LE "CIRANDAR" ET LA PSYCHANALYSE[1]

Par Luiza Bradley Araújo[2]

Resumé: Cet article traite du travail réalisé au CECOMFIRE – FAFIRE, Faculté de philosophie de Recife, par le centre communautaire de la Clinique du Social, où le projet CIRANDAR a été créé et développé. Le travail priorise la discussion et le perfectionnement de la clinique psychanalytique des enfants autistes ou déficients graves. Il s'agit de la possibilité d'un lieu d'écoute des parents, où ils pourraient parler de leur douleur psychique et accompagner la prise en charge des enfants dans un espace d'interaction. Là, les enfants peuvent jouer, produire um dessin ou un modelage et exprimer leurs sentiments. Plusieurs d'entre eux ne disposent pas d'expression verbale. Le développement du projet depuis 2018 s'est révélé positif, aboutissant à une active participation des parents au traitement. Résultat : évolution positive du développement psychique de chacun.

Mots-clés : écoute des parents, autisme, clinique du social.

I. Introduction

Les parents attendent avec impatience l'arrivée d'un enfant pendant neuf mois. À sa naissance, parfois, leur attente est déçue. Ils sont confrontés à la dure réalité de devoir accepter un enfant porteur d'une grave déficience ou d'un syndrome. Souvent, quand il est apparemment sain, de graves difficultés se manifestent, comme dans le cas de l'autisme. Se sentant impuissants, les parents ne savent que faire. Une situation pénible est aggravée par le fait que ces familles demeurent dans des quartiers pauvres de Recife. Ils doivent emprunter les transports en commun. Souvent l'enfant crie et perturbe les voyageurs qui, souvent, perdent leur patience. Les parents se sentent honteux et n'osent rien dire ou s'excusent timidement. Cette difficile situation nous a conduit à prendre une décision : créer le Projet Cirandar[3]. La Cirandar est une danse chantée, originaire du

---

[1] Cet article est issu des activités prévues dans le cadre du Groupe de Travail (GT) "La participation des parents dans le traitement des enfants et des adolescents avec autisme", lié à la CIPPA - Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes Autistes.

[2] Psychanalyste, membre de la CIPPA, membre du Groupe de Travail (GT) "La participation des parents dans le traitement des enfants et des adolescents avec autisme", lié à la CIPPA - Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes Autistes.

[3] Danse circulaire infantile ou adulte, en général accompagnée de chants de troubadour, originaire du Portugal. Fig.1 - Agitation, mouvement frénétique et constant. Fig. 2 - Passage du temps en cycles; succession (d'heures, jours, années). **Cirandar** – Danser la ciranda.

Nord-est du Brésil. Mestre Cícero de l'état de Paraíba et Lia de Itamaracá, Pernambuco, sont les plus connus entre les créateurs, chanteurs et danseurs de la Ciranda. Le traitement psychanalytique des enfants autistes se réalise avec dessins et conversations, mais aussi en dansant et en chantant la Ciranda.

Habituellement, assis dans leur fauteuil, les psychanalystes écoutent leurs analysants étendus sur un divā. Il est vrai qu'un psychanalyste est d'abord un patient qui, durant de longues années, parle de ses problèmes à un ou une psychanalyste. Pour chaque sujet singulier, il s'agit d'aller au-delà de l'amour-haine des parents et des rivalités avec soeurs et frères. Chacun à sa façon parle de son drame oedipien et aussi de la soumission au désir de l' Autre, mère, père, grand-parent. Pouvoir aller au-delà des pseudo-maladies de l'hystérique, des rituels obsessifs, des inhibitions, phobies, alternances d'humeur. En fin de compte, la psychanalyse vient questionner cette jouissance réelle des symptômes. Enfin, pour chaque sujet, il s'agit de pouvoir découvrir, enfin, un désir propre capable de rendre la vie vraiment intéressante.

Un certain nombre de psychologues formés à la Fafire y commencent leurs études psychanalytiques. Ils participent à des cours donnés par Maria do Carmo Camarotti, Sílvia Ferreira et moi-même, Luiza Bradley, sur la psychanalyse des enfants et des autistes. Et moi-même, Luiza Bradley, j'accompagne Tereza Dubeux pour donner un cours d'études supérieures d'une durée de 18 mois sur la pratique et la théorie de la psychanalyse, privilégiant l'enseignement de Freud et de Lacan.

