

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Curso de Especialização em Saúde do Adolescente

CHRISTIANE ÉRICA AVELAR CARVALHO COSTA

AUTISMO OU PSICOSE: o diagnóstico diferencial sob a luz da Psicanálise

BELO HORIZONTE

2022

Christiane Érica Avelar Carvalho Costa

AUTISMO OU PSICOSE: o diagnóstico diferencial sob a luz da psicanálise

Artigo de especialização apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde do Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Costa da Silva Lopes

Belo Horizonte

2022

C837a Costa, Christiane Érica Avelar Carvalho.
Autismo ou psicose? O Diagnóstico Diferencial sob a luz da psicanálise [recursos eletrônicos]. / Christiane Érica Avelar Carvalho Costa. - - Belo Horizonte: 2022.
31 f.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions

Orientador(a): Ana Maria Costa da Silva Lopes.
Coorientador(a): Lilany Vieira Pacheco.
Área de concentração: Saúde do Adolescente.
Monografia (especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Transtornos Psicóticos. 2. Transtorno do Espectro Autista. 3. Psicanálise. 4. Desenvolvimento da Personalidade. 5. Diagnóstico Diferencial. 6. Dissertação Acadêmica. I. Lopes, Ana Maria Costa da Silva. II. Pacheco, Lilany Vieira. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WS 462.5.M3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO ADOLESCENTE
ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA / TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)
ATA DA DEFESA DA MONOGRAFIA DA ALUNA CHRISTIANE ÉRICA AVELAR CARVALHO COSTA

Realizou-se, no dia 19 de dezembro de 2022, às 09:00 horas, em plataforma on-line, a defesa de monografia, intitulada *AUTISMO OU PSICOSE? O diagnóstico diferencial sob a luz da psicanálise*, apresentada por CHRISTIANE ÉRICA AVELAR CARVALHO COSTA, número de registro 2019704506, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do certificado de Especialista em SAÚDE DO ADOLESCENTE, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ana Maria Costa da Silva Lopes - Orientador, Laura Franchini Campos de Pinho, Margaret Pires do Couto.

A Comissão considerou a monografia **APROVADA**.

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2022.

Prof(a). Ana Maria Costa da Silva Lopes

Prof(a). Laura Franchini Campos de Pinho

Prof(a). Margaret Pires do Couto



Documento assinado eletronicamente por **Ana Maria Costa da Silva Lopes, Professora do Magistério Superior**, em 20/12/2022, às 18:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Margaret Pires do Couto, Usuário Externo**, em 21/12/2022, às 10:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laura Franchini Campos de Pinho, Usuária Externa**, em 21/12/2022, às 13:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1968540** e o código CRC **3FC71CD8**.

AGRADECIMENTOS

Ainda sigo aqui com minhas reflexões para entender porque este tema se colocou como uma questão importante para mim. Fato é que muitas pessoas queridas que trazem consigo a marca do autismo, me tocam de alguma forma... Algumas delas, presentes em meu cotidiano, outras nem tanto, mas que ainda assim acompanho de longe aplaudindo a cada sinal de evolução. Algumas que vi nascer, crescer e até mesmo, partir... Sobre estas, digo terem tido o privilégio da presença de uma família amorosa e perseverante em todo processo de cuidado. Mas não deixarei de lado também minha homenagem às crianças que não tiveram a mesma sorte... Estas que foram abandonadas por suas famílias que se viram rendidas mediante tamanho trabalho e dedicação que lhe exigiam e que agora ocupam vagas em abrigos. A elas dedico todo meu esforço, carinho e trabalho na expectativa de que também possam se sentir, cuidadas e amadas. A verdade é que neste embalo do cuidado com o outro, todos nós crescemos juntos! Muitos problemas se tornam ínfimos mediante a grandeza de testemunhar estas crianças transmitindo um sorriso, um afeto e uma palavra.

Como profissional da área, agradeço então primeiramente aos meus pacientes que me permitem ofertar o cuidado através da construção de um possível laço de transferência.

Agradeço também aos meus familiares que sempre se mostram tão amorosos e que nunca medem esforços para me incentivar nos estudos.

Agradeço em especial ao meu marido Evandro Costa que sempre esteve ao meu lado nos momentos difíceis e felizes e que faz de mim, todos os dias, uma pessoa melhor. Você me inspira em seu brilhantismo profissional e acadêmico e me faz acreditar, que juntos, poderemos crescer e mostrar à nossa linda filha Manuela que a maior riqueza da vida está na busca do conhecimento.

Agradeço à minha orientadora Ana Maria Costa da Silva Lopes e co-orientadora Lilany Vieira Pacheco por aceitarem meu convite de mais uma vez se fazerem presentes em minha formação profissional e acadêmica, bem como de forma generosa, dividirem comigo um pouco de seus conhecimentos.

Agradeço também à coordenadora do Curso de Especialização em Saúde do Adolescente, Dra Cristiane Cunha e todos os outros representantes pela oportunidade que me foi ofertada de realizar esta pós graduação e por darem luz e voz ao meu desejo de aperfeiçoamento profissional.

E por fim, agradeço a todos os colegas que estiveram comigo nesta jornada do curso, tornando este momento menos árduo e mais proveitoso. Em especial à querida Mari e à Laura, amigas que quero levar para vida.

RESUMO

Este artigo propõe tratar a problemática sobre o diagnóstico diferencial entre o autismo e a psicose na infância tomando como base teórica a psicanálise. Este estudo se torna relevante à medida que percebemos como ainda são comuns as dúvidas de muitos profissionais da saúde diante deste tema, motivados talvez pela sutil similaridade de muitos sintomas e fenômenos apresentados por ambos os diagnósticos, bem como por não haver ainda um consenso entre as áreas da ciência sobre as suas etiologias. Iniciaremos este trabalho com um breve histórico do desenvolvimento da clínica psiquiátrica infantil para compreendermos o quão recente ainda é o estudo voltado para o autismo justificando talvez, porque o tema ainda reverbera tantas dúvidas. Seguiremos com os ensinamentos de Freud e Lacan quanto ao processo de constituição do sujeito e a formação das estruturas psíquicas para que então possamos localizar os impasses do sujeito no encontro com a linguagem.

Concluiremos então que o diagnóstico em Psicanálise não se fará a partir de uma análise quantitativa dos fenômenos apresentados, mas sim através da análise de como o sujeito opera em sua realidade psíquica, sendo esta definidora na sua relação com o campo do outro e com o objeto.

Palavras Chave: psicose; autismo; psicanálise; constituição do sujeito; alienação; relação com o outro; relação com o objeto; diagnóstico.

ABSTRACT

This article proposes to address the problem of the differential diagnosis between autism and psychosis in childhood, taking psychoanalysis as a theoretical basis. This study becomes relevant as we realize how common the doubts of many health professionals regarding this topic are, perhaps motivated by the subtle similarity of many symptoms and phenomena presented by both diagnoses, as well as the fact that there is still no consensus between the areas of science about their etiologies. We will begin this work with a brief history of the development of the child psychiatric clinic in order to understand how recent the study focused on autism still is, perhaps justifying why the theme still reverberates with so many doubts. We will continue with the teachings of Freud and Lacan regarding the subject's constitution process and the formation of psychic structures so that we can then locate the subject's impasses in the encounter with language.

We will then conclude that the diagnosis in Psychoanalysis will not be based on a quantitative analysis of the phenomena presented, but rather through the analysis of how the subject operates in his psychic reality, which is defining in his relationship with the field of the other and with the object. .

Key words: psychosis; autism; psychoanalysis; alienation; constitution of the subject; differential diagnosis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. METODOLOGIA.....	11
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 A evolução da clínica psiquiátrica infantil e um primeiro olhar sobre o autismo.....	12
3.2 A clínica fenomenológica X A clínica do sujeito.....	17
3.3 A constituição do sujeito na Psicanálise e a formação do Eu.....	20
3.4 Como pensar a distinção do autismo e das psicoses infantis em relação à constituição do sujeito?	24
3.5 Caminhos possíveis no tratamento.....	27
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

Dentre os vários desafios já percorridos no trabalho voltado ao público infanto-juvenil, me dedicarei neste artigo a aprofundar os estudos sobre o tema que ainda gera muitas dúvidas entre os profissionais da Saúde no que diz respeito à diferença diagnóstica entre o autismo e a psicose na infância assim como também já levantado por alguns outros autores. (SANTOS e LEMES, 2020), (PAVONE e RAFAELI, 2011), (KUPFER, 2000) (PIMENTA, 2015).

