



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RENATA CARVALHO CAMPOS

**PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA DO
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PARTIR DO CORPO E DA LINGUAGEM**

FORTALEZA

2022

RENATA CARVALHO CAMPOS

PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA DO
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PARTIR DO CORPO E DA LINGUAGEM

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em psicologia. Área de concentração: psicanálise.

Orientadora: Prof. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C1p CAMPOS, Renata Carvalho Campos.
 Psicose e autismo na infância: uma abordagem psicanalítica do diagnóstico diferencial a partir do corpo e da linguagem. / Renata Carvalho Campos CAMPOS. – 2022.
 194 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2022.
 Orientação: Prof. Dr. Karla Patrícia Holanda Martins .
1. Clínica Psicanalítica . 2. Diagnóstico . 3. Autismo e Psicose. 4. Corpo. 5. Linguagem. I. Título.
 CDD 150
-

RENATA CARVALHO CAMPOS

**PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA DO
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PARTIR DO CORPO E DA LINGUAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de doutora em psicologia. Área de concentração: psicanálise.

Aprovada em: 25/08/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª Karla Patrícia Holanda Martins (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria Resende Vorcaro
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado
Universidade Federal de Sobral (UFS)

Prof^ª. Dr^ª Caciana Linhares Pereira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª Vlória Jamile dos Santos Jucá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Leônia Cavalcante Teixeira
Universidade de Fortaleza (Unifor)

AGRADECIMENTOS

À minha família, por todo o apoio e carinho incondicionais ao longo de todos esses anos.

À minha mãe, Helena, por tanto amor e dedicação a vida inteira e, acima de tudo, por me ensinar o amor ao conhecimento e ao trabalho. Minha maior admiração e referência!

Ao meu pai Raul (*in memoriam*), pela poesia, por tanta ternura e, ao mesmo tempo, exigência para que eu fosse cada vez melhor.

À minha amada irmã Raquel, por todo o cuidado e amparo nos momentos mais difíceis. Minha maior gratidão!

À Edite, por sempre escolher ficar e cuidar tanto de mim e da minha família.

À querida professora orientadora Karla, pelo apoio, confiança e encorajamento nos momentos certos.

À Marina, amiga-irmã em todas as horas, sobretudo, as mais necessárias.

À Noeme, pelas mensagens lindas.

À Carol e Dani pelas trocas e encontros sempre divertidos e necessários.

À FUNCAP, pelo apoio financeiro mediante concessão de bolsa de pesquisa, durante alguns anos do doutorado.

À equipe do CEP do Cuidado, pela acolhida, pelas trocas e por todo o trabalho realizado a partir da inserção dos pacientes da pesquisa no Programa.

Aos pacientes, razão maior de todo o trabalho e esforço em avançar em direção a uma maior qualificação profissional e às suas famílias pela confiança no meu trabalho.

A prenda

O menino
recebeu a dádiva.
Era o seu dia, assim disseram.
Estranhou:
os outros dias não eram seus?
Se achegou.
Espreitou.
A oferenda,
era coisa nenhuma
que nem parecia existir.
– O que é isso? Perguntou.
– É uma prenda, responderam.
Que prenda poderia ser
se tinha forma de nada.
– Abre.
Abrir como
se não tinha fora nem dentro?
– Prova.
Como provar
o que não tem onde se pegar?
Olhou melhor.
Fixou não a prenda,
mas os olhos de quem a dava.
Foi, então:
o que era nada
lhe pareceu tudo.
Grato,
retribuiu com palavra e beijo.
O que lhe ofereciam
era a divina graça do inventar.
Um talento
para não ter nada.
Mas um dom
para ser tudo.

Mia Couto

No livro “**Vagas e Lumes**”

RESUMO

O psicanalista inserido no contexto da saúde mental infantil se depara com quadros clínicos que constituem verdadeiros desafios, no que tange à formulação do diagnóstico e à direção do tratamento. Esse fato é particularmente relevante quando se trata das psicoses infantis e do autismo, tendo em vista sua origem muito precoce e a labilidade da estruturação psíquica na infância. Na clínica psiquiátrica atual, o termo TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) condensa sob essa nomenclatura os dois tipos clínicos, situando o autismo como aquilo que anteriormente era nomeado de psicose infantil. Já para a psicanálise, não há essa equivalência entre os dois quadros. Permanece no movimento psicanalítico a discussão sobre o mecanismo de defesa envolvido no autismo e o debate sobre sua inclusão ou não numa quarta estrutura. Na infância, as psicoses infantis apresentam-se de modo multifacetado, com sintomas variados, semelhantes aos do autismo, o que produz uma verdadeira confusão diagnóstica, sobretudo se sua formulação se dá a partir dos fenômenos. A sintomatologia associada a esses quadros varia desde um atraso no desenvolvimento, dificuldade de aprendizagem, até agitação psicomotora, estereotípias, distúrbios de linguagem, agressividade e alucinações. Um cenário que leva a alguns questionamentos como, por exemplo: o que exatamente é psicótico na criança? Do que se trata quando se fala em autismo (ou TEA) na atualidade? Como precisar melhor esses casos considerados atípicos que não se apresentam como o autismo clássico, mas nem sempre são configurados como psicose? Como situar um diagnóstico a partir das diferenças estruturais, tal como propõe a psicanálise, enfatizando uma abordagem do corpo e da linguagem? A psicanálise que não define o diagnóstico pelos sintomas e sim por traços estruturais e pela transferência, pode contribuir com essa discussão, e essa é a proposta da pesquisa, ou seja, situar a diferenciação psicose/autismo, a partir de uma compreensão clínica que considere a estruturação psíquica do sujeito e as implicações no corpo e na linguagem. É importante destacar, ainda, o aporte teórico lacaniano, sobretudo, suas considerações acerca de uma clínica orientada para o real e na qual o corpo adquire primazia. Corpo e linguagem constituem, portanto, dois eixos centrais da pesquisa, uma vez que compõem o substrato sobre o qual é realizado o tratamento psicanalítico com crianças. A investigação tem como método a pesquisa bibliográfica e o estudo de casos clínicos atendidos pela pesquisadora, que ilustram os impasses relativos à definição diagnóstica. Pretende-se compreender as especificidades dos dois quadros, para além da sintomatologia apresentada pelas crianças. Espera-se com essa pesquisa contribuir para a identificação mais adequada dos dois diagnósticos, possibilitando melhores intervenções,

além de problematizar o suposto aumento de casos diagnosticados como autismo na atualidade em detrimento dos de psicose na infância, sobretudo, de esquizofrenia.

Palavras-chave: clínica psicanalítica; diagnósticos; infância; autismo; psicose; corpo; linguagem.

ABSTRACT

The psychoanalyst inserted in the context of child mental health is faced with clinical conditions that constitute real challenges regarding the formulation of the diagnosis and the direction of the treatment. This fact is particularly relevant when it comes to childhood psychoses and autism, given their very early origin and the lability of psychic structuring in childhood. In the current psychiatric clinic, the term ASD (Autism Spectrum Disorder) condenses the two clinical types under this nomenclature, placing autism as what was previously called childhood psychosis. As for psychoanalysis, there is no such equivalence between the two frameworks. The discussion about the defense mechanism involved in autism and the debate about its inclusion or not in a fourth structure remains in the psychoanalytic movement. In childhood, childhood psychoses present themselves in a multifaceted way, with varied symptoms, similar to those of autism, which produces a real diagnostic confusion, especially if its formulation is based on the phenomena. The symptoms associated with these conditions range from developmental delay, learning difficulties, to psychomotor agitation, stereotypies, language disorders, aggression and hallucinations. A scenario that leads to some questions, such as: what exactly is psychotic in children? What is it about when we talk about autism (or ASD) today? How can we better specify these cases considered atypical that do not present themselves as classic autism, but are not always configured as psychosis? How to situate a diagnosis based on structural differences, as proposed by psychoanalysis, emphasizing an approach to the body and language? Psychoanalysis, which does not define the diagnosis by symptoms, but by structural traits and transference, can contribute to this discussion, and this is the research proposal, that is, to situate the psychosis/autism differentiation, from a clinical understanding that considers the psychic structuring of the subject and the implications for the body and language. It is also important to highlight the Lacanian theoretical contribution, above all, his considerations about a clinic oriented to the real and in which the body acquires primacy. Body and language constitute, therefore, two central axes of the research, since they compose the substrate on which the psychoanalytic treatment with children is carried out. The investigation's method is bibliographic research and the study of clinical cases attended by the researcher, which illustrate the impasses related to the diagnostic definition. It is intended to understand the specificities of the two conditions beyond the symptoms presented by the children. It is hoped that this research will contribute to the more adequate identification of the two diagnoses, enabling better interventions, in addition to problematizing the supposed increase in cases diagnosed as autism

today to the detriment of childhood psychosis, especially schizophrenia.

Keywords: psychoanalytic clinic; diagnostics; childhood; autism; psychosis; body; language.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - análise comparativa por DSM das mudanças no diagnóstico de psicose e autismo na infância compiladas nessa pesquisa.	48
Quadro 2 - Quadro comparativo dos diagnósticos de paranoia e esquizofrenia na infância, a partir dos achados clínicos relativos ao corpo e à linguagem.....	106
Quadro 3 - Quadro do diagnóstico de autismo na infância com achados clínicos relativos ao corpo e à linguagem.....	124

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DE PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA	17
2.1	A história da psicose e do autismo na infância no campo psiquiátrico	18
2.2	O diagnóstico na psiquiatria	27
2.2.1	<i>Medicalização na infância: uma perspectiva crítica</i>	34
2.3	A psicose e o autismo na infância nas classificações atuais	40
3	O DIAGNÓSTICO PSICANALÍTICO DE PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA	50
3.1	O diagnóstico na psicanálise.....	50
3.2	O debate no campo lacaniano acerca do diagnóstico de psicose e autismo na infância	62
4	A FORMULAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA A PARTIR DO CORPO E DA LINGUAGEM	90
4.1	Sobre a especificidade da estrutura psicótica: da <i>Verwerfung</i> à forclusão do Nome-do-Pai.....	90
4.2	Corpo e linguagem na clínica com crianças psicóticas (desdobramentos da forclusão).....	98
4.3	A especificidade do autismo.....	107
4.4	Corpo e linguagem na clínica com crianças autistas	113
5	CORPO E LINGUAGEM: ARTICULAÇÕES NA TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA COM CRIANÇAS AUTISTAS E PSICÓTICAS.....	127
5.1	Dom e a querela do diagnóstico.....	128
5.2	John e a transferência	142
5.3	Alice e o acontecimento de corpo	153
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	175
	REFERÊNCIAS	178
	ANEXOS	188

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui desenvolvida está inserida no âmbito da saúde mental infanto-juvenil, sendo aprovada pelo comitê de ética da Plataforma Brasil, através do parecer nº 4.159.781. O ponto de partida para sua realização se deu a partir dos questionamentos relativos aos diagnósticos das crianças autistas e psicóticas atendidas no Caps e, posteriormente, na Clínica de Psicologia da UFC, através do Programa de Extensão Clínica, Estética e Política do Cuidado (CEP).

O Programa CEP do Cuidado é coordenado pela professora Karla Patrícia Holanda Martins e desenvolve ações ligadas ao ensino, pesquisa e extensão, a partir da organização de capacitações, grupos de estudo, pesquisas e realização de atendimentos às crianças e adolescentes de Fortaleza, Quixadá e Quixeramobim, que apresentam sofrimento psíquico grave. O trabalho desenvolvido pelo CEP conta com a participação de alunos da graduação e pós-graduação do curso de psicologia da UFC, bem como, com os alunos da graduação da faculdade Católica de Quixadá, além de parcerias como a policlínica de Quixeramobim e o INCERE (centro de referência da infância), localizado em Fortaleza e que, além de outras ações, presta uma assessoria importante junto à supervisão dos casos clínicos atendidos pelo Programa.

O psicanalista inserido nesse contexto da saúde mental infantil (Caps e serviços como o CEP) se depara com quadros clínicos que constituem verdadeiros desafios, no que tange à formulação do diagnóstico. Esse fato é particularmente relevante quando se trata de quadros associados às psicoses e ao autismo, estando sob essa nomenclatura, os casos nomeados pela psicanálise como, psicose precocíssima, psicose simbiótica, as esquizofrenias e os autismos com a constante discussão sobre sua etiologia e possível consideração enquanto uma quarta estrutura, situada, portanto, fora da psicose. (BARROSO, 2012).

Já no que se refere à definição da psicose e do autismo, segundo os manuais diagnósticos de psiquiatria, o que antes era denominado transtornos globais do desenvolvimento no DSM-IV, foi substituído pelo transtorno do espectro do autismo ou TEA, segundo o DSM-V. Essa nomenclatura atual apresenta uma complicação, pois, com a ampliação do diagnóstico de autismo para um espectro, desaparece a noção de psicose na infância de modo definitivo, sendo, a partir de então, incluídas como TEA, crianças que apresentam uma sintomatologia antes não considerada autística. (MAS, 2018).

Outro ponto que se revela problemático com a proposição do DSM-V diz respeito

às dificuldades que surgem ao se colocar no mesmo grupo autismo e psicose, pois essa última seria definida como transtorno do espectro do autismo não-especificado, anulando as particularidades desse quadro e equivalendo-o a uma derivação do autismo, o que produz inúmeros efeitos, inclusive para a direção do tratamento.

O desenvolvimento da categoria TEA, como um dos principais diagnósticos da infância, resultou de um longo processo, no qual, houve uma reformulação na compreensão do adoecimento mental infantil por parte da medicina, sobretudo, da psiquiatria. A expansão da neurologia e sua associação com a farmacologia e genética, fez com que a psiquiatria perdesse espaço e essas crianças recebessem diagnósticos cada vez mais precoces, o que, conseqüentemente, elevou a probabilidade de serem equivocados. Além disso, em razão da maior participação da farmacologia nessa clínica, as prescrições de psicotrópicos têm se tornado cada vez mais comuns, inclusive, na primeiríssima infância.

A problemática diagnóstica, se considerada desde a perspectiva da medicina, está associada à concepção da não ocorrência de psicose na infância, o que produz como consequência um aumento significativo de diagnósticos de autismo ou TEA na atualidade. Esse é um ponto importante, mas não o essencial a ser discutido. A principal questão envolvida nessa pesquisa diz respeito à formulação do diagnóstico diferencial de psicose e autismo na infância, segundo o campo psicanalítico.

Embora o diagnóstico na psicanálise não seja formulado segundo os mesmos parâmetros da medicina, é importante compreender como o TEA se constituiu como categoria diagnóstica com tanto relevo nos manuais de psiquiatria, levando, praticamente, ao desaparecimento do diagnóstico de psicose ou esquizofrenia na infância. Além disso, torna-se igualmente imprescindível, apresentar a especificidade do diagnóstico psicanalítico, de modo a contribuir com esse debate acerca do que vem sendo designado como uma verdadeira epidemia de autismo. Isso pode ser verificado, tanto nas clínicas públicas como privadas, onde o autismo ou TEA tem se tornado um dos principais diagnósticos formulados para crianças com as mais diversas dificuldades, mas, sobretudo, com atrasos na linguagem e no desenvolvimento psicomotor.

A nosografia do DSM-V apenas ilustra a problemática oriunda do campo da psiquiatria e que acaba por influenciar outros saberes e práticas, que se apoiam na mesma concepção médica acerca do autismo, isto é, sua base genética. Por outro lado, a psicanálise, longe de ser uma clínica orientada pelo determinismo biológico dos sintomas como sinal de determinada doença, propõe um trabalho a partir da escuta do mal estar subjetivo e da

transferência como elementos essenciais para o diagnóstico. Nessa perspectiva, o sintoma não responde a uma lógica causal de doença, tal qual na medicina, mas, apresenta-se multifacetado, segundo os arranjos possíveis para cada sujeito, e cuja significação constitui um enigma a ser decifrado na análise.

No caso do sofrimento infantil ainda há outra complicação, pois o sintoma da criança diz respeito também aos pais. É preciso, portanto, não só a escuta do pequeno paciente, como também da família, a fim de localizar os jogos de força determinantes do sintoma e a posição da criança no contexto familiar até que se possa pensar num diagnóstico e tratamento. (FLESLER, 2012).

Lacan em “Nota sobre a criança” (1969/2003), afirma que a criança responde ao que existe de sintomático na estrutura familiar de duas maneiras: ou seu sintoma corresponde à verdade do casal parental ou a pessoa da criança funciona como objeto a para a mãe, tamponando sua falta. O que sugere essa afirmação é que, de todo modo, o sintoma da criança está referido aos pais. Dessa forma, ou o sintoma é uma produção da criança enquanto mensagem endereçada aos pais, denunciando o mal-estar do casal, ou seu próprio ser (da criança) corresponde a um sintoma da mãe, o que, segundo Lacan, é mais problemático.

Mas se o adoecimento da criança diz respeito aos pais, seu desejo não compareceria para produzir seus próprios conflitos e conseqüentemente, seus sintomas? Sem dúvida, o sintoma da criança conserva o que há de singular do seu desejo. Quando Lacan (1969/2003b) afirma que a criança se insere nos conflitos parentais pelo seu sintoma ou como sintoma, ele não exclui a possibilidade de escolha, ainda que forçada, que a criança é capaz de fazer quando produz seu sintoma. O que ele procura destacar é a relevância de distinguir de qual caso se trata, pois poderia situar-se aí a diferença entre o diagnóstico de neurose ou de psicose. Se a criança responde com seu sintoma estaria no campo da neurose, mas se responde com seu ser, funcionando como objeto a na fantasia da mãe, estaria na psicose e isso implica diferenças na condução do tratamento.

No primeiro caso, percebe-se na criança sua tentativa de decifrar o enigma do desejo do Outro. Seria o modo de resposta à famosa pergunta “que queres de mim?” A essa pergunta, a criança responde com seu sintoma que, segundo Lacan (1969/2003b), é o representante da verdade do casal parental. O sintoma da criança comunica uma verdade não-toda sobre aquilo que mantém a relação dos pais. A verdade para Lacan é sempre uma meia-verdade, pois é inconsciente e só pode ser parcialmente dita. O sintoma da criança revela algo de insuportável da relação dos pais, por isso eles procuram tratamento e pelo mesmo motivo é tão difícil o

trabalho analítico com crianças, uma vez que os próprios pais são afetados pelo tratamento.

No segundo caso, da criança como lugar sintomático da mãe, Lacan (1969/2003b, p. 369) afirma que as coisas se complicam, pois, “a articulação reduz-se em muito quando o sintoma que acaba dominando diz respeito à subjetividade da mãe.” Aqui, a criança responde ao desejo materno com seu ser e não com seu sintoma, o que produz consequências difíceis de serem manejadas na clínica, pois o próprio tratamento fica ameaçado pelas repercussões produzidas na mãe ou quem exerce a função materna.

Às dificuldades relativas às questões familiares e ao manejo dessa clínica somam-se outras bastante significativas na realidade brasileira. A situação de vulnerabilidade social em que vive a maioria da população e a ausência de políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil agrava o estado de quem precisa de avaliação e intervenção com urgência. Essas crianças costumam apresentar quadros clínicos com graves comprometimentos em diversas áreas do desenvolvimento cognitivo, psicomotor e social, levando os pais a procurar atendimento após muito sofrimento, reclamação da escola e peregrinação nos serviços de saúde. Geralmente, o tratamento só é iniciado muitos anos mais tarde, especialmente quando a criança começa a demonstrar sinais de desadaptação na escola.