N'étant pas achevée dans l'enfance, la structure psychique de l'enfant nous invite au travail clinique. Le Projet Ciranda comprend :

1. Le traitement psychanalytique individuel des enfants à risque d'autisme ou diagnostiqués comme autistes ou déficients graves, proposé par des stagiaires professionnels sous la supervision d'une psychanalyste, moi-même, membre d'Intersecçao Psicanalítica do Brasil.

2. Des ateliers thérapeutiques ludiques pour enfants.

3. La tenue d'un grand atelier ludique mensuel, animé par des gens du théâtre ou autres artistes professionnels.

4. L'écoute des parents à travers le dispositif "Groupe des parents".

5.Les ateliers thérapeutiques et le Groupe des Parents se déroulent dans deux salles différentes. Durée d'une heure, ces ateliers se terminent par un goûter nous tous.

6. Discussion théorique entre les divers participants à la conclusion de chaque activité pour évaluer, élaborer et mieux connaître le développement des travaux et leurs résultats.

Le Projet Cirandar a pour objectifs :

1. Écouter et accueillir la parole des parents par rapport à leurs sentiments personnels.

2. Promouvoir l'interaction entre parents et enfants.

3. Favoriser l'évolution et la socialisation des enfants.

4. Offrir aux parents des conditions pour une active participation au traitement de l'enfant.

II. Résultats

L'écoute des parents au cours de 2018 et 2019 a évolué : une prise de conscience croissante de la condition de l'enfant et une interaction de plus en plus grande parents-enfants. Cela a grandement facilité la vie de la famille au quotidien. Les difficultés initiales à jouer avec leurs enfants se sont progressivement atténuées. De nombreux parents ont décrit à quel point, avant, il était déconcertant de sortir avec leurs enfants parce qu'ils étaient gênés par la manière critique dont les gens les regardaient et leur parlaient. En participant aux ateliers, ils ont reconnu que "ces rencontres" ont rendu possible une indépendance et une sécurité jusqu'alors inconnues. Ils n'avaient plus honte de sortir avec leurs enfants parce qu'ils avaient appris à se défendre. Quand quelqu'un disait : "il est mal élevé", ils n'avaient plus peur de répondre : "il est autiste et vous devriez avoir plus de compréhension".

III. Considérations sur l'autisme

À partir de la description de 11 enfants, le médecin autrichien Leo Kanner a nommé l'ensemble des comportements observés comme un syndrome "Autisme infantil précoce (AIP) Early Infantile Autism". En 1922, Kanner a conclu ses études de médecine à l'Université de Berlin. Sa carrière aux États-Unis a débuté en 1924, comme professeur adjoint de pédopsychiatrie. Il a écrit son premier article sur l'autisme en 1943 et l'a ensuite reformulé. Il le termine sur ces mots : "Nous devons donc supposer que ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à établir un contact émotionnel habituel avec les gens, tout comme d'autres enfants viennent au monde avec des déficiences physiques ou intellectuelles. [...] Car ici il semble que nous ayons des exemples "purs"(*pure-culture*) de troubles autistiques innés du contact affectif (KANNER, 1943, *apud* ROCHA, 1997, p. 110/170).

Pour Brentani (2013), les Troubles de l'autisme (TSA) participent d'un groupe de troubles caractérisés par un spectre partagé de dommages qualitatifs dans l'interaction sociale, associés à des comportements répétitifs et des intérêts restreints prononcés. Le TSA est un terme adopté par le DSM-5 pour définir de différents syndromes marqués par des perturbations du développement neurologique qui regroupent des diagnostiques comme l'autisme, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et le

désordre global du développement sans autre spécification (American Psychiatric Association [APA], 2013). Certains enfants peuvent montrer des signes du dérangement dès les premiers mois de vie ou au début de l'enfance. Souvent, le TSA n'est pas détecté précocement, en raison des exigences sociales minimales dans la petite enfance et du soutien intense des parents ou des aide-soignants dès les premières années de vie. Le terme "spectre" fait référence aux différentes présentations cliniques, chacune avec ses spécificités et ses niveaux et degrés d'affection.

