



PSICANÁLISE

Vera Regina J. R. M. Fonseca

# Ampliando o foco sobre os Transtornos Autísticos

*Da psicanálise à psicopatologia do desenvolvimento*

**Blucher**

**AMPLIANDO  
O FOCO SOBRE OS  
TRANSTORNOS AUTÍSTICOS**

**Da psicanálise à psicopatologia  
do desenvolvimento**

Vera Regina J. R. M. Fonseca

*Ampliando o foco sobre os transtornos autísticos: da psicanálise à psicopatologia do desenvolvimento*

© 2025 Vera Regina J. R. M. Fonseca

Editora Edgard Blücher Ltda.

*Publisher* Edgard Blücher

*Editor* Eduardo Blücher

*Coordenador editorial* Rafael Fulanetti

*Coordenadora de produção* Ana Cristina Garcia

*Preparação de texto* Maurício Katayama

*Diagramação* Mônica Landi

*Revisão de texto* Equipe de produção

*Capa* Juliana Midori Horie

*Imagem da capa* Landscape in the Jura Mountains near Romanel, Félix Vallotton (1900)

# Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

**contato@blucher.com.br**

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme 6. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, julho de 2021.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela  
Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Heytor Diniz Teixeira, CRB-8/10570

Fonseca, Vera Regina J. R. M.

Ampliando o foco sobre os transtornos autísticos: da psicanálise à psicopatologia do desenvolvimento / Vera Regina J. R. M. Fonseca. – São Paulo : Blucher, 2025.

428 p. : il.

Bibliografia

ISBN 978-85-212-2700-7 (impresso)

ISBN 978-85-212-2743-4 (eletrônico – epub)

ISBN 978-85-212-2744-1 (eletrônico – PDF)

1. Psicanálise. 2. Transtorno do Espectro Autista (TEA). 3. Autismo. 4. Etologia. 5. Psicopatologia. I. Título.

CDU 159.964.2

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

CDU 159.964.2

# Conteúdo

Introdução	11
<b>PARTE I – A ampla e heterogênea categoria dos TEA</b>	<b>25</b>
1. Transtornos do espectro autista: definição e questões diagnósticas	27
2. A clínica dos transtornos do espectro autista	35
3. Epidemiologia dos transtornos autísticos	43
4. Aspectos neurobiológicos	49
5. Genética dos transtornos autísticos	55
6. O efeito da experiência no desenvolvimento cerebral: contribuições para uma reavaliação da etiopatogenia do autismo	59
7. Considerações causais e hipóteses etiológicas	67

<b>PARTE II – A psicanálise e os transtornos autísticos</b>	<b>75</b>
<b>PARTE III – Uma conversa entre a psicanálise e a etologia: os casos de Daniel e Gabriel</b>	<b>87</b>
1. Daniel	99
2. Gabriel	163
3. Daniel e Gabriel: uma proposta de compreensão	241
<b>PARTE IV – Outros casos</b>	<b>277</b>
1. Aspectos psicóticos nos TEA: Abel e Isaías	279
2. Trauma nos transtornos do espectro autista (TEA)	331
3. Sucessos e fracassos na construção de uma ponte entre o self e o outro: Jonas e Judith	353
4. Pequenos contos	379
<b>PARTE V – Movimentos integrativos e conclusões finais</b>	<b>395</b>
Referências	411

# Introdução

*... o desenvolvimento das pessoas atípicas devido a vários transtornos, à história e à situação de vida ou outras razões que as coloquem em risco, propicia exemplos de “experiências na natureza” ...que são singularmente informativos para compreendermos as fronteiras do desenvolvimento típico.*

Burack et al. (2002, p. 226)

A psicanálise dos pacientes com transtornos severos do desenvolvimento sofreu grandes transformações nos últimos quarenta anos. Entretanto, tais mudanças talvez não tenham sido ainda assimiladas pela comunidade psicanalítica como um todo e menos ainda pela comunidade acadêmica, pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral.

De fato, era frequente nos depararmos em sites da internet com afirmações do seguinte teor: “A psicanálise *não* é indicada para crianças com transtornos autísticos”. Teria sido então o trabalho que os psicanalistas vêm fazendo com crianças autistas nos últimos cem anos nada mais que um erro?

Essa frase resume a preocupação que me levou a voltar, depois de 25 anos de formada, aos bancos da universidade onde me graduei. Mas não para o mesmo curso, pois sentia precisar de interlocutores que, aceitando minha experiência clínica, pudessem me ajudar a entabular novas conversas, com outros campos. Tal tendência já havia marcado um grupo de estudos sobre autismo do qual eu participava há muito tempo, antes mesmo da minha formação na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), composto por psicanalistas e convidados de outras áreas.<sup>1</sup>

Minha tese de doutorado, defendida em 2005, é o embrião do presente livro; algumas partes foram subtraídas, muitas foram atualizadas e outras acrescentadas. Achei interessante manter alguns trechos originais da apresentação do projeto, que esclarece em parte as escolhas e estrutura do texto. Eles serão grafados em itálico, sendo os acréscimos atuais escritos em fonte normal.

*Ao me debruçar sobre este projeto, vem à minha lembrança a história de uma freira que, aos 70 anos, descobriu não ter vocação para a vida de religiosa e largou o hábito. Este curto relato condensa várias ideias em um só evento: a dedicação de uma vida toda e a coragem de se debruçar sobre um precipício. Há o risco de cair em desespero pelo tempo perdido, ou de se encantar com a descoberta do novo.*

*Pois, pronta para começar este estudo, sinto-me prestes a me debruçar sobre o precipício. O que vou encontrar nesta viagem, na qual assumi o compromisso da imparcialidade e não o da fé? Como incluir os valores mantidos e alimentados ao longo de quase trinta anos de prática médica, psiquiátrica e psicanalítica?*

*E, mais difícil ainda, qual a fronteira entre a fé e os valores?*

---

1 Entre os psicanalistas estavam a dra. Izelinda Garcia de Barros e o dr. Paulo Duarte Gonçalves Filho.

*Foi com essas questões que me aproximei do material clínico, por meio do qual busquei, exaustivamente e através de lentes diversas, obter uma compreensão sobre o mundo interno de meus pacientes. Algumas ideias antigas teriam que ser postas em xeque e ficar na sombra, para não impedir o nascimento de novas hipóteses.*