A procura por auxílio profissional costuma ter início no atendimento médico, seja com neurologista, seja com psiquiatra, só então, há o encaminhamento ou busca por outros profissionais como um psicanalista, por exemplo. Dessa forma, o diagnóstico que acompanha a criança encaminhada nem sempre coincide com o do psicanalista, que tem seu modo próprio de diagnosticar, pautado na transferência, na posição que o sujeito ocupa na linguagem.

Para além da problemática do diagnóstico médico, o que se pretende destacar na pesquisa é o fato de que, mesmo nos casos atendidos pela psicanálise, há questionamentos importantes relacionados à entrada da criança em análise, bem como, às mudanças apresentadas por elas durante o tratamento. A hipótese diagnóstica inicial costuma ser afetada pelas transformações apresentadas pelas crianças, que chegam com múltiplos comprometimentos na ordem do corpo e da linguagem.

Uma criança considerada, inicialmente, autista e que passa a apresentar discurso delirante, por exemplo, seria realmente autista e teria realizado uma passagem para a psicose ou seu diagnóstico estaria equivocado desde o princípio? Em outro caso, uma criança com traços típicos de autismo inicia o tratamento psicanalítico e passa a apresentar modificações, tais como, aceitação do Outro, estabelecimento da transferência e não mais a recusa e o alheamento do início. Poder-se-ia falar em evolução do seu quadro dentro do espectro do

autismo ou seria mais um caso de psicose tomada por autismo?

Esses foram alguns questionamentos iniciais que motivaram a pesquisa, e que acabaram por levar a outros desdobramentos. O principal deles refere-se ao pertencimento ou não do autismo no campo das psicoses, uma vez que a pesquisadora se deparava nos atendimentos, desde o Caps, com fenômenos associados à esquizofrenia e que também estavam presentes em crianças com diagnóstico de autismo. Como compreender essas manifestações tão variadas dessa clínica e que acabavam por gerar dificuldades quanto à precisão diagnóstica? Embora a lógica com a qual o psicanalista opera seja a do caso a caso, ainda assim, há parâmetros que são importantes para orientar a formulação do diagnóstico e o tratamento.

Os parâmetros escolhidos na pesquisa foram o corpo e a linguagem, em associação com o que se opera na transferência. O corpo por ser, geralmente, o primeiro a revelar o sofrimento, e o motivo pelo qual os pais procuram tratamento, em virtude dos denominados “atrasos no desenvolvimento”. É preciso que o psicanalista se ocupe do corpo, embora numa perspectiva bastante diferente daquela do corpo biológico, tal como considerado pelos pais e profissionais de saúde. O corpo erógeno, como desejante e afetado pela linguagem. Corpo de gozo e dos excessos que aponta a impossibilidade de submissão completa do sujeito à ordem simbólica. A linguagem, porque os sujeitos psicóticos e autistas apresentam comprometimentos nessa área, inclusive, com manifestações bastante semelhantes; mas, principalmente, pelo lugar que a linguagem ocupa no tratamento psicanalítico ao sinalizar, via transferência, a posição do sujeito frente ao Outro e os impasses daí decorrentes.

A partir dessa exposição, o caminho a ser percorrido na pesquisa consiste em, no primeiro capítulo, apresentar a concepção diagnóstica da psiquiatria, apontando as transformações ocorridas nas diversas edições dos DSM's. O objetivo consiste em demonstrar a especificidade do diagnóstico psiquiátrico, para, em seguida, diferenciá-lo do psicanalítico, indicando, ainda, como se deu o advento da formulação da categoria TEA, como a que veio a extinguir em definitivo o termo psicose ou esquizofrenia na infância.

No segundo capítulo, foi apresentada a especificidade do diagnóstico psicanalítico, bem como, a discussão no campo lacaniano em torno da possibilidade de o autismo ser ou não uma quarta estrutura. Os diversos pontos de vista evidenciam como esse é um tema complexo, cuja resolução parece caminhar para o entendimento a favor de o autismo ser um quadro separado do campo da psicose, embora não haja consenso.

No terceiro capítulo, foi feita uma diferenciação diagnóstica da psicose e do autismo, a partir de uma abordagem do corpo e da linguagem. Foram caracterizadas as

singularidades das defesas na psicose e no autismo e estabeleceu-se como se dão as manifestações clínicas relativas ao corpo e à linguagem em cada um dos quadros. Pretende-se, com isso, delinear as principais dificuldades na formulação do diagnóstico diferencial, apontando a existência de singularidades, mas também, aproximações.

Por fim, no quarto capítulo, foram apresentados os casos clínicos que deram origem à pesquisa e o trabalho realizado pela analista e pesquisadora ao articular corpo e linguagem na transferência. A partir dos casos, é possível perceber as dificuldades que se impõem à formulação do diagnóstico diferencial de psicose e autismo na infância, mas, sobretudo, o alcance de um tratamento fundamentado na transferência como modo de apreensão do que se opera no corpo e na linguagem nessas crianças.

2 O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DE PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA

A clínica psiquiátrica com crianças surgiu, distanciando-se progressivamente da psicanálise, para ensejar um novo modo de cuidado que, na modernidade, se apresenta cada vez mais centralizado na neurologia e numa causalidade orgânica do sofrimento psíquico infantil.

Diferentemente da clínica psiquiátrica com adultos, anterior à psicanálise, a psiquiatria infantil moderna, mais distanciada da pedagogia, surge bastante influenciada pela teoria freudiana dos conflitos sexuais infantis enquanto núcleo central do adoecimento do adulto. O interesse pela psicanálise é substituído pela tentativa de aproximar a clínica psiquiátrica com crianças daquela dos adultos, na qual, a lesão orgânica ou o substrato biológico conduziam a formulação do diagnóstico. (MARFINATI; ABRÃO, 2014).

Uma questão que se apresentava à época, dizia respeito à dificuldade em considerar a existência da loucura na criança, o que fazia com que, a princípio, o único quadro clínico atribuído à criança fosse a deficiência mental. Nesse sentido, os casos de retardo mental eram os únicos verdadeiramente tratados, inclusive, com um tipo de tratamento que poderia se qualificar como educativo. Na realidade, o que se fazia era uma reeducação numa perspectiva que aproximava a psiquiatria da pedagogia, não se podendo falar propriamente numa psiquiatria infantil.

Esse momento inicial da psiquiatria com crianças não reflete a totalidade do que foi seu desenvolvimento com várias fases e influências teóricas, contudo, interessa aqui, conhecer um pouco dessa história, que inicia com a associação com a pedagogia, passa pela influência da psicanálise e culmina com o advento da psiquiatria biológica na atualidade, na qual os psicotrópicos participam da criação de diagnósticos através dos manuais de psiquiatria.

Antes de tratar especificamente do diagnóstico de psicose e autismo na infância, cabe destacar como se dá o diagnóstico na psiquiatria, para que, posteriormente, no próximo capítulo, se diferencie do diagnóstico psicanalítico. O objetivo consiste em localizar como a psiquiatria e psicanálise se posicionam nesse cenário que envolve o autismo e a psicose na infância, enquanto quadros clínicos que se confundem e que se apresentam na atualidade com a particularidade de configurarem-se da seguinte forma: o primeiro numa crescente com relação ao número de diagnósticos, enquanto o último tem praticamente desaparecido, numa perspectiva que desconsidera a existência de psicose na infância, como é o caso da psiquiatria.

2.1 A história da psicose e do autismo na infância no campo psiquiátrico

A história da psiquiatria com crianças é caracterizada por Bercherie (2001) como sendo marcada por várias fases. O autor destaca como a labilidade do psiquismo infantil é responsável pela dificuldade em precisar um diagnóstico à semelhança do que ocorre na clínica com adultos. Esse caráter mutável da criança tornaria complexa a atividade de definir as trajetórias típicas das doenças desde seu início, o que caracteriza o método clínico da psiquiatria clássica.

Os tratados de psiquiatria infantil datam da segunda metade do século XIX. Eles derivam dos estudos elaborados para a clínica com adultos, não se podendo considerar, ainda, nesse momento, a existência de uma nosologia específica da infância. Mesmo sendo situada no século XIX, a origem de uma psiquiatria infantil, propriamente dita, só é efetivada no século XX, por volta da década de 1930, pois antes disso o que havia era uma abordagem pedagógica dos problemas da infância (BERCHERIE, 2001).

Segundo Bercherie (2001), dentro desse período, podem ser definidas três teses, que marcam, conseqüentemente, três fases da história da psiquiatria com crianças. A primeira corresponde à convicção de que o retardo mental é o único transtorno mental infantil, a segunda enfatiza uma compreensão da loucura do adulto na criança, como uma mera transposição da clínica do adulto para a infantil e a terceira refere-se ao nascimento de uma clínica pedopsiquiátrica fundamentada numa psicopatologia infantil propriamente dita. Somente a partir dessa terceira tese, segundo Barroso (2014), há o estabelecimento da noção moderna de psicose na criança.

No que diz respeito ao retardamento como único transtorno mental infantil, considera-se que no início do século XIX, o quadro conhecido como idiotia, tal como designado por Esquirol, constituía a única doença mental que acometia a infância. Também conhecido como retardo mental, é a única patologia desse período a permanecer nos manuais classificatórios de transtornos mentais da atualidade. Bercherie (2001) destaca que, ao contrário de ser um quadro caracterizado pela observação de crianças, trata-se de uma doença dos adultos que, segundo a descrição de Pinel poderia ser adquirida e curável ou congênita e incurável. O autor define a idiotia ou o retardo da seguinte forma:

Uma obliteração das faculdades intelectuais e afetivas do conjunto da atividade mental, ficando o sujeito reduzido a uma existência vegetativa, com alguns resquícios de manifestações psicológicas: devaneios, sons semi-articulados, crises de agitação. (BERCHERIE, 2001, p. 130).

Com diversas formas de manifestação, passou-se a nomear de modo diferente os casos de idiotia, segundo sua gravidade. Assim, tem-se o idiota propriamente dito, o retardado profundo e o cretino. O autor assinala que nesse cenário é possível reconhecer nessas descrições da época “o que aprendemos a distinguir do retardamento como psicoses infantis”. (BERCHERIE, 2001, p. 131).

Nesse período, os autores não acreditam na existência da loucura na criança, porque consideram que o eu não está ainda estruturado e estável para apresentar uma perversão radical e definitiva. Desse modo, as doenças que acometiam as crianças eram compreendidas como interrupções no desenvolvimento que afetavam a inteligência e suas funções. Para Bercherie (2001), a loucura da criança nesse primeiro momento corresponde à idiotia, à qual vem se juntar os transtornos epiléticos.

A provável reversibilidade ou não dos quadros e o nível de gravidade compõem os debates que buscam, sobretudo, discutir a relevância dos tratamentos dessas crianças. Duas concepções se opunham à época, uma predominante, de Pinel e Esquirol, que considerava o déficit global e irreversível com prognóstico negativo. A outra compreensão era a dos educadores, para quem o comprometimento era parcial e possível de ser tratado, se se adotassem medidas educativas apropriadas e não aquelas da educação tradicional. O maior exemplo desse tipo de trabalho foi o método de Itard, desenvolvido para educar aquele que ficou conhecido como o selvagem de Aveyron. Bercherie (2001) evidencia que, na atualidade, Victor, como foi nomeado, seria diagnosticado como autista, mas até a década de 1930, casos como esse eram recobertos pela designação abrangente de idiotia.

A loucura do adulto na criança constitui o segundo momento da história da psiquiatria e a tese prevalente à época acerca do adoecimento mental infantil. No final do século XIX, por volta da década de 1880, surgiram os primeiros tratados de psiquiatria infantil publicados em língua francesa, inglesa e alemã, tendo sua influência se estendido até o início do século XX. Essa fase é caracterizada pelo desenvolvimento de uma psiquiatria infantil, mas como um decalque da clínica de adultos e não como uma clínica construída a partir das especificidades da infância.

Aqui, já não se trata mais de descrever estados, e sim doenças com ciclos evolutivos determinados dentro de uma margem temporal. A clínica passa a ser diacrônica e, de acordo com Bercherie (2001, p. 134): “seu modelo é a paralisia geral, com suas fases delirante, maníaca, demencial e estuporosa terminal”. Posteriormente, a clínica se configura sobre uma base etiopatogênica, ou seja, cada patologia é remetida a um conjunto de causas e mecanismos

patológicos típicos. Esse período corresponde ao auge da psiquiatria clássica de adultos que é transposta para a investigação dos problemas mentais que acometem as crianças. Já nesse período, as patologias são compreendidas como essencialmente somáticas, como doenças do cérebro.

A ênfase dos tratados publicados à época recaía sobre a questão do caráter constitucional ou adquirido dos transtornos mentais infantis e sua correlação com a idiotia ou retardo. A loucura da criança era apontada como sendo associada ou mascarada pela idiotia. Havia, ainda, uma tentativa de equiparar as doenças das crianças aos quadros clássicos formulados para os adultos, segundo o modelo Kraepeliano, tal como esclarece Bercherie (2001, p. 135):

O que os trabalhos dessa época retomam de Kraepelin, antes de tudo, são as modalidades gerais de sua nosologia: por exemplo, a noção de personalidades psicopáticas, em seu sentido amplo, alemão, que recobre o conjunto dos transtornos constitucionais e reativos (grosso modo, para nós, as neuroses, as psicopatias, no sentido moderno restrito e a paranoia); é também a concepção das grandes afecções endógenas: epilepsia, psicose maníaco-depressiva e demência precoce. É, precisamente, esse último conceito que vai exercer uma influência notável sobre a pedo-psiquiatria.

O interesse dos pesquisadores nesse momento está voltado para a diferenciação do quadro de retardo na sua forma congênita de outros quadros adquiridos nos primeiros anos de vida, as demências infantis. Em torno dessa discussão, destaca-se o trabalho de Sante de Sanctis de 1906, que denomina de demência precocíssima o quadro que se diferenciava do retardo e que foi descrito por Heller (sem data), citado por Bercherie (2001, p. 135), nos seguintes termos:

Trata-se do aparecimento, a partir dos 3-4 anos, em crianças que, até então, haviam tido um desenvolvimento normal, de um estado de morosidade e indiferença, com negativismo, oposição, transtornos afetivos (cólera, ansiedade), seguidos de uma desagregação da linguagem e de diversos transtornos motores bastante característicos: agitação, estereotípias, maneirismo, catatonia, impulsões.

Há a suspeita, também, da presença de delírios e alucinações, com muitas semelhanças com os quadros de psicose hebefrênica. Além disso, Heller destaca a possibilidade de ocorrência de uma evolução muito ruim, na qual a criança “não se alimenta de maneira autônoma, torna-se incontinente, perde o uso da linguagem.” O autor ressalta, no entanto, a permanência da atenção e, sobretudo, de uma “fisionomia inteligente, o que diferenciaria essas crianças dos verdadeiros retardados.” (BERCHERIE, 2001, p. 135).

A descrição de Heller da demência precocíssima é bastante interessante para se

pensar o que se convencionou diagnosticar como autismo ou TEA na atualidade. Será possível observar, posteriormente, no caso clínico da pesquisadora, como essa caracterização, mencionada em linhas anteriores, condiz com o quadro da criança diagnosticada, a princípio, como autista, mas cuja evolução impõe questionamentos quanto à pertinência desse diagnóstico. É evidente que abordar essa questão apenas no sentido descritivo, não concerne ao diagnóstico psicanalítico e não é esse o propósito aqui. Pretende-se, isso sim, indicar como, mesmo do ponto de vista fenomenológico, esses quadros são confundidos devido à maior ênfase dada ao autismo, na atualidade, em detrimento dos diagnósticos de psicose na infância.

Voltando ao século XX, foi a obra de Bleuler sobre a esquizofrenia, em 1911, que veio dar um fim à confusão em torno do retardo, uma vez que ele desvinculou o componente demencial da esquizofrenia. Bercherie (2001) aponta que o primeiro autor a falar em esquizofrenia infantil foi Homburger, em seu tratado de 1926, havendo, a partir de então, uma disseminação da ideia de existência das psicoses dissociativas e autísticas na infância, o que culminou na modernidade com a noção de psicose em crianças.

O surgimento da clínica pedopsiquiátrica marcou o início de uma nova compreensão na psiquiatria acerca do que se passa na infância. É nesse momento histórico da psiquiatria que pode se falar com maior precisão de uma clínica essencialmente da criança, tal como se concebe na modernidade. Esse período foi profundamente influenciado pela teoria psicanalítica, pois se compreendia a necessidade de conhecer os fundamentos do adoecimento do adulto, a partir de sua origem na infância, sede dos primeiros conflitos psíquicos dos indivíduos. (MARFINATI; ABRÃO, 2019).

Nesse sentido, destaca-se uma clínica mais complexa com uma expansão das psicopatologias, à semelhança dos quadros dos adultos, caracterizada não mais pela presença unívoca do retardo, e sim, pela diversidade de quadros que incluem as doenças psicossomáticas, os transtornos do comportamento e as perturbações do desenvolvimento das funções elementares como a fala, a motricidade, o sono e as funções esfinterianas. (BERCHERIE, 2001).

A organização particular da clínica pedo-psiquiátrica ocorreu a partir de uma compreensão bastante influenciada pela teoria psicanalítica, além do funcionalismo norte-americano. Bercherie (2001) ressalta como foram atrelados aspectos do desenvolvimento infantil, fatores constitucionais e as funções psicológicas, constituindo um conjunto homogêneo sobre o qual se estruturou a psiquiatria infantil moderna. É nesse contexto que o tratado de Kanner, de 1935, reflete uma conquista da época, constituindo-se numa das principais

referências da psiquiatria. Antes da revelação de Kanner acerca do autismo infantil precoce em 1943, Gesell já havia realizado uma ampla pesquisa, que possibilitou o estudo comparativo de Kanner e a diferenciação das crianças autistas do grupo das esquizofrênicas em razão da ausência muito precoce das relações afetivas.

Bercherie (2001, p. 139) resume a importância desse período do seguinte modo:

Enquanto que a clínica psiquiátrica do adulto é originalmente pré-psicanalítica e permanece profundamente marcada pelo espírito médico que a constituiu, a clínica da criança, notemos, só pôde construir-se sobre bases bem diferentes. Somente assim ela pôde integrar os caracteres particulares da patologia que constitui seu campo: sua estreita ligação com o desenvolvimento psicológico da criança, de um lado, sua labilidade, de outro, isto é, a grande mutabilidade que conserva a criança na sua estrutura mental. A segunda característica está ligada à primeira e explica o fracasso dos métodos clássicos na clínica infantil: ai é impossível definir trajetórias típicas, estruturas fixas, cuja evolução estaria já inscrita nos dados de início, com exceção, talvez, para a patologia mais grave, a primeira a ser bem descrita. (grifo nosso).

A dificuldade em estabelecer trajetórias típicas e estruturas fixas para os quadros da infância, tal como estabelece Bercherie, é uma realidade que se mantém na atualidade, justamente como o autor sinaliza, devido à labilidade da infância e sua constante transformação. No entanto, um quadro clínico constitui uma exceção, segundo o autor, a patologia mais grave e a primeira a ser bem descrita. Aqui, pode-se inferir que se trate dos casos de psicose infantil, sob a forma da esquizofrenia, primeira grande preocupação dos pesquisadores e à qual vem se juntar o autismo, sobretudo, na atualidade.