Du point de vue psychanalytique, la pleine manifestation d'un syndrome autistique peut être considérée comme une traduction clinique de la non instauration d'un certain nombre de structures psychiques qui, par leur absence, peuvent entraîner, un déficit de type cognitif (Laznik, 2004). Lorsque ce déficit s'installe de manière irréversible, nous pouvons parler de déficience. Nous considérons que le syndrome autistique classique est une conséquence d'une faille dans l'établissement du lien social, sans lequel nul sujet ne peut advenir.

Un autre signe est la non instauration du circuit pulsionnel complet, qui peut constituer l'indice de l'échec de l'instauration d'une structure, laquelle est totalement centrale pour le fonctionnement même de l'appareil psychique (Laznik, 2004). D'où la grande importance de la clinique avec les bébés, qui procure des réponses incroyablement rapides ! Le lien premier avec la mère, en tant que fonction, définira les futurs liens sociaux. Dans la clinique avec les bébés, les psychanalystes interviennent pour que s'instaurent les structures psychiques avant que les déficits cognitifs ne s'établissent. La clinique nous montre que plus tôt se fait une intervention sur le lien parents-enfant, meilleur sera le pronostic. La clinique avec les enfants est une "course contre la montre" où il n'y a pas de temps à perdre afin d'éviter les déficits cognitifs et sociaux.

IV. Considérations finales

Le Projet Cirandar a été développé pour la première fois en 2018. À la fin de l'année, nous avons fait une évaluation des travaux réalisés avec les parents et les enfants. Nous avons constaté qu'il y avait eu une évolution de chaque enfant en ce qui a trait au comportement, au langage, à la socialisation, à la cognition et à l'aspect émotionnel. Étant donné ce résultat positif auquel nous sommes parvenus en 2018, nous avons donné suite au Projet en 2019. Nous étions à la troisième année de travail -2020- lorsque nous avons été surpris par la pandémie de la Covid-19. Nous espérons en reprendre le fil le plus tôt possible !

NOTE :

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BERQUEZ,Gérard. O autismo infantil de Kanner. In: S. LEBOVICI, S.;MAZET, P. (Orgs.) *Autismo e Psicoses da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991,p. 20-30.

CAVALCANTI, A.E; ROCHA, P.S. *Autismo*: construções e desconstruções. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FLESLER, Alba. *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

_____ . A criança em análise e as intervenções do analista. Seminário proferido em Brasília, Manhattan Hotel, 13 e 14 de maio de 2016.

JERUSALINSKY, A. Psicose de Autismo na Infância: uma questão de linguagem. *Psicose*.Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, ano IV, n°9, nov, 1993.

LACAN, Jacques. (1973-74) Les nons-dupes errent. Seminário XXI, inédito.

_____ .(1974-75) RSI. Seminário XXII, Inédito.

LAZNIK, Marie-Christine. *A hora e a vez do bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

_____ .*A voz da sereia*: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Ágalma, 2013.

LA PARTICIPATION DES PARENTS DANS LA PRISE EN CHARGE*

Maria José Maquiné Celestino

Dans le cadre du GT 2018 ayant pour thème central, “La participation des parents dans le traitement des enfants et des adolescents avec autisme”, nous avons pris en charge une petite fille âgée de 16 mois dans un service public. Cette fille, nous la nommerons, Alice. Pendant la période du Covid-19 (2020-2022), les séances se sont déroulées sur l’écran.

Les consultations – pour évaluer et prendre en charge des bébés ou de tout petits enfants – démarrent par l’écoute des parents, vu que ce sont eux qui peuvent mieux parler des signes qu’ils estiment préoccupants chez leurs enfants. Les parents se trouvent démunis, devant les questions qui les assaillent. Et nous pouvons observer cela dans la clinique. Cet enfant-là qui ne ressemble pas à ses frères ou aux autres enfants de la famille leur donne du souci ; avant, il parlait et puis a cessé de parler ou bien n’a jamais parlé ; il ne joue pas comme jouent les autres enfants. De ce fait qu'en sera-t-il à l’avenir ? Il s’agit de repérer ce que les parents remarquent de différent chez les petits et qui les met en situation de grande anxiété, suscitant en eux de grandes inquiétudes et craintes, surtout par rapport à un possible diagnostic.