No trabalho que desenvolvo desde 2015 nos serviços públicos de saúde mental de Belo Horizonte voltado ao atendimento de crianças e adolescentes, percebo como este tema ainda traz tamanha insegurança e ou se apresenta controverso entre alguns profissionais quando se trata de buscar a definição do diagnóstico em relação à psicose ou o autismo. Percebo como o olhar destes profissionais para com este público se mostra ainda mais distinto quando comparamos principalmente, as diferentes áreas de formação. Trabalho como técnica psicóloga no Centro de Referência em Saúde Mental Infanto Juvenil e também como perita na Unidade de Referência Secundária e esta amplitude de espaços de atuação me possibilitam o contato com diversos especialistas que divergem sobre este tema. A definição para tais diagnósticos parecem ganhar conceitos distintos principalmente quando comparadas as avaliações de médicos psiquiatras, neurologistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Sobre o público atendido é comum encontrarmos crianças e adolescentes que apresentam dificuldades na interação social, na linguagem, na manifestação de seus afetos, além de apresentarem importantes alterações de comportamento. Crianças que desde muito cedo parecem não endereçar demandas ou marcar seus desejos através da palavra. Ao invés da palavra o que se sobressaem são atos impulsivos, bem como uma agressividade dirigida ao outro ou até mesmo contra o próprio corpo. Não é incomum também observarmos o seu oposto; crianças com seus corpos completamente inertes, apáticas, desvitalizadas e repulsivas a qualquer contato ou o olhar do outro.

Sobre seus pais e ou responsáveis é comum também percebermos como também manifestam grande angústia diante do desconhecimento sobre tais diagnósticos, suas causas e sobre como poderão ajudar suas crianças. Este que cuida e que vem, inicialmente, falar pela criança revela em seu discurso um imaginário com diversas hipóteses em relação à causa da doença, bem como uma expectativa incansável da busca de uma “cura”, uma vez que ainda

não foi localizado nada de concreto que possa justificar essa desordem. Percebe-se como é comum, inicialmente, solicitarem inúmeros exames que possam vir a justificar uma mudança repentina no comportamento de seus filhos. Na maioria das vezes buscam por exames clínicos e neurológicos tais como, ressonâncias e tomografias, exames audiométricos, genéticos, etc..., e diante da ausência de comprovações substanciais de alteração orgânica ou neurológica, se permitem então, gradativamente, falar um pouco mais sobre a história desta criança, seu processo de desenvolvimento e a forma como se dá a relação familiar.

Nesta perspectiva, abre-se então um horizonte para a escuta do sujeito e de sua família, com vistas à construção do caso, atentando-se às suas particularidades e suas possíveis saídas enquanto uma direção do tratamento. Compreender então a distinção destes diagnósticos possivelmente será de grande importância para que o profissional possa traçar então a direção do tratamento e não incorrer em intervenções desastrosas a cada sujeito que se apresenta à clínica. Quinet (2009), com base em seus estudos apoiados em Lacan já apontava sobre a necessidade da elaboração de uma hipótese diagnóstica o mais rápido possível para que houvesse uma estratégia na direção da análise e entendendo que “[...] sem a qual, ela fica desgovernada” (QUINET, 2009, p. 23). Esse autor ressalta então que toda a estratégia e intervenções do analista deverão se seguir a partir do diagnóstico a que se está relacionado.

Neste artigo serão levantadas então algumas questões que se pretende analisar ao longo deste estudo, com o intuito de compreender porque a definição quanto ao diagnóstico da psicose e do autismo ainda gera dúvidas e um não consenso entre os profissionais de saúde. Existe de fato, uma similaridade nos sintomas apresentados por ambos os públicos que justifique a repercussão quanto à dúvida diagnóstica? Se sim, o que então os distinguiria? Com um olhar neste contexto, este artigo terá como questão problema apresentar a diferença diagnóstica entre o autismo e a psicose infantil a partir de um estudo bibliográfico no viés psicanalítico. O trabalho poderá ser considerado relevante como tema de pesquisa científico porque poderá trazer melhores esclarecimentos aos profissionais envolvidos no cuidado deste público, bem como trará importantes benefícios ao sujeito que necessita de um tratamento adequado às suas demandas.

2. METODOLOGIA

A investigação em questão será desenvolvida por meio de uma pesquisa bibliográfica de material relevante publicado por psicanalistas acerca da temática do diagnóstico diferencial das psicoses e do autismo em crianças. Segundo Gil (2002) uma pesquisa bibliográfica é realizada com base em materiais elaborados, constituído principalmente de livros, artigos acadêmicos, dissertações e teses. Esse autor ainda ressalta que a sua principal vantagem é a de “[...] permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p. 45).

Sendo assim, serão pesquisados autores psicanalíticos com base Freudiana e Lacaniana que se dedicam há tempos ao estudo a cerca do autismo e da psicose. Tais leituras serão valorosas à medida que trarão importantes contribuições para a melhor compreensão sobre a distinção destes diagnósticos e conseqüentemente, poderão possibilitar aos profissionais da saúde mental que se dedicam ao cuidado deste público, uma direção mais acertada para tratamento. Dentro do referencial psicanalítico, encontram-se principalmente nos estudos de autores como Tendlarz (1997), Jardim (2001), Jerusalinsky (1993a), Jerusalinsky (1993b), Maleval (2017), Laznik (1994), Kupfer (1999/ 2000), Zenoni (1991), Soler (2007), Calligaris (1989), Pimenta (2003), Restrepo (2012) e Laurent (2012).

Essa pesquisa também será de cunho qualitativo, uma vez que visa a compreensão detalhada do “[...] objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou sua estruturação” (OLIVEIRA, 2007, p. 37). Desta forma, será de fundamental importância a localização da evolução da clínica psiquiátrica infantil situando o surgimento dos estudos voltados para tema em questão, a psicose e o autismo, para que a partir desta estruturação seja possível seu melhor esclarecimento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - A Evolução da Clínica Psiquiátrica Infantil e um Primeiro Olhar sobre o Autismo

Para iniciar esta análise, será traçado um breve resgate histórico da evolução da Clínica Psiquiátrica Infantil, contextualizando neste processo o surgimento dos estudos voltados para o autismo e assim melhor apresentar ao leitor, suas especificidades e o quão ele ainda se faz recente quando comparado à clínica do adulto.

Tendlarz (1997), em seu livro “De que sofrem as Crianças”, nos esclarece que o conceito de criança passou a ser considerado relevante apenas após os séculos XVI- XVII a partir de uma preocupação educativa de lhes ofertar um ou outro lugar no discurso, distinto ao do adulto. Antes eram tratados como iguais ou simplesmente como “adultos em miniatura”. Somente após este período as crianças começaram a ganhar um olhar diferenciado pela psiquiatria que passou a reconhecer as particularidades e importância desta fase que se encontra em constante desenvolvimento e que traz em sua base, a formação da estrutura do sujeito adulto.

Baseando-se em Paul Bercherie (1988), Tendlarz (1997) nos traz a divisão da evolução da clínica psiquiátrica infantil em três períodos traçados por este teórico.

O primeiro período corresponde aos três primeiros quartos do século XIX, onde nele se falava apenas da debilidade como único distúrbio mental para as crianças. Portanto, neste primeiro período não havia ainda a concepção de loucura para a criança. Em seu texto, cita que Esquirol¹, em 1820, criou o termo idiota para classificar estas crianças em que as faculdades intelectuais nunca se manifestavam, acreditando que sua origem estivesse relacionada apenas a fatores congênitos. Acreditava-se que o déficit era global e irreversível e que, portanto, essas crianças estariam fadadas ao cruel destino de adultos doentes mentais com diagnóstico de incuráveis e que a eles restaria apenas o asilamento. Logo, “[...] a idiotia pode ser considerada precursora não só do atual retardo mental, mas das psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do autismo (BERCHERIE, 1998).

Com um olhar um pouco mais ampliado, mas não menos organicista, médicos franceses tais como Séguin² e Bourneville³, já consideravam que o déficit poderia ser parcial e

¹Jean-Étienne Dominique Esquirol foi um psiquiatra francês. Entre vários outros notáveis trabalhos cunhou o termo "alucinação". Foi discípulo de Philippe Pinel, sucedendo seu mestre em 1811 como chefe do Hospital da Salpêtrière em Paris.

²Édouard Séguin foi um médico e educador francês nascido em Clamecy, Nièvre. Ele é lembrado por seu trabalho com crianças com deficiências cognitivas na França e nos Estados

que, portanto, haveria a possibilidade de alguma evolução destas crianças a partir da oferta de estímulos com métodos educativos especializados.

Tendlarz (1997) destaca nesta cronologia a importante participação de Itard⁴, um jovem médico que foi aluno de Pinel. Ele se interessou em estudar o caso de Victor, o menino conhecido como o “Selvagem de Aveyron”⁵. A partir deste estudo propôs intervenções no sentido de lhe oferecer estímulos utilizando os métodos para mudos e surdos através da linguagem de sinais, alcançando uma importante resposta no seu desenvolvimento. Victor era um adolescente mudo e aparentemente surdo que foi encontrado nu por um grupo de caçadores (TENDLARZ, 1997). De acordo com Banks – Leite e Galvão (2000, p. 12), Victor não fazia mais do que emitir barulhos e sons estranhos e não reagia às “[...] interpelações nem a fortes ruídos, cheirava tudo o que levava às mãos. Sua locomoção era mais próxima do galope, andando também de quatro, quando alcançava grande velocidade”.