Nesse cenário, duas teses se destacam na psiquiatria: a do autismo de Kanner (1943) e a da esquizofrenia infantil de Laretta Bender (1947). O autismo será abordado mais adiante. A ênfase nesse momento recairá sobre a esquizofrenia.

A esquizofrenia aparece na clínica com crianças como um quadro originário da psiquiatria clássica. Identificada por Kraepelin, que a denominou de demência precoce (1896), foi renomeada por Bleuler, em 1911, com o termo esquizofrenia. Para Kraepelin, a demência precoce englobava a demência precoce propriamente dita, a catatonia e a demência paranoide, havendo grande preocupação com sua evolução clínica, sobretudo, a precocidade de seu início e a cronicidade de seu curso. Já Bleuler, privilegiou a ocorrência de um transtorno primário na esquizofrenia, a *Spaltung*, enquanto cisão das funções psíquicas, originando um sistema de funções independentes que perturbam a unidade da personalidade, com destaque para a dissociação das funções que compreendem a inteligência, o comportamento e os afetos. (BARROSO, 2014).

Goldfarb (1975) fez um estudo sobre o histórico da conceituação da esquizofrenia

e do autismo na psiquiatria infantil, apontando os nomes de Potter (1933) e Bradley (1941) como os principais clínicos que influenciaram o pensamento da época, e que consideraram os critérios de Bleuler para o diagnóstico da esquizofrenia em adultos, aplicáveis ao diagnóstico de crianças.

Os critérios de Potter para o diagnóstico de esquizofrenia na infância incluíam:

- retração generalizada dos interesses no ambiente;
- pensamentos, sentimentos e ações não realísticas;
- perturbações de pensamento, manifestas através de bloqueio, simbolização, condensação, perseveração, incoerência e diminuição, em casos mais graves, chegando ao mutismo;
- deficiência no relacionamento emocional;
- diminuição, rigidez e distorção de afeto;
- alterações de comportamento acompanhadas ou de aumento da motilidade ou de redução, podendo levar à completa imobilidade ou ao comportamento bizarro e à estereotipia

Já Bradley, preocupado com a distinção entre a esquizofrenia infantil e a personalidade esquizoide, estabelece um quadro com as principais características observadas nesse grupo de crianças e que as distinguiam das demais tratadas por ele. O autor destaca, ainda, que a apatia e o embotamento afetivo característicos nos adultos, não eram predominantes nas crianças. Os sintomas nesse grupo de crianças por ele isolado são:

- isolamento;
- irritabilidade, quando perturbado o isolamento
- devaneios;
- comportamento bizarro;
- diminuição nos interesses pessoais;
- regressão nos interesses pessoais;
- sensibilidade a críticas;
- inatividade.

Bradley (1941), seguindo o modelo de Bleuler sobre os sintomas primários e secundários da esquizofrenia, ficou bastante impressionado com a relevância do isolamento, do comportamento bizarro e da regressão encontrados nas crianças avaliadas. O autor ressaltou, ainda, a importância da realização de um diagnóstico fundamentado não apenas nos sintomas, mas na consideração dos aspectos relativos ao desenvolvimento e crescimento da criança.

(GOLDFARB, 1975).

Outra pesquisadora a se deter no estudo das psicoses infantis foi Despert (1938), que acompanhou e descreveu vinte e nove crianças atendidas no Instituto Psiquiátrico de Nova Iorque entre 1930 e 1937. A autora mencionada por Goldfarb (1975) defende que a esquizofrenia é “um processo de doença na qual a perda de contato afetivo com a realidade é determinada pelo aparecimento de pensamento autístico, ou é coincidente com este e acompanhado de fenômenos específicos de regressão e dissociação”. Percebe-se, como salienta Goldfarb (1975), que apesar de imprecisa, essa definição de Despert (1938) aponta para um elemento relevante, o fracasso em alcançar um relacionamento emocional satisfatório com a realidade. Atrelada a essa dificuldade, a autora destaca, segundo Goldfarb (1975), a fala anormal da criança caracterizada por uma cisão entre a “linguagem sinal” e a “linguagem função”, isso remete ao fato de as palavras serem repetidas como eco, mas não utilizadas para comunicar algo com sentido aos outros. (GOLDFARB, 1975, p. 238).

A partir da década de 1940, aumenta o interesse pelas psicoses infantis, destacando-se duas teses: a de Lauretta Bender e a de Leo Kanner, ambos dos Estados Unidos e com larga experiência na observação dos principais distúrbios apresentados por essas crianças. Segundo Goldfarb (1975), esses pesquisadores apresentaram uma das maiores contribuições sobre o assunto, influenciando o campo da psiquiatria infantil em vários países.

Bender (1941-42, p. 127) defende uma visão biologicista acerca das alterações manifestadas pelo comportamento das crianças. Para a autora, a esquizofrenia infantil constitui “um distúrbio psicobiológico global na regulação da maturação de todas as funções básicas de comportamento, observadas clinicamente na infância”. Há também preocupação em diferenciar os casos de esquizofrenia de outros distúrbios da infância, como as encefalopatias, que segundo a autora, podem apresentar semelhanças com a esquizofrenia, no sentido de uma regressão no comportamento, porém, Bender (1941) supõe a existência de um núcleo central de psicose presente na esquizofrenia, sem definir, no entanto, do que se trataria essa “psicose essencial”. (GOLDFARB, 1975).

Outros aspectos observados por Bender (1941), e que são muito interessantes para pensar as questões diagnósticas envolvidas entre psicose e autismo, diz respeito à presença nas crianças do que ela denomina de uma atividade motora desviante e o conhecimento prejudicado do próprio corpo, ambos relacionados a alterações perceptivas nestas crianças. Em seus relatos, Bender destaca as alterações nas respostas visual-motoras primitivas como a tendência à verticalização de figuras horizontais, a reprodução precária de imagens, a impulsividade motora

e a distinção imprecisa entre figura e fundo. (BARROSO, 2014).

Bender classificou as expressões clínicas da esquizofrenia infantil em seis tipos: 1) Tipo de criança pseudodeficiente com retraimento autístico ou regressivo; 2) Tipo pseudoneurótico, com manifestações fóbicas, obsessivo-compulsivas, histéricas e ansiosas; 3) Tipo psicossomático; 4) Tipo pseudopsicopata com impulsividade e sintomas antissociais; 5) Tipo caracterizado por episódios psicóticos definidos; 6) Esquizofrenia latente.

A pesquisadora deu ênfase ao corpo, observando desde alterações posturais, distúrbios na movimentação padronizada, atraso no desenvolvimento ou falta de coordenação e insegurança motora, desenvolvendo uma vertente de estudo ainda pouco explorada. Considerou como marca registrada da esquizofrenia a “resposta de rodopio”, quando presentes em crianças acima de seis anos. Bender (1941) esclarece que, ao ser colocada em pé, de olhos fechados e braços estendidos, enquanto o observador gira sua cabeça em torno do pescoço, a criança esquizofrênica move seu corpo para mantê-lo alinhado à cabeça. A autora relaciona esse fenômeno a outros como a dependência corporal e a submissão física, que se manifestam na atitude da criança esquizofrênica em se apoiar no adulto ou se fundir com o contorno de qualquer corpo com o qual entra em contato. (BARROSO, 2014).

Além da avaliação clínica, Bender trabalhou com testes psicométricos, criando, inclusive, uma escala, que leva seu nome, e que avalia os distúrbios da percepção e do esquema corporal. Embora haja essa consideração privilegiada do lugar do corpo no desenvolvimento das funções psicológicas das crianças, essa psiquiatra não dispunha de uma teoria do corpo e da linguagem, tal como salienta Barroso (2014), restringindo-se a um entendimento puramente biológico do que se passa com a criança esquizofrênica.

Goldfarb (1975), em seu artigo “Psicose infantil” revela que, nesse cenário da psiquiatria, no qual não se conseguiu estabelecer critérios diagnósticos gerais para a psicose das crianças, acabou-se privilegiando o termo genérico esquizofrenia infantil para designar todos os casos de distúrbios que não envolvessem lesões cerebrais. Logo, houve uma divisão no campo das psicoses em psicoses orgânicas (psicoses: tóxicas, metabólicas, degenerativas, infecciosas, disrítmicas, traumáticas e neoplásicas) e as psicoses funcionais que compreendem aquelas nas quais não foram identificadas alterações na estrutura cerebral.

Entre as décadas de 1940 e 1950, as psicoses infantis ou a esquizofrenia constituíram um campo marcado pela confusão diagnóstica, tal como afirma Lacan (1953-1954/1986, p. 124): “mais frequentemente se fala de esquizofrenia infantil quando não se compreende muito bem o que se passa”. Nesse período, que coincide com a conceituação de

Kanner sobre o autismo infantil precoce, as diferenças diagnósticas ficaram ainda mais problemáticas.

A tese de Kanner (1943) será abordada mais adiante, já que seu anúncio de uma nova patologia da infância também está inserido numa discussão que inclui a psicanálise. No entanto, vale apontar, resumidamente, os pontos centrais do diagnóstico dessas crianças, segundo sua visão de psiquiatra com influência da teoria psicanalítica, que oscilava entre uma compreensão ora dominada pelo biologicismo, ora mais alinhada aos pós-freudianos, como Margareth Mahler. Kanner (1943) observou:

- 1) solidão em grau extremo, na tenra infância;
- 2) comunicação prejudicada, a fala e a linguagem não usadas para a comunicação, mutismo ou presença da linguagem ecológica;
- 3) insistência obsessiva na mesmice, com grande ansiedade frente a situações novas e preocupação ritualística repetitiva;
- 4) fascinação pelos objetos em contraste com o desinteresse pelas pessoas.

Asperger (1944/1991), pouco depois de Kanner, descreveu um quadro clínico que, apesar de conter semelhanças, apresentava algumas variações em relação ao autismo de Kanner, sobretudo, no que concerne ao comprometimento da linguagem e do desenvolvimento, que, de modo geral não estava presente ou, se estava, era muito leve. O que era comum aos dois quadros, dizia respeito à dificuldade de interação social e a importância dos objetos, mas ambos os autores não faziam objeção à inclusão do autismo e da síndrome de Asperger na concepção geral da esquizofrenia. (GOLDFARB, 1975).

Na psiquiatria, a comoção produzida pelo advento do autismo levou a múltiplas teorias que buscavam explicações para sua etiologia, além do desenvolvimento do tratamento mais adequado. É imperioso ressaltar como as transformações sociais engendraram o conceito de autismo que, na atualidade, não se restringe ao modelo de Kanner. Essa diversidade presente no quadro clínico foi incorporada à compreensão do autismo, transformando-o em um espectro com diversas nuances, desde o tipo mais leve, até aquele com maior comprometimento da linguagem e interação social.

Segundo Barroso (2014), só muito recentemente o autismo tornou-se uma categoria diagnóstica específica dentro da psiquiatria. A autora cita Laurent (2011a) e seu artigo “Les spectres de l’autisme”, no qual ele estabelece como fator determinante dessa mudança, a própria transformação da psiquiatria, com sua reinserção no campo da medicina, pois, se antes a psiquiatria trabalhava apenas com aspectos subjetivos e relacionais das patologias, nos

últimos anos, ela adquire contornos cada vez mais biologicista. O diálogo com a neurologia e a genética conferiu maior cientificidade a suas intervenções que visam promover alterações na bioquímica cerebral. Nesse panorama, a psiquiatria passou a estar mais afinada com a proposta dos manuais diagnósticos, DSMs.

O fenômeno de retirada do autismo do campo das psicoses está relacionado ao surgimento dos manuais de classificação, (DSM), nos Estados Unidos e com a pressão social pela educação dessas crianças portadoras de necessidades especiais. Nas primeiras edições desse manual, o autismo ainda permaneceu ligado à psicose, por ser considerado uma expressão precoce da esquizofrenia. Nesse momento, a influência do paradigma psicossocial ainda está presente, o que não mais ocorrerá a partir das edições dos anos de 1980. (BARROSO, 2014).

O ano de 1980 constitui um marco, no que se refere ao avanço da compreensão biologicista para a loucura de forma geral. O autismo é separado da esquizofrenia e incluído nos transtornos generalizados do desenvolvimento. Por generalizado, pretende-se definir que o comprometimento causado por esse quadro afeta diversas áreas do desenvolvimento, isto é, aspectos cognitivos, afetivos, sociais e de linguagem. (BARROSO, 2014).

No DSM-IV, o autismo tem seu estatuto modificado de “psicose iniciada na infância”, para “transtorno do desenvolvimento psicológico”, evidenciando seu maior distanciamento da esquizofrenia. Surge, então, um interesse crescente por parte de profissionais da saúde e mesmo da sociedade de modo geral, às questões trazidas pelos sujeitos autistas, cada vez mais solicitados a transmitir sua experiência. (BARROSO, 2014, p. 39).

No DSM-V, há nova mudança no estatuto do autismo para a psiquiatria, sendo sua nomenclatura modificada para TEA – Transtorno do Espectro Autista – com ênfase ainda maior na causalidade genética e no aspecto cognitivo, que serve de fundamento para as intervenções de ordem estritamente comportamental. A noção de espectro é incorporada, com o intuito de enaltecer a diversidade da gravidade dos casos e a abordagem educativa é reforçada pela concepção da existência dos déficits de atenção e de aprendizagem que precisam de atenção especializada.

2.2 O diagnóstico na psiquiatria

Diagnosticar na psiquiatria envolve, fundamentalmente, reconhecer, identificar e nomear, de modo racional, um quadro clínico pertencente a um agrupamento de doenças para decidir sobre o seu tratamento, o que, geralmente, inclui a prescrição de medicação. Isso leva

aos questionamentos sobre quais métodos a psiquiatria utiliza na sua formulação diagnóstica e, ainda, como se dá o processo de desenvolvimento dos sistemas classificatórios.

Quando se trata da psiquiatria, aqui, tem-se a pretensão de considerar apenas a psiquiatria biológica. Existem várias vertentes de compreensão do sujeito na clínica psiquiátrica, mas o objetivo dessa pesquisa consiste em situar os efeitos de um discurso/prática dominante que exerce forte influência na sociedade contemporânea, cujos efeitos tornam-se ainda mais problemáticos no que diz respeito ao diagnóstico e à medicalização.

Nesse sentido, é essencial conhecer como se constroem e efetivam na sociedade esses sistemas de classificação e os principais desdobramentos da medicalização, sobretudo, quando se trata da infância. Cabe ressaltar, que não se pretende restringir a clínica psiquiátrica a esses dois aspectos (classificação e medicalização), apenas situar sua relevância na determinação do diagnóstico e tratamento.

Como já foi detalhado no capítulo anterior o cenário dos primórdios da psiquiatria infantil em articulação com a o início do trabalho psicanalítico com crianças autistas e psicóticas, o objetivo atual agora consiste no refinamento da elaboração diagnóstica, segundo as duas clínicas (psiquiátrica e psicanalítica). Acredita-se que, dessa forma, será mais compreensível identificar os problemas concernentes ao diagnóstico e ao tratamento das crianças com esses quadros na atualidade.

Por que se afirma haver problemas com esses diagnósticos e, conseqüentemente, com o tratamento, que é sua consequência imediata? Antes de abordar esse ponto, é preciso dizer o que é o diagnóstico e como ele se dá na psiquiatria, pois ele não se apresenta do mesmo modo na psicanálise. Equivale a dizer que o autista da psiquiatria não é o mesmo autista da psicanálise. Em razão disto, gera, muitas vezes, incompreensões e dificuldades no trabalho em equipe nos serviços de saúde.

Diagnosticar para a psiquiatria remete a um termo cuja área semântica designa: separar, decidir, fazer conhecer e divulgar. Assim, configura “um campo significativo relativo a um modo de conhecer que consistia em separar e discriminar as notas do cognoscível”. Refere-se ao reconhecimento dos sinais de uma doença, a fim de especificar de qual se trata. (SAURÍ, 2001, p. 10).

Saurí (2001) destaca dois métodos utilizados para diagnosticar. Um ele atribui à psiquiatria, com influência naturalista. Outro, surgido a partir de certa ruptura com o anterior, se desenvolveu no interior da psiquiatria clássica, mas teve sua expressão maior na psicanálise. O primeiro considera o diagnóstico uma meta cognoscitiva, o outro, o situa como um trabalho

a ser realizado.

No primeiro caso, diagnosticar está atrelado à ideia de conhecer o objeto cognoscível a partir de uma representação da realidade. Aqui, a ênfase está na percepção e interpretação do avaliador que, através da sua compreensão do objeto, irá formular o diagnóstico. No segundo caso, o diagnóstico como desenvolvimento surge em decorrência de uma fratura na compreensão naturalista do adoecimento mental e da concepção de que há um saber desconhecido pelo sujeito que o marca. Logo, não há uma única percepção válida (avaliador), pois tanto sujeito como o objeto são referentes complementares e correlativos (SAURÍ, 2001).

O diagnóstico psiquiátrico, apesar dessas diferenças de compreensão, tem se tornado na atualidade, em virtude da aproximação com a neurologia, cada vez mais pragmático, sendo fundamentado na aplicação de testes e utilização de manuais, a fim de lhe conferir maior objetividade, através da redução do papel do avaliador. A formulação diagnóstica se baseia, então, no modelo da checagem de sintomas agrupados numa lista, segundo critérios estatísticos de incidência. Devido à influência desses manuais na formulação do diagnóstico e na escolha do tratamento medicamentoso, faz-se necessário conhecer como se efetivou seu domínio no âmbito da saúde mental (SAURÍ, 2001).

Convém questionar Braunstein (2013) o que é classificar e o que classifica a classificação. É sabido que a taxonomia botânica serviu de modelo para os sistemas classificatórios da psiquiatria e, portanto, a aparência dos fenômenos era o princípio norteador da classificação, tal como ocorria com as espécies vegetais. Pretendia-se, assim, assegurar a validade e confiabilidade do que era observado. Desse modo, percebe-se ao observar os objetos que eles “existem realmente, são distintos entre si, não há um espectro de gradações, e dois ou mais observadores, aceitando os critérios propostos, chegam à mesma conclusão, sem que a subjetividade interfira no julgamento”. (BRAUNSTEIN, 2013, p. 186, tradução nossa).

O intuito da psiquiatria do século XIX era utilizar a mesma disposição de estrutura da botânica que organiza as plantas em classe, gênero e espécie ao criar as categorias, subcategorias e variações psiquiátricas das enfermidades. Braunstein (2013) destaca que Lineu se utilizou do pressuposto de que qualquer observador poderia confirmar a mesma observação, o que garantiria a universalização do seu sistema classificatório.

Diferentemente de Lineu, Kraepelin não dispunha das mesmas condições objetivas para universalizar os critérios classificatórios da psiquiatria e essa sempre foi uma das principais críticas feitas à psiquiatria, uma vez que carecia de confiabilidade, por não se conhecer as causas

das enfermidades mentais. Segundo Braunstein (2013), o modo encontrado para superar essa falta de confiabilidade, foi apelando para a objetividade dos questionários autoadministrados, nos quais, ou o paciente ou a família respondem com um x ou um escore, ao que lhe é perguntado, com a mínima interferência possível do médico.