Tous ces questionnements qui sont réduits la plupart du temps au silence, pourront être peu à peu exprimés par le transfert à l’analyste dans l’espace thérapeutique, permettant ainsi de ressignifier les expériences vécues pour que les parents puissent ainsi reprendre leurs compétences parentales. Les comportements qui leur semblent dépourvus de sens, les stéréotypies, la production de sons qui ne sont pas traduisibles en mots, l’investissement amoureux sans réponse, tout cela fait en sorte qu’eux, les parents, perdent la capacité de lancer sur leur enfant un regard qui le libidinise, qui l’entoure d’une aura d’ “illusion anticipatrice” (Lazniz; Touati; Bursztejn, 2016, p.34)[1] dans laquelle cet enfant soit projeté comme porteur de qualités et de capacités qui s’accompliront dans le futur[2] .

L’intervention thérapeutique a été réalisée avec la participation collaborative aux séances d’au moins un des parents. Bien que les parents puissent se trouver émotionnellement vulnérables,

[1] Voir également Laznik (2004; 2013).
[2] A ce sujet voir Lacan Livre I ([1953-1954])

leur participation aux séances s'avère fondamentale, en raison même du rôle qu'ils peuvent jouer auprès de l'analyste en tant que cothérapeutes.

Alice m'a été amenée par sa mère à la demande de la pédiatre. Elle est née de 36 semaines de grossesse, d'un accouchement naturel. C'est le premier enfant du couple. La mère se plaint de ce qu'elle est trop inquiète et crie beaucoup. Elle ne parle pas et ne sourit pas non plus. Dès les premiers mois, Alice présentait un corps hypotonique; elle ne regardait pas sa mère dans les yeux quand celle-ci lui donnait le sein. Son sommeil nocturne était interrompu par d'inconsolables pleurs. Ces événements, que la pédiatre aurait qualifiés de "terreurs nocturnes", se sont étalés entre son cinquième et quatorzième mois d'existence.

Lors de la première rencontre avec Alice, sa posture corporelle attire mon attention. Portée par sa mère son corps semble sans tonus, recourbé, la tête penchée sur l'épaule de sa mère. Ma présence, apparemment, ne l'incite pas à échanger avec moi. Lorsque je lui adresse la parole, elle est saisie d'anxiété et réagit par des cris et des pleurs, le corps en extension. Sa marche est incertaine. Il lui faut des appuis pour qu'elle puisse se risquer à faire quelques pas. Dans les rencontres suivantes elle démontre avoir des mouvements stéréotypés: d'une main elle balançait un quelconque objet dans l'aire, accompagné de l'émission sonore: "a..., a..., a..."; tandis que l'autre main restait crispée.

Nous avons démarré les séances sans un diagnostic formel. La visible hypotonie des membres inférieurs, un corps sans énergie, a motivé l'envoi immédiat de l'enfant à une évaluation et un suivi avec le kinéthérapeute.

Quelque temps plus tard à l'arrêt de la kinésithérapie, un second pas fut enchaîné avec un programme de natation pour petits enfants deux fois par semaine. Cette activité était supposée l'aider de façon ludique à être en relation et à développer sa coordination motrice. Joly (2016), remarque les défaillances de motricité ludique chez l'autiste. Il rajoute encore: "Ce que l'on pourra rapprocher d'un défaut de pulsionnalisation des fonctions comme des expériences motrices ludiques dans la relation à l'autre". (*ibid*, p. 48). Certes, ce défaut du ludique, de jouissance partagée avec l'autre à l'aube de la vie porte sur ce dont traite exhaustivement Laznik (2004, 2013) dans ses écrits[3], c'est-à-dire, la non mise en place du circuit pulsionnel, entre le bébé et son Autre, du fait de l'absence de son troisième temps.

[3] Selon la lecture de Lacan (Livre XI 1964) du concept de pulsion chez Freud (1915).