*Sabemos muito sobre os transtornos autísticos,<sup>2</sup> mas de modo pouco integrado; mais sobre sintomas e menos sobre fisiopatogenia<sup>3</sup> e etiopatogenia.<sup>4</sup> Considerando o grande conjunto de informações, o seguimento em profundidade de um caso único permite investigar os processos da relação interpessoal de tais crianças, e integrar tais descrições aos dados de outras pesquisas, para ter uma ideia melhor de como operam ao vivo as características funcionais e como se processa o desenvolvimento.*

*O traço central e comum a todo o grande e heterogêneo grupo de transtornos globais do desenvolvimento<sup>5</sup> (TGD-TEA), categoria F84 na CID 10, é o fracasso na construção de uma noção de si próprio e do objeto humano, de modo que ora parecem não perceber o objeto, ora se relacionam de modo exclusivamente sensual com ele. Assim, têm marcante dificuldade em se reconhecerem como pessoas, e em se referirem a si próprios usando o pronome “eu”. As clássicas dificuldades sociais, comunicativas e simbólicas estão, a meu ver, ligadas ao fracasso acima descrito.*

---

2 Usarei, ao longo do texto, o critério de transtorno e não de neurodivergencia. Seria necessário muito mais espaço e pesquisa para abordar este último conceito.

3 Fisiopatogenia: estudo da natureza de uma patologia (um transtorno)

4 Etiopatogenia: estudo do mecanismo (patogenia) pelo qual as causas (etiologia) de uma patologia levam à manifestação e estabelecimento da doença (transtorno).

5 Os *transtornos globais do desenvolvimento* (TGD), que era o termo usado pelo 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), foi substituído, não oficialmente, por transtornos do espectro autista (TEA). Ver adiante as considerações sobre a CID 11.

*Desde 1981, tive a oportunidade não só de avaliar inúmeros casos de crianças diagnosticadas como pertencendo a esse grupo, como também pude seguir vinte delas em psicoterapia psicanalítica por períodos, em geral, longos.*

*Formou-se, assim, meu “armário de dados”: tratava-se de uma enorme quantidade de anotações e escritos que, eu suspeitava, poderiam esclarecer mais a misteriosa condição de meus pacientes. Lá havia fatos que, na época, eu não pude interpretar corretamente. Eu esperava que, se me debruçasse uma segunda, terceira ou décima vez sobre tal material, uma configuração mais organizada se revelaria. Decididamente, eu queria fazer uma pesquisa.*

*“Como se pode fazer uma pesquisa com dados colhidos de modo tão enviesado?”, diziam-me alguns colegas de formação empírica, quase sugerindo que eu desistisse de meu armário de material clínico, incluindo milhares de desenhos que conservava como um acervo de arte. Para eles, eu deveria apenas reter minha experiência clínica e começar tudo de novo, se quisesse fazer pesquisa “propriamente dita”.*

*... A ideia de usar meus dados clínicos se mantinha. Minha formação médica era parte de meu estofo, de minha persona. Como médica, queria saber se eu havia ajudado ou não meus pacientes ao longo de tantos anos, como e quanto eu havia ajudado, e as razões de meu fracasso, caso não o tivesse feito. Como psicanalista, eu queria entender o mundo mental de meus pacientes com mais detalhes do que conseguira na época do tratamento, pois havia as limitações da minha experiência assim como as limitações da própria relação interpessoal.*

*A pergunta de minha pesquisa, assim, era ampla demais: o que se pode observar no comportamento relacional de crianças autistas que estão em tratamento psicanalítico? Quais as semelhanças e diferenças dentro de uma “família de casos”? Há hipóteses plausíveis que expliquem tais comportamentos? Tais hipóteses são individuais ou podem ser generalizadas?*

*E uma pergunta final, mais delicada e grave, que me fazia, no íntimo, tremer: estas crianças se beneficiam do tratamento psicanalítico?*

*Na década de 1980, a mesma época em que Frances Tustin escrevia seus livros sobre estados autísticos, havia no mundo acadêmico uma forte tendência a rejeitar toda a contribuição psicanalítica. Eram anos de divórcio completo: Tustin enfatizava que os casos tratados por ela eram autismos psicogênicos,<sup>6</sup> mas não havia o menor consenso em relação a tal designação.*

*Com o desejo de não forçar os limites de minha prática, fazendo indicações terapêuticas inadequadas, recebi em análise um menino de 5 anos, com uma história de grave perda de linguagem e do contato com a família no terceiro ano de vida. Os pais eram estrangeiros e tinham recém-chegado ao Brasil, querendo imediatamente arranjar um profissional para ajudar seu filho. Fiquei impactada ao ver o menino: ele andava de um lado para outro da sala, um pouco curvado e me olhando com o alerta constante do pânico, enquanto esfregava as mãos ou se masturbava em enorme aflição. Como toda a avaliação neurológica resultara sem alterações, propus que o menino fosse quatro vezes por semana ao meu consultório. As sessões eram momentos de agonia, pois o mesmo padrão se repetia, ele me olhando como uma presa trancada na mesma sala que o predador. Andava de um lado para outro e se masturbava sem parar. Perante tal situação, eu me via compulsivamente fazendo listas mentais de coisas que eu deveria fazer durante o dia. Quanto maior era o ritmo do paciente, mais rápidas surgiam minhas listas. O que esta situação relacional revelava? Que eu tentava me agarrar a uma atividade organizadora desesperadamente para não “enlouquecer” com meu paciente em seu caos emocional? Quanto*

---

6 O que significava que tais crianças não apresentavam indícios evidentes de comprometimento neurológico; mais adiante em sua obra, Tustin substituiu o termo psicogênico por psicobiológico. Voltarei a tal discussão nas conclusões do livro.

*tempo eu deveria ter esperado, tentado sobreviver até que fimbrias de pensamento surgissem e eu pudesse começar a conversar com ele, conter seu desespero e trazê-lo de volta para um campo relacional?*

*Mas, seja pela minha inexperiência, seja pelo clima da época, concluí que se tratava de um caso orgânico sem indicação para psicanálise, e assim falei para os pais. Ao invés da reação que eu esperava, algo como: “Bem, a senhora foi honesta, sabemos agora que não há necessidade de gastarmos tempo e dinheiro com algo que não funciona para nosso filho”, os pais baixaram a cabeça, calaram-se e se foram.*

*Na semana seguinte soube que ele recomençara a análise com um colega, com cinco sessões por semana. Ainda que não tivessem certeza do resultado, eles queriam alguém, não uma medicação, mas uma pessoa que se esforçasse por compreender e ajudar seu filho a se tornar mais próximo dos seres humanos.*

*Então comecei a relativizar a questão da indicação. A vida real é muito mais complexa que o mais completo dos compêndios.*