A sobrevivência da nosografia atual baseada na de Kraepelin, segundo Braunstein (2013), é motivo de lamento e descrença. Se a psiquiatria alemã fez um bom trabalho no sentido de organizar um campo, até então caótico, por outro lado, determinou, não só a formulação do que pode ou não ser classificado como transtorno mental, mas também, influenciou de modo decisivo a formação dos psiquiatras em todo o mundo. Além do mais, essa psiquiatria apresentou efeitos na cultura, uma vez que produziu:

uma linguagem, um modo de pensamento, um discurso e umas regras semiológicas, que por sua vez, engendraram e clonavam psiquiatras como agentes de aplicação do sistema proposto: ‘psiquiatra’ era, a partir da primeira metade do século XX, quando o termo se popularizou, quem manejava a classificação de Kraepelin’. (BRAUNSTEIN, 2013, p. 210, tradução nossa).

Não só na psiquiatria, mas em todo o campo da medicina, as doenças são criações históricas e não objetos naturais com existência autônoma na realidade. São conceitos compostos pelo conjunto de signos e sintomas, formulados por pesquisadores que os reúnem nas mais diversas síndromes e doenças e os definem como objetos a serem estudados. Como bem pontuou Braunstein (2013), a materialidade das doenças é linguageira, somente existindo no espaço e no tempo classificatório.

Não se pretende afirmar que as doenças mentais não existem. Busca-se apenas salientar que elas são produto de um tempo histórico, de modos de relação interpessoais que sofrem influência, por sua vez, dos modos de organização do trabalho e do capital. Só após serem nomeadas pela psiquiatria é que os ditos transtornos mentais passaram a adquirir existência, como foi o caso da esquizofrenia e do TDAH.

Ao designar essas doenças, abre-se espaço para uma epistemologia psiquiátrica, que passa a analisar e investigar quais seus modos de construção, segundo quais processos de produção, dentro de uma conjuntura histórica e conceitual da medicina. Com Pinel e Kraepelin, a nosografia visava uma descrição da realidade. Já na atualidade, sabe-se que se trata de uma categorização da realidade. (BRAUNSTEIN, 2013).

A realidade dessa categorização consiste na formulação de tempos em tempos dos manuais estatísticos das doenças mentais, conhecidos como DSM’s. Esses manuais apresentam algumas especificidades que merecem ser destacadas de forma breve, para que se possa

compreender um dos principais problemas da atualidade, no que tange à infância: o crescente número de diagnóstico de autismo ou TEA, como denomina a psiquiatria. Como se chegou a índices tão altos de autismo, se até certo tempo atrás era considerado um quadro raro da infância?

Para tanto, será necessário percorrer um caminho que começa com o primeiro DSM. A princípio será abordada uma perspectiva mais geral desses manuais, situando o contexto de sua criação e relevância no âmbito do diagnóstico psiquiátrico para, mais adiante, tratar, especificamente, dos seus desdobramentos na infância.

No século XIX, a psiquiatria reunia correntes diversas de pensamento sintetizadas em dois grandes paradigmas, a saber: o clínico-descritivo, que compreendia os tratados de Pinel e Esquirol e o etiológico-anatômico, presente nas obras de Morel, Kahlbaum e Griesinger. No século XX, destacam-se dois grandes nomes: Kraepelin e Freud. Estes influenciaram a psiquiatria, cada um à sua maneira. Kraepelin lançou a base para os sistemas classificatórios contemporâneos e Freud apresentou novo enfoque para o diagnóstico, deslocando-o da simples descrição em categorias e enfatizando os aspectos psicodinâmicos do adoecimento mental. (BEZERRA JR, 2014).

O DSM I data de 1952 e resulta de uma série de mudanças sociais ocorridas após a Segunda Guerra Mundial. Com o intuito de atender às reivindicações dos veteranos da guerra, assolados por quadros traumáticos, e que não encontravam descrição nos manuais da época para seus sintomas, foi criado o DSM I. A proposta foi criada pela APA (Associação Americana de Psiquiatria) e ignorava a classificação da OMS (CID- Classificação Internacional das Doenças) que já estava na sua sexta edição. O DSM I contava com 106 categorias diagnósticas e expressava a influência da psicanálise através de uma psicopatologia subdividida em três grandes transtornos, a saber: transtornos neuróticos, psicóticos e de carácter. A descrição dos quadros clínicos era feita em parágrafos que evidenciavam aspectos subjetivos e padrões relacionais dos pacientes. (BEZERRA JR, 2014).

Um elemento central da elaboração diagnóstica desse manual era o termo “reação”. Essa palavra unia vários diagnósticos em um grupo. Assim, o diagnóstico de paranoia, por exemplo, se unia “ao de estado paranoide, para compor o grupo das reações paranoides. Os diversos quadros esquizofrênicos se dividiam em nove categorias para formar o grupo das reações esquizofrênicas, e assim por diante”. Essa compreensão estava atrelada à ideia de que as doenças mentais eram reações dos indivíduos às situações existenciais frente às quais não havia possibilidade de oferecer uma resposta adequada. Percebe-se, aqui, um forte componente

subjetivo que orientava a formulação do diagnóstico (BEZERRA JR, 2014, p. 18-19).

No DSM II (1968) foi abandonado o uso do termo reação, porém a influência da teoria psicanalítica ainda se fez sentir pela presença de uma nomenclatura característica como neurose e psicose, além de uma concepção simbólica dos sintomas tomados como enigmas a serem decifrados. Nessa versão do DSM, há um aumento no número de categorias, que passam para 180, mas ele permaneceu sendo utilizado para fins administrativos, quase sem influência clínica, assim como a versão anterior. (BEZERRA JR, 2014).

Embora o DSM II se assemelhe ao anterior, ele inovou ao incluir a homossexualidade nos transtornos mentais, o que gerou revolta e articulação política, fazendo com que o colegiado da APA se reunisse e voltasse atrás, excluindo essa categoria, num feito inédito. (BEZERRA JR, 2014).

Esse caráter revolucionário dominou a década de 1970 e produziu, por consequência, um DSM III completamente diferente dos manuais precedentes. Quando se diz diferente, isso quer dizer que ele rompeu em diversos aspectos com o que estava estabelecido à época em termos de classificação. Tanto a nomenclatura, como a influência teórica, denunciava que se tratava de outros tempos. Isso significou “a adoção de uma descrição puramente descritiva ou a-teórica; a definição de critérios específicos para cada categoria diagnóstica; e a introdução de um sistema multiaxial”. A ruptura com a psicanálise foi a consequência imediata da primeira mudança de paradigma. O sintoma mudou seu estatuto de signo para sinal. Aqui, já não cabem interpretações, inferências ou qualquer tipo de interferência da subjetividade do médico na avaliação do paciente. A tarefa diagnóstica passa a ser uma detalhada análise e descrição do comportamento observável do paciente. (GAINES, 1992, DEMAZEUX, 2013, apud BEZERRA JR, 2014, p. 20).

A terceira versão do DSM III (1980) contou com 292 categorias, o que não é um fato de menor importância, pois esse número só cresceu desde então. Essa “inflação diagnóstica”, como define Frances (2013), revela, de que modo se articulou, a partir dessa versão do manual, uma proposta de psiquiatria biológica, cuja classificação estava ligada à pesquisa e à indústria farmacêutica. (ZORZANELLI, 2014).

Nesse momento, é estabelecida a nomenclatura “transtorno mental” e ocorre a desconsideração do saber do sujeito sobre seu sofrimento. Essa revolução produzida pelo DSM III, não se restringiu apenas à psiquiatria, expandiu-se para além da medicina e deveu-se a um contexto histórico marcado por uma forte industrialização e modernização da vida, o que exigiu novas respostas médicas ao adoecimento mental. As novas medidas terapêuticas foram

possibilitadas pelo uso de medicamentos psicotrópicos com tecnologia, até então, inédita. Era o início de uma nova era, de um processo de medicalização da vida que se complexificou na atualidade e reverberou, inclusive na clínica com crianças. Essa questão da medicalização será abordada mais adiante. (ZORZANELLI, 2014).

Por hora, cabe salientar que o DSM IV manteve a mesma linha da terceira edição, ampliando, ainda mais, as categorias diagnósticas e aprofundando a defesa de um modelo ateuórico de compreensão das enfermidades mentais. O DSM IV, publicado em 1994, contava com 297 categorias, sendo revisado em 2000 sem grandes acréscimos. Os diagnósticos foram organizados em torno de cinco eixos e a principal mudança dessa versão, segundo Martinhago e Caponi (2019, p. 3), foi: “a inclusão de um critério de significância clínica para praticamente metade das categorias que tinham sintomas e causavam sofrimento clinicamente importante ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, entre outras áreas”. A partir desse momento, rompeu-se com a tradição etiológica das enfermidades mentais e o diagnóstico se inseriu num modelo eminentemente nosográfico. (RIBEIRO et al., 2020).

O DSM V, publicado em 2013, apresentou ainda mais diferenças em relação às versões anteriores. Há o predomínio da descrição de categorias, que são cada vez mais ampliadas, em detrimento de uma compreensão psicopatológica dos casos. O caráter biologizante do manual é estabelecido, havendo predominância das descrições dos fenômenos e o empobrecimento da lógica diagnóstica. Lógica essa, que é diametralmente oposta à psicanalítica. As diferenças epistemológicas fazem com que a psiquiatria vise à supressão do sintoma com o objetivo de adequação à norma social e a psicanálise conceba o sintoma como índice de sofrimento, comporta uma verdade do sujeito, mas, acima de tudo, é uma condição para o início do tratamento, isto é, que o sintoma se transforme em queixa. (RIBEIRO et al., 2020).

Apesar das críticas ao DSM V, ele ocupa uma posição privilegiada em termos de influência no mundo todo, por isso foi eleito aqui para análise, em detrimento do CID (Classificação Internacional das Doenças da OMS) e que, inclusive, é adotado no Brasil. A que se deve essa influência? Pensando nos manuais de classificação como objetos culturais, Zorzaneli (2014), atribui o poder desses manuais à sua capacidade de dialogar com os anseios sociais. Eles vão ao encontro do que busca grande parte da população do ocidente: o acesso à informação sobre questões de saúde e qualidade de vida, já que há, cada vez mais, consumidores desses conteúdos, reforçados pela mídia e atrelados à proposição de um ideal de beleza e bem-estar. O interesse pela informação sobre saúde se soma ao conforto advindo dos manuais por

desresponsabilizarem os sujeitos pelo seu padecimento, atribuindo aos neurotransmissores e demais alterações químicas cerebrais a origem do adoecimento mental. Dessa forma, os manuais rompem com o preconceito sempre associado aos transtornos mentais e promovem sua popularização e desmistificação (ZORZANELLI, 2014).

Os efeitos de cada novo manual não se dão no vácuo sociológico. Além das ressonâncias sociais, o alcance dos DSM's deve-se às ações do complexo médico-industrial da saúde mental, responsável pela hegemonia desses manuais. Esse é um ponto fundamental, pois se trata de ações conjuntas e orquestradas por entidades com interesses financeiros em vinculação com grupos sociais interessados e a mídia, como esclarece Zorzanelli (2014, p. 63-63):

A extrapolação de um manual diagnóstico para a inflação diagnóstica requer uma série de outros vetores de ação, como os interesses das companhias farmacêuticas, o engajamento colaborativo dos médicos, nas prescrições, o interesse dos pacientes em obter tais prescrições, os grupos de consumidores e advogados requerendo direitos, além da ampla difusão na mídia, em todas suas formas de suporte, das novas doenças, criando campanhas de conscientização que dissipam novas denominações para incômodos e sofrimentos ainda não referidas ao campo psiquiátrico.

Por fim, retomando ao questionamento do início, o que classifica a classificação? Pode-se dizer com Braunstein (2013), que a classificação classifica os transtornos das pessoas afetadas por determinada condição que produz sofrimento, incapacidade ou perda de liberdade. Não é uma classificação de pessoas e sim de suas doenças. Por outro lado, Gaines (1992) ressalta que, de certa forma, as classificações acabam por classificar pessoas, tendo em vista as repercussões desses diagnósticos na subjetividade. Além do mais, os manuais de classificação não revelam patologias desconhecidas a cada nova edição, mas, antes, localizam modos de construção social daquilo que é considerado normal ou anormal numa cultura e num determinado momento histórico, considerando, é claro, os diversos interesses associados. Isso produz repercussões na clínica e uma das mais preocupantes refere-se à medicalização na infância.

2.2.1 Medicalização na infância: uma perspectiva crítica

O trabalho com crianças em sofrimento psíquico grave permite ao profissional de saúde, mais atento às questões relativas à subjetividade, deparar-se com discursos cada vez mais direcionados ao saber médico. As instituições que tradicionalmente cuidam da infância, como escolas, unidades de acolhimento, além das unidades de saúde em formatos diversos (Hospitais,

UPA's e UBS) têm encaminhado crianças para os serviços especializados. Tem-se como exemplo os Caps infantis, com demandas bastante delimitadas e que em geral podem ser agrupadas sob o termo laudo médico ou diagnóstico, estando associada, ainda, à demanda por medicação que resolva ou amenize as dificuldades da criança.

As crianças que apresentam alterações no seu comportamento denunciam um mal estar subjetivo que é percebido como fora da norma ou como desvio que precisa ser tratado. Assim, a escola quando constata uma dificuldade de aprendizagem, indisciplina ou comportamento inadequado remete a criança e sua família ao especialista, caso não consiga por conta própria resolver a situação. É o que fica denotado a partir das estatísticas sobre o adoecimento mental infantil, em que as psicopatologias mais frequentes dizem respeito à relação da criança com a ordem social. Assim, os quadros de Transtorno opositor desafiador, Transtorno de conduta e TDAH figuram entre os mais frequentes, o que faz pensar na significação desses sintomas na contemporaneidade e na responsabilidade daqueles que tratam essas crianças. (KAMERS, 2013).

Se antes havia uma busca por atendimento psicológico e só depois era procurado um psiquiatra ou neuropediatra, atualmente, a demanda já é desde o início para atendimento médico e por uma medicação que contenha essa criança, caso contrário, ela é impedida de continuar na escola. As mães se referem a uma expressão “estudam por diagnóstico”. Isso quando não há a solicitação de laudo médico que ateste um transtorno mental e que conceda à criança o direito ao acompanhamento na sala de AEE (atendimento educacional especializado).

Como afirma Kamers (2013), esse quadro tem como consequências os seguintes fatores: a escola tem se tornado o dispositivo regulador da inclusão e exclusão da criança; o saber e a intervenção médica e farmacológica são regulados pelos dispositivos sociais disciplinares, tais como os acima mencionados (escola, unidades de saúde e de acolhimento); a medicação tornou-se a principal forma da medicina responder a essas demandas sociais formuladas pelos dispositivos que cuidam das crianças.

Nesse cenário, percebe-se que há um deslocamento da estratégia do cuidar, por parte das instituições, para uma demanda do tratar com medicamento, solicitação feita à medicina dita científica, que detém o poder de definir o que é normal e o que é patológico no que diz respeito à criança. Essa articulação dos dispositivos sociais com o campo médico faz pensar se não haveria um entrecruzamento entre esses discursos que se retroalimentam formando uma rede na qual a criança e sua família são capturadas e não conseguem mais sair. (KAMERS, 2013).

Questiona-se de que forma as demandas direcionadas aos médicos foram se restringindo até que sua resposta passou a ser apenas o estabelecimento do diagnóstico e a prescrição de medicação para adequar a criança à norma social, cabendo aos demais especialistas como psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros, o cuidado com a criança e sua família de modo mais abrangente. (KAMERS, 2013).

O fato é que, na contemporaneidade, fica mais evidente que aos médicos cabem diagnosticar e prescrever, seja medicamentos, seja terapias, sobretudo, as de base comportamental, consideradas, por uma grande maioria, como únicas com eficácia comprovada. A escuta da história do paciente não é muito privilegiada pela medicina, a não ser para estabelecer correlação com o que se passa no corpo, especificamente, a uma falha no funcionamento cerebral e nos mecanismos neuroquímicos, o que justifica e fundamenta o uso da medicação. (KAMERS, 2013).

Alguns autores, como Guarido (2007), defendem que, ao invés da psicologização da escola, há na contemporaneidade uma psiquiatrização do discurso escolar, promovido pelo DSM e pelos avanços da indústria farmacêutica que, ao desenvolver uma série de medicamentos que prometiam revolucionar e acabar com as doenças mentais, acabou, na verdade, promovendo a proliferação de novos diagnósticos.

A lógica do DSM faz com que haja uma inversão do procedimento psiquiátrico onde é a produção do medicamento que determina a formulação do diagnóstico. Assim, têm sido produzidas, de acordo com Jerusalinsky (2011), três falsas epidemias: o transtorno bipolar, o TDAH e o autismo infantil ou TEA. Isso constitui um problema com consequências devastadoras, pois há uma produção de doenças para além da sua classificação, o que leva a um quadro de patologização da infância e medicalização da criança.

A esse respeito, Julieta Jerusalinsky (2020) denuncia o que ela denomina como circuito da patologização e medicalização da infância. Esse circuito conta com a colaboração decisiva dos diagnósticos por *check-list*, ou testes quantitativos, nos quais, é a pontuação obtida pela criança, avaliada através de questionários padronizados, que determina, a despeito de qualquer interferência subjetiva, seu diagnóstico. A ênfase nesse tipo de diagnóstico é justamente na exclusão da dimensão subjetiva do avaliador e também do sofrimento da criança, uma vez, que sua patologia corresponde tão somente a uma dificuldade na ordem do corpo, estando família e escola excluídas do adoecimento. A autora destaca:

O circuito lógico que opera entre diagnósticos de transtornos por *check-list*, patologização e medicalização só fecha quando dele se elide a interrogação acerca do

sofrimento do sujeito por trás do que se aponta como “transtornado” e “transtornador” e quando se suspende a leitura do sintoma como uma resposta que se produz em um contexto social, cultural, escolar e familiar. Essa demissão do sujeito não é sem consequências para o modo como se propõe organizar a *polis* e, dentro dela, traçar os rumos da infância, o que resvala impreterivelmente, e não sem menos consequências diretas, tanto no exercício das funções parentais, como na maneira pela qual a Escola poderá, ou não, incluir e abordar estes supostos signos patológicos de “transtornos” no contexto de suas rotinas diárias. (JERUSALINSKY, 2020, p. 176).

É nessa perspectiva que é preciso perceber o que as crianças têm a dizer sobre o que lhes afeta. Os casos, denominados de TDAH, revelam mais do que apenas falta de atenção ou agitação motora. Dizem da realidade de uma infância vivida com cada vez menos espaço nos grandes centros urbanos, onde, as telas de computadores e celulares constituem, muitas vezes, o único cenário realmente interessante para elas. O isolamento em apartamentos, a ausência de trocas sociais devido ao medo da violência, o distanciamento de avós, tios e primos produzem reflexo no modo com as crianças se constituem na atualidade e, conseqüentemente, isso se manifesta nos seus sintomas. (JERUSALINSKY, 2020).

Sem a devida consideração sobre o que está por trás dos sintomas da criança, corre-se o risco de ficar preso num reducionismo organicista, no qual para cada dificuldade da criança corresponde uma doença e uma disfunção bioquímica. Como aponta Jerusalinsky (2020, p. 179) a “palmatória química” é assim, utilizada em grande escala, constituindo uma prática recorrente para tratar o mal estar da infância. Isso fica evidenciado a partir dos dados que comprovam a maior utilização do metilfenidato (medicamento associado ao TDAH) no segundo semestre escolar do que no primeiro e a queda nas suas prescrições durante as férias escolares. O que isso evidencia senão a participação da escola na produção de um diagnóstico médico, extrapolando ou confundindo seu real papel que é o de educar?