Dans les séances le refus relationnel d'Alice semblait presque insurmontable. Je lui proposais de jouer à trois: elle, sa maman et moi en lui disant que ça serait amusant. Je conviais la mère à participer à la conversation. Cherchant à dialoguer avec elle et pour elle, je tentais de déchiffrer les sentiments qui, à mon sens, lui traversaient l'esprit dans les différents moments de la séance. En pleurs, Alice cherchait sa mère pour qu'elle l'allaite. Cela me paraissait être sa façon de se protéger de ses peurs et d'empêcher mes approches.

Pendant une séance, la question de l'allaitement d'Alice, a été soulevée auprès de la maman. Elle révèle qu'elle désirait restreindre et même en finir avec les tétées sans pour autant se sentir capable d'entreprendre le sevrage. Le sevrage serait, certes, un moment d'éloignement difficile tant pour la mère que pour l'enfant. Nous pensons alors à l'importance du rôle du père dans cette opération. La mère nous dit qu'Alice refuse la proximité du père et n'accepte pas qu'il la prenne dans ses bras.

Les séances se poursuivent et la relation transférentielle entre la mère et l'analyste progresse. Ainsi, il devient possible qu'elle rapporte des sentiments de solitude de son enfance, la fille isolée et triste qui ne pouvait pas jouer avec d'autres enfants, car sa maman l'interdisait. Ses parents s'étaient séparés et elle était gardée par la grand-mère maternelle, alors que sa mère allait au travail hors du foyer.

Soutenue par la confiance qui s'accroît entre nous à chaque rencontre, la mère commence à envisager la possibilité d'initier le sevrage. Le processus aboutira, mais pas sans des avancées puis des reculs.

Une nouvelle confidence de la mère vient s'ajouter à la construction des faits concernant son histoire et celle de sa famille. Elle s'inquiète particulièrement de sa fille. Émue, la gorge nouée, elle me dit: "J'en ai toujours eu peur". Je lui demande si elle peut me parler davantage de cette peur. Un silence s'est installé. Elle recommence et dit: "J'ai cinq cousins germains porteurs du Syndrome de l'x fragile. Ah, qu'ils sont moches!"

Alice continue de venir consulter avec sa maman. Progressivement, elle diminuait ses crises de pleurs et acceptait mieux que je m'approche. À mon invitation, la mère et Alice viennent s'assoir sur le tatami. Assise, le dos appuyé contre le thorax de sa mère, Alice pouvait se sentir plus confiante pour participer au jeu de la balle et permettre à l'analyste d'attirer son regard [contact dos-regard] (Haag, 2012). L'interaction commence à être entamée à l'aide de la participation de la mère. Le père attendait la période de ses vacances au travail pour venir

participer aux séances. Alice commence à expérimenter le ludique soutenue par sa mère, qui l'aide à faire rouler la balle colorée vers l'analyste. Ainsi nous aidons Alice à s'y engager. Nos activités ludiques semblent apporter à la mère une certaine détente qui l'encourage à développer ces activités, jusqu'à présent absentes dans la relation mère-fille.

Cinq mois se sont passés depuis notre première rencontre, Alice est à son 21ème mois. Son engagement dans la relation demeure encore faible, malgré nos investissements. Un cadre d'alerte de risque d'autisme précoce était envisagé depuis le départ. Sachant possible que ce diagnostic viendrait à être posé, communiquer mon avis d'emblée aux parents serait gâcher le travail avec eux. Il était nécessaire de les accueillir dans leurs détresses pour qu'ils puissent mieux accueillir les difficultés de leur enfant.

La quête d'un diagnostic n'est jamais facile pour les parents. Ils ont reporté cette tâche jusque-là. Helàs, il arrive double. Le premier, atteste qu'Alice est porteuse du Syndrome de l'x fragile. Ce premier constat apporte tout un ébranlement, malgré l'existence au sein de la famille de la même maladie génétique. C'est l'élément de la peur, du danger. Il révèle quelque chose de connu, de familier et à la fois maintenu hors de la conscience. (Freud, 1919). Trois mois après, le second diagnostic est posé : elle est dans le spectre du TSA.

La période des diagnostics est marquée par la tristesse et le découragement des parents. Le fait de partager avec les parents ces tristes nouvelles m'a fort touchée. La mère, bien que fragilisée, continue d'amener Alice aux séances et jouer le rôle de cothérapeute. Le transfert qui s'était établi entre nous a soutenu l'engagement de la mère dans le processus.

