariam o desejo (reprimido) de morte.

Estas ideias exigem coragem por parte daqueles que as discutem, mas sem elas não há esperança, na minha opinião, de que qualquer grupo de cientistas avance no entendimento da etiologia do autismo (Winnicott, 1967/1996).

O que vemos reiteradamente é a falta de recursos do bebê para lidar com as falhas maternas (sejam elas negligentes ou invasivas) pelo estágio muito primitivo no qual se encontra. No caso das formações reativas que encobrem o ódio inconsciente, a falta de espontaneidade dos pais no cuidado com o bebê impede a própria espontaneidade necessária para o livre desenrolar de seus processos de maturação.

E então aquela criança que passa a reagir para sobreviver, através do isolamento (pois é o único recurso que possui) é a criança que vamos chamar de autista. Vemos que todos os seus esforços para não interagir denotam a tentativa de evitar reviver a angústia, de não mais ficar vulnerável a ela. E é a impossibilidade de interação que vai dificultar ou até impedir o desenvolvimento da criança. Araújo fala dos comportamentos autísticos como “respostas reativas e não interativas e, na teoria winnicottiana, esse tipo de resposta autista não é indício de *ser si mesmo*, mas defesa de seu potencial de *ser si mesmo*” (Araújo, 2003a, p.45).

Portanto é a forma que a criança encontra de se defender que denuncia uma organização patológica. A existência dessa defesa é que nos leva a pensar na falha vivenciada pela criança num estágio de dependência absoluta, experimentando uma angústia impensável, tão grande que se não se defender dela sente que será aniquilada. Portanto defende-se o mais rápido que pode, da forma mais forte e impenetrável que conhece, pela invulnerabilidade.

Conclusão:

A discussão da etiologia do autismo é dotada de grande relevância para a atuação clínica. A partir desta discussão o analista pode pensar mais profundamente a sua prática, pois ao compreender as origens do quadro ele refina o seu manejo e a sua escuta com pacientes autistas, sabendo tomar posturas que sustentem melhor cada paciente e venham de encontro com as suas mais íntimas necessidades. Segundo a psicanálise winnicottiana é importante que o analista possa, junto ao seu paciente, regredir àquela fase onde a falha do ambiente foi mais desastrosa, trazendo dessa vez um novo ambiente de confiança, um holding que não foi experimentado antes, para então poder retomar o desenvolvimento (Winnicott, 1963/1983). Talvez seja este o ponto mais interessante e até poético da teoria de Donald Winnicott. Sua teoria é marcada pela esperança, ela olha para a constituição psíquica do sujeito de forma a não demarcar limites e sim potencialidades de mudança e crescimento. Winnicott não cristaliza o sujeito no seu desenvolvimento. E é por isso que, através de um manejo sensível e adaptativo às necessidades do paciente, é realmente possível se pensar na retomada de seu desenvolvimento em qualquer fase.

No curso de uma análise bem sucedida com pacientes cuja etiologia dos distúrbios se situa nos primeiros meses de vida, chega-se o momento em que o paciente regride à fase de dependência absoluta, mais especificamente ao momento da falha do seu ambiente nesta fase. Esta dependência toma forma na transferência. Se foi possível ter esta regressão atuada na transferência é porque o analista soube se identificar plenamente com as necessidades de seu paciente, constituindo um ambiente suficientemente bom, isto é, essencialmente confiável. A partir da confiabilidade no ambiente, os processos de maturação podem retomar o seu livre

desenrolar. É neste momento que, segundo Winnicott, o analista pode ter êxito ao falhar (assim como a mãe pode falhar na fase que precede a dependência absoluta), ao intervir no sentido de criar uma inadaptação da situação analítica. É através desta falha não prematura, num estágio em que o paciente tem ferramentas para elaborá-la, que este pode vir a sentir ódio, o que não era possível sentir no momento da falha original, quando ainda não havia psiquismo formado. Portanto, é com este ódio que ele traz o passado para o presente, podendo colocá-lo no lugar das angústias impensáveis vividas na fase mais primitiva. O que, ineditamente, possibilita ao sujeito sentir emoções sem ser tomado pela ameaça de aniquilamento. Segundo o autor, nesta fase da análise:

“O fator operativo é que o paciente agora odeia o analista pela falha que originalmente ocorreu como um fator ambiental, fora da área de controle onipotente pelo lactente, mas que *agora* é apresentada na transferência (...) deste modo, a regressão pode estar a serviço do ego se recebida pelo analista e transformada em uma nova dependência em que o paciente traz o fator prejudicial externo para a área de seu controle onipotente e para a área controlada pelos mecanismos de projeção e introjeção” (Winnicott, 1963/1983, p.233).