*Percebi que minha amostra ia se agrupando naturalmente em sub-grupos: alguns adquiriam linguagem e aprendiam a ler e escrever, podendo até ter um impressionante talento artístico, apesar de serem extremamente repetitivos; outros eram como “estrangeiros” em sua própria língua; outros, ainda, não a adquiriam e seu comprometimento cognitivo e social era mais profundo.*

*O tema da influência de fatores genéticos em alguns casos já se revelava: Entre o conjunto de pacientes, alguns eram fisicamente muito parecidos entre si, apesar de separados por anos.*

*Vi ao todo quatro duplas de irmãos autistas; além disto, os irmãos de alguns pacientes também apresentavam problemas significativos, de uma linhagem diversa, mas ainda assim relutei em acreditar que a causa fosse só genética... Por outro lado, me chamava a atenção a frequência com que eu me deparava com malformações menores,*

*particularmente a prega no epicanto (uma dobra de pele que cobre o canto do olho).*

*O que acontecia com estas crianças?*

*Muitas vezes sonhei que alguns pacientes sem linguagem estavam falando comigo; em outras vezes me pegava olhando-os tão fixamente, que parecia esperar que uma explicação baixasse dos céus.*

*É claro que as teorias ajudam: eu estaria impossibilitada de entrar no campo clínico sem o respaldo de algumas teorias. Mas, sendo Tustin a teórica de quem mais me aproximei, seria impossível uma adesão incondicional a suas teses, pois ela própria advertia contra isto.*

*A necessidade de ir trabalhando com a criança em tempo real não obscurecia minha insatisfação e percepção da provisoriidade do meu saber. Mas o “armário” lá estava, como uma promessa de redenção e compreensão futura.*

*Se o que sabemos é pouco, mas vem de nossa prática intensiva, por que não associarmos nossos conhecimentos ao de outros grupos, trabalhando com outros métodos sobre o mesmo assunto? A tendência do trabalho interdisciplinar já era clara: o Tavistock Autism Workshop, em Londres, sob a coordenação de Sue Reid e depois de Anne Alvarez, estimulava discussões com os psicólogos do desenvolvimento e com a neurobiologia.*

*Resolvi finalmente fazer minha pesquisa voltando à Universidade... Encontrei na Profa. Vera Sílvia R. Bussab a minha oportunidade de realizar tal projeto. Ela estava estudando psicopatologia evolucionista e etologia, e a pesquisa no campo dos TEA poderia ser incluída naquela área. Sua admirável abertura de espírito, seu entusiasmo, curiosidade intelectual e generosidade foram qualidades que mantiveram meu estímulo durante todo o trabalho.*

*A grande dificuldade não foi absolutamente voltar ao status de estudante depois de 26 anos: esta foi a parte mais instigante. O difícil foi, e está sendo, manter duas linguagens e o caráter de viajante: para os*

*psicanalistas, sou muitas vezes vista como uma pesquisadora, e para os estudiosos de comportamento sou vista como uma psicanalista. À parte o desconforto psicológico, há uma sobrecarga constante de tradução de conceitos e o ônus de não se permitir o compromisso epistemológico total. Ou seja, um psicanalista usa seu tempo, em grande parte, lendo obras psicanalíticas, e isso apura sua capacidade de pensar dentro do horizonte epistemológico da psicanálise. Se seu tempo é dividido com outras áreas, assim como o foco que é usado, você pode ganhar em abrangência, mas se arrisca muito a perder em profundidade (e, às vezes, em elegância).*

*No entanto, este é um dos preços inevitáveis a pagar.*

*Um dos meus objetivos era cruzar lentes e métodos, combinando vários olhares:*

- *meu olhar psicanalítico ao olhar etológico que eu pudesse adquirir durante a pós-graduação;*
- *o olhar de dois consultores nacionais e dois internacionais nas áreas etológica e psicanalítica.*

*A consultora nacional para a área psicanalítica foi a Dra. Izelinda Garcia Barros, analista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, que tinha sólida experiência com transtornos autísticos e com quem eu fizera supervisão desde meus primeiros casos, em 1981. Na área etológica foi a própria Profa. Vera Sílvia Bussab, minha orientadora.*

*Como estrangeiros, consegui me consultar com o Prof. Nicholas Blurton Jones, da área da Etologia Humana e professor Emérito da Universidade da Califórnia, Los Angeles (de quem ouvi falar pela primeira vez pelo colega Elias Rocha Barros, que facilitou meu contato com ele), e com a psicanalista Anne Alvarez, de Londres, ex-coordenadora do Tavistock Autism Workshop.*

Com Blurton Jones tive duas longas conversas, nas quais apresentei meu projeto e edições de sessões filmadas dos dois pacientes estudados. Após se referir ao meu projeto como “very ambitious philosophical project”, ele considerou os seguintes pontos:

“Parte do trabalho . . . será descobrir quanto dos conceitos psicanalíticos podem ser testados no que pode ser observado. Acredito que compartilhar e trazer os conceitos psicanalíticos para este outro nível de ‘observabilidade’ pode ser realmente útil. . . O modo como você deve abordar seus dados é pensar a respeito de suas interpretações psicanalíticas e então dizer para si mesma: ‘ó que eu vi que me fez pensar isto?’ e então observar quantas destas coisas ocorrem novamente . . . e ver em que situações elas ocorrem. O que estou descrevendo é traduzir o seu olhar psicanalítico em um olhar etológico e construir um novo olhar etológico que possa testar ou operacionalizar os conceitos psicanalíticos. . . você precisa trabalhar com suas próprias ideias a partir da perspectiva psicanalítica. E então não abandonar o observável, perdido na observação, mas lembrar de olhar várias vezes quanto isto acontece e fazer um pequeno teste destas ideias nas coisas que observa. Acho que este seria o melhor tipo de etologia, que Tinbergen aprovaria e provavelmente Lorenz também. Não se trata de jogar fora suas intuições e ideias teóricas, mas colocá-las na mesa para todos e fazê-las testáveis . . . Você tem que admitir que tem uma teoria para começar e sua pergunta é ‘como posso testar tais teorias’, o que significa ‘ó que eu vi que me faz pensar que esta é a teoria certa para esta criança?’ Acho que se alguém que não tem familiaridade com a complexidade desta criança der sugestões . . . a resposta pode ser muito entediante . . . Muitos pensam que crianças autistas têm problemas perceptuais, mas eu fico pensando que tipo de evidência estão usando . . . pode ser um outro modo de olhar para os mesmos dados de observação e fazer uma história diferente com eles.”