Não se pretende aqui demonizar os psicotrópicos, mas problematizar seu uso, que tem ocorrido de modo excessivo e cada vez mais precoce na infância. Conta, inclusive, com a colaboração da escola, que chancela a patologização da infância. Desde os anos 80, a prescrição de psicotrópicos começou a ser utilizada na psiquiatria infantil, mas o que tem se observado na última década, é que esse recurso terapêutico tem sido excessivamente empregado, produzindo efeitos controversos na vida das crianças. Em situações extremas como delírios, alucinações, risco de vida, automutilações, privação de sono e agressividade, é claro que se faz necessário o uso de medicamentos para viabilizar a vida e o tratamento da criança, mas este uso deve ser racional e acompanhado de outras modalidades de tratamento. (JERUSALINSKY, 2020).

O emprego exclusivo de psicofármacos, sem qualquer outro tipo de terapia já teve seu uso relativizado por diversos pesquisadores. Isso ficou evidenciado, certa vez, na fala de

um médico de uma instituição, que afirmou prescrever mais Metilfenidato para as crianças da rede pública de saúde do que para as do seu consultório particular, porque as primeiras não tinham acesso tão fácil às terapias, como as de classe social privilegiada. Então, muitas vezes, é preciso reconhecer que o medicamento é prescrito para tentar atender a uma demanda, embora haja o reconhecimento de que essa não é a melhor resposta.

Por se encontrar em fase inicial de estruturação psíquica, a criança requer maiores cuidados no que tange à medicação, pois, na medida em que os psicotrópicos fazem calar os sintomas, há um impedimento da realização de um trabalho psíquico, necessário para lidar com o sofrimento. As crianças que utilizam medicamentos encontram maiores obstáculos para falar sobre seu mal-estar, uma vez que, é mais difícil acessá-lo. O trabalho de elaboração, tal qual Freud (1914/1996) estabelece como necessário à superação dos conflitos é obstaculizado pelos psicotrópicos, deixando a criança assintomática, mas refém de uma condição que pode inclusive se agravar com o passar dos anos. (VORCARO; GUEDES; COUTO, 2020).

O parco acesso aos recursos simbólicos disponíveis, e que auxiliariam no progresso do seu desenvolvimento, não permitem outra solução para o sofrimento da criança senão a obediência e o silêncio promovidos pela medicação. Isso é facilmente percebido nos consultórios e serviços de saúde, quando se compara uma criança que vem para o atendimento sem ainda ter feito uso de medicações e em seguida, após já estar fazendo uso. É mais difícil acessar através da sua fala o que lhe afeta, pois ela logo afirma estar se sentindo muito melhor; mesmo que, efetivamente, nada tenha modificado sua realidade. A esse respeito Vorcaro, Guedes e Couto (2020, p. 233) ressaltam:

Todavia, um dos efeitos da medicação sobre a criança, é o de retirar a potência que o sintoma comporta, enquanto solução singular inventada pela própria criança. Outro efeito danoso colhido pela pressa ao medicar o sintoma sem a sua devida escuta é desalojar os pais de sua função de cuidadores e educadores, estabelecendo em seu lugar um ideal padronizado de normalidade. Assim, nem mesmo é necessário acessar as coordenadas sobre as quais o mal-estar se assenta: ele é atribuído ao efeito de alguma ineficiência do organismo.

Vê-se, assim, como é importante a discussão sobre a medicalização na infância. Não se trata apenas de cuidados, devido à idade, ou aos efeitos dessa medicação a longo prazo. Isso também precisa ser considerado, mas, como ressaltam Vorcaro, Guedes e Couto (2020), é necessário chamar a atenção para as implicações dessa prática na constituição psíquica das crianças. As teorias desenvolvidas pelas crianças sobre o seu sofrimento e, portanto, seu modo de lidar com o que lhes afetam, dependem do seu acesso a esse mal-estar possibilitado pelo sintoma e da interpretação dos pais, que legitimam ou não esse sofrimento. Essa é a importância

do sintoma: produzir o trabalho psíquico para lidar com o sofrimento por ele desencadeado. Ao calar o sintoma, o medicamento inviabiliza essa elaboração. (VORCARO; GUEDES; COUTO, 2020).

É nessa trama discursiva familiar sobre o que está acontecendo com a criança desadaptada, inquieta, agressiva ou desatenta que ela irá construir uma narrativa sobre si. Narrativa essa, que necessita do saber dos pais sobre seu filho(a), porque desde o início da vida são eles que interpretam os sinais comunicativos e indicativos de desejo dos filhos (sono, fome, sede, manha, etc.). Os pais, na atualidade, têm cedido cada vez mais em seu saber para se alinharem ao saber do especialista, comprometendo sua participação na vida psíquica dos filhos. O medo de errar, de não ser um bom pai ou uma boa mãe, faz com que haja esse alinhamento ao discurso científico, produzindo “dificuldades em acessar a singularidade dos filhos para construírem um modo de abordagem destes”. Para o sintoma ser interpretado é preciso que os pais sustentem seu saber sobre o que se passa com os filhos. É preciso que haja essa apropriação dos pais, porque sem ela, tem-se apenas a fala do especialista sobre a doença e se perde a construção histórica, familiar, escolar e social que envolve a constituição de um sujeito. (VORCARO; GUEDES; COUTO, 2020, p. 233).

Para finalizar, resta ainda dizer que a medicação tem sido utilizada como a principal, se não a única, forma de tratamento da criança, servindo como dispositivo de vigilância e controle das instancias tutelares sobre a criança e sua família. São esses dispositivos que demandam e autorizam a intervenção médico-psiquiátrica sobre a criança. O médico assume o lugar de agente tutelar das famílias, sobretudo das menos favorecidas. O ato médico para essas classes sociais destina-se a suprir a falta de assistência e educação das crianças, tratando daquelas que estão em perigo, devido a sua vulnerabilidade, como também, intervém na infância perigosa e nas delinquências, legitimando condutas punitivas. (KAMERS, 2013).

O diagnóstico, nesse caso, se presta a diversas funções. Não se trata apenas de identificar a patologia para iniciar o tratamento, mas também, de atender à demanda social nas suas múltiplas faces: a escola que pretende enquadrar o aluno-problema num quadro nosográfico para, assim, se eximir de qualquer reponsabilidade pelo seu fracasso escolar; as unidades de acolhimento que desejam um diagnóstico para aquelas crianças e adolescentes que são agressivos e não seguem as regras institucionais para, com isso, evitar serem responsabilizadas caso ocorra algum conflito e; por fim, casos que envolvem a justiça, quando o psiquiatra é solicitado a dar um laudo, que ateste ou não um transtorno mental que justifique ou explique o ato criminoso e possa isentar ou não o adolescente da medida disciplinar, de

acordo com o caso.

O fato é que o mal-estar que a infância denuncia na contemporaneidade encontra no tratamento medicamentoso uma promessa de resolução. Se em cada momento histórico o mal estar relativo à condição humana, que Freud (1930/1996) denunciou em “O mal estar na civilização”, é tomado de uma forma específica e sempre considerado como algo impossível de ser eliminado, permanecendo um resto; na atualidade, há uma dificuldade em lidar com essa impossibilidade e isso tem atingido muito duramente as crianças.

2.3 A psicose e o autismo na infância nas classificações atuais

Para encerrar essa seção sobre a psiquiatria, resta abordar a questão do diagnóstico da psicose infantil e do autismo, a partir de sua diferenciação ao longo da história, pois houve uma equivalência entre os dois quadros durante muito tempo. O autismo era referido como um tipo de psicose infantil nas classificações psiquiátricas e é sobre esse percurso de transformação no conceito de autismo e separação da psicose que se irá dedicar maior atenção a partir de agora.

Isso porque esses dois quadros não são compreendidos de modo semelhante ao da psicanálise, onde há um grande debate sobre se se tratariam ou não de uma mesma estrutura clínica. Essa questão foi superada na psiquiatria atual e não é mais considerada relevante. Mas, ainda assim, merece uma análise cuidadosa, a fim de que se compreenda porque há um entendimento tão diferente em ambas as clínicas.

A designação de Kanner (1943) sobre o autismo inaugurou uma clínica diferenciada da infância numa época em que havia uma nosografia restrita a quadros de deficiência mental, doenças de base orgânica ou algumas mal definidas, como já foi mencionado no capítulo anterior. No entanto, foi necessário que Arnold Gesell, antes de Kanner, fornecesse os parâmetros clínicos para comparação dos exames das crianças. Numa abordagem, que segundo Bercherie (2001), permitiu a Kanner diferenciar a Síndrome autística precoce da esquizofrenia, a partir da observação da precocidade da perda relacional no caso da Síndrome de Kanner.

Quando Kanner (1966) lança a terceira edição de seu Manual de Psiquiatria infantil, ele já chama a atenção para a explosão de casos de Autismo infantil precoce, em relação à sua publicação de 1943. Para o autor, portanto, já era questionável o crescente número de diagnósticos de autismo desde sua primeira publicação.

Em 1943 comuniquei 11 casos de crianças que demonstraram tendência ao retraimento antes de cumprirem um ano de idade. Propus chamar a afecção de autismo

infantil precoce. Desde então, temos visto na clínica (de Baltimore) mais de 150 crianças autistas, e foram publicadas muitas observações similares de outros profissionais. (KANNER, 1966, p. 720 apud, MAS, 2018, p. 69).

É interessante como o mesmo fenômeno perdura até a atualidade, com a intensificação do que se denomina de epidemia de autismo cancelada pelo DSM V. Antes dele, porém, existe um longo percurso que tornou possível o lugar privilegiado ocupado pelo autismo dentre as psicopatologias da infância. Qual a relação entre as mudanças de critérios utilizados nos manuais e o aumento de casos de autismo na atualidade? Como Kanner definia o autismo em 1943 e como atualmente é estabelecido o diagnóstico segundo a psiquiatria? Como o autismo infantil precoce se transformou no Transtorno do Espectro do autismo? Como se estabeleceu o termo espectro como elemento importante do diagnóstico? É o que será abordado a seguir.

Quanto aos critérios de Kanner (1966) para a determinação do autismo apresentadas em “Psiquiatria infantil”, pode-se perceber questões relevantes mesmo hoje em dia, como a inclusão do autismo infantil precoce como uma forma de esquizofrenia, o diagnóstico diferencial do autismo com a surdez e com a debilidade mental. O elemento comum presente nessas crianças dizia respeito à impossibilidade, desde o início da vida, de estabelecerem conexões simples com as pessoas e situações, o que segundo o autor, constituiria a condição principal para o diagnóstico do autismo.

Outros critérios considerados fundamentais por Kanner (1943) referem-se a interesses restritos e comportamentos repetitivos e alterações na linguagem. Sua descrição chama atenção, ainda, para o desejo de solidão dessas crianças, que se afastam do mundo ao seu redor, ficando mais felizes se deixadas sozinhas, como observado pelos próprios pais. Além disso, os pais dessas crianças interpretavam seu isolamento afetivo como necessidade de autonomia, conferindo aos filhos certa sabedoria silenciosa.

O desejo que nada mude se reflete na fixação dessas crianças pela manutenção de sua rotina, ficando completamente desorganizadas e irritadas, caso isso seja abalado pela intrusão do som ou de qualquer objeto que se mova. O autor destaca que, até mesmo o barulho as incomoda, não pelo som em si, mas pela sua interferência no universo da criança. Isso porque, quando é a própria criança que faz o barulho não há problema algum. Kanner (1943, p. 32) afirma:

Porém, não é o barulho ou movimento em si que é temido. O transtorno eclode com o barulho ou movimento que causa invasão ou ameaça à solidão da criança. A própria criança pode alegremente fazer um barulhão como qualquer outro que ela rejeita e

movimentar objetos a seu bel prazer. Mas os barulhos e movimentos da criança e todas as suas performances são tão monotonamente repetidos como suas expressões verbais. Há uma limitação marcante na variedade de suas atividades espontâneas. O comportamento da criança é governado por um desejo ansiosamente obsessivo da manutenção da mesmice que ninguém, salvo a própria criança pode romper em raras ocasiões. Mudanças na rotina, na disposição dos móveis, na ordem em que todo dia as ações são executadas, podem conduzi-la ao desespero.

Kanner (1943) destaca que dois terços dessas crianças aprenderam a falar com ou sem atraso, mas salienta que a linguagem não se presta à comunicação e descreve seu uso do seguinte modo:

Nenhuma dificuldade com a nomeação dos objetos apresentados; mesmo palavras longas e incomuns eram aprendidas com notável facilidade. Quase todos os pais registraram, geralmente com muito orgulho, que as crianças aprenderam cedo a repetir um excessivo número de rimas infantis, preces, lista de animais, o rol de presidentes, o alfabeto de frente para trás e de trás para frente e mesmo canções de ninar estrangeiras (francesas). [...]. Por outro lado, a ‘linguagem’ consistia principalmente em “nomear”, em nomes que identificassem os objetos, adjetivos que identificassem cores e números que indicavam nada de específico. (Ibid, p. 29, 30)

Destaca ainda a função da linguagem nessas crianças.

Sua excelente memória para listas, acoplada à inabilidade para usar a linguagem de outra forma, levou com frequência os pais a abarrotá-las com mais e mais versos, termos de zoologia e botânica, títulos de compositores que faziam sucesso em disco e coisas semelhantes. Dessa maneira, desde o começo, a linguagem que as crianças não usavam com propósito de comunicar-se era desviada consideravelmente para uma auto-suficiência, uma semântica e conversa sem valor ou para um exercício de memória totalmente distorcido. [...]. É difícil saber com certeza se um empanturramento desses flui essencialmente no processo da condição psicopatológica. Mas também é difícil imaginar que ele não corte profundamente o desenvolvimento da linguagem como ferramenta para receber e dar mensagens significativas. **No que concerne à função comunicativa da fala, não há diferença fundamental entre as oito crianças falantes e as três mudas.** (Ibid, p. 30, grifo nosso).

Quando as sentenças são finalmente formadas, por um longo tempo as crianças procedem como papagaios, repetindo as combinações de palavras ouvidas. Elas são, às vezes, ecoadas imediatamente, mas quase sempre são estocadas pela criança e pronunciadas mais tarde. Pode-se, se se quiser, falar em ecolalia retardada. A afirmação é indicada pela literal repetição de uma pergunta. “Sim” é um conceito que a criança leva muitos anos para alcançar. Elas são incapazes de usá-lo como um símbolo geral de assentimento. (Ibid, p. 30).

O comprometimento da linguagem ao lado dos interesses restritos e comportamentos repetitivos compõem os principais critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro do autismo válidos até hoje no campo da psiquiatria. No entanto, eles não estão presentes apenas no autismo e é o que evidencia os manuais de classificação, os DSM's, como será demonstrado a seguir. O objetivo é compreender como se produziram as mudanças

diagnósticas responsáveis pela epidemia de autismo na atualidade.

Mas (2018), na sua dissertação de mestrado, apresenta as variações e descrições diagnósticas nas diversas edições do DSM, no que se refere ao diagnóstico de autismo. Com propósito semelhante, será apresentado esse percurso pormenorizado para evidenciar como se deu a passagem do autismo infantil precoce, até a configuração diagnóstica atual do Transtorno do Espectro do Autismo.

No DSM I, o autismo aparece como sintoma da esquizofrenia de tipo infantil. Nessa categoria, “Reação esquizofrênica” designa as psicoses na infância com manifestações autísticas. Mas (2018) faz uma tradução do DSM I da categoria Esquizofrenia do tipo infantil, que é apresentada da seguinte forma:

000-x28 Reação esquizofrênica, do tipo infantil:

Aqui serão classificadas as reações esquizofrênicas que ocorrem antes da puberdade. O cenário clínico pode se diferenciar das reações esquizofrênicas de outras faixas etárias, por conta da imaturidade e da plasticidade do paciente no momento do início da reação. Reações psicóticas em crianças que manifestam primeiramente autismo, serão classificadas aqui. Podem ser adicionadas ao diagnóstico manifestações sintomatológicas especiais. (APA, 1952, p. 28 apud MAS, 2018, p. 73).

No DSM II, a categoria “Reação esquizofrênica do tipo infantil” passa a ser descrita como “Esquizofrenia do tipo Infantil”. O autismo permanece como sintoma da esquizofrenia. Assim, designa-se:

295.8 Esquizofrenia, do tipo infantil

Esta categoria é para casos nos quais sintomas esquizofrênicos aparecem antes da puberdade. Essa condição pode se manifestar por comportamentos autista, atípico e retraído; falha no desenvolvimento de uma identidade separada da mãe; e descontinuidade [unevenness], imaturidade evidente e inadequação no desenvolvimento. Esses defeitos no desenvolvimento podem resultar em retardo mental, que também deve ser diagnosticado. (APA, 1968, p. 35 apud MAS, 2018. p. 73).

No DSM III, há uma mudança mais radical, no que se refere às psicoses na infância, que desaparecem sob a alegação de serem extremamente raras. Em seu lugar, surge a categoria “Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na infância ou na adolescência” e que passa a incluir três diagnósticos: Retardo mental, Distúrbios Específicos de Desenvolvimento e Distúrbios Globais de Desenvolvimento (DGD). O autismo passa a ser denominado Distúrbio Autista e aparece pela primeira vez como entidade nosográfica, sendo incluída no DGD. (MAS, 2018).

A categoria Distúrbios Globais do Desenvolvimento é justificada do seguinte

modo:

Os distúrbios nesta sub-classe são caracterizados pelo comprometimento qualitativo do desenvolvimento da interação social recíproca, do desenvolvimento das habilidades de comunicação verbal e não-verbal e da atividade imaginativa. Muitas vezes há um repertório de atividades e interesses, marcadamente restritos, que, frequentemente, são estereotipados e repetitivos. A gravidade e a expressão deste comprometimento variam grandemente de criança para criança. [...].

Vários termos diagnósticos, incluindo Desenvolvimento atípico, Psicose Simbiótica, Psicose infantil, Esquizofrenia Infantil e outros foram usados para descrever estes distúrbios no passado. Contudo, as descrições clínicas têm sobreposições típicas; e, excluindo o Distúrbio Autista, sub-tipos, geralmente reconhecidos não tem emergido. **Embora, algumas investigações sugerissem que estes distúrbios eram contínuos com as psicoses adultas (por exemplo, a Esquizofrenia), pesquisas substanciais sugerem que elas não estão relacionadas com as psicoses adultas. Por esta razão, e pela dificuldade de avaliar a psicose na infância, o termo psicose não foi usado aqui para rotular este grupo de distúrbios: Distúrbios Globais do Desenvolvimento é usado porque ele descreve precisamente a essência clínica da perturbação, na qual muitas áreas básicas do desenvolvimento psicológico são afetadas ao mesmo tempo e em níveis graves.**

Esta classificação reconhece apenas um sub-grupo da categoria geral Distúrbios Globais do Desenvolvimento: Distúrbio Autista, também conhecido como Autismo infantil e Síndrome de Kanner. (APA, 1989, p. 36 apud MAS, 2018, p. 74, grifos nossos).