A história de Victor é importante na história da psicanálise, pois, com ela, o selvagem e o idiota desaparecem por detrás de sua condição humana e é exatamente sua humanidade que torna possível um tratamento moral continuado durante muito tempo (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987).

Além desse tratamento ter sido o primeiro e único publicado com tantos detalhes (até mesmo em seus fracassos), foi também por meio do caso desse menino que Itard descobriu um novo objeto para a medicina: as psicoses infantis (TENDLARZ, 1997, apud, PÓSTEL & QUÉTEL, 1987). Dessa forma:

Com a constituição do campo da psiquiatria e psicanálise infantil, Victor e seu mestre passam a ser objeto de interesse de representantes dessa área; é assim que Léo Kanner, nos Estados Unidos, descreve, em 1943, o quadro de "autismo infantil precoce", termo emprestado do suíço Bleuler, e aponta Itard como precursor desse domínio de investigação. (KANNER, 1960, citado por BANKS-LEITE & GALVÃO, 2000, p. 18-19)

Após 1880, de acordo com Tendlarz (1997), inicia-se o segundo período onde foram criados os Tratados de Psiquiatria Infantil. Seu primeiro momento foi marcado ainda por uma clínica muito semelhante à do adulto, sendo que apenas no ano de 1906 é que foi introduzida

³ No Brasil, a principal referência para a assistência à criança, entretanto, foi Desiré Magloire Bourneville. Ele nascera em 1840, na França, e se tornara médico alienista, ocupando-se durante toda sua vida de tratar e estudar doenças mentais e nervosas infantis.

⁴ Jean Marc Gaspard Itard, médico e psiquiatra francês, atuou no Instituto para Surdos-Mudos e se especializou nos órgãos de audição. Itard acreditava na educação como principal fator de desenvolvimento humano. Partindo do princípio de que tudo o que o homem sabe veio de sua aprendizagem, Itard acreditou que a educação poderia propiciar a Victor o convívio social.

⁵ Victor de Aveyron (cerca de 1788 — 1828) foi uma [criança selvagem](#) que foi encontrado na [França](#) em 1798, sendo adotado então pelo educador francês [Jean Marc Gaspard Itard](#).

pelo médico italiano Sante De Sanctis⁶ a idéia de “Dementia precocissima”, distinguindo-a da demência precoce do adulto. Sanctis observou que, ao lado do rebaixamento, algumas crianças apresentavam comportamentos diferenciados, tais como o negativismo, perturbações graves da atividade voluntária, impulsividade e tendências às ações rítmicas (POSTEL & QUÉTEL, 1987).

Tendlarz (1997) segue seus estudos a partir de Bercherie (1988), traçando que o terceiro período será representado pelos anos posteriores a 1930, quando enfim se fundará a Clínica da Psiquiatria da Criança.

Em 1911, o psiquiatra Eugen Bleuler, um psiquiatra suíço, renomeou o conceito de demência precoce para Esquizofrenia Infantil e utilizou o termo autismo para delinear um dos sintomas da esquizofrenia. Bleuler descreveu o autismo como: “fuga da realidade e o retraimento interior dos pacientes acometidos de esquizofrenia” (CUNHA, 2012, p. 20). Ainda de acordo com Cunha (2012), Bleuler relatou o termo autismo, a partir da noção freudiana de autoerotismo, originando assim, a palavra autismo, que deriva do grego “Autos”, que quer dizer: “Voltar-se para si mesmo” Para Freud, o auto-erotismo foi tomado como um estágio do desenvolvimento sexual onde a pulsão não se encaminha para nenhum objeto, satisfazendo-se no próprio corpo.

Tendlarz (1997), demarca em seu livro que, embora neste período os teóricos ainda se interrogassem quanto a uma possível etiopatogenia orgânica como causalidade psicológica, já assinalavam a presença dos distúrbios familiares, como um fator importante que pudesse influenciar no desenvolvimento da criança.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015), apresenta um documento que também traz importantes contribuições sobre este processo histórico em relação ao estudo do autismo e, assim como Tendlarz (1997) nos aponta a divergência entre os teóricos presentes à época com relação à sua etiologia. Demarca que em 1943, foi Leo Kanner quem trouxe destaque e distinção ao Autismo, separando-os do grupo dos deficientes mentais e das esquizofrenias e introduziu o termo “autismo infantil precoce”. Nesse documento (BRASIL, 2015), é descrito as observações de Kanner à respeito das

⁶ Sante De Sanctis, médico, e figura de interesse para a história da psicologia e da psiquiatria, especialmente na Itália. O autor obteve projeção destacada em seu país, e reconhecimento em outros países, incluindo o Brasil. Foi catedrático de Psicologia Experimental e de Clínica das Doenças Nervosas e Mentais na Universidade de Roma Sapienza. Contribuiu para a construção de uma concepção de neuropsiquiatria infantil que ultrapassasse as noções fundamentadas em argumentos biológicos, consensualmente estabelecidas no contexto científico da época, marcados pela antropologia positivista, destacando-se influências de Morel (1809-1873) e Lombroso (1835-1909)

crianças autistas da seguinte forma: Estas crianças autistas eram incapazes de estabelecer relações; as que tinham linguagem não a usavam para comunicar-se, pois a linguagem consistia da reunião de palavras sem ordenação e aparentemente sem sentido ou de repetições de informações decoradas. “A linguagem apresentava-se consideravelmente desviada para se tornar um exercício de memória auto-suficiente, sem valor conversacional e semântico, ou grosseiramente distorcido” (BRASIL, 2015, p.19). Tudo o que vinha do exterior era experimentado por essas crianças como uma “intrusão assustadora”, o que explicava não só a tendência de ignorar o que lhes era perguntado, mas também a recusa de alimentos e o desespero provocado por barulhos fortes ou objetos em movimento. Kanner descreveu em tais crianças um “desejo obsessivo e ansioso pela manutenção da uniformidade” (BRASIL, 2015, P. 20), que as fazia preferir tudo o que se mostrava repetitivo e rotineiro. Caso contrário, essas crianças se viam tomadas de ansiedade e desespero. Na presença de outras crianças, elas permaneciam sozinhas ou nos limites do grupo, não participando de seus jogos. Preferiam acessar ou manipular objetos, a interagir com pessoas. Tudo isso levava Kanner a concluir que “um profundo isolamento domina todo o comportamento” dessas crianças (BRASIL, 2015, p. 21).

Silva (2012), descreve que em 1944, o médico psiquiatra e pesquisador austríaco Hans Asperger observou e avaliou o comportamento e as habilidades de 400 crianças com tais características autísticas, mas que, diferentemente, algumas delas se destacavam por apresentar uma “alta habilidade para discorrer sobre um tema minuciosamente” (SILVA et al, 2012, p. 113). Essas observações foram denominadas mais tarde como Síndrome de Asperger.

Retomando Brasil (2015), os autores destacam que Asperger observou que estas crianças que também apresentavam transtorno no relacionamento com o ambiente ao seu redor, por vezes compensavam pelo alto nível de originalidade no pensamento e nas atitudes. Suas falas também seriam artificiais, mas teriam atitude criativa em relação à linguagem, exemplificada pelo uso de palavras incomuns e neologismos. Outro ponto positivo seria sua capacidade de enxergar eventos a partir de um ponto de vista original, com campos de interesses diferentes dos apresentados pelas outras crianças de sua idade (especialmente ligados às ciências naturais), o que desvelaria sua “surpreendente maturidade”. Seu refúgio na abstração, sua inventividade e sagacidade seriam diretamente proporcionais ao seu afastamento do ambiente imediato. Seu aprendizado cotidiano dependeria de regras e leis claras, não se baseando na imitação natural e inconsciente dos comportamentos dos adultos, como ocorreria com as crianças “normais”. No campo das emoções, não se encontrava

pobreza afetiva, mas sim uma alteração qualitativa, a desarmonia nas emoções e na disposição. A falta de harmonia entre afeto e intelecto explicaria a hipo ou hipersensibilidade no campo dos instintos sexuais e do apetite e também suas peculiares reações a sons e ao toque. Seu “extremo egocentrismo” muitas vezes se aliaria a atitudes de malícia com as pessoas, sendo também característica a falta de senso de humor.

Brasil (2015) distingue então que, ao contrário dos casos de Kanner, que demonstravam ter boas relações com os objetos, as crianças de Asperger teriam relações atípicas tanto com as pessoas quanto com os objetos, ignorando certos elementos do ambiente ou se fixando exageradamente em outros.

A partir destas leituras é possível perceber que para os estudiosos da época não existia um consenso em relação à etiologia do autismo. Brasil (2015) descreve que o próprio Kanner oscilou em suas hipóteses, vindo inicialmente a sugerir que o autismo seria uma “incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual e biologicamente previsto com as pessoas, exatamente como as outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas” (BRASIL, 2015, p. 21). No entanto, também não deixou de sugerir que os problemas dos filhos teriam alguma articulação com a personalidade dos pais e o tipo de relações precoces estabelecidas entre eles e as crianças. Já para Asperger havia apenas uma concepção. Para ele tais problemas estariam relacionados a uma deficiência biológica, especialmente genética, não havendo especulações sobre aspectos psicodinâmicos (BRASIL, 2015, p. 22).