O que Blurton-Jones propunha era um cruzamento “não invasivo”, que não violaria os paradigmas e métodos, e que possibilitaria um alcance maior da lente que observa para gerar hipóteses novas.

*À medida que o tempo ia passando e eu mudava meu olhar, agredendo ao psicanalítico, o etológico, o evolucionista e o da psicologia e psicopatologia do desenvolvimento, eu ia vendo novos fenômenos.* Por exemplo, comecei a ficar intrigada com uma dificuldade espacial específica de meu paciente, que não conseguia devolver meus óculos ajustados a meu rosto, mas voltados para o seu próprio. Encontrei outras referências a este mesmo fenômeno, partindo de paradigmas diferentes. Associei aquela dificuldade ao fato de a criança não usar o pronome pessoal e tentei estabelecer uma conexão entre esse problema e a falta de desenvolvimento não apenas da noção de eu e de outro, mas também da constituição de um espaço mental e tridimensionalidade, no qual self<sup>7</sup> e outro estariam representados numa relação face a face, possibilitando a imaginação espacial e os ajustes nos movimentos de rotação entre eles (self e outro). Posteriormente explorei tais considerações no artigo “Les difficultés concernant le pronom personnel et l’espace mental dans les troubles autistiques : une hypothèse” (Fonseca, 2010b).

*A justaposição das ideias do dialogismo, que na época eu estudava em um dos cursos da pós-graduação, também me ofereceu um modelo claro que explicaria com razoável conforto a questão de algumas distorções linguísticas encontradas em meus pacientes (em particular, o dialogismo me ajudou a entender melhor as trocas verbais nas sessões de análise, como fica evidente em Fonseca et al., 2004).*

Na tese, terminei a introdução com duas colocações que quero manter:

---

7 Usarei o termo inglês *self* ao longo do livro pois não encontro um substituto adequado em português (mas o sentido é algo como “si mesmo”; assim, *senso de self* = *senso de si mesmo*)

*Espero que o resultado deste trabalho valha o esforço de todos que se envolveram com ele. Valer significa conhecer mais e tratar melhor.*

*Meus pacientes têm uma posição muito especial em minha vida. Há muitos e muitos anos não passo um dia sequer sem ter pelo menos um deles sob meus cuidados e em minha mente.*

## ***Esboço do conteúdo do livro***

Um dos objetivos do presente livro é trazer dados e argumentos sobre o lugar da psicanálise dentro do campo terapêutico nos transtornos do espectro autístico, colocando-a em discussão com as outras disciplinas.

Ao final, veremos que tanto os autores psicanalíticos (para citar só alguns: Melanie Klein, Frances Tustin, Singletary e sua tese do estresse precoce e sobrecarga alostática) como estudiosos de outras áreas tentam explicar uma fatia do universo das crianças com autismo. Tentarei abordar alguns desses aspectos e ângulos, sem a pretensão de integrá-los, mas levando em conta que cada um representa um modelo de funcionamento e uma perspectiva particular sobre o desenvolvimento típico e atípico, nem sempre excludentes.

Irei focalizar apenas brevemente as propostas sobre a etiologia, uma questão polêmica que corre o risco de se tornar reducionista, tentando me concentrar nas hipóteses fisiopatológicas. Afinal, a psicanálise permitiu não só a observação dos comportamentos como a compreensão de suas funções e de sua gênese. Desse modo, estamos em posição de refletir sobre os traços invariantes nos TEA, sobre o que subjaz aos sintomas clínicos, esforço este bem ilustrado pela obra de Frances Tustin.

Na Parte I, “A ampla e heterogênea categoria dos TEA”, abordarei as últimas pesquisas e os dados mais recentes da psiquiatria dos TEA, desde a definição e questões diagnósticas, passando pela clínica, epidemiologia, aspectos neurobiológicos e genéticos, até uma pequena

exposição sobre o efeito da experiência no desenvolvimento do cérebro para chegar a *uma reavaliação da etiopatogenia*.

Na Parte II, irei me deter nas ideias da psicanálise sobre os TEA, descrevendo os modelos desenvolvidos por alguns dos autores psicanalíticos, sem pretender esgotar o tema.

Na Parte III, focalizaremos nossa atenção em um extenso material clínico de crianças com TEA, usando também os dados das pesquisas atuais em etologia e da psicologia do desenvolvimento, a fim de reavaliar os modelos teóricos psicanalíticos para o autismo. Acreditamos ser oportuno e necessário este esforço de reflexão científica, já que ele busca hipóteses alternativas e renovação das clássicas, seguindo a tradição e os preceitos da própria Frances Tustin.

Uma razão adicional seria que, através de tal trabalho, poderíamos reduzir tanto o isolamento em que o conhecimento psicanalítico sobre os estados autísticos se encontra quanto a grande fragmentação que tem caracterizado os estudos não psicanalíticos sobre o tema. Apesar de usarmos os dados das pesquisas experimentais, pretendemos olhar para a criança fora dos protocolos e da rotina de laboratório, tentando com isso alcançar um grau maior de integração e trazer um novo olhar, deixando mais espaço para que nossas teorias sejam ou não confirmadas.

Os dados clínicos da psicanálise dos transtornos autísticos, em sua versão mais recente, são muito semelhantes aos de uma observação naturalística de uma relação diádica, na qual o analista tenta ser um objeto de desenvolvimento. O trabalho terapêutico não se limita a interpretações, apesar de fazer uso consistente delas e do “radar contratransferencial” do analista. Além disso, como tais dados são colhidos ao longo de um considerável período, eles permitirão que, seguindo-se a criança passo a passo, seja possível a construção de hipóteses baseadas em um número maior e mais confiável de elementos e a identificação de padrões específicos.

Como as crianças no presente estudo são seguidas por períodos mais longos e com maior frequência que aquelas nos estudos experimentais, esperamos conseguir rastrear mudanças em seus padrões de relação, assim como possíveis fatores que interferiram em tais mudanças. Isso significa que, no final do estudo, esperamos estar em melhores condições para uma avaliação geral de pontos tais como indicação, eficácia e limitações da psicanálise para crianças com TEA.

No que se refere aos avanços no conhecimento psicanalítico sobre os transtornos autísticos, apesar da existência de importantes estudos nesta área, há questões centrais que ainda são obscuras, por exemplo, os detalhes dos processos de internalização e da construção de representações mentais no desenvolvimento autístico. Esperamos abordar tais questões no desenrolar do nosso texto.

Finalmente, a associação do conhecimento psicanalítico com os estudos etológicos e do desenvolvimento tem não apenas importância heurística, mas também prática, já que ela pode ampliar nosso alcance terapêutico.