Pelo exposto, ficam evidentes as diversas mudanças diagnósticas introduzidas pela terceira edição do DSM. O autismo ganha destaque ao passar à condição de quadro clínico específico e não mais um sintoma, sendo, praticamente, o único de uma categoria (DGD), sem que isso seja bem justificado. Argumenta-se que as os quadros de psicoses na infância, como eram denominados no passado, são muito difíceis de diagnosticar; mas esta seria uma justificativa suficiente para a exclusão do termo “Psicose na infância” dos manuais? Restringir todas as subcategorias desse grupo DGD ao Distúrbio Autista constitui, de fato, a melhor solução, no que se refere ao diagnóstico na infância? Além do mais, por que priorizar as pesquisas que indicam a inexistência de continuidade entre as psicoses das crianças e as dos adultos, enquanto existem outras pesquisas, (não especificadas no DSM), que comprovaram justamente o contrário? Qual a razão dessa escolha? No que ela se ampara?

A descrição do Distúrbio Autista, apresentada abaixo, destaca o que passa a constituir, a partir do DSM III, a definição diagnóstica do autismo utilizada até a atualidade, com poucas variações nas edições seguintes, apenas em termos de intensidade dos sintomas e momento do seu início.

299.00 Distúrbio Autista.

As características essenciais constituem uma forma de distúrbio Global do

Desenvolvimento grave com idade inicial na primeira infância ou na infância. As outras características do distúrbio são descritas abaixo: A) Incapacidade qualitativa na interação social recíproca; B) Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa; C) Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos; D) Início na primeira infância ou infância. (APA, 1989, p. 41-42 apud MAS, 2018, p. 75).

No DSM IV, surge o termo transtorno para designar as entidades nosográficas e o autismo se mantém como principal diagnóstico de referência para casos de TDG (Transtornos Globais do Desenvolvimento), que passam a incluir, ainda, além do Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra Especificação.

Será apresentada aqui apenas a descrição do Transtorno Autista e do Transtorno Global do desenvolvimento sem Outra Especificação, tendo em vista, a extensão de cada uma das definições dos quadros clínicos que compõe a categoria TGD. É importante destacar, no entanto, que os critérios diagnósticos para o Transtorno do Autismo estão presentes também em outros diagnósticos dessa categoria (TGD), tais como: comprometimentos na linguagem e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades – o que torna um tanto quanto imprecisas as razões da prevalência do diagnóstico do autismo na atualidade, a ponto de se falar numa epidemia de autismo.

Com o intuito de objetivar nossa proposta de acompanhar a evolução do conceito de autismo na psiquiatria, segue mais uma descrição diagnóstica do Transtorno Autista, dessa vez, retirada do DSM IV:

299.000 Transtorno Autista

As características essenciais do Transtorno Autista consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo. O transtorno autista é chamado, ocasionalmente, de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner. (APA, 2002, p. 99 apud MAS, 2018, p. 76).

Ainda no DSM IV, outra categoria do TGD que merece atenção é a de “Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação”, pois ela será determinante para a formulação das mudanças promovidas pelo DSM V com a proposição da categoria Transtorno do Espectro do Autismo – TEA.

299.80 Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação (incluindo o Autismo Atípico).

Esta categoria deve ser usada quando existe um comprometimento grave e global

do desenvolvimento da interação social recíproca ou de habilidade de comunicação verbal e não-verbal, ou na presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades, sem que sejam satisfeitos os critérios para um Transtorno Global do Desenvolvimento Específico, Esquizofrenia, Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Transtorno da Personalidade Esquiva. Esta categoria inclui, por exemplo, “Autismo Atípico” – apresentações que não satisfazem os critérios para Transtorno Autista em vista da idade tardia de seu início, quadros com sintomatologia atípica, sintomatologia subliminar ou todas acima. (APA, 2002, p. 111 apud MAS, 2018, p. 80, grifo nosso).

Através da descrição dessa categoria, compreende-se como no DSM V o autismo adquire primazia sobre os demais quadros do TGD do DSM IV, transformando-se em TEA e reunindo sob o Espectro do Autismo todos os diagnósticos inespecíficos presentes no DSM IV. Dessa forma, no DSM V, é extinta a categoria “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância e na adolescência”, sendo substituída por “Transtornos do Neurodesenvolvimento”.

No DSM V, o Transtorno do Espectro do Autismo, TEA, engloba o autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger, e é apresentado a partir de critérios diagnósticos subdivididos em quatro itens. (MAS, 2018).

299.00 (F.84.0) Transtorno do Espectro Autista

A. déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos, ver o texto).

1 Déficit na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

2 Déficit nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não-verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

3 Déficit para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

Especificar a gravidade atual

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente, ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos, ver o texto):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p.ex. estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal (p. ex. sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento,

rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

3. Interesses fixos altamente restritos, que são anormais em intensidade ou foco. (p.ex. forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente. (p.ex. indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Especificar a gravidade atual

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos e repetitivos de comportamento.

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D. Os sintomas causam prejuízos clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou e outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. (APA, 2015, p. 50 apud MAS, 2018, p. 81,82, grifo da autora).

Pela descrição detalhada, é possível resumir os critérios diagnósticos para o Transtorno do Espectro do Autismo em: déficit na linguagem, comprometimento na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento. Esses critérios, inclusive, são os mesmos desde a terceira edição do DSM, sendo agora descritos do seguinte modo:

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário. (Critério C e D). (APA, 2015, p. 53, Apud, MAS, 2018, p. 82, grifo nosso).

Antes de concluir essa seção, vale destacar a noção do termo Espectro, que no DSM V (APA, 2015, p. 53) é apresentada rapidamente, segundo Mas (2018, p. 83), como termo que remete à variabilidade da intensidade das manifestações sintomáticas, “dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica”.

Resumidamente, as mudanças nas diversas edições dos DSM’s ao longo do tempo e, conseqüentemente, a percepção sobre o diagnóstico de Psicose e Autismo na infância, segundo a psiquiatria, podem ser mais bem visualizadas no Quadro 1, comparativo do diagnóstico de Psicose/autismo na infância ao longo dos DSM’s):

Quadro 1 - análise comparativa por DSM das mudanças no diagnóstico de psicose e autismo na infância compiladas nessa pesquisa.

Manual Diagnóstico	Categoria diagnóstica	Crítérios para autismo/Categorias diagnósticas componentes	Modificações observadas
DSM I	Reação Esquizofrênica do tipo infantil.	O autismo aparece como sintoma da Esquizofrenia	São classificadas aqui, reações psicóticas em crianças que manifestam primeiramente autismo.
DSM II	Esquizofrenia do tipo Infantil.	O autismo permanece como sintoma da Esquizofrenia	Há certa ampliação da classificação com referências à falha no desenvolvimento e inclusão do Retardo.
DSM III	Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiramente na Infância ou na Adolescência/.	<u>Crítérios:</u> Prejuízo persistente na comunicação social recíproca, na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento. <u>Categorias:</u> - Retardo mental; - Distúrbios Específicos do Desenvolvimento; - Distúrbios Globais do Desenvolvimento (DGD).	Desaparece a categoria “Esquizofrenia do tipo Infantil” e com ela as psicoses na infância. O autismo é inserido na categoria DGD. Os critérios diagnósticos do autismo são definidos nessa edição do manual e não mudarão mais.
DSM IV	Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).	Crítérios: os mesmos Categorias: - Transtorno Autista; - Transtorno de Rett; - Transtorno Desintegrativo da Infância; - Transtorno de Asperger; - TGD sem outra Especificação.	Extinção da categoria “Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiramente na Infância ou na adolescência” do DSM III. O autismo é incluído no TGD e ganha destaque.
DSM V	Transtorno do Neurodesenvolvimento (Não existia antes). Criação do Transtorno do Espectro Autista (TEA).	Crítérios: os mesmos. Categorias: - TEA; - TDAH; - Transtorno Específico da Aprendizagem; - Deficiências Intelectuais; - Transtorno da Comunicação; - Transtornos Motores; - Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento.	Surge uma categoria nova (transtorno do Neurodesenvolvimento), que inclui quadros deslocados de outras categorias do DSM IV, como o TDAH e o Transtorno Específico da Aprendizagem. O TEA passa a compreender as categorias do TGD do DSM IV.

Fonte: Elaboração da autora

Ao observar esse panorama, surgem alguns questionamentos, como, por exemplo: seria o Transtorno do Espectro Autista (TEA), atualmente, uma designação para os antigos quadros de Psicose na infância, que foram praticamente extintos da psiquiatria, devido à dificuldade em definir este diagnóstico infância? Além disso, há o estigma da loucura atrelado à psicose, sobretudo, quando associado à infância. É importante compreender as pressões sociais de diversos segmentos da sociedade, como, associações de pais de autistas, dos próprios autistas, profissionais de saúde e da indústria farmacêutica, sem, no entanto, prescindir do rigor necessário para a realização do diagnóstico e o correto tratamento. Quando se afirma isso, não se trata apenas de uma nomenclatura politicamente correta, mas dos efeitos advindos de uma posição ética e política com relação ao que é ou não tolerado como uma diferença. Até que ponto o fetiche em torno do autismo não vem sinalizar que não há espaço para a psicose, pelo menos na infância, já que autismo é um significante atrelado à criança? Pela mesma razão, também, as referências como, “anjo azul”, “mundo azul”, “universo azul” quando alguns setores se referem a essas crianças, geralmente meninos. Sim, crianças, pois quando se trata de autistas adultos, esses termos não costumam ser mais usados, como pode ser observado nos grupos ligados à temática do autismo nas redes sociais.

De todo modo, acolher essas manifestações de sofrimento dos familiares é fundamental. A designação diagnóstica Psicose ou Autismo tem sua utilidade, enquanto conceitos discutidos entre profissionais, que lidam com essa clínica e não como parâmetro do tratamento compartilhado com os pais, no caso da clínica, com crianças e adolescentes, pois isso não define nenhum sujeito.

3 O DIAGNÓSTICO PSICANALÍTICO DE PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA

O diagnóstico no campo psicanalítico, sobretudo na infância, representa uma resistência às classificações que tendem a abordar o sofrimento infantil, a partir de uma perspectiva biológica, na qual os neurotransmissores ou a genética ocupam o lugar de causa do adoecimento infantil. A psicanálise, ao abordar o corpo, o faz de modo diverso da psiquiatria, tendo em vista sua compreensão ser de outra ordem, posto que esteja remetida à articulação do corpo com a linguagem e o trabalho com o corpo esteja referido à sua dimensão pulsional. É importante destacar essa particularidade da psicanálise para avançar na discussão acerca dos diagnósticos de psicose e autismo na infância, pois ela, tanto determina o modo como são apreendidos cada um desses quadros, como repercute diretamente no tratamento.

Nesse sentido, antes de abordar, especificamente, a psicose e o autismo na infância, cabe destacar a especificidade do diagnóstico em psicanálise que se apresenta de modo muito diverso da psiquiatria. Na clínica psiquiátrica, como visto anteriormente, há uma proposição diagnóstica, a partir da identificação de uma etiologia, amparada numa nosologia, que irá conduzir a terapêutica, segundo determinadas estratégias que envolvem, sobretudo, a observação, numa clínica do olhar. Na clínica psicanalítica, é a escuta que adquire primazia, fazendo com que outras estratégias sejam empregadas para a formulação do diagnóstico, que não se restringe ao início do tratamento, e sim, o acompanha durante toda a análise quando, então, pode ser corroborado. (DUNKER, 2011).

Pretende-se iniciar a apresentação das contribuições da psicanálise, no que tange ao diagnóstico dos já mencionados quadros da infância, apresentando o modo como o diagnóstico é compreendido e formulado. Em seguida, será realizado um aprofundamento no debate atual do campo psicanalítico, sobretudo laciano, sobre o autismo e a psicose na infância. Pretende-se localizar como a psicanálise se posiciona no cenário atual, que envolve o autismo e a psicose em crianças, enquanto quadros clínicos, que costumam ser alvo de um embate entre aqueles que consideram o autismo uma quarta estrutura e outros que defendem a inclusão do autismo no campo das psicoses, ao lado da esquizofrenia e da paranoia.

3.1 O diagnóstico na psicanálise

Tendo em vista o cenário apresentado, é possível perceber a relevância de aprofundar o debate acerca do diagnóstico dos quadros de psicose e autismo na infância, uma

vez que, entre os psicanalistas, mesmo entre os lacanianos, não há consenso a respeito das duas clínicas no que concerne a sua estruturação. Antes de tratar especificamente da psicose e do autismo, cabe destacar o modo como se dá o diagnóstico na clínica psicanalítica, que tanto difere do diagnóstico médico, considerando, é claro, as particularidades da infância.

Na psicanálise, o diagnóstico não se limita ao início do tratamento. Desde Freud (1911-1915/1996), em seus artigos sobre a técnica psicanalítica, ele é apresentado como hipótese a ser ou não corroborada à medida que a análise avança. Diferentemente do diagnóstico médico, estabelecido nas primeiras consultas, o diagnóstico psicanalítico se dá num processo continuado que dura quase todo o tratamento, sendo ou não corroborado pela fala do paciente.

Dunker (2011, p. 440) considera a psicanálise uma clínica que “submete sua estrutura a seus próprios pressupostos”. A psicanálise faria, assim, uma subversão no estatuto dos parâmetros da clínica psiquiátrica da qual se originou. Para o autor, há uma ruptura que pode ser observada da clínica do olhar para uma clínica da escuta. Essa subversão significa, não apenas inverter o sentido do processo, não é apenas realizar um movimento contrário, mas, sobretudo, uma passagem que inclui um deslocamento novo, uma torção que envolve o deslocamento do centro da questão. Dunker (2011) destaca a insistência lacaniana com o termo *Versus*, enquanto verbo latino que designa girar e torcer como, por exemplo, subversão do sujeito (sub-version), travessia da fantasia (*tra-verser*), o avesso da psicanálise (*envers*), as versões ou *père*-versões do Nome-do-Pai. Uma subversão com preservação da estrutura.

No que se refere ao diagnóstico, a subversão diz respeito à relevância, introduzida por Freud, ao tratamento, visto que, há uma homogeneidade entre diagnóstico e tratamento, extinta na clínica psiquiátrica. Se na clínica médica o sujeito é posto no lugar do médico e seu saber, sendo o paciente objeto das intervenções; na psicanálise, o analista ocupa o lugar de objeto e o paciente o de sujeito. Só há apenas um sujeito: o paciente. Mais adiante será abordada a questão do paciente/sujeito criança e quais as implicações em termos de diagnóstico a partir dessa perspectiva.

Embora o analista ocupe o lugar de objeto, ele exerce sua função sustentando um discurso que permite o desenrolar da análise. Essa função está atrelada à transferência, que, na formulação diagnóstica, tem um papel crucial. Isso porque, segundo Dunker (2011), o diagnóstico será sempre formulado na transferência, ou seja, a partir dela, como ainda, será efetuado em consonância com a avaliação do analista sobre a transferência em cada momento do tratamento. O diagnóstico, portanto, também, é o diagnóstico da transferência ao longo do tratamento. Nas palavras de Dunker (2011, p. 457):

O diagnóstico é a leitura dessas articulações entre traços, significantes e sintomas em sua reatualização da realidade sexual do inconsciente, ou seja, é o diagnóstico feito não apenas *através* da transferência, mas *da* transferência. Isso implica uma reformulação radical da psicopatologia. Ela não exprime quadros fixos para um observador anônimo, mas formas mais ou menos regulares de transferência. (grifo do autor).

Dunker (2011) chama atenção, ainda, para outro aspecto relativo ao diagnóstico psicanalítico. Como na psicanálise não há uma semiologia de regime semântico fixo, a ênfase é dada na articulação entre inconsciente e pulsão, sendo necessário isolar os significantes que aparecem em cada sujeito a partir dessa articulação que é singular. Nesse sentido, a linguagem para a psicanálise participa do diagnóstico de modo muito essencial, posto que ela não compreenda apenas uma dimensão estrutural, mas seja responsável pela mediação na dialética com o Outro. Segundo o autor, a relevância da linguagem para a psicanálise não se refere ao âmbito da comunicação, veículo de ideias e sentimentos ou nomeação dos fenômenos, mas é “como alteridade e campo simbólico que submete o sujeito; que o constrange ali onde ele não é mais senhor em sua própria morada”. (DUNKER, 2011, p. 458).

Como já mencionado, o diagnóstico em psicanálise é uma atividade que se desdobra ao longo do tratamento e não um ato, tal como na clínica médica, uma vez que isso implicaria a objetivação do paciente em uma nova forma de alienação, contrariando o pressuposto de que na análise só há um sujeito, o analisante. Porém, Dunker (2011) considera duas exceções, ou seja, momentos nos quais o diagnóstico funcionaria como ato ou condição. O primeiro é o diagnóstico como condição de entrada em análise, isto é, através dele o analista decide se há ou não demanda de análise. O segundo consiste no trabalho de nomeação dos sintomas como ganho estratégico para o tratamento. O risco seria confundir a temporalidade da análise com a da clínica médica, na qual, primeiro, estabelece-se o diagnóstico para, em seguida, fazer a intervenção, estando no meio a transferência. Na psicanálise, a temporalidade é diferente, pois o diagnóstico se dá em todo o processo e isso decorre “de uma íntima conexão retroativa com os modos e condições da intervenção terapêutica”. (DUNKER, 2011, p. 458).

Quando se pensa na clínica com crianças, fica mais evidente a necessidade de refletir sobre essa temporalidade da psicanálise, sobretudo, quando se compreende a relação entre diagnóstico e etiologia a partir da constituição do sujeito. Os momentos decisivos da constituição psíquica não obedecem a uma cronologia, apesar de se inserirem num tempo cronológico. Há outra lógica que promove o advento do sujeito e é preciso considerar o que está em jogo na determinação da estruturação psíquica a partir da infância. Essa questão será

aprofundada mais à frente. Antes, porém, é importante destacar a questão do diagnóstico estrutural no ensino de Lacan.

A dimensão estrutural não foi a única a ser desenvolvida por Lacan para pensar o diagnóstico. É bem verdade que a clínica do real, no final de seu ensino, veio ampliar e mesmo modificar algumas noções, a partir da formulação sobre o *Sinthome* e o nó borromeano. No entanto, o objetivo aqui consiste em delimitar, a partir da compreensão da clínica estrutural, os impasses relativos à definição do diagnóstico na infância.

Desse modo, antes de tratar especificamente da infância, vale ressaltar o modo como se deu o desenvolvimento do conceito de estrutura no ensino de Lacan. Com esse objetivo em vista, será feito um percurso, que se inicia ainda na tese de doutorado de Lacan (1932), na qual ele trata do conceito de personalidade no processo de desencadeamento da psicose, passa pelas suas formulações acerca do caráter imaginário do Eu (estádio do espelho) e culmina com a noção de estrutura clínica, diagnóstico estrutural, a partir da elaboração do conceito de Nome-do-Pai e de seus efeitos enquanto significante fundamental. (SANCHES, 2015).

A tese de Lacan intitulada “Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade” (1932/2011) apresenta um caso clínico que serve de paradigma para a compreensão de Lacan acerca da psicose. É possível perceber, já nesse momento, a ruptura com o pensamento da psiquiatria de sua época, pois não se limitava a situar no orgânico a etiologia das psicoses, buscando antes, localizar o automatismo mental na estrutura da linguagem, na produção literária da paciente. Foi assim que Lacan (1932/2011) passou a se interessar pela escrita dos pacientes psicóticos.