Esse documento do Ministério da Saúde segue esta cronologia explicando que, apesar da diversidade de influências teóricas, descrições clínicas e denominações existentes naquela época, será a concepção psicogênica que tomará conta do campo psiquiátrico, pelo menos até parte dos anos 1970, respaldada pela influência do saber psicanalítico no campo naquela época. O autismo, geralmente incluído no grupo das “psicoses infantis”, passará a ser tratado naquele momento como um transtorno das fundações do psiquismo infantil.

E em 1980 o autismo é então retirado da categoria de Psicose passando a fazer parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, bem como é incluído também no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM- IV como Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (LAIA, 2011).

Ainda que de forma sucinta, mas mantendo um cuidado para não se perder os pontos mais relevantes desta linha do tempo da evolução da Clínica Psiquiátrica Infantil, com todo embasamento já descrito se permite visualizar algumas razões de ainda se verem presentes tantas divergências em relação aos temas relacionados ao autismo e a psicose, ao percebermos que seus estudos se mostram ainda muito recentes na história da psiquiatria, bem como os conceitos de autismo e psicose se encontravam, no início, ainda muito entrelaçadas e sem clara distinção.

3.2- A Clínica Fenomenológica X Clínica do Sujeito

Após uma breve explanação do contexto histórico da clínica psiquiátrica infantil que buscou localizar os momentos em que surgiram os estudos voltados para psicose na infância e o autismo, foi possível perceber que não se havia um consenso teórico científico em relação à etiologia destes transtornos mentais, sendo também ainda mais evidente como o olhar da clínica médica se mostra muito distinto da clínica psicanalítica ao se investigar o diagnóstico. Seguiremos então delineando melhor a concepção dessas clínicas e qual o foco a ser priorizado por estes profissionais para se investigar o diagnóstico diferencial.

Pimenta (2003) ressalta em sua Dissertação que o dilema entre as diversas áreas da ciência em relação à causa do autismo e da psicose ainda está presente e descreve sobre a imensa pluralidade de hipóteses etiológicas investigadas nas áreas médicas que giram em torno de possíveis alterações biológicas e ou psicogenéticas e ainda afirma:

Se sua etiologia é motivo de discussões entre os pesquisadores, o fundamento sintomático do autismo parece não ser. Há um certo consenso na concepção do autismo como sendo um processo de mau funcionamento do sistema nervoso central do indivíduo, que ocasiona um defeito em seu sistema cognitivo, levando a uma falha na comunicação de suas percepções sensoriais, de maneira que seu cérebro não obtém um conhecimento perfeito do que é captado por seus órgãos do sentido. Resta-lhes descobrir que fator produz esse distúrbio tão intrigante, que continua a desafiar a ciência médica (PIMENTA, 2003, s/p)

Neste sentido, uma vez que não há exames laboratoriais complementares que possam confirmá-lo, o diagnóstico médico é meramente fenomenológico, restando-lhes então a contagem dos comportamentos observáveis. Chegando-se à quantidade mínima dos sintomas preconizados pelos manuais científicos adotados atualmente, o sujeito passa então a ser enquadrado no diagnóstico a que se refere (PIMENTA, 2003) A autora segue dizendo que em sua grande maioria, o tratamento na área médica se dará, principalmente, pela via educativa, sendo complementada por um amparo medicamentoso.

É sabido que no campo médico, o diagnóstico é baseado na observação e descrição de fenômenos, servindo-se da anamnese para investigar a trajetória de sintomas, em busca da determinação das causas de uma doença e de sua localização em um quadro nosográfico. É a partir disso que é escolhido um tratamento. Para isso, o médico dispõe de uma série de instrumentos, técnicas e exames; ou seja, é uma “investigação armada” (DOR, 1991, p. 14).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em suas várias atualizações, sendo o último o DSM-V (2013), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana, será um instrumento para a formulação dos diagnósticos psiquiátricos, baseando-se sempre na observação e descrição dos sintomas. Na perspectiva biológica médica e classificatória, os transtornos mentais comuns na infância são divididos pela décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças, CID-10 (1993) em duas grandes categorias: Os transtornos emocionais e do comportamento e os transtornos do desenvolvimento psicológico. O Autismo e a psicose infantil fazem parte desta última categoria.

Como salienta Kupfer (2000), o desenvolvimento da ciência médica não pode ser ignorado; são constatáveis, por exemplo, os graves efeitos que uma série de síndromes orgânicas pode ter para o desenvolvimento da criança e, além disso, para a constituição do sujeito do inconsciente. Mas, a questão a ser levantada é que vemos com maior recorrência a ser sugerido pela clínica médica, são tratamentos norteados basicamente em orientações pedagógicas, sobretudo pela técnica de condicionamento e reeducação comportamental, tendo como complemento terapêutico a intervenção medicamentosa. Restrepo (2012), também faz uma crítica a este respeito ao postular que um dos objetos colocados em circulação pela ciência contemporânea são os medicamentos e as condutas normatizadas como esperadas, formuladas pelos manuais psiquiátricos de diagnóstico. E afirma: “[...] não se trata de trazer à força os sujeitos autistas ao nosso mundo” (RESTREPO, 2012; p. 61).

A psicanálise ao contrário disso, nos convida a acolher em primeiro plano, o sujeito e sua singularidade. Não que a psicanálise desconsidere a importância da intervenção medicamentosa para quando o sujeito se coloca em situação de grande sofrimento. Sabe-se que existem situações em que o sujeito se coloca intensamente invadido e que isto requer uma intervenção de apaziguamento mais imediata, mas ainda assim, a medida a ser calculada por um analista é de que tal intervenção não anule este sujeito ou lhe proponha adaptar-se a uma suposta normalidade. Santos e Lemes (2020, p.177), fazem uma mesma reflexão a este respeito:

A psicanálise não é uma ciência baseada em evidências, mas um saber sobre a subjetividade humana. Sendo assim, a psicanálise não pretende uma cura, para onde não há doença, mas sim um tratamento. Tratamento este que não terá como objetivo uma intervenção normativa, que visa adaptar o que está “disfuncional” na criança. Não é isso que a psicanálise se propõe a fazer. A posição ética da psicanálise é o lugar oposto do silenciamento do sujeito, da adaptação às convenções estabelecidas como normais. Sua direção é a de alargar o campo do sujeito para outras saídas, construídas por ele, que possam trazer menos sofrimento, o que não será diferente no caso do autismo e da psicose infantil.

Brasil (2015) nos aponta, sobre a importância da entrada das concepções psicanalíticas sobre autismo a partir de 1980 que passou então a dividir este campo de discussão com a clínica médico centrada. Destaca que as escolas francesas de inspiração lacaniana, referidas ao legado de Jacques Lacan foram cruciais para este estudo e cita: Lefort, (1990, 1995); Soler, (1999); Baio, (2005); Laurent, (2012); Maleval, (2017); Barros, (2012) Laznik, (1994); Crespín, (2004). Todos estes autores trabalham numa vertente que se baseia em uma visão estrutural da constituição do sujeito e, no caso do autismo, em uma relação na qual o sujeito deve ser analisado na lógica em que se articulam a linguagem e o corpo.

Partindo então do importante pressuposto de Lacan em que: “[...] o inconsciente é, em seu fundo, estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem” (LACAN, 1998a, p. 135), poderemos então nos perguntar o que há de “tropeço” na formação da estrutura desses sujeitos que recusam a linguagem ou que a fazem de forma tão insuficiente, rasa e que nos parece sem endereço ou significado?

É neste sentido que acreditamos então que a psicanálise poderá nos servir para esclarecer melhor este terreno ainda obscuro de tais diagnósticos que à princípio, não se mostram tão lógicos quanto à sua etiologia e fenômenos apresentados e que considera, acima de tudo, a singularidade de cada sujeito. Kupfer e Voltolini (2008, p. 96) lembram que “para a psicanálise, a causalidade no campo do psíquico não opera segundo a lógica de causa e efeito”. Diferentemente do campo biológico em que a lógica opera de forma universal onde podemos citar como exemplo que todo aquele que colocar a mão no fogo irá se queimar; para o campo psíquico, a lógica não irá operar da mesma maneira. Um mesmo incidente afetará cada sujeito de maneira única e singular. Figueiredo e Machado (2000, p.14) apontam como o diagnóstico no campo do sujeito precisa estar referido a uma indicação psicanalítica de que “toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica”. As autoras se basearam em Freud (1900) no texto, A Interpretação dos Sonhos, para esclarecer que a verdadeira realidade psíquica do sujeito é o campo do inconsciente. Dessa realidade, apenas uma parte dela eclodirá em forma de palavras ou ações por efeito indireto do inconsciente,

onde vemos manifestá-lo através dos chistes, lapsos, sonhos ou sintomas. Para a Psicanálise os fenômenos serão entendidos, portanto, como signos possíveis de serem observados no campo do visível, mas que terão significados distintos a cada sujeito. Desta forma, os fenômenos, por si só, então não serão suficientes para se definir um diagnóstico. Calligaris (1989) esclarece que o diagnóstico em psicanálise é estrutural e não fenomenológico e que os fenômenos são na verdade, efeitos indiretos da realidade psíquica do sujeito, que diz da sua forma de relação ao Outro e ao objeto, ou seja, de seu modo de incidência na linguagem. E afirma ainda:

Podemos fazer o diagnóstico mesmo na ausência de fenômenos, por exemplo, podemos fazer diagnóstico de psicose na ausência de qualquer crise psicótica e suas manifestações (...). A clínica psicanalítica não é uma clínica descritiva nem fenomenológica, mas é uma clínica estrutural, na medida em que o diagnóstico se estabelece na transferência. (CALLIGARIS, 1989, p. 9-10)

Figueiredo e Machado (2000), concluem então que para a psicanálise, os fenômenos, sejam eles as falas, comportamentos, a motricidade, a percepção, a interpretação que alguém tem das coisas no mundo, estão condicionados pela estrutura que os antecede e determina, ou seja, se ordenam a partir do campo significante.