Ainda me referindo à Parte III, usamos os dados provenientes da psicanálise de crianças diagnosticadas como pertencendo à categoria dos TEA para proceder a uma pesquisa qualitativa, de cunho heurístico, na qual procuramos as categorias mais frequentes, invariâncias, padrões e singularidades assim como os distúrbios nos processos de representação do self, do outro e da relação entre eles subjacente às distorções no comportamento social e geral das crianças com TEA, independentemente da etiologia ou do quociente intelectual.

Os dados foram analisados segundo uma dupla perspectiva: a psicanalítica e a etológica. A perspectiva psicanalítica privilegiou a inferência sobre o estado do mundo interno do paciente, utilizando-se tanto do seu comportamento relacional explícito quanto da

contratransferência.<sup>8</sup> A perspectiva etológica, apoiada no método observacional, na descrição e análise dos fenômenos, se propõe a compreender o comportamento em sua dimensão socio biológica, como produto de adaptações ao longo da história filogenética.

Na Parte IV selecionamos alguns casos de crianças tratadas em psicanálise como ilustração de todas as questões levantadas nas partes anteriores, particularmente das que dizem respeito ao binômio diversidade versus invariância: o que varia e o que caracteriza o quadro, do ponto de vista psicanalítico, ou seja, do funcionamento mental. Assim, exploraremos outros tópicos: aspectos psicóticos nos TEA, trauma e TEA, Judith e Jonas (duas crianças com evoluções muito distintas) e, por fim, pequenos contos, trazendo uma dupla de casos limítrofes e uma criança com Asperger.

---

8 Por contratransferência entenda-se o estado subjetivo-emocional registrado pelo próprio analista como par necessário do estado subjetivo do paciente frente àquele e que servirá como indicador do que está ocorrendo na dupla em determinado momento.

# 1. Transtornos do espectro autista: definição e questões diagnósticas

## *Definição*

Em 2019 a OMS apresentou em plenário a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID, ou International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision), que passou a ser adotada desde o início de 2022. Na presente versão, o que era antes (na CID 10) chamado de transtornos globais do desenvolvimento passou a ser incluído na categoria mais ampla dos transtornos do neurodesenvolvimento (6A00-6A0Z), com o código 6A02, “*transtornos do espectro autista, TEA*” (autism spectrum disorder – ASD). A versão em português está sendo preparada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e será implantada em janeiro de 2027.

A atual definição é bastante semelhante à antiga, descrevendo o TEA como um quadro caracterizado por dificuldades importantes e constantes nas interações sociais, com falhas na reciprocidade e mutualidade das relações interpessoais e na comunicação em geral. A isso se associam comportamentos repetitivos, inflexibilidade e interesses restritos e atípicos. As consequências podem comprometer profundamente a vida do indivíduo em vários aspectos, para além da

grande diversidade no grau de comprometimento funcional, linguístico e intelectual.

A meu ver, é definitivo o fato de tais dificuldades se mostrarem no início do desenvolvimento; na versão anterior, deixava-se claro que o transtorno aparecia até os 36 meses de vida. Entretanto, na atual, tal período não é especificado claramente, afirmando que “tais sintomas podem não se tornar claramente manifestos até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as limitadas capacidades...” (CID 11, tradução minha). Tal questão abre a porta para inúmeros problemas, particularmente de autodiagnósticos, ou diagnósticos feitos por leigos.

Como depoimento pessoal, em 42 anos de prática, nunca vi uma criança que tenha passado dos 3 ou 4 anos sem que a família ou a escola notassem as dificuldades, tão marcantes elas são. Penso ser difícil aceitar que crianças que se desenvolveram aparentemente bem até o fim da primeira infância possam ser diagnosticadas com TEA mais tarde.

É interessante listar as subcategorias dos TEA na CID-11:

- Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou nenhum da linguagem funcional (6A02.0).
- Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou nenhum da linguagem funcional (6A02.1).
- Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada (6A02.2).
- Transtorno do espectro do autismo com transtorno do desenvolvimento intelectual e linguagem funcional prejudicada (6A02.3).
- Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional (6A02.5).

- Outro transtorno do espectro do autismo especificado (6A02.Y).<sup>1</sup>
- Transtorno do espectro do autismo, não especificado (6A02.Z).

### *Questões diagnósticas*

Os TEA representam, ao mesmo tempo, um grupo bastante heterogêneo com sintomas surpreendentemente semelhantes. O bater de mãos (*flapping*) e outras estereotípias, assim como alguns dos rituais de uma criança com autismo com evidente prejuízo intelectual, são exatamente os mesmos de outra criança com capacidades cognitivas bastante sofisticadas. A empreitada para decifrar os vários mistérios com os quais o profissional se depara exige tanto abertura de espírito, flexibilidade e rigor quanto a criação de um conjunto de lentes que permita uma visão macroscópica e microscópica dos fenômenos autísticos.

É possível que estejamos lidando com entidades clínicas diversas agrupadas num conjunto de sintomas semelhantes.

A designação de espectro autístico foi uma solução satisfatória para o que encontramos na clínica: várias crianças com a característica comum de prejuízo na relação interpessoal, também descrita como transtorno na comunicação social (a reciprocidade afetiva e atenção compartilhada), mas com enorme variação na personalidade.

### *A confiabilidade do diagnóstico*

Em 1998, Mahoney et al. (1998) publicaram um estudo a respeito da possibilidade de haver concordância entre clínicos no diagnóstico de

---

1 Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional/transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional com perda de habilidades previamente adquiridas/transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional sem perda de habilidades previamente adquiridas/autismo atípico/síndrome autística atípica/psicose infantil atípica/retardo mental com características autistas.

subtipos dos quadros autísticos; concluíram que, se uma criança recebesse o diagnóstico de autismo, ela teria 84% de chance de receber o mesmo diagnóstico por parte de outro clínico. Se o diagnóstico fosse de síndrome de Asperger, a chance de concordância seria de 59%. Mas, se o diagnóstico fosse de transtornos globais do desenvolvimento sem outra especificação, a chance cairia para 29%, sendo que seria de 52% de que tal criança recebesse o diagnóstico de autismo. Tal trabalho demonstra claramente quão difícil era confiar na acurácia do diagnóstico diferencial entre autismo típico e atípico, e até mesmo no diagnóstico de Asperger.