Alice commence à nous surprendre: le refus du père évolue vers un rapprochement, elle se laisse prendre dans ses bras pendant quelques instants sans crier. D'autres rapprochements ont lieu: lors d'une séance, elle accepte que je la prenne par la main pour entrer dans la salle; j'ose davantage et lui enlève ses chaussures. Selon la mère, elle joue à quatre pattes dans les jeux proposés par ses petites collègues. Dans son développement psychomoteur, Alice n'est pas passée par l'étape du quatre pattes. Le déménagement de la chambre des parents pour sa chambre, à elle, commence à se faire sans grands problèmes. Nous pouvons considérer qu'un réveil pulsionnel peut être en route.

Les séances se poursuivent et la coopération des parents s'avère fondamentale. Engagés dans le développement de leur fille, les parents ont pris la décision de l'inscrire, dans une petite école privée proche de chez eux. L'enfant avait alors deux ans et neuf mois. Elle n'a pas

montré de résistance au nouvel environnement ni à ses camarades. Spontanément elle chosit l'assistante de classe comme celle qui s'occupe d'elle et lui apporte des attentions.

À la mi-mars 2020, pour des raisons sanitaires, les séances en présentiel ont été suspendues ainsi que les classes. Les deux séances hebdomadaires sur Internet deviennent nocturnes à la demande du père et avec mon accord. Dans le contact avec Alice et sa famille, nous commençons une nouvelle réalité, une nouvelle configuration de la pratique thérapeutique.

La participation du père aux séances était importante pour qu'il puisse effectivement se rendre présent et réaffirmer la proximité entre lui et sa fille après le sevrage. Le père a été convoqué à participer aux jeux que l'analyste a créés pour eux. La balle reste le jouet facilitateur. Père et fille s'engagent dans une activité ludique où une partie de *foot* est mise en scène.

L'engagement du père dans le suivi des séances en ligne n'est pas dû au hasard. Il n'a jamais été éloigné à ce qui se passait avec sa fille. Il est venu à l'une des séances en présentiel avant la pandémie. Il arrive à cette séance avec Alice dans ses bras, se faisant accompagné de la mère.

Les premières tentatives de sevrage ont été initiées à la fin 2018. En juin 2019, j'ai reçu un message du père me félicitant pour mon travail. Il devenait enfin possible pour lui de prendre Alice dans ses bras sans qu'elle lui oppose résistance. Le sevrage a rendu possible à l'enfant d' acquérir quelques progrès dans son fonctionnement et de faciliter l'intéraction avec son environnement. Alice a gagné dans la motricité globale, par contre, la motricité fine reste sans bons résultats. Les mots sont encore à venir à l'aide de son orthophoniste.

Merci pour votre attention

*Le cas presenté est une version abrégée du travail issu du GT-Cippa: "La participation des parents dans le traitement des enfants et des adolescents avec autisme". Sa version intégrale était presentée dans le VI *Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a criança e o adolescente – 2020* de l'Institut Langage et publié aux Éditions du même Institut.

Références

BAYLEY, Donald. Prefácio: síndrome de x frágil: passado, presente e futuro. *In*: FRANCO, Vitor (org.). **Síndrome de x frágil**: pessoas, contextos & percursos. Évora Ed. Aloendro, 2013. p.11-18.

BOY, Raquel et al. Estudo caso-controle envolvendo pacientes pré e pós-puberais com diagnóstico por análise molecular. **Arq. Neuropsiquiatr**., São Paulo, v. 59, n. 1, 2001, p. 83-88. Disponível em: https://www.scielo.br/j/anp/a/NRtjQYdb8Zf6CVFSqTFFTsv/?format=pdf&lang=pt

COHMER, Sean. "Autistic disturbances of affective contact. Arizona, USA: Universidade Estadual do Arizona: Escola de Ciências da Vida: Centro de Biologia e Sociedade, 2018. Consulta em: 15 de junho 2020. Disponível em:

https://embryo.asu.edu/pages/autistic-disturbances-affective-contact-1943-leo-kanner

FRANCO, Vitor. Apresentação. *In*: FRANCO, Vitor (org.). **Síndrome de x frágil**: pessoas, contextos & percursos. Évora: Ed. Aloendro, 2013. p.7-10.