Soler (2007) adverte a esse respeito que a clínica psicanalítica não nega os fenômenos, mas que Lacan os situa como efeitos da função significante ou de sua inoperância. Lacan definiu a forclusão como ausência de um significante, o “Nome-do-Pai” e de seu efeito metafórico, hipótese pela qual ele designa a causalidade significante da psicose. Entretanto, como diz Soler, a forclusão não é um fenômeno e “a forclusão não faz parte dos fenômenos..., não identificamos a forclusão, mas seus efeitos”. (SOLER, 2007, p. 12)

3.3 – A constituição do sujeito na Psicanálise e a formação do Eu

Compreendendo então, a partir do último capítulo estudado, que o diagnóstico em Psicanálise se fará a partir de uma clínica que é particular de cada sujeito, ou seja, de uma escuta singular que revelará aos poucos a forma como este sujeito se constitui e como se estrutura o seu inconsciente, será importante então resgatarmos os estudos de Freud e Lacan que elucidam este processo. Este estudo se baseará mais uma vez em Tendlarz (1997), esta importante pesquisadora que abordou em seu livro as etapas de constituição do sujeito para a psicanálise freudiana e Lacaniana. Recorreremos também à algumas citações de Zenoni (1991) e Dor (1991) para fomentar melhor o estudo neste viés psicanalítico.

Tendlarz (1997), defende em seus estudos a importância de que sejam respeitadas todas as etapas de formação e estruturação psíquica da criança para se concluir um diagnóstico, mas destaca que, ainda assim será possível estarmos atentos às fases iniciais de desenvolvimento de uma criança, haja visto que estas já apontam uma hipótese diagnóstica a partir da forma como se dá a sua introdução do sujeito na linguagem e sua relação com o “Outro” em uma função simbólica. Tendlarz (1997), ressalta como o encontro com a linguagem é determinante e fundamental para se explicar o modo de ser de cada um como sujeito. Zenoni (1991), também localiza a partir de seus estudos em Lacan sobre a importância das primeiras etapas de desenvolvimento de uma criança para se analisar a formação de sua estrutura.

Basta reler os Três ensaios sobre a sexualidade, por exemplo, para constatar até que ponto Freud exclui ao mesmo tempo o fator constitucional e o fator ambiental do plano que é pertinente para a explicação da psicopatologia humana. Para Freud, o plano que é pertinente para a causalidade da psicose, da neurose e da perversão não é o plano do desenvolvimento, mas um outro, prévio ao da interação (...). Lacan chama-o às vezes de lugar do Outro, às vezes de ordem simbólica. (...) Ele opera logo na entrada, desde o começo, antes de qualquer interação com o ambiente” (ZENONI, 1991, p.104-105).

Tendlarz (1997) descreve bem este processo de constituição do sujeito retomando os ensinamentos de Freud esclarecendo que muito antes de a criança nascer, os pais já lhes nomeiam e lhes endereçam expectativas, anseios, desejos, projeções. Entende-se, portanto, que antes mesmo de chegar ao mundo, esta criança já se encontra imersa em uma rede de significantes onde ela já é falada pelo outro. E após o seu nascimento esta situação também não se fará diferente.

Tendlarz (1997) esclarece este tema ao dizer que quando a criança chora, este grito toca a dimensão do real, pois ela apresenta neste momento uma necessidade da qual ainda não sabemos exatamente o que é. Quem dá significação a isto, é exatamente o Outro primordial, que supõe algo que a criança pede, introduzindo-o, neste momento, na rede de significantes que condiz com uma dimensão simbólica. A mãe cumpre aqui uma importante função que é a de supor que neste corpo há um sujeito, portanto, que há uma singularidade subjetiva a se considerar. O grito e o choro, antes no plano da necessidade e decorrentes de um desconforto, quando considerados pelo outro como apelo já não são mais simples gritos e barulhos, mas, sim, uma demanda.

No Seminário V – As formações do inconsciente –Jacques Lacan nos descreve como se dá a constituição do sujeito a partir da Teoria de Complexo de Édipo que será dividido em três tempos lógicos.

No primeiro tempo, a criança identifica-se como objeto de desejo da mãe, o falo. Há aqui uma relação fusional entre a mãe e o bebê, onde a mãe é reconhecida pela criança como um Outro único e absoluto em que apenas ela será capaz de satisfazê-la. Numa posição particular que a criança mantém junto à mãe, ocorre a busca por uma identificação com o que ela supõe ser o objeto de desejo da mãe. Neste momento, a criança quer ser o falo da mãe, com o intuito de satisfazer o desejo da mãe e ganhar sua atenção. Por outro lado, prover as necessidades do filho não é o único desejo da mãe: detrás dela perfila toda ordem simbólica da qual ela depende. Esse objeto predominantemente da ordem simbólica é o falo. (LACAN, 1998b)

A criança então identifica-se com a imagem ideal que lhe oferece a mãe, e constitui seu eu - no que Lacan chamou de estádio de espelho - como primordialmente alienado. Dor (1989) situa que no processo de desenvolvimento infantil, Lacan aborda uma fase preliminar do complexo de Édipo que é o estádio do espelho. A precisão é colocada com a utilização da palavra espelho – nesta fase a criança conquista a imagem de seu próprio corpo. A estruturação do “eu” será revelada através da identificação da criança com sua imagem. Na dialética do espelho, ocorre o favorecimento da unidade do corpo próprio. É certo que, antes do estádio do espelho, a criança tem a experiência do corpo não como unificado. O tem como esfacelado, disperso. Ocorrido o estádio do espelho, que simboliza a “pré-formação” do eu, a criança cria para si, num registro imaginário, a representação do seu corpo, de sua imagem. Essa é a dita identificação primordial, que é essencial para a estruturação da identidade do sujeito. Contudo, o estádio do espelho unicamente não é suficiente para que a criança tome posse de seu corpo, é preciso que a dialética edipiana possibilite o registro no plano simbólico.

Esse estádio constitui a fase inicial de um processo psíquico rumo à subjetividade. Nele, Lacan (1998a) designa um momento psíquico situado entre os 6 e 18 meses de vida da criança, nos quais ela se constitui como unidade em torno da imagem do seu corpo. Esse momento específico de estruturação do eu é definido, segundo Lacan (1998a), primeiramente por uma evidência clara de assujeitamento da criança ao registro imaginário, em que ela vive uma experiência de confusão de si mesma com o outro. Nesse momento, a criança se confunde com a mãe e lê nos movimentos esboçados por ela a satisfação de suas necessidades. Aqui, a criança e o outro (a mãe) vivem uma confusão de imagens entre si, uma vivência de indistinção. Por exemplo: uma “criança que bate diz que bateram nela; a que vê cair, chora” (LACAN, 1998a, p. 116).

O segundo tempo do Édipo é caracterizado pela entrada de um terceiro, que será representada de maneira simbólica por qualquer ação que exerça esta função de intervir imaginariamente para a criança privando a mãe de seu objeto de desejo e, portanto, interditando esta relação fusional entre a mãe e o filho. Este terceiro enquanto função passa a ocupar então, um lugar significativo do “Nome do Pai”, surgindo como metáfora da ausência da mãe, ocupando assim o lugar de significativo do desejo materno.

E por fim, o terceiro tempo corresponde ao declínio do Édipo onde a criança deixa de ser o falo da mãe e passa a negociar a problemática de tê-lo. A partir do momento em que a criança deixa de ser o objeto que satisfaz o desejo do Outro ela poderá então, mobilizar seu próprio desejo para objetos substitutivos ao objeto perdido.

Para o autor Joel Dor (1989), a ascensão desse sujeito ocorre na medida em que a linguagem aparece como manifestação simbólica, como tentativa da criança em controlar simbolicamente o objeto perdido. Lacan aponta que se não se pode ter o objeto perdido, o matamos ao simbolizá-lo pela palavra. À medida que o significativo originário é substituído pelo novo, automaticamente ele é recalcado, passando para o inconsciente, o que permite de fato à criança efetivar a renúncia ao objeto inaugural de desejo, tornando inconsciente o que antes o significava. Ou seja, o processo consiste em substituir o significativo fálico, por meio da metáfora, pelo significativo, que consiste numa palavra.