Vejamos alguns dados mais recentes. Em 2009, quando as classificações ainda usavam a categoria de transtornos globais do desenvolvimento sem outra especificação (TGD-SOE, ou *pervasive developmental disorder, not otherwise specified* – PDD-NOS), van Daalen et al. (2009) exploraram a questão da estabilidade do diagnóstico inicial feito aos 14 meses e depois refeito aos 23 e 42 meses de vida, assim como o grau de concordância entre os avaliadores. Estes concordaram em 87% na distinção entre uma criança pertencer ou não ao espectro autístico aos 23 meses. Para a categoria como um todo, a estabilidade do diagnóstico foi de 91%, mas a diferenciação entre um quadro de autismo e de transtornos globais do desenvolvimento não especificados (TGD-SOE) teve estabilidade menor: 63% para autismo infantil e 54% para TGD-SOE.

A mesma dificuldade em distinguir entre quadros de transtornos do espectro típicos e atípicos foi novamente encontrado por Zander et al. (2016), usando o protocolo de observação para o diagnóstico de autismo (*autism diagnostic observation schedule* – Ados), um instrumento diagnóstico de escolha para pesquisas. Houve grande concordância na diferenciação entre um quadro autístico típico e não autismo, mas menor no caso de autismo atípico e não autismo.

A confiabilidade do diagnóstico foi também testada por Taylor et al. (2017) em um estudo exploratório. A partir da comparação de

vídeos diagnósticos que usavam o Ados, encontraram uma concordância de apenas 33% entre 27 profissionais de locais diferentes. Ainda que a amostra tenha sido pequena (nove vídeos), os resultados sinalizam a dificuldade de consenso clínico entre profissionais, particularmente para os casos menos severos (como em geral os de TGS-SOE).

O Ados foi validado no Brasil em 2019-2020 (Pacífico et al., 2019).

### *Fundamentos do diagnóstico clínico*

Ao explicar para os pais o problema do filho que me era trazido para avaliação, eu usava a seguinte descrição: “Ele segue seu próprio roteiro sem levar em conta, seja por defesa ou dificuldade, ou ambas, o roteiro do outro”. Os pais pareciam entender esta forma de colocar a questão e concordavam, trazendo mais exemplos de tais desencontros entre seus próprios roteiros e o do filho. O esperado seria um roteiro fortemente influenciado pelo do outro e, ao mesmo tempo, influenciador.

Alguns pesquisadores (Dawson et al., 1998) chamaram os prováveis precursores da dificuldade acima descrita de *prejuízo na orientação social*, traduzido por uma incapacidade da criança em se orientar para os estímulos sociais que ocorrem naturalmente no ambiente. Exemplos de um comportamento social esperado são: olhar para a face, reagir ao som da voz humana com sorriso ou atenção concentrada, responder a seu próprio nome a partir dos 7 meses e, logo depois, dirigir o olhar aos objetos de atenção do adulto próximo. Mais adiante compartilhar a atenção, apontando para objetos ou pessoas.

Voltando à questão da abrangência do termo TEA, pode-se afirmar que ele engloba vários tipos de desvios no desenvolvimento, todos caracterizados por prejuízos básicos na responsividade social, na comunicação verbal e não verbal e por padrões repetitivos e ritualísticos de comportamento.

## Subtipos

Sendo o grupo maior de TEA muito amplo, tanto o clínico quanto o pesquisador buscam uma divisão em subtipos. Essa não é uma tarefa fácil.

Para esclarecer se os TEA são compostos por diferentes subtipos ou por um gradiente de severidade dos sintomas, Syriopoulou-Delli e Papaefstathiou (2020) fizeram uma revisão dos dez estudos dos últimos 25 anos que investigaram tal questão. Nesse tipo de pesquisa, podem ser usados dois tratamentos estatísticos distintos para os dados: a análise de *cluster* e a análise fatorial. Ambas são utilizadas como forma de simplificar os dados: a análise de *cluster* objetivaria agrupar os casos clínicos e a fatorial agruparia características específicas. A conclusão dos autores é que a atual classificação está longe de ser consistente e que os resultados dos estudos ainda não deram uma resposta definitiva a respeito da existência de subtipos ou do gradiente de severidade.

Mas é interessante trazer como exemplo os resultados de um estudo feito por Wiggins et al. (2017)<sup>2</sup> com 707 crianças entre 2 e 5 anos com TEA. Foram encontrados quatro fenótipos dentro dos TEA:

- Tipo 1 – Atraso leve de linguagem com rigidez cognitiva.
- Tipo 2 – Atraso significativo de desenvolvimento com comportamentos motores repetitivos.
- Tipo 3 – Atraso geral de desenvolvimento.
- Tipo 4 – Atraso leve de linguagem e motor com desregulação (ou seja, agressão, ansiedade, depressão, reatividade emocional, desatenção, queixas somáticas e problemas de sono).

---

2 Tal estudo não foi incluído na revisão de Syriopoulou-Delli e Papaefstathiou (2020).

O fato é que a diversidade fenotípica encontrada mostra a importância de se considerar cada indivíduo com sua própria personalidade, tema este abordado de modo ilustrativo por Alvarez (Alvarez & Reid, 2001). Temos também que levar em conta que, no desenvolvimento humano, o número de variáveis envolvidas leva a combinações quase infinitas, tema que procuraremos desenvolver adiante.

### *Diagnóstico precoce*

O diagnóstico precoce representa um filão de muito interesse para os que trabalham com os TEA, tanto pela possibilidade de intervenção precoce quanto por iluminar as questões ligadas à etiopatogenia: os transtornos autísticos se mostram desde os primeiros meses ou apenas a partir do segundo ano (ou poderiam ainda se mostrar apenas mais tarde)?

Nas últimas décadas, quando o acesso às câmeras de filmar se tornou mais amplo, os vídeos domésticos se mostraram um recurso importante para estudar essa questão. Em minha clínica particular, passei a pedir aos pais que traziam os filhos com suspeita de TEA para avaliação que me levassem os vídeos de que dispunham. Essa prática sempre me rendeu uma compreensão maior a respeito do ambiente e do desenvolvimento da criança. Em algumas crianças, percebia-se um período inicial de comportamento interacional bastante adequado, com jogos com os adultos, vocalização e contato de olhar, seguido por bruscas mudanças na capacidade e interesse em se relacionar. Algumas vezes essas mudanças ocorriam após eventos marcantes: o nascimento de um irmão, uma viagem dos pais, um possível período de preocupação familiar com eventos externos, mas em outros casos nada se podia identificar. Outras crianças ainda mostravam desde o início da vida pouca responsividade geral (eram claramente mais retraídas) ou específica (uma delas, por exemplo, não reagia à

fala, mas sim a estímulos visuais, apesar de não ter nenhum problema auditivo).