O caso Marcelle, bem como o caso Aimée, inauguram uma nova abordagem psicopatológica, constituindo uma dura crítica à psiquiatria de então. Já situadas na psicanálise, essas elaborações de Lacan (1932/2011) revolucionaram por indicar uma psicogênese da paranoia, não aceitando, exclusivamente, as determinações orgânicas da psiquiatria. (SANCHES, 2015).

Desse modo, Lacan (1932/2011) não nega os fatores orgânicos, mas destaca a influência do ambiente e das contingências na determinação da paranoia. Para tanto, o conceito de personalidade lhe serve bem, definindo-o como “aquilo que realiza a função de síntese humana. Falar sobre isso não é desconhecer a legitimidade dos supostos fatores orgânicos, mas sim levar em conta uma coerência que é própria a essa função de síntese”. (LACAN, 1932/2011, p. 03 apud SANCHES, 2015, p. 40).

Por personalidade, Lacan (1932/2011) pretende enfatizar a influência dos fatos

históricos da vida dos pacientes na determinação da sua paranoia. A personalidade persecutória teria, assim, seu fundamento no ambiente, nas relações e não num determinismo biológico. A tese lacaniana apresenta uma hipótese etiológica para a paranoia: “há um fator patogênico de causa específica na constituição deste quadro, trata-se de uma anomalia específica da personalidade” (LACAN 1932/2011, p. 348 apud SANCHES, 2015, p. 40).

Ao conceito de personalidade é associado o de estágio. Segundo Sanches (2015), Lacan utiliza a noção de personalidade até encontrar um substituto: o Eu freudiano ao qual, relaciona com uma função de alienação, estando vinculado ao conceito de Imago. Ou seja, além da função de síntese, o Eu apresenta um caráter fundamentalmente imaginário, servindo como substituto perfeito do termo personalidade, que aparece cada vez menos nas construções lacanianas.

A concepção de estágio do espelho surge, assim, apoiada nas influências da noção de espelho de Wallon e de estágio de Kojève, importante para o pensamento lacaniano sobre a gênese do Eu. Como na França dominava a compreensão do Eu, enquanto instância reguladora, mediadora e com poder de síntese, a contribuição de Lacan (1949/1998), a partir do “Estádio do Espelho”, se deu com o objetivo de localizar o aspecto de desconhecimento e a relação do Eu com o que ele denominou de Imago. (SANCHES, 2015).

Se, na sua tese de 1932, Lacan já sinalizava sua divergência do pensamento da época, buscando situar a etiologia da loucura no que ele denominou de personalidade. Nas Jornadas de Bonneval de 1946, ele aprofunda suas elaborações de 1932 e destaca a defesa na “psicogênese da loucura” a partir de duas ideias principais: a primeira é que a loucura é um fenômeno do pensamento e a segunda refere-se à importância dos fenômenos elementares. É no texto “Formulações sobre a causalidade psíquica” (1946/1998), que essa questão é mais bem desenvolvida. “Eu havia destacado esse traço significativo em minha tese, quando me esforcei por explicar a estrutura dos fenômenos elementares da psicose paranoica” (LACAN 1946/1998, p. 184).

Há nesse momento, uma tentativa de identificar os fenômenos basais da psicose, isto é, já há uma preocupação em destacar a estrutura por traz das manifestações delirante. A ênfase aqui recai sobre os fenômenos elementares, sobre o automatismo mental enquanto fenômenos da ordem do pensamento e da linguagem e não fenômenos orgânicos. É desse modo, que a atenção é dirigida para os transtornos de linguagem, através dos quais a psicose deve ser distinguida. (LACAN, 1946/1998).

É através da escuta atenta do paciente psicótico, que é possível ao clínico identificar

as alterações na linguagem, as quais Lacan (1946/1998, p. 166) nomeia como palavras das paixões. Esses fenômenos são definidos como a questão central do enlouquecer, pois “seu alcance metafísico revela-se em que o fenômeno da loucura não é separável do problema da significação para o ser em geral, isto é, da linguagem para o homem”. Lacan (1946/1998, p. 168) caracteriza do seguinte modo essas alterações de linguagem, o que permite inferir sua relevância diagnóstica:

Enveredamos por esse caminho para estudar as significações da loucura, como nos convidam a fazer as modalidades originais que nela mostra a linguagem: as alusões verbais, as relações cabalísticas, os jogos de homonímia e os trocadilhos [...], e, direi eu, o toque de singularidade cuja ressonância é preciso sabermos ouvir numa palavra para detectar o delírio, a transfiguração do termo na intenção infável, a fixação da ideia no semantema [...], os híbridos do vocabulário, o câncer verbal do neologismo, o envicamento da sintaxe, a duplicidade da enunciação, e também a coerência que equivale a uma lógica, a característica que, pela unidade de um estilo nas estereotípias, marca cada forma de delírio: tudo isso pelo qual o alienado, através da fala ou da pena, comunica-se conosco.

Pela citação acima, fica evidenciado, através de um verdadeiro catálogo das desconfigurações linguísticas, a relevância da análise da linguagem para a formulação do diagnóstico em psicanálise. Mesmo após quinze anos de sua tese de doutorado, o enfoque de Lacan (1946/1998) continua sendo as rupturas de sintaxe e de gramática observadas tanto nos escritos, como na fala dos psicóticos, enquanto fenômenos basais que irão caracterizar fundamentalmente a estrutura psicótica nos anos seguintes de seu ensino. (SANCHES, 2015).

Além do exame sobre a linguagem, outra tese central apresentada por Lacan (1946/1998) diz respeito à causalidade psíquica da loucura, a partir de uma reformulação do seu conceito de personalidade de 1932.

Foi a partir da descoberta em sua paciente de um desconhecimento de si como núcleo de seu adoecimento, que Lacan (1946/1998) pôde reformular, em 1946, o conceito de personalidade. A noção de personalidade passa a incorporar a ideia de uma “estrutura geral de desconhecimento”, concebida a partir da “conjugação de dados biográficos com processos identificatórios”. (SANCHES, 2015, p. 46).

A estrutura geral de desconhecimento foi associada à ideia de idêntico a si mesmo, pretendendo, com isso, afirmar que o maior desconhecimento do homem se dá quando ele acredita ser idêntico a si mesmo. A loucura seria, assim, uma decorrência da fixação identificatória que ilude o homem, fazendo-o crer ser homem. Desse modo, há para Lacan (1946/1998) uma captura do sujeito por uma imagem e uma tentativa de tornar-se idêntico a ela, daí enlouquece. O homem é escravo dessa imagem, pois é seduzido por ela e quanto mais

acredita ser idêntico a ela, mais enlouquece.

Uma questão central apontada por Lacan (1946/1998) é localizada na diferença necessária a ser considerada entre o si e o si mesmo, sendo o louco aquele que não percebe essa diferença. Essa confusão vem destacar a relevância adquirida pelo conceito de imago e do Ideal no processo de enlouquecimento. Assim, a loucura apresenta dupla causalidade: a influência dessa imago (estádio do espelho) e a identificação no que tange ao Ideal. Com isso, Lacan (1946/1998) estabelece uma fórmula geral da loucura e uma específica da psicose. A esse respeito ele comenta:

Tal é a forma geral da loucura que encontramos em Hegel, pois não creiam que estou inovando, ainda que tenha julgado dever tomar o cuidado de apresentá-la a vocês de forma ilustrada. Digo “fórmula geral da loucura” no sentido de que podemos vê-la aplicar-se, particularmente, a qualquer uma das fases pelas quais se realiza mais ou menos, em cada destino, o desenvolvimento dialético do ser humano, e de que ela sempre se realiza, ali como espécie de estase do ser, numa identificação ideal que caracteriza esse ponto de um destino particular. (LACAN, 1946/1998, p. 173).

Desse modo, a loucura numa fórmula geral é associada aos processos constitutivos do Eu, ao passo que, a psicose, de modo específico, refere-se às alterações na ordem da linguagem. Lacan (1946/1998) indica, então, que se deve buscar localizar a loucura, não nos delírios, mas na presença de identificações poderosas com uma imagem ideal, que captura o sujeito, e nos fenômenos de desregramento da linguagem. A loucura é, portanto, tributária da noção de imago, não se podendo situá-la nas dobras do cérebro.

Paralelamente ao enfoque na imago como a responsável pelo drama da loucura, Lacan (1946/1998), destaca, a partir da sua elaboração do estágio do espelho, o caráter imaginário e de alienação do Eu. Se, anteriormente, ele havia ressaltado o aspecto de desconhecimento do Eu, aqui, o psicanalista já aponta a alienação como aspecto essencial do enlouquecer.

A partir de então, nesse texto de 1946, “Formulações sobre a causalidade psíquica”, Lacan atribui grande importância ao que ele denominou de modo imaginário, caracterizando-o como fundamento da causalidade da loucura. A ênfase na imago, no modo imaginário, denota a relevância que a questão da imagem tem nesse período do ensino de Lacan com os desdobramentos trazidos pelo estágio do espelho e a constituição do Eu. A respeito do estágio do espelho Lacan comenta:

Na verdade, levei um pouco mais longe minha concepção do sentido existencial do fenômeno, compreendendo-o em sua relação com o que chamei *prematização do nascimento* no homem. (...). É em função desse atraso do desenvolvimento que a

maturação precoce da percepção visual adquire seu valor de antecipação funcional. Daí resulta, por um lado, a acentuada prevalência da estrutura visual no reconhecimento muito precoce, como vimos, da forma humana. Por outro lado, as probabilidades de identificação com essa forma, se assim posso dizer, recebem dela uma contribuição decisiva, que irá constituir no homem o nó imaginário, e absolutamente essencial que, obscuramente e através de inextricáveis contradições doutrinárias, a psicanálise designou admiravelmente, no entanto, pelo nome de *narcisismo*. (Ibid, p. 187, grifo do autor).

Lacan (1946/1998) passa a associar nesse nó do narcisismo a relação da imagem com a tendência suicida expressa no mito de Narciso. Essa tendência suicida é articulada com o que Freud denominou de masoquismo primordial, e que, na visão lacaniana, se apresentaria desde o trauma do nascimento até o fim dos seis primeiros meses de vida, repercutindo, inclusive, no desmame. Nesse limiar do desenvolvimento, estariam ligados o Eu primordial, como essencialmente alienado, e o sacrifício primitivo de ordem suicida. Lacan (1946/1998, p. 188) define aí “a estrutura fundamental da loucura”.

Após essas elaborações em torno do que futuramente será nomeado como registro do imaginário, paulatinamente, o simbólico vai ganhando primazia em virtude da relevância da análise da linguagem no ensino de Lacan e da influência dos estudos de linguística, sobretudo, do estruturalismo de Lévi-Strauss, como será apresentado a partir de agora.

Em decorrência dessa influência estruturalista, Lacan (1949/1998, p. 101) revisa seu “Estádio do Espelho como formador da função do Eu,” incorporando as novas ideias do antropólogo Lévi-Strauss. Essa revisão é pautada no “método de redução simbólica”, matriz, segundo a qual, Lacan reformula sua teoria do imaginário e desenvolve uma nova metodologia de trabalho. O modo imaginário passa a estar submetido ao simbólico, que adquire cada vez mais relevância. Com a introdução do método de redução simbólica “os efeitos psíquicos do modo imaginário perdem a destreza de sua autonomia outrora enfatizada quando a noção de imago extraiu a causalidade psíquica da loucura.” (SANCHES, 2015, p. 54).

A noção de simbólico, incorporada do estruturalismo, conferiu maior cientificidade à teoria lacaniana. Isso porque havia um predomínio nas teorias psicológicas, e mesmo entre os pós-freudianos, da concepção do Eu como sede da consciência e, portanto, referência central das avaliações diagnósticas. A ideia de Lacan (1946/1998) acerca do desconhecimento do Eu, desenvolvida anteriormente, passou a designar, nesse momento, o desconhecimento do sujeito frente às coordenadas simbólicas que o constituíram. O objetivo era redimensionar a função do Eu, fugindo dos objetivos terapêuticos pautados no seu fortalecimento e trazer a dimensão da constituição do sujeito para o centro da racionalidade diagnóstica. (SANCHES, 2015).

Seguindo a proposta estruturalista, além da noção de Eu ser cada vez mais

abandonada no seu ensino, há uma tentativa de definir o sujeito a partir da linguística. Para isso, Lacan objetivava encontrar o grau zero, que implicava no esvaziamento total da subjetividade para fins de exposição formal. “O grau zero é a redução da complexidade de um fenômeno a poucas coordenadas simbólicas que respondem como a realização de uma função matemática, na estrita literalidade dos termos.” (SANCHES, 2015, p. 56).

A influência do estruturalismo no ensino de Lacan teve início com o trabalho do antropólogo sobre o incesto, não o qualificando enquanto universal natural, mas como universal simbólico. Essa foi uma coordenada importante para que Lacan criasse o método de redução simbólica, novo método de análise a partir do qual se uniu à metodologia estruturalista. Foi num grupo de trabalho, em 1951, para comentar o caso Homem dos Lobos, que aparece pela primeira vez o termo Nome-do-Pai. A observação de Lacan (1951) sobre o caso destaca que “jamais houve um pai que simbolizasse e encarnasse um Pai; por isso, o nome lhe reservaria o lugar. O pai aparece ao mesmo tempo como nome e como lugar, um lugar funcional”. (SANCHES, 2015, p. 57).

O lugar do pai é apontado como central no diagnóstico estrutural de Lacan. No entanto, ao mesmo tempo em que é evidenciada sua relevância, fica subentendida a ideia de um declínio da função paterna, segundo apontam alguns autores como Roudinesco (1994). Alguns psicanalistas viram tanto nos seus comentários sobre o Homem dos Lobos como sobre o Homem dos Ratos, uma representação da figura paterna como declinante desde o início. Isso não impediu que o Nome-do-Pai ocupasse lugar de destaque na teoria lacaniana. Esse paradoxo é explicado por Lacan (1952-53/1998): trata-se de um conflito fundamental com o pai que por um lado liga o sujeito a um valor simbólico e por outro encontra na realidade uma degradação concreta. Ou seja, Lacan destaca que o declínio da imago paterna aparece na realidade como um fato social. (SANCHES, 2015).

Será no Seminário 3 (LACAN, 1955-56/1988) que o conceito do Nome do Pai será localizado como central da diagnóstica lacaniana. A influência do estruturalismo permanece, mas agora Lacan (1955-56/1988), não se utilizará da ideia de mito de Lévi-Strauss, e sim, criará sua base estrutural com ênfase maior na linguística. Os fenômenos de linguagem adquirem a primazia na formulação diagnóstica da psicose. Há uma ruptura entre o diagnóstico estrutural, proposto por Lacan nesse seminário e o fenomenológico utilizado na psiquiatria.

A estrutura é identificada pela forma como a linguagem se revela na fala do paciente, de modo que é essencial no diagnóstico da psicose a análise de como a língua é articulada, e como afeta o sujeito. A ênfase é colocada sobre a presença de distúrbios de

linguagem em detrimento dos fenômenos delirantes. Há nesse seminário uma separação entre a fenomenologia psicótica, marcada pelas manifestações delirantes, do campo da estrutura psicótica, identificada pelos distúrbios de linguagem. (SANCHES, 2015).

Percebe-se, pela trajetória feita aqui, que o Seminário 3 (1955-56/1988) não inaugura uma compreensão diagnóstica estrutural, mas pelo contrário, vê-se, na verdade, a culminância de um raciocínio clínico que vem sendo desenvolvido há muitos anos. Desde as teorizações sobre o Estádio do Espelho, a função da imago e o caráter de desconhecimento e alienação do Eu, até chegar à primazia do simbólico sobre o imaginário e a definição de um diagnóstico estrutural, evidencia-se uma construção do pensamento lacaniano sintetizado no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses” (LACAN, 1955-56/1998).

Nesse texto, a linguagem aparece desde o início como determinante do diagnóstico de psicose. Lacan (1955-56/1998) chama atenção para o estatuto da alucinação verbal, criticando sua denominação de auditiva. Segundo ele, de forma alguma se trata de um fenômeno ao qual se poderia qualificar como relativo à percepção, já que pessoas surdas alucinam. Também considera um erro atribuir às alucinações verbais o mesmo estatuto de outros fenômenos relativos a processos psíquicos, pois segundo Lacan (1955-56/1998), as alucinações verbais possuem uma importância diferencial. A alucinação é a voz do Outro. É a voz que busca significar o sujeito psicótico.

Seu interesse, portanto, se volta, cada vez mais, para os distúrbios de linguagem. Ele isola o que nomeou de sintomas de linguagem em duas categorias: fenômenos de código e fenômenos de mensagem. Utilizando como referência a escrita de Schreber, Lacan localiza as alucinações verbais e os neologismos como fenômenos de código. Esses fenômenos caracterizam-se pelo fato de que é o significante (e não o que ele significa) que é objeto da comunicação. Assim, o psicótico cria neologismos a partir das regras de sua língua, duplica o significante, mas permanece o vazio da significação, acarretando no sujeito o valor de certeza. Já os fenômenos de mensagem, seriam aqueles nos quais a mensagem é interrompida no momento em que se dará a significação. Refere-se, ainda, à interrupção da mensagem no momento que se apresentará a posição do sujeito. Esses termos interrompidos, e que indicariam a posição do sujeito, são nomeados de termos índices ou “*Shifters*”. (LACAN, 1955-56/1998, p. 546).

A partir do exame desses fenômenos de linguagem, Lacan (1955-56/1998) salienta a relevância da análise do significante como maquinário que está na base dos fenômenos

delirantes. Com isso, os distúrbios de linguagem são apontados como a questão preliminar a todo tratamento da psicose e as manifestações delirantes são situadas como uma questão secundária.

Outra importante construção desse texto (LACAN, 1955-56/1998), que interessa aqui, consiste na formulação da trança que articula simbólico e imaginário. Essa articulação considerada, a princípio, como uma simbiose sofre remanejamentos e adquire o estatuto de vínculo genético. Essa relação é examinada através do falo como conceito responsável por essa amarração.

O falo é definido por Lacan (1955-56/1998) como pivô do simbólico que arremata o questionamento do sexo pelo complexo de castração. Essa seria a função do falo imaginário, isto é, articular a castração. Esse estatuto do falo deixa claro sua relevância, apontada por Lacan como relativa à função paterna. O Nome-do-Pai consiste, assim, no significante que engendra a significação fálica, através da metaforização do Desejo da Mãe. Na psicose, há uma impossibilidade de efetuação do significante Nome-do-Pai, pois a metáfora paterna não opera, impedindo a substituição do pai como símbolo ou significante no lugar da mãe, havendo, em decorrência disso, a forclusão do Nome-do-Pai.

A forclusão indica que não houve a inscrição de um significante da lei que barrasse o Desejo da mãe e produzisse um questionamento do sujeito à semelhança da neurose, “o que o Outro quer de mim?”, um enigma sobre o desejo do Outro. Ao invés desse questionamento, o que surge é a certeza psicótica, ou seja, “surgiu algo no Real que foi que tomado como uma resposta para uma pergunta que sequer foi formulada”. (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000, p. 73).