Lacan (1998b) nos permite concluir então que a constituição do sujeito se fará do ponto de vista de um movimento dialético entre a alienação e a separação. O tempo da alienação pode ser entendido como o tempo em que a mãe “empresta” ao seu bebê uma imagem própria. É o momento em que a criança é falada, é desejada, em que ela é aquilo que desejam que ela seja, e a isto ela responde. O momento seguinte, o da separação, é o do deslocamento das marcas maternas e da possibilidade de impressão de outras marcas. Lacan considera que o primeiro momento da alienação é o tempo de estabelecimento do primeiro significativo e o tempo da separação é o momento do surgimento do segundo significativo, que possibilitaria ao sujeito formar sua cadeia significativa e, portanto, ocupar, ele próprio, um lugar discursivo.

Podemos partir da premissa de que uma criança fala e se representa no que diz quando ocupou lugar no desejo materno e posteriormente foi devidamente arrancada daí pela lei paterna.

3.4 - Como pensar a distinção do autismo e das psicoses infantis em relação à constituição do sujeito?

Pensar na constituição do sujeito sob o viés da Psicanálise faz questionar então que algo parece ter falhado neste processo quando nos referimos ao Autismo e à Psicose, uma vez que o que se espera ao final desta operação é a imersão de um sujeito protagonista do próprio desejo e com a aquisição de uma linguagem que lhe permita o laço social.

Voltemos então a 1943, quando o pediatra e psiquiatra Leo Kanner introduziu o termo autismo infantil precoce para distinguir este grupo das esquizofrenias infantis. Kanner marcou esta distinção destacando que neste primeiro grupo, os fenômenos se faziam presentes desde o nascimento sendo evidente um quadro de retraimento e ausência de qualquer interação com o Outro ou com o ambiente externo (BRASIL, 2015).

Tendlarz (1997), retoma então as experiências de Leo Kanner que considerava que, desde o início, o exterior era vivido por essas crianças como uma ameaça não localizável, tornando-se assim, o próprio estatuto do exterior. Sendo assim, para essas crianças, toda ação do Outro é vivenciada como um ato intrusivo; seja ela a oferta do alimento, dos cuidados corporais ou até mesmo, sua simples presença. Tendlarz (1997) resgata então um conceito Lacaniano sobre a importância da aquisição da ordem simbólica para que o sujeito crie a identidade do Eu, organize seu corpo e distinga-o do mundo externo. Caso contrário, tudo o que vir de fora; seja ele um olhar, um toque, um barulho, um chamamento..., será percebido como uma ameaça. Jardim (2001) trata deste mesmo tema em seu artigo, Psicoses e autismo na infância: impasses na constituição do sujeito; dizendo que:

[...] entender a relação de linguagem como uma relação com o outro, passa inicialmente por uma relação que é primordial entre o bebê e seu grande Outro que lhe fornecerá a primeira teia de tesouros de significantes. Portanto é esse Outro que fará surgir no bebê um sujeito desejante, um sujeito de linguagem. Ou seja, um sujeito que consiga dizer EU e saber, metaforicamente, que está se representando neste pronome, eu; que esta palavrinha represente e signifique seu corpo e sua história, uma história única, particularmente sua, própria, apesar da universalidade do pronome pessoal eu. (JARDIM, 2001, s/p).

Talvez esteja aqui o nó de tamanha discussão sobre a distinção entre o autismo e as esquizofrenias uma vez que para ambas os quadros clínicos há uma falha na aquisição do simbólico. Jerusalinsky (1993a), parte do pressuposto de que o que está em jogo são duas formas diferentes de se posicionar em relação à linguagem. Esse mesmo autor ainda afirma que a diferença estrutural entre o autismo e a psicose é marcante, pois a lógica que articula a

posição do sujeito ao significante é diferente. Portanto, resta-nos saber o que então irá distingui-los.

Barroso (2019), aponta em seus estudos que Rosine e Robert Lefort, alunos de Lacan, foram os primeiros psicanalistas a formular a hipótese de uma estrutura autística distinta das estruturas da neurose, da perversão e da psicose. Os Lefort destacaram em seus estudos como esse modo próprio de linguagem do autista nada mais é que uma forma de defesa em relação ao encontro com o Outro uma vez que este tipo de comunicação que se serve prioritariamente da manutenção de posição de gozo, não lhe permitirá o laço social.

Sobre o autismo é comum testemunharmos os distúrbios ou alterações de linguagem, sejam elas através das estereotípias sonoras, falas sem prosódia ou entonação que nos ecoam como falas robotizadas. São comuns também as ecolalias e falas na terceira pessoa em que, quem fala, parece não se incluir como autor. Por vezes, podemos até encontrar discursos gramaticalmente mais organizados e até mesmo com boa entonação, mas ainda assim lhes serão comuns o uso da palavra de uma forma concreta e literal. Observamos ainda alguma ineficiência na interpretação de metáforas, ironias, sarcasmos e até mesmo uma dificuldade para se compreender as linguagens corporais. Por fim, o que se revela na fala do autista é a presença de signos sem significantes.

Maleval (2017) explica que, no autismo não se trata de falar ou não falar, mas do quanto o sujeito está implicado em sua fala, ou seja, o quanto seu dizer fala de si. Neste sentido a falta da enunciação autista não se dá pela sonoridade da voz e sim pela enunciação enquanto objeto pulsional, ressaltando a importância do sujeito conseguir um lugar em seu próprio discurso.

Sendo assim, seja qual for a forma que se apresente, seja a palavra enunciada ou não, o que temos é a ausência de um sujeito que se represente em sua fala ou que se utilize do circuito da linguagem como recurso de um laço com o outro. Este não traz consigo o reconhecimento de si, do eu ou de seu próprio desejo.

Já na psicose, a falha no simbólico não se manifesta da mesma maneira. Ainda que o psicótico não apresente distúrbios de linguagem tão evidentes, sua fala também explicita fracassos no processo de constituição do sujeito e, portanto, em sua imersão no simbólico.

Jardim (2001) segue seus estudos traçando esta distinção dizendo que nas psicoses infantis, o impasse está no momento da separação dos significantes do Outro. O bebê aliena-

se ao discurso do Outro e aí permanece, sem poder, também, ocupar um lugar discursivo próprio. A autora recorre a Lacan (1955-6) retomando sua afirmativa de que "o psicótico fala a língua materna", pois ele se encontra capturado aos desejos e à imagem deste Outro primordial, tão devastador e tão invasivo. Portanto, a fala do psicótico surgirá fragmentada e recheada de significantes do fantasma materno.

Para esta mesma autora, já no autismo não haverá a presença do grande Outro no estágio inicial da constituição do sujeito. Ou seja, não haverá aquele que encarne o desejo por esta criança e que se dedique a interpretar os seus ruídos e gritos supondo ali um sujeito que também deseje algo. Se no autismo não há o Outro que empreste o primeiro significante ao filho, não haverá também a possibilidade de sua entrada em uma cadeia discursiva.

Retomando as fases de constituição do sujeito, seria na dita fase do espelho, que a mãe emprestaria o seu corpo, para que a criança consiga formar e reconhecer o seu próprio. Não havendo então a presença do desejo do Outro, não haverá também a organização da auto imagem do corpo da criança e, nem tão pouco a formação do circuito pulsional. A pulsão permanecerá, portanto, solta, fragmentada e desgobernada. Daí ser tão comum observarmos crianças autistas olhando para as próprias mãos como se não reconhecessem o membro como pertencente ao próprio corpo. Apresentam-se, por vezes, estabanas e descoordenadas. Em casos ainda mais graves, observamos crianças se auto agredindo e não reconhecendo serem autores da própria agressão. As queixas de dores no corpo são quase sempre desproporcionais às lesões sofridas ou até mesmo inexistentes em alguns casos.

Laznik (1994) retoma o conceito de alienação e separação trazido inicialmente por Lacan para pensar a falha na constituição do sujeito e distinguir o autismo das psicoses. Para a autora, no autismo não há entrada no tempo da alienação. O bebê fica retido em seu próprio corpo, impedindo a função materna de colocar suas marcas. Poderíamos explicar assim as freqüentes estereotípias de crianças autistas como mãos à boca, balanceio, ausência de olhar e ausência de fala, entre outras. O acesso ao primeiro significante, aquele emprestado do Outro primordial, também está impedido, impossibilitando o encadeamento de outros significantes que formariam uma cadeia discursiva. Ou seja, a criança autista não consegue forma lingüística de representação de si.