Vários pesquisadores passaram a usar tais recursos para estudos a respeito do diagnóstico precoce, quantificando o número de comportamentos comunicativos e comparando-os com um grupo controle. Osterling et al. (2002), usando vídeos do primeiro aniversário de um grupo de vinte crianças diagnosticadas posteriormente como autistas, observaram que tais crianças olhavam menos para os outros e atendiam menos ao seu nome do que um grupo de crianças com desenvolvimento típico ou com retardo mental. Tanto as autistas quanto aquelas com retardo usavam menos gestos, olhavam menos para objetos apresentados pelos outros e apresentavam mais ações motoras repetitivas que as crianças com desenvolvimento típico. Os autores concluem que seria possível distinguir crianças com autismos das normais e daquelas com retardo já no primeiro aniversário.

Maestro et al. (2002) compararam quinze crianças diagnosticadas como autistas com quinze crianças com desenvolvimento típico, rastreando nos vídeos dos primeiros 6 meses de vida comportamentos sociais (basicamente atenção) e não sociais. Concluíram que, nas crianças que foram depois diagnosticadas como autistas, os quesitos de atenção social estão prejudicados já antes dos 6 meses, mas não os quesitos ligados à atenção não social, concluindo que haveria um déficit precoce específico na atenção social em tais crianças. Outros dados potencialmente relevantes desse estudo são: a atitude distante (*aloofness*) do bebê talvez seja um marcador precoce, assim como a exploração exagerada de objetos com a boca. Baranek (1999) também enfatizou tal questão, sugerindo que seja uma manifestação precoce de estereotipia. Podemos considerar esta manifestação como um sinal do “escorregar” para a sensorialidade a que Tustin (1992) se refere e que discutiremos adiante.

## 2. A clínica dos transtornos do espectro autista

Se a forma geral de explicar aos pais a respeito da “dificuldade em incluir o roteiro do outro em seu próprio roteiro” ou, mais coloquialmente, como uma dificuldade no “toma lá, dá cá” das relações sociais pode ser eficaz, para o clínico alguns detalhes do comportamento social precisam ser explorados. No site do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)<sup>3</sup> vemos uma lista de sintomas mais típicos, dos quais transcreverei apenas uma parte:

*Exemplos de características de comunicação social e interação social relacionadas ao TEA podem incluir*

- *Evita ou não mantém contato visual*
- *Aos 9 meses de idade não responde ao nome e não mostra expressões faciais como alegria, tristeza, raiva e surpresa*
- *Não joga jogos interativos simples aos 12 meses de idade*

---

3 O Center of Disease Control and Prevention é uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, cuja sede se encontra no estado da Geórgia.

- *Faz poucos ou nenhum gesto aos 12 meses de idade (por exemplo, não dá adeus)*
- *Não compartilha interesses com outras pessoas até os 15 meses de idade (por exemplo, mostrar um objeto de que gostam)*
- *Não aponta para mostrar algo interessante aos 18 meses de idade*
- *Não percebe quando os outros estão magoados ou chateados aos 24 meses de idade*
- *Não percebe outras crianças e não se junta a elas para brincar aos 36 meses de idade*
- *Não tem brincadeira de faz de conta aos 48 meses de idade*

*Exemplos de comportamentos e interesses restritos ou repetitivos relacionados ao TEA podem incluir*

- *Alinha brinquedos ou outros objetos e fica irritado quando a ordem é alterada*
- *Repete palavras ou frases várias vezes (ecolalia)*
- *Brinca com os brinquedos da mesma maneira todas as vezes*
- *Está focado em partes de objetos (por exemplo, rodas)*
- *Reclama de pequenas mudanças*
- *Tem interesses obsessivos e gosta de seguir certas rotinas*
- *Bate as mãos, balança o corpo ou gira em círculos*
- *Tem reações incomuns aos sons, cheiros ou gostos.*

### *Outras características*

- *Atraso de linguagem, motor e cognitivo*
- *Comportamento hiperativo, impulsivo e/ou desatento*
- *Hábitos incomuns de comer e dormir*
- *Problemas gastrointestinais (por exemplo, constipação)*
- *Reações emocionais exageradas; ansiedade, estresse ou preocupação excessiva*
- *Falta de medo ou mais medo do que o esperado. (Center of Disease Control and Prevention, 2022, tradução minha)*

Outras características frequentemente encontradas dizem respeito a dificuldades ou atraso no controle esfíncteriano, particularmente no controle fecal, com retenção de fezes e/ou recusa em evacuar no vaso sanitário, podendo preferir a fralda ou lugares determinados do chão.

Também é frequente o uso de objetos autísticos (Tustin, 1986) – cuja função será discutida mais adiante –, em geral brinquedos ou objetos duros, que podem ser carregados por longo tempo. Mais raramente, trata-se de um animal de pelúcia.

Nos tempos atuais, a forte preferência por vídeos infantis e dispositivos eletrônicos é bastante característica. As crianças podem passar horas assistindo aos mesmos filmes e usando o controle remoto para trazer as partes que querem ver ou que pretendem pular. O interesse pelos eletrônicos é, em geral marcante; há a questão de quanto tais dispositivos foram progressivamente tornando-se, desde a mais tenra idade, o centro da vida de algumas crianças. Mas para uma criança com TEA eles se configuram como fonte de distração e isolamento, talvez até como um modelo de funcionamento mental. O que não torna tais dispositivos demoníacos *per se*; apenas precisamos usá-los

para expandir as habilidades da criança, como uma ponte para o mundo dos outros.

## *Outras características dos TEA*

### **Detecção de contingência**

Contingência é um conceito fundamental na psicologia do desenvolvimento. Diz respeito à experiência do bebê de ter resposta para seus comportamentos motores e/ou sociais, o que está na base de seu senso de agência: ele sorri, o adulto sorri de volta, ele chuta um móvel que está a seu alcance, ele se move. A contingência pode ser perfeita (resposta imediata e simétrica ao ato) ou imperfeita (variação e certa latência da resposta). É interessante salientar que o bebê humano prefere as contingências perfeitas até por volta dos 3 meses, quando passa a preferir as imperfeitas, típicas das interações sociais (com outras pessoas).