Winnicott, a partir de seus extensos estudos sobre a criatividade, buscava criar, a cada caso, um ambiente novo e adaptado àquele paciente especificamente. Sempre um ambiente confiável, mas que mudava de paciente para paciente, de acordo com suas necessidades mais pessoais. Ele alegava que o analista deve ser capaz de identificar, no processo de desenvolvimento psíquico de seu paciente, onde se originou o seu sofrimento, e assim compreender quais são as suas necessidades e

carências que deverão ser cuidadas no tratamento. Portanto o autor não sugeria um manejo mecânico, mas sim criativo e adaptativo.

Quanto a este manejo winnicottiano, ressalto que sua principal característica é o *holding* (em muitos casos não só psíquico como também físico). Na clínica que visa acolher pacientes psicóticos, não-integrados, a ênfase do tratamento analítico “recai sobre o manejo clínico e o estabelecimento do *setting*, caracterizado por uma complexa organização de *holding*” (Winnicott, 1955, *apud* Januário e Tafuri, 2010, p. 61).

“no contexto de um segurar e manipular suficientemente bons, o novo indivíduo realiza, agora, uma parte de seu potencial. De alguma forma fomos capazes de, silenciosamente, transmitir confiabilidade, e o paciente respondeu com o desenvolvimento que, no contexto dos cuidados humanos, poderia ter ocorrido nos estágios mais iniciais” (Winnicott, 1968/1987, p.91).

Uma complexa organização de *holding* é que vem a sustentar tudo o que for trazido pelo paciente, exatamente da forma que ele precisa naquele momento, sem represálias por parte do analista, ou seja, com a sobrevivência do analista aos conteúdos trazidos. É como diz Frances Tustin, uma psicanalista que trabalhou muitos anos com crianças autistas: “aquilo de que as crianças psicóticas mais necessitam é, seguramente, sentirem que a violência explosiva, que (a partir de dentro) ameaça tudo quanto existe, vai ser como que agarrada e contida num cenário (*setting*) que consegue tolerá-la” (1972, p.163).

Portanto, percebe-se que na clínica psicanalítica com pacientes psicóticos a técnica tradicional da interpretação (a utilizada por Melanie Klein no caso Dick) precisa ser flexibilizada, já que muitas vezes uma interpretação pode ser invasiva, pois denuncia um outro não-eu, para um sujeito não-integrado que precisa do analista ainda como parte de si. Assim como uma interpretação pode não surtir efeito algum com uma criança que não fala e cujo brincar não traz conteúdo simbólico (Januário e Tafuri, 2010). Dessa forma, no tratamento de crianças autistas, o contexto analítico e a sua sustentação se tornam mais importantes do que as interpretações.

“No tratamento de pessoas *esquizoides* o analista precisa saber tudo que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre” (Winnicott, 1963/1983, p.217).

Neste ponto é reconhecida a contribuição da escola francesa e da técnica da pontuação trazida por Lacan para a psicanálise. A intervenção clínica através da pontuação não representa uma invasão para o sujeito, já que não lhe traz uma interpretação, mas busca encorajá-lo a encontrar sentido no que é dito.

Outra razão pela qual a interpretação pode não surtir efeito é o fato de nem sempre ela significar, para o paciente, uma comunicação. Segundo Winnicott (1968/1987), a comunicação entre a mãe e o bebê acontece muito antes da aquisição

da linguagem, através da experiência da mutualidade (descrita no primeiro capítulo). Portanto, a comunicação não depende do uso das palavras. Mas sim, da experiência de confiar no ambiente que o cerca, estabelecendo para o bebê, através dos cuidados maternos, uma comunicação que precede o discurso.

Segundo Tafuri (2003), ao observar e estudar intensamente a relação mãe-bebê, Winnicott tomou o modelo da mãe suficientemente boa como norteador da transferência, já que o analista também deve oferecer ao seu paciente um ambiente facilitador de seu amadurecimento e propício à sua integridade, estando, portanto, significativamente identificado com o sujeito, mas sem perder a orientação para realidade externa. E dessa forma “passou a definir o *setting* analítico como um ambiente-*holding*” (Tafuri, 2003, p.171).

É, portanto, um *setting* em constante adaptação ao paciente. Conforme o desenvolvimento do sujeito avança, o manejo do analista é alterado, se adaptando a cada momento de seu amadurecimento a fim de lhe dar as condições necessárias para o mesmo.

No primeiro capítulo foram discutidas as falhas na relação inicial mãe-bebê e suas consequências para o psiquismo do bebê, assim como a necessidade da mãe de ser apoiada e amparada neste momento. Este é outro ponto relevante desta discussão. Através destes estudos, a psicanálise pode evidenciar o que pode ser feito (pelos pais, pela família, pela assistência social do governo) em benefício da mãe e de seu bebê, a fim de que esta se sinta amparada e possa se dedicar plenamente ao cuidado dele.