Na mesma direção, quando relaciona o autismo com uma falha na constituição subjetiva, Kupfer (2000) atribui a causa da síndrome à uma falha na função materna, distinguindo-o da psicose, na qual haveria também uma falha, mas na função paterna. Nesta

perspectiva, a falha na função materna resulta em grandes impactos tanto na constituição do mapa libidinal quanto em uma ausência de desejos na função materna. Outra diferença entre autismo e psicose apresentada pela autora é que enquanto o autista está fora do campo da linguagem, o psicótico mesmo que fora do discurso, está incluso nesse campo.

Ainda seguindo nessa perspectiva da diferença entre Autismo e Psicose, Jerusalinsky (1993b) propõe que se entenda o autismo como uma quarta estrutura, ao lado da psicose, perversão e neurose. Afirma que na psicose há a inscrição do discurso materno e a função paterna encontra-se forcluída. Já no autismo não há inscrição da função materna e no lugar em que deveria haver a inscrição da função paterna, há somente o real.

3.5 – Caminhos possíveis no tratamento

O estudo no viés da psicanálise permite localizar então os pontos que “tropeçam” na estruturação dos sujeitos autistas e dos sujeitos psicóticos, esclarecendo que para ambos, ainda que de forma distinta, haverão prejuízos no campo da linguagem, bem como na forma como estes sujeitos lidam na relação com o outro e com o objeto. A partir deste mesmo eixo, que valoriza as particularidades do sujeito, serão propostas também saídas a partir de construções singulares que seguirão em direção de minimizar tais prejuízos.

Vieira e Silva (2014) já nos aponta sobre a difícil arte de lidar com os desejos e gozos que nos habitam e sobre a importância da regulação social e cultural enquanto caminho possível para o escoamento destas pulsões. A forma como cada sujeito se coloca mediante a estes desafios é o que desenha a sua singularidade. E ao contrário disso, à medida que o sujeito renega tal interação e regulação do social, ele se coloca em pleno risco de ser destruído pela própria violência do gozo.

Entendendo, pois, que este desafio está posto para toda a humanidade, de forma ainda mais laboriosa também será dada a missão ao autista e ao psicótico para que se faça o ciframento do gozo.

Ainda que para o autismo e a psicose o outro seja tomado como invasivo, Pimenta e Drummond (2015) aponta em seus estudos possíveis estratégias destes sujeitos a partir da criação de um órgão fora do corpo que possa funcionar como uma suplência e que lhes possibilitem alguma conexão. E para distinguí-las, as autoras esclarecerão que o autista construirá um objeto real que será tratado como o “duplo” e o objeto autístico, enquanto que o

psicótico, se utilizará das alucinações e do delírio para tentar amarrar o simbólico, o real e o imaginário.

Amparados nos estudos de Maleval (2018), entenderemos que a construção do duplo se fará através de um intenso trabalho psíquico do autista, na tentativa de suprir o eu que não foi previamente constituído ao que se esperava na fase do espelho, a partir da identificação com a imagem de algo ou de alguém idêntico a si mesmo - ou ainda o reflexo no espelho e o que visivelmente é igual em atributos e características que se configura como importante na constituição do eu na medida em que possibilita a construção dos limites corporais, das bordas que separam o que faz e o que não faz parte do eu, portanto, da sua afirmação como sujeito.

Como exemplos de duplos, tomemos situações recorrentes entre os autistas e que, a princípio poderiam nos parecer sem sentido e meramente motivados por um automatismo, se não fosse o valor que este estudo nos aponta. Não é raro escutarmos os autistas repetindo falas de personagens da televisão, ou falando sozinhos como que em solilóquios, utilizando do verbo na terceira pessoa ou até mesmo criando personagens que dialogam de forma teatral e até mesmo caricatural. Todas essas são formas de criação do duplo que o autista se utiliza para que o outro fale por ele.

Portanto, ainda que o autista não seja sujeito de sua enunciação é possível que ele crie intermédios para que se comunique com os outros fazendo-se suporte de sua enunciação, ou seja, é o objeto que fala e não o próprio autista. Maleval (2017) nos lembra bem que, afinal, falar por “procuração” é também uma forma de se proteger do desejo do outro.

O autista recusa a linguagem, a relação com o outro e toda posição de enunciação que articularia o corpo com a linguagem. Porém, sua relação com os objetos pode permitir-lhe construir uma relação pacificada com o mundo e com o outro. Nos autistas, o semelhante não se origina na alienação e na alteridade, mas emerge a partir do mesmo, como duplo. A ausência de alienação no significante do Outro exclui a identificação, fazendo do duplo um componente fundamental e estrutural do autismo. O duplo é a “divisão do sujeito no real”. (PIMENTA e DRUMOND, 2015)

Segundo Maleval (2017), ao contrário do que ocorre na psicose, o duplo autístico não é ameaçador e invasor, pois é a própria criança quem o escolhe, o mantém e o modifica. O duplo e os objetos estão também presentes na clínica da esquizofrenia, mas com uma função por vezes distinta e sempre subordinada a temas delirantes. Já o autista não constrói uma realidade delirante. Em uma conferência realizada na Biblioteca da EBP-MG, em outubro de 2009, François Sauvagnat lembrou que o delírio pode ser considerado uma enunciação do

sujeito, seguindo a afirmação de Lacan, que diz ser o sujeito “imaneente à sua alucinação verbal” (1985, p.243). Esse pode ser um dado interessante para se pensar a distinção entre autismo e esquizofrenia, pois a criança autista apresenta uma ausência de enunciação. É o que Lacan dizia quando afirmava que os autistas são “verbosos”⁷. Eles falam com um mínimo de mensagem e sem que a emoção seja nela transmitida. Sua fala muitas vezes não passa de um automatismo mental.

“Quando a criança autista é privada desses dois principais mecanismos protetores - quando lhe é retirado seu objeto ou quando sai de cena o duplo - o gozo retorna sobre seu corpo e, nessa situação, surgem nas crianças autistas “quadros clínicos que se mostram difíceis de serem diferenciados da esquizofrenia” (PIMENTA e DRUMOND, 2015 apud MALEVAL, 2015, p.11).

A busca por outros objetos, que supostamente possuem traços com os quais houve uma identificação anterior é extremamente importante no que se refere à formação de laço social. Portanto, o duplo seria, sim, um momento inicial de investimento em si, necessário para que haja um investimento posterior em outros objetos de amor, bem como a satisfação ou insatisfação decorrente deles. Afinal, supor uma enunciação a partir do que muitas vezes está no puro real, de modo que um sujeito possa advir, é uma das ações às quais a psicanálise é chamada a contribuir.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Com base nos estudos realizados pode-se concluir que ainda se faz presente a discussão sobre as distinções diagnósticas entre o autismo e a psicose infantil quando se comparados os estudos apresentados pelas especialidades da psiquiatria, neurologia, e até mesmo dentro dos vários eixos da psicologia. Verifica-se que o estudo sobre o autismo se apresenta muito recente ao considerarmos toda a evolução histórica da psiquiatria infantil e isso talvez justifique o não consenso ainda presente sobre a causalidade, sintomatologia e os tratamentos sugeridos pelas respectivas áreas da ciência.

Desta forma, este artigo que teve como principal objetivo responder à questão sobre as diferenças diagnósticas entre o autismo e a psicose infantil sob a luz do referencial teórico da psicanálise, demonstrou que, ainda que os sintomas apresentados pelo sujeito autista e o pelo psicótico se percebam, inicialmente similares, é possível distingui-los a partir de outro ponto de análise que não será o mesmo da qual se utiliza as ciências da medicina ou até mesmo

⁷ O som bruto, oriundo do balbucio e das ecolalias, portador de emoções sensíveis, não comunicáveis, se desdobra em uma língua verbosa, própria às satisfações vocais solitárias; enquanto a aquisição da linguagem pela escrita favorece a emergência de um “sentido bruto”, de um “código informativo”, de uma língua factual apta à comunicação, mas desprovida de afetos. (MALEVAL, p.7, 2018)

outras áreas da psicologia, distintas à da psicanálise. Pimenta descreve então que o diagnóstico médico se dará fundamentalmente pela análise fenomenológica a partir da contagem dos comportamentos que lhes são observáveis. As áreas médicas terão como ancoragem os Manuais científicos adotados atualmente para enquadrá-los em determinado diagnóstico a partir da contagem dos sintomas apresentados. Diferentemente destas outras ciências, a psicanálise não construirá o diagnóstico a partir dos fenômenos, mas sim a partir da análise da estruturação subjetiva do sujeito. O que há então de mais importante a ser analisado para a conclusão diagnóstica em psicanálise será o modo como o sujeito se relaciona no mundo, devendo-se o analista estar atento que este modo de ser de cada sujeito será determinado e mediado por sua realidade psíquica, ou seja, pelo campo do inconsciente. Sendo assim, conclui-se que o diagnóstico diferencial na psicanálise é estrutural e não fenomenológico e que os fenômenos são, na verdade, efeitos indiretos da realidade psíquica do sujeito. A psicanálise compreenderá então os fenômenos como signos possíveis de serem observados no campo do visível, restando-lhe então ainda decifrar o que há de mais importante para a definição diagnóstica que são os seus significantes. Kupfer e Voltolini (2008), reafirmam que, para a psicanálise, a causalidade no campo do psíquico não opera segundo a lógica de causa e efeito. Ou seja, para um mesmo significante, poderão haver significados distintos a depender da forma de como cada sujeito tem o seu modo de incidência na linguagem. Este modo determinará por conseqüência a forma como o sujeito se relaciona ao Outro, com o objeto e com o próprio corpo.