Gergely e Watson (1996) consideram que a detecção de contingência tem um papel fundamental no desenvolvimento social inicial, referindo-se à hipótese de um “módulo de detecção de contingência” que estaria calibrado, nos primeiros três meses, para a detecção de contingências perfeitas, mudando, após esse período, para as contingências imperfeitas. Partindo de tais ideias, Gergely (2001) conjecturou que tal mudança estaria geneticamente prejudicada nas crianças autistas, levantando o autor a propor uma hipótese da mudança de contingência (*contingency switch hypothesis*) para a etiologia do autismo infantil. No entanto, o artigo não fornece informação suficiente sobre as bases empíricas de tal afirmação (como a idade dos sujeitos no grupo de estudo), permanecendo sempre a dúvida se a diferença encontrada é secundária ou primária.

### **Conceito de si próprio (senso de self)**

Hobson e Lee (1998) usam uma entrevista de autoconhecimento padronizada para avaliar o conceito de si próprio de crianças com

autismo e comparar o resultado com crianças com desenvolvimento típico. Os autores encontraram, de fato, diferença entre os dois grupos no que diz respeito ao número e qualidade das afirmações a respeito de si próprio na categoria das relações sociais, mas não na categoria de atributos físicos ou psicológicos.

### Apego<sup>4</sup>

Uma pesquisa clássica sobre o tema, de Dissanayake e Crossley (1997), demonstrou que as crianças com autismo exibem apego diferencial a seus pais, dirigindo comportamento social mais duradouro a eles. Também apresentam a mesma proporção de apego seguro e inseguro que um grupo de crianças com desenvolvimento típico, mas suas respostas na situação estranha (*strange situation procedure* – SSP) são mais inconsistentes de uma sessão para outra, tanto na reunião quanto na separação. Entretanto, novos estudos trouxeram dados mais detalhados, ainda que se esteja longe de se chegar a um consenso. O grupo de crianças com TEA, quando comparado com crianças com desenvolvimento típico e com aquelas com outros tipos de dificuldades no desenvolvimento, mostrava taxas mais baixas de apego seguro. Entretanto, as várias pesquisas revelaram uma flutuação entre 40% e 63% na proporção de apego seguro, ou seja, as crianças dentro do espectro podem, sim, estabelecer apego seguro, conforme medido pelo procedimento da situação estranha. A partir de uma recente e ampla revisão da literatura sobre o tema (Teague et al., 2017), alguns dados interessantes vieram à luz: no grupo de crianças com TEA, a severidade do quadro, baixa capacidade intelectual e atraso no desenvolvimento eram inversamente proporcionais à taxa de apego seguro. Ao

---

4 Lembremo-nos que o apego foi definido por Bowlby (1969); é dividido em apego seguro, inseguro, evitativo e desorganizado. Um instrumento usado para avaliação do apego é a situação estranha (SSP) (Ainsworth et al., 1978).

mesmo tempo, o apego seguro dentro do grupo parecia ser um fator protetor, sendo correlacionado com mais atenção compartilhada, maior capacidade lúdica e simbólica. Não podemos dizer o que vem antes, se tais condições favorecem o apego, ou se este favorece aquelas capacidades, mas o fato é que tais características se associam no grupo de TEA.

Por outro lado, é importante lembrar que o conceito de apego diz respeito ao sentimento de segurança e proteção, diferentemente do de intersubjetividade, que se refere à capacidade de compartilhar e à compreensão da dimensão social dos relacionamentos (Stern, 2004; Cortina & Liotti, 2010).

## **Empatia**

Desde que foi proposto o conceito de teoria da mente para designar a capacidade de atribuir ao outro um determinado estado mental (independentemente de ser ou não correto), capacidade esta que parte da própria consciência de ter estados mentais, uma série de estudos passou a avaliar a existência ou não da “teoria da mente” em indivíduos autistas. Chegou-se à conclusão de que eles não seriam capazes de construí-la, o que levou certos autores a hipotetizarem que haveria um déficit cognitivo básico no que diz respeito à empatia, ou leitura da mente, ou seja, uma “cegueira mental”. “Empatia envolve dois importantes elementos: (1) a capacidade de atribuir estados mentais a si próprio e ao outro . . . e, (2) ter uma reação emocional adequada ao estado mental da . . . outra pessoa (como simpatia)” (Baron-Cohen, 2004, p. 945).

Vários experimentos mostraram grande prejuízo na capacidade geral de empatia dos indivíduos com autismo. Desde então, a hipótese de que o déficit primário poderia estar localizado no “módulo da empatia”, ou seja, no cérebro social, ganhou força. Esse ponto será abordado adiante, quando tratarmos da etiopatogenia.

Na mesma revisão citada, Baron-Cohen tece considerações interessantes a respeito das capacidades dos autistas. Assim como há uma tríade de prejuízos, haveria também uma tríade de “pontos fortes”. Entre estes estaria a “sistematização”, ou seja, “a tendência a analisar sistemas, a fim de entender e prever o comportamento de eventos inanimados” (Baron-Cohen, 2004, p. 946), além de tendência a examinar o detalhe local ao invés do processamento global, ambas capacidades que, estando relacionadas entre si, foram demonstradas em vários estudos. O autor também enfatiza a hipersensibilidade aos estímulos que é sugerida por pesquisas neurofisiológicas, que apareceria sob forma de um limiar diminuído para os estímulos sensoriais e uma diminuição da capacidade seletiva quanto aos estímulos.



**O grupo dos Transtornos do Espectro Autista é extremamente heterogêneo** quanto às capacidades e ao comportamento de cada criança. E qual seria o traço comum a esses pacientes?

Essa é a pergunta central do livro, e, para respondê-la, começo pela abordagem de dimensões diagnósticas, quadro clínico, epidemiologia, genética e perspectiva psicanalítica, e finalizo com exemplos detalhados do tratamento psicanalítico de várias crianças. Os relatos permitem concluir que, independentemente dos fatores que levaram ao quadro, este se manifesta como uma perda da centralidade do eixo social, característica do desenvolvimento típico. Tal diferença terá profundas consequências, que vão desde discrepâncias atencionais e cognitivas até falhas em assumir a perspectiva do outro e em se comunicar.

Evoluímos como uma espécie adaptada ao nicho social, e nossa mente é formatada pelo desígnio de rastrear nosso companheiro humano, suas expectativas e recursos. Quando certos fatores impedem que esse eixo oriente o desenvolvimento, ocorre uma cascata de peculiaridades do funcionamento psíquico, tanto como defesas quanto como dificuldades, compondo o que chamamos de espectro autista.

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-2700-7



9 788521 227007



[www.blucher.com.br](http://www.blucher.com.br)

**Blucher**



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

## Ampliando o foco sobre os transtornos autísticos

### Da psicanálise à psicopatologia do desenvolvimento

---

Vera Regina J. R. M. Fonseca

ISBN: 9788521227007

Páginas: 428

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2025

---