Além disso, quando passamos para a discussão dos pormenores do tratamento da criança autista, não podemos deixar de analisar no ambiente a experiência e atitude dos pais frente ao “problema” e à patologia de seu filho. É muito importante para o processo analítico da criança, entender como se dá essa dinâmica, se essa patologia vem a ocupar o lugar da angústia materna, e como a criança percebe esse processo na mãe. O êxito do trabalho depende também da situação vivida na família.

Frances Tustin, sempre estudando e escrevendo sobre novos manejos clínicos e sobre as particularidades da atuação com crianças autistas e suas famílias, frisava a importância e a necessidade do cuidado psicológico com os pais. Segundo a autora:

“(...) a mãe (e o pai) necessitam de apoio enquanto o filho está sendo tratado, pois, embora este não responda abertamente ao contato, está seguramente ligado a eles, como eles o estão a ele, por uma forma de envolvimento emocional invisível mas muito forte: não podemos esquecer que suas projeções são convincentes e capazes de afetar o clima emocional da família, assim como este os afeta” (Tustin, 1972, p. 148).

Evidencia-se que a singularidade da clínica do autismo nos leva a refletir sobre a técnica clássica da psicanálise, nos mostrando que é possível fazer acontecer uma análise que não se dê através da linguagem verbal e das interpretações. De uma forma, o autismo abriu e continua abrindo novos caminhos para se pensar a prática na psicanálise.

De fato as possibilidades dentro do trabalho clínico do psicanalista são singulares, é requerida uma sensibilidade aguçada e uma capacidade criativa do profissional para acessar a angústia de uma criança invulnéravel e ensimesmada.

Mas sabemos que quanto mais vasto for o conhecimento teórico e os estudos sobre o assunto, mais abrangentes e inovadoras serão as possibilidades de trabalho.

Finalizo este trabalho com mais uma citação esperançosa de Donald Winnicott, ficando eu também com a esperança de ter encorajado o leitor a acreditar no contínuo e infundável processo de vir-a-ser do sujeito, assim como nas inúmeras possibilidades de atuação do psicanalista.

Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente. Na verdade podemos, de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que um paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto, ter ocorrido, ainda que tardiamente (Winnicott, 1968/1987, p.91).

Referências Bibliográficas

Araújo, C. A. S. (2003). Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe. *Estilos da clínica*, 14, 146-163.

_____. (2003a). O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Natureza Humana*, 5(1), 39-58.

_____. (2004). A perspectiva winnicottiana sobre o autismo no caso de Vitor. *Psychê*, 13, 43-60.

Arcangioli, A. M. (1994). Introdução à obra de Winnicott. Em J. D. Nasio (Org.), *Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. (pp 177-202). Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

Arcangioli, A. M., Veney-Perez, M. C. (2000). Um caso de B. Bettelheim: Joey ou o autismo. Em J. D. Nasio (Org.), *Os Grandes Casos de Psicose*. (pp 109-132). Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

Celeri, E. H. R. V. (2007). A mãe devotada e seu bebê. Em M. C. Pinto (Org.), *O Livro de Ouro da Psicanálise* (pp 421-434). Rio de Janeiro: Ediouro.

CID 10. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Fonseca, V. R. J. R M. (2007). O autismo e a proposta psicanalítica. Em M. C. Pinto (Org.), *O Livro de Ouro da Psicanálise* (pp 263-274). Rio de Janeiro: Ediouro.

Forlenza Neto, O. (2007). A constituição do si mesmo e transicionalidade. Em M. C. Pinto (Org.), *O Livro de Ouro da Psicanálise* (pp 405-412). Rio de Janeiro: Ediouro.

Garcia-Fons, T., Veney-Perez, M. C. (2000). Um caso de M. Klein: Dick ou o sadismo. Em J. D. Nasio (Org.), *Os Grandes Casos de Psicose*. (pp 65-84). Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

Goodman, R., Scott, S. (2004). *Psiquiatria Infantil* (pp. 18-24). São Paulo: Roca.

Januário, L. M., Tafuri, M. I. (2010). A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. *Psicologia Clínica*, 22(1), 57-70.

Parente, S. M. B. A. (2007). A criação da externalidade do mundo. Em M. C. Pinto (Org.), *O Livro de Ouro da Psicanálise* (pp 413-419). Rio de Janeiro: Ediouro.

Tafuri, M. I. (2003). *Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília: M. I. Tafuri/ABRAFIPP, 2003.

Tustin, F. (1979). *Autismo e Psicose Infantil*. Trad. Isabel Casson. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.

Winnicott, D. W. (1958). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. (1965). *A família e o desenvolvimento individual*. Trad. Marcelo Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. (1965a). *A criança e o seu mundo*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. (1979). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. (1987). *Os bebês e suas mães*. Em M. Davis, & R. Sheperd (Orgs.). Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. (1989). *Explorações Psicanalíticas*. Em C. Winnicott, R. Sheperd & M. Davis (Orgs.). Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994.

_____. (1996). *Pensando sobre crianças*. Em R. Sheperd, J. Johns & H. T. Robinson (Orgs.). Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 1997.