Desta forma, a partir dos estudos com base em Freud e Lacan que esclarecem as teorias de constituição do sujeito, alguns autores psicanalistas que se dedicaram ao estudo deste tema foram citados para demarcar como se dará o momento crucial que distinguirá a constituição do autismo e da psicose. Ainda que não haja um consenso entre todos os teóricos da Psicanálise, pôde-se observar que os pontos mais relevantes que dizem a esta estruturação convergem entre si. Foram citados Jardim (2001), Jerusalinsky (1993), Maleval (2017), Laznik (1994) e Kupfer (1999/ 2000). Para todos eles é possível afirmar que no autismo o sujeito não entrará no processo inicial de alienação à figura materna o que o impossibilitará, ao fim, de inserir-se na linguagem. Seja pela ausência do grande Outro que suponha na criança um sujeito ou seja por razão do próprio bebê que fica retido em seu corpo, impedindo a função materna de colocar suas marcas; para ambos, o que há de se concluir é que, as conseqüências serão as mesmas. Em todas as hipóteses a criança estará igualmente fadada a ficar isento do primeiro significante de linguagem o que conseqüentemente acarretará no não

encadeamento da construção de outros significantes que representam sua inserção na cadeia de linguagem. A criança autista, portanto, não conseguirá uma forma lingüística de representação de si. Este processo também trará por consequência, implicações à estruturação do corpo uma vez que não há a figura materna que lhe represente uma imagem ideal para a formação do seu próprio eu em um registro imaginário. Então, não havendo a organização da auto- imagem do corpo da criança, a formação do circuito pulsional permanecerá solta, fragmentada e desgovernada. Para o autista, não haverá então um corpo simbolizado, mantendo-se num plano do real enquanto puro organismo.

Já na psicose, a falha no simbólico também está presente, mas ela se manifesta de outra maneira. A criança ingressa neste processo de alienação da figura materna, mas ali permanece retido por não haver a entrada da figura paterna que promova esta separação. Não haverá então o processo de castração que permita este sujeito entrar no campo do desejo. Sendo assim o psicótico entrará na linguagem, mas permanecerá fora de um discurso que lhe seja próprio. Este se manterá atrelado ao discurso materno.

A partir de uma melhor compreensão sobre a forma como se dá a estruturação psíquica do sujeito autista e do sujeito psicótico, foram apontadas então as possíveis saídas enquanto processo de tratamento que lhes permitam um encontro menos traumático com a linguagem, com o outro e que viabilize alguma flexibilização da sua defesa e a construção da sua existência. Pimenta (2019) retoma a partir das teorias de Maleval que o sujeito autista poderá se utilizar da construção de um objeto real que será tratado como o “duplo” e o objeto autístico como forma de trazer borda a um corpo não constituído e de uma possível construção de laço social a partir da criação de um órgão fora do corpo que possa funcionar como uma suplência. Já o psicótico se utilizará das alucinações e do delírio para tentar amarrar o simbólico, o real e o imaginário.

Por fim, cabe-se concluir que a clinica da psicanálise traz em sua metodologia o diferencial de poder ofertar a estes sujeitos a construção de um modo possível de conexão com o mundo, respeitando-se a singularidade de cada sujeito e sem perder de vista suas resistências diante do outro. Trata-se portanto, de priorizar uma ética que não se orientará pelos ideais adaptativos universais ou de um olhar patologizante sobre tais diagnósticos que caminhem em direção a condutas pedagógicas que visam um ajustamento do sujeito a padrões ditos de normalidade. Muito além de qualquer referência diagnóstica classificatória do

autismo, distinta de toda visão deficitária, a prática orientada pela psicanálise investirá na construção do caso a caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BANKS-LEITE, L., & GALVÃO, I. **Uma introdução à história de Victor do Aveyron e suas repercussões.** In: Banks-Leite & I. Galvão (Orgs.), *A educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard* (pp. 11-24). São Paulo: Cortez, 2000.

BARROSO, Suzana Faleiro. **O autismo para a psicanálise: da concepção clássica à contemporânea.** *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 1231-1247, dez. 2019

Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses.** Porto Alegre: Artes Médicas – 1989.

CID – 10: **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** 2011.

CID – 10 - **Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID - 10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artmed, 1993.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família.** Rio de Janeiro: Wak, 2012.

DOR, Joël. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DOR, Joël. **Estruturas e clínica psicanalítica** - Rio de Janeiro, RJ: Livrarias Taurus-Timbre. 1991.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. **O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura.** *Revista eletrônica: Ágora (PPGTP/UFRJ): Estudos em Teoria Psicanalítica* - Rio de Janeiro, v. III, n.2, p. 65-86, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

JARDIM, Gislene. **Psicoses e autismo na infância: Impasses na constituição do sujeito.** Disponível na revista *Estilos da Clínica*, vol. 6. São Paulo - 2001.

JERUSALINSKY, Alfredo. **A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê.** Salvador, LABA: - 2011.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Psicanálise do autismo.** Porto Alegre, Artes Médicas – 1993a.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Psicose e autismo na infância: Uma questão de linguagem.** *Psicose - Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 4(9), 62-73. 1993b.

KANNER, Leo. **Autistic disturbances of affective contact.** *Nervous Child*, Baltimore, v. 2, p. 217-250, 1943.

KUPFER, Maria Cristina. **Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos.** *Estilos clin.* vol.4 n°.7 São Paulo, 1999.

KUPFER, Maria Cristina. **Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância.** Psicologia USP, v. 11(1), p. 85-105 - 2000.

KUPFER, Maria Cristina, & VOLTOLINI, Rinaldo. **Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual.** In R. Lerner & M. C. M. Kupfer (Orgs.), *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (pp. 93-107). São Paulo: FAPESP/ Escuta - 2008.

LACAN, Jacques. **O estádio do espelho como formador da função do eu.** In *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar – 1998a.

LACAN, Jacques. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b. 937 p.

LAIA, Sérgio Augusto Chagas de. **A classificação dos transtornos mentais pelo DSM-5 e a orientação lacaniana.** *CliniCAPS*, v. 15, p. 2, 2011.

LAZNIK, Marie Christine. (org.). **O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas.** Salvador, BA: Ágalma; 1994.

MALEVAL, Jean Claude. **“Sobretudo verbosos” os autistas.** *Latusa: objetos soletrados no corpo*, 12, 69-91.). 2007.

MALEVAL, Jean Claude. **O autista e sua voz.** Tradução e notas de Paulo Sérgio de Souza Jr. – São Paulo: Blucher, 2017.

MALEVAL, Jean Claude. Da estrutura autista. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana.** Rio de Janeiro, 13(26), 4-38, mai.- out. 2018.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

OLIVEIRA, Maria Marly; **Como fazer pesquisa qualitativa;** Petrópolis -RJ: Vozes, 2007.

PAVONE, Sandra e RAFAELI, Yone Maria. **Diagnóstico diferencial entre psicose e autismo: impasses do transitivismo e da constituição do outro.** *Estilos clin.* [online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 32-51. ISSN 1415-7128.

PIMENTA, Paula Ramos. **Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito? Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo.** Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Belo Horizonte; 2003.

PIMENTA, Paula Ramos; DRUMMOND, Cristina. **Pode o autismo ser diferenciado da esquizofrenia? Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais - Almanaque On-line nº 5, 2015.**

PÓSTEL, J.; QUÉTEL, C. **Historia de la psiquiatria. In: . Nacimiento de la psiquiatria infantil** (destinos de la idiocia, origen de las psicosis). Cidade do México: Fondo de cultura economica, 1987. p. 507-525.

QUINET, Antônio. **As 4+1 condições da análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 12. ed. 2009.

RESTREPO, Juliana Maria Bueno. **Do autismo nos tempos do capitalismo ao sujeito autista da psicanálise.** *A Peste*, 4(2), 57-64 – 2012.

SANTOS, Altair José dos; LEMES, Mariana Guimarães Neves: **O espectro dos autismos e a psicose infantil: uma questão diagnóstica para a psicanálise**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 23 (2) • Apr-Jun 2020.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mundo Singular - Entenda o Autismo**, Rio de Janeiro. Ed. Fontanar, 2012.

TENDLARZ, Silvia Elena. **De que sofrem as crianças? – A psicose na infância**. Editora: Sette Letras. Rio de Janeiro – RJ, 1997.

VIEIRA, M. A., & SILVA, R. F. **Nota ao leitor brasileiro**. In **É. Laurent, A batalha do autismo: da clínica à política**. (pp. 9-14). Rio de Janeiro: Zahar. 2014.

ZENONI, Alfredo. “Traitement” de l’autre. **Préliminaire**, Antenne 110, Bruxelas, n. 3, p. 101-113, 1991.