FREUD, Sigmund. **Os instintos e suas vicissitudes** [**Triebe und Triebschicksale**] (1915). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).

FREUD, Sigmund. **O infamiliar [Das unheimliche].** Tradução de Ernani Chaves e Pedro Heliodoro Tavares Romero Freitas. Belo Horizonte: Autêntica, 2019. (Obras Incompletas de Sigmund Freud, v. 8).

GOLSE, B. Autisme et à la limite de l'autisme: modèle polyfactoriel en psychopathologie. *In*: FERRARI, Pierre; BONNOT, Olivier (org,). Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Lavoisier, 2013. cap. 32, p. 279-282.

HAAG, Geneviève. **Le dos, le regard, et "la peau"**. [*S. l.*: *s. n.*], 2012. Disponível em: http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/ -regard-peau-3.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

HAAG, Geneviève. **Le moi corporel.** Autisme et développement. Paris: PUF, 2018. Chapitre IV, p. 69-83.

JOLY, Fabien. L'aproche psychomotrice de l'autisme: un chainon manquant. *In*: JOLY, Fabien (org). **L'enfant autiste et son corps**: une approche psychomotrice de l'autisme infantile. Paris: Ed. In Press, 2016. p. 25- 66.

KANNER, Leo. A concepção de todos e partes no autismo infantil precoce, 1951. *In*: FERREIRA, Severina Sílvia (org.). **O autismo e a questão da detecção precoce**. Recife: Liceu, 2019. p. 282-288.

LACAN, Jacques. A tópica do imaginário. *In*: LACAN, Jacques. **O seminário**: livro 1: os escritos técnicos de Freud 1953-1954. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Versão brasileira de Betty Milan. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. cap. 7, p. 79-106.

LACAN, Jacques. **Le séminaire**: livre xi: les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris: Du Seuil, 1973.

LACAN, Jacques. **Seminário**: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise 1964. Texto estabelecido por Jacques-Alain Mille. Tradução M. D. Magno. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Campo Freudiano no Brasil).

LAZNIK, Marie-Christine. **A hora e a vez do bebê**. Organizado por Erika Parlato-Oliveira. São Paulo: Instituto Langage, 2013. (Coleção Começos e Tropeços na Linguagem).

LAZNIK, Marie-Christine. **A voz da sereia**: o autismo e os impasses da constituição do sujeito. Textos compilados por Daniele Wanderley. Salvador: Ágalma, 2004. (Coleção de Calças Curtas, v. 5).

LAZNIK, Marie-Christine. Por uma teoria lacaiana das pulsões. *In*: BALBURE, Brigitte *et al*. **Dicionário de psicanálise**: Freud & Lacan. Prefácio de Claude Dorgeuille. Tradução de Lêda Mariza Fischer Bernadino *et al*. 2. ed. Salvador: Ágalma, 1997. v. 1. p. 209-224.

LAZNIK, Marie-Christine. **Une psychanalyste avec les parents**: et trois enfants autistes se mettent à parler. Toulouse: Érès, 2014.

LAZNIK, Marie-Christine; TOUTATI, Bernard; BURSZTEJN, Claude. **Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância**. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

MARTINS, Márcia Pinho. Perturbações do espectro x frágil: aspectos clínicos. *In*: FRANCO, Vítor (org.). **Síndrome de x frágil**: pessoas, contextos & percursos. Êvora: Ed. Aloendro, 2013. cap. 1, p. 21-40.

QUEIROZ, Telma Corrêa da Nóbrega. **Do desmame ao sujeito**. Dirigido por Cláudia Mascarenhas Fernandes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. (Coleção 1ª Infância).

VEIGA, Marielza Fernández; TORALLES, Maria Betânia Pereira. A expressão neurológica e o diagnóstico genético nas síndromes de Angelman, de Rett e do x-frágil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 7/9, p. S56-S62, 2002. Supl.1 Disponivel em: https://www.scielo.br/j/jped/a/XzVtsMMtcCwzLCv6h9S7W4d/?lang=pt