A principal consequência da forclusão do Nome-do-Pai é a não-operacionalização da castração simbólica, responsável pela significação fálica. Se o falo não pode operar efeitos de significação, há, como consequência, modificação na forma de lidar com o significante, bastante evidenciado nos distúrbios de linguagem característicos da psicose. Como consequência do déficit no simbólico, há também desarranjos no imaginário, pois é o simbólico que confere sustentação à imagem. Por essa razão, na psicose há prejuízos na ordem do corpo e da linguagem. (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000).

Pelo exposto, fica evidente a relevância da linguagem, tanto para a constituição do sujeito, como Lacan demonstrou no Estádio do espelho como formador da função do Eu (1949/1998), como para o diagnóstico estrutural, a partir do “Seminário 3” e em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1955-56/1998). No entanto, a

reformulação de sua tese do Espelho, explicitada em “Observação sobre o relatório de Daniel Lagache” (LACAN, 1960/1998) apresenta outro elemento de destaque além da linguagem. O corpo assume a efetividade do que anteriormente era identificado como a imagem. A primazia do simbólico, observada no ensino de Lacan nesse período, afetou a compreensão da eficácia da imagem na constituição do sujeito, sendo modificada pela noção de corpo.

Soler (2019, p. 17), destaca que, desde Freud, um dos principais questionamentos da psicanálise consiste em saber “como os mecanismos do inconsciente são tomados pela pulsão?”, e afirma que Lacan substituiu “mecanismos do inconsciente” por “mecanismos linguageiros” e que todo trabalho de decifração freudiana dos sonhos, sintomas e chistes é um trabalho de tradução, portanto, de linguagem. Além disso, acerca do termo pulsões, a autora sublinha que Lacan produziu outra modificação, introduzindo a tese de que as pulsões são efeito da linguagem. Para Soler (2019, p. 34), essa tese é lacaniana, pois Freud sempre que tratou das pulsões “as buscava do lado da biologia, do mistério da vida ou da hereditariedade ancestral, de que se veicularia, supostamente, desde a origem”. A ideia de pulsão produzida pela cultura, no sentido que a cultura causa, assim com a linguagem, não estaria em Freud, segundo a autora.

Soler (2019) enfatiza a relevância do corpo para a psicanálise, enquanto efeito de linguagem. Ela retoma as elaborações do Estádio do Espelho para dizer que, se no início, Lacan colocava ênfase no caráter operatório da imagem, em seguida, o corpo surge como uma nova hipótese em “Observação sobre o relatório de Daniel Lagache”, quando há uma reformulação do pensamento lacaniano. Lacan recoloca a questão, transferindo o valor operatório da imagem para a linguagem. Não é apenas a imagem, mas o corpo, marcado pela linguagem, que irá nortear as elaborações acerca do narcisismo e de toda a constituição do sujeito. Mais ainda, Soler (2019), aponta que, em 1975, quando Lacan desenvolve o nó borromeano, afirma que o imaginário é o corpo e que o corpo depende do imaginário. Segundo a autora, poder-se-ia pensar que essa fórmula é a mesma do Estádio do Espelho, mas é apenas semelhante, pois muitos aspectos foram deslocados e quando Lacan diz que o imaginário é o corpo, “o imaginário não designa mais apenas a imagem, não designa mais somente a representação. O imaginário tem uma consistência que é real, isto é, que vai além da imagem.” (SOLER, 2019, p. 31).

Muitos aspectos acerca do corpo e da linguagem ainda serão contemplados. Nesse momento, o objetivo era apenas explicitar melhor a inclusão do corpo e da linguagem como parâmetros de trabalho em termos de diagnóstico. A proposta de abordar o diagnóstico de psicose e autismo na infância, a partir do corpo e da linguagem se justifica, assim, de modo mais contundente pela localização desses dois conceitos no pensamento lacaniano. A

compreensão diagnóstica de Lacan ao logo de seu ensino, como visto, ressalta um percurso que partiu dos efeitos do imaginário até a operacionalização do simbólico, ou seja, do corpo para a linguagem. Esse também será o caminho que a ser percorrido no próximo capítulo, mas, antes, é preciso destacar as particularidades do diagnóstico na infância e o estado atual do debate entre psicanalistas lacanianos acerca do diagnóstico estrutural de autismo e psicose em crianças.

3.2 O debate no campo laciano acerca do diagnóstico de psicose e autismo na infância

O diagnóstico estrutural trata de uma modalidade de observação e análise, a partir da fala do paciente e de sua posição na linguagem e em transferência, que irão orientar o psicanalista no tratamento. A posição subjetiva do analisante é, assim, determinada segundo uma lógica; “a clínica estrutural tem como essência a oposição ente seus elementos e funda-se na modalidade de oposição característica da estrutura da linguagem”. Portanto, há uma lógica nessa formulação diagnóstica que muito contribuiu com as discussões num período marcado por mal entendidos em relação ao legado freudiano. Mas e no que diz respeito às crianças? Como repercutiu na psicanálise com crianças a questão do diagnóstico estrutural? (BARROSO, 2014, p. 64).

Se o diagnóstico estrutural de psicose diz de um retorno no real de um significante não inscrito no simbólico e que produz fenômenos elementares, como pensar esse retorno na infância? Como definir o estatuto das manifestações precoces de psicose na infância, sem a presença de formações delirantes ou desencadeamentos, semelhantes à psicose em adultos? Há desencadeamento na infância? Há especificidades nas formações delirantes na infância? Esses questionamentos, propostos por Barroso (2014), indicam a necessidade de ampliar o modo como a psicose na infância é considerada. Isso porque ainda há resistência na formulação desse diagnóstico na infância, justamente, pelo fato de as manifestações nas crianças serem tão diferentes do que se encontra em adultos.

A clínica diferencial das três estruturas: neurose, psicose e perversão não era utilizada como parâmetro para a determinação da posição subjetiva da criança sob transferência. Por não identificarem a presença dos fenômenos clássicos da psicose em adultos, muitos psicanalistas optavam, e ainda optam, atualmente, por aguardar a evolução do quadro, por acreditar na modificação da estrutura subjetiva, supostamente suspensa no tempo da infância. Essa recusa em diagnosticar a psicose na infância fez com que os casos clínicos acabassem sendo diagnosticados de forma vaga e imprecisa, o que impactou na direção do tratamento e no

avanço dessa discussão. (BARROSO, 2014).

O debate acerca da definição diagnóstica na infância, sobretudo de psicose e autismo, tem se tornado cada vez mais necessário, uma vez que há posicionamentos opostos sobre a questão. Psicanalistas como, Alfredo Jerusalinsky (2012), Leda Bernardino (2004) e Marie-Christine Laznik (2016) defendem a suspensão do que seria a definição de uma posição subjetiva da criança quanto à estrutura, tendo em vista seu desenvolvimento ainda estar em curso. Para esses autores, haveria um entrecruzamento entre estrutura e desenvolvimento neuromotor, embora se trate de instâncias e tempos distintos. Seriam tempos interdependentes o cronológico do desenvolvimento e o tempo lógico da estruturação psíquica, mas que para esses autores, estariam interconectados, pois os processos concernentes ao corpo amparariam aqueles de ordem psíquica. (SILVA; LUSTOZA, 2020).

A particularidade da psicanálise com crianças, segundo os autores mencionados, consistiria nos pontos de encontro entre desenvolvimento e estrutura, o que já não ocorreria mais com os adultos. Nesse sentido, é feita a diferenciação entre os termos criança e sujeito com o intuito de enfatizar os dois âmbitos envolvidos, isto é, o primeiro relativo ao desenvolvimento das funções do corpo e o segundo refere-se à estrutura e ao inconsciente. Bernardino (2004) corrobora com essa visão e afirma existir uma colaboração mútua entre o desenvolvimento da criança e sua estruturação, uma vez que é preciso que haja um organismo para a instalação da linguagem e uma estrutura de linguagem que promova a transformação do organismo em um corpo.

Isso fez lembrar um paciente de 14 anos, que a pesquisadora atendeu no Caps infantil e que veio acompanhado dos pais. Ele era extremamente comprometido, mal se equilibrava em pé, sendo necessária a ajuda do pai que o amparava. Foi preciso colocar um colchão no chão, pois ele não conseguia subir na cama da enfermagem e, ao deitar ficava sacudindo as pernas, tal como um bebê, e emitindo sons que pareciam grunhidos, sem qualquer semelhança com a voz humana. Foi um caso que marcou muito, não só por essa cena, mas, sobretudo, pela fala da mãe que repetia para qualquer pergunta que a fizesse: “ele não faz nada, ele não sabe de nada, ele não é nada”. A mãe relatou que tentou aborto e que só tinha vindo para consulta para pegar alguma medicação para o filho. O pai era quem se ocupava em deixá-lo o mais confortável possível, muito paciente e carinhoso com o filho. Esse caso produziu forte impacto na pesquisadora por revelar o quanto a aquisição do corpo é dependente da linguagem e do investimento afetivo. Para além de complicações fisiológicas que poderiam estar presentes, era evidente o modo como aquele paciente permaneceu num estágio anterior à captura pela

linguagem; puro organismo, que não chegou a se tornar, efetivamente, corpo.

Essa relação de interdependência entre corpo e linguagem – que faz com que muitos assegurem que na infância a estruturação psíquica é indecisa – não é tomada apenas por essa explicação de suspensão da estruturação no tempo da infância. Para psicanalistas como Rosine Lefort (1991), Eric Laurent (1999) Silvia Tendlarz (2003), Suzana Barroso (2014) dentre outros, a estruturação psíquica se define na infância, pois a estrutura já está presente antes do desencadeamento e a não inscrição do Nome-do-Pai é definitiva e relativa ao tempo lógico do sujeito e ao inconsciente. Não há, para esses autores, uma especificidade da psicanálise de crianças, pois “a estrutura, o significante e a relação com o Outro não concernem de maneira diferente à criança e ao adulto.” (LEFORT, 1991, p. 13). Além disso, para Rosine Lefort (1991, p. 18), quanto mais nova for a criança, mais ela demonstra traços de estrutura: “aqueles que têm a prática com crianças não podem deixar de se sensibilizar com a proximidade desses elementos de estrutura, pela maneira pela qual o demonstram e isso tanto quanto for menor a criança”.

Os psicanalistas desse grupo defendem, portanto, a ideia de que a psicose, enquanto estrutura, já está constituída mesmo antes do desencadeamento. Além disso, a clínica estrutural orienta a formulação do diagnóstico de psicose na infância a partir dos fenômenos elementares, e não numa perspectiva de suspensão da estruturação – devido a uma compreensão desenvolvimentista da linguagem – característica da infância. (SILVA; LUSTOZA, 2020).

Para Barroso (2014) e Tendlarz (2003), no que diz respeito à estrutura psicótica em crianças e adultos, trata-se da mesma estrutura. O que varia é a forma como ela se apresenta na infância. Segundo Tendlarz (2003), a estrutura não tem dimensão temporal, por isso Lacan não se deteve em teorizar sobre a psicose na infância. As falhas simbólicas seriam as mesmas entre adultos e crianças; o que poderia variar seriam aspectos do imaginário relacionados ao mito familiar e não elementos da estrutura. (SILVA; LUSTOZA, 2020).

Tendlarz (2003) considera que crianças psicóticas com tendências delirantes apresentam grande similaridade com os adultos psicóticos. No entanto, quando não há organização delirante, fica mais difícil a definição diagnóstica. Embora seja um fator complicador para o diagnóstico, a ausência de delírios na infância não significa a inexistência de fenômenos elementares, que são indicadores muito precoces da estrutura psicótica e podem estar presentes mesmo antes do desencadeamento.

O maior rigor quanto à análise da linguagem, para a autora, é o que garante tanto em adultos como em crianças o acerto na formulação do diagnóstico. Nesse sentido, Barroso (2014) chama a atenção para o fato comum ocorrido na clínica com crianças psicóticas, em que

fenômenos elementares são tomados como déficit cognitivo, atrapalhando, assim, o diagnóstico de psicose nas crianças. Barroso (2014) cita Laurent (1999), ao comentar sobre o caso Stanley, supervisionado por Margareth Mahler (1989), e critica a perspectiva psicogenética da psicanalista ao abordar as dificuldades da criança relacionadas ao tempo e espaço. Laurent (1999) localiza aí o fenômeno elementar, ou seja, onde Mahler vê um índice de uma fase do desenvolvimento, ele situa um traço de estrutura já decidida. A noção de psicose simbiótica de Mahler é, para Laurent (1999), o automatismo mental. Barroso (2014) a respeito das dificuldades do diagnóstico de psicose na infância, comenta:

Verifica-se, portanto, que os empecilhos ao diagnóstico de automatismo mental na infância são: o raciocínio geneticista, a concepção de criança como um aparelho psíquico em formação; e a hipótese de um suposto ser que é anterior à relação com o significante e cuja posição só poderia ser definida no progresso maturacional da linguagem. (BARROSO, 2014, p. 61).

A solução apontada por Barroso (2014) para enfrentar essa dificuldade relativa à identificação da psicose na infância consiste em orientar o diagnóstico no sentido de extrair do sintoma da criança a estrutura do fenômeno elementar. A autora destaca que o fenômeno elementar é apropriada estrutura. O significante S1 é sempre elementar, pois ele não significa nada. Somente quando aparece S2 é que se dá a significação do primeiro significante de modo retroativo. “O delírio é o equivalente ao S2, ao saber, e implica a necessidade de incluir o fenômeno em um discurso que lhe dê sentido.” As alucinações, a exemplo dos delírios que buscam interpretá-las, constituem os fenômenos elementares que testemunham a incidência da linguagem sobre o ser. Se os delírios tentam dar sentido à dissolução do imaginário do sujeito, as alucinações sinalizam o início dessa ruptura, produzindo a perplexidade ou os fenômenos de crepúsculo do mundo característicos da psicose em adultos. E no caso das crianças? A autora propõe a ampliação da noção de desencadeamento na infância, sinalizando que, nesse caso, os fenômenos de corpo funcionariam como fenômenos elementares nas crianças. Essa questão do lugar do corpo no diagnóstico de psicose e autismo será retomada no próximo capítulo. (BARROSO, 2014, p. 55).

Laurent (1999), a respeito dessa questão de definir o diagnóstico de psicose na infância, propõe que o analista deve observar alguns elementos, tais como: se o significante para a criança está no nível do real e não no campo simbólico, se ele tem efeito de mediação e representação ou se apresenta de modo petrificado, se age como uma palavra devastadora, como um caroço de palavra. Com isso, o autor ressalta a importância da linguagem no diagnóstico, o que também será mais bem desenvolvido no capítulo seguinte.

Por enquanto, é preciso tratar de outro aspecto da discussão sobre as psicoses na infância: a inclusão do autismo como um fator complicador do diagnóstico. Na atualidade, há muita confusão entre os dois quadros e um crescente número de crianças diagnosticadas como autistas. Mesmo que a psicanálise trabalhe com uma modalidade de diagnóstico estrutural e não fenomenológico, como visto, ainda assim, não é tão simples dentro da psicanálise a definição dos dois quadros clínicos.

Existem, atualmente, diversas teorias no interior do movimento psicanalítico que buscam dar conta da novidade que o autismo inaugurou. Ainda não há consenso sobre quais mecanismos estão em jogo no autismo, a ponto de se estabelecer com precisão se se trataria de um fenômeno transitório que poderia levar a uma psicotização ou uma estrutura específica.

É sobre esse debate atual, acerca da problemática que envolve o diagnóstico de autismo na psicanálise, que se pretende tratar a partir de agora, objetivando destacar cada uma das principais teses defendidas por psicanalistas de orientação lacaniana, que se dedicam à clínica das psicoses e dos autismos na infância.

No que concerne às teorias embasadas no referencial lacaniano, seriam três as principais correntes que buscam definir o autismo, segundo uma perspectiva estrutural da subjetividade. A primeira acredita ser o autismo uma a-estrutura, ou seja, o autismo seria um momento anterior à definição de uma estruturação psíquica propriamente dita. A segunda considera o autismo uma quarta estrutura, estando situado, portanto, fora do campo das psicoses e a terceira considera o autismo pertencente ao campo das psicoses.

Isso não implica para esta tese que o autismo seja um tipo de esquizofrenia ou que se pretende estabelecer uma equivalência entre esses dois quadros, negando as particularidades do autismo. O que se pretende é evidenciar que o autismo está mais próximo da esquizofrenia do que isolado numa quarta estrutura, posto que, sua relação com a linguagem e os fenômenos relativos ao corpo sejam semelhantes.

É importante ressaltar um aspecto dessa questão – argumento utilizado para diferenciar o autismo da psicose – pois se diz que, como o autista não delira ou alucina, não se trataria de psicose. Acontece que o diagnóstico na psicanálise não se dá dessa forma. Não é pela presença ou ausência de sintomas que se determina um diagnóstico e sim através do posicionamento do sujeito frente ao Outro da linguagem. Em virtude disso, cabe aqui a explanação das múltiplas vertentes que tentam dar conta do autismo no quadro geral das estruturas clínicas, tal como proposto por Lacan, a fim de se situar os impasses encontrados por cada uma numa tentativa de fazer avançar esse debate.

A primeira tese defende que autismo seria uma a-estrutura, devido, justamente, a essa falha primordial na relação com o Outro. Para Yankelevich (2017), um mecanismo mais primitivo que a forclusão estaria em questão no autismo, diferenciando-o da psicose. Para Vinheiro (2017) o autismo seria uma a-estrutura por não haver laço com o Outro. Nas palavras da autora:

Uma análise da estrutura quer dizer, também, estudar a relação do sujeito com o Outro e com o objeto. A criança autista não teria acesso ao Outro (enquanto tesouro significante) e, em consequência, não haveria lugar para o objeto a, pois este se desprende do campo do Outro. Como poderemos pensar em estrutura constituída, excluída do Outro e sem objeto? Algumas crianças nos mostram, antes do tratamento, que, excluídas do Outro, ficam em espera. (...). Portanto, não podemos pensar o autismo como psicose, pois esta é uma estrutura na qual há um Outro e um objeto que não cai. No autismo haveria um ser com uma estrutura não constituída. Uma não diferenciação dos três registros – real, simbólico e imaginário. Haveria uma primazia do real, um real indiferenciado. (VINHEIRO, 2017, p. 201).

Vinheiro (2017), seguindo a indicação de Lacan, afirma que “o ser antes do sujeito é onde o autista está”, destacando a anterioridade ao estádio do espelho para situar o momento onde se fixa o autista. Na psicose, se por um lado não há um eu e um corpo unificados e nem sujeito dividido do inconsciente, ainda assim, há um sujeito, não se tratando mais do ser. Vinheiro (2017, p. 201), apresenta um questionamento interessante: “se o autismo e a psicose não são da mesma ordem, porque a tendência geral a situar o autismo como uma psicose?”

A autora se utiliza de uma interpretação própria sobre o ensino de Lacan no Seminário 1 (1953-54/1986) para responder a essa questão. Nesse Seminário, Lacan (1953-54/1986, p. 127) afirma: “que se trate de fenômeno de ordem psicótica, mais exatamente de fenômenos que podem terminar em psicose, isso não me parece duvidoso”. A expressão, “que podem terminar em psicose”, indica, segundo a interpretação da autora, a inconstituição da estrutura, pois haveria, ainda, a possibilidade de que o autista viesse a se estruturar na psicose. Ainda segundo, Vinheiro (2017), o tratamento seria responsável pelas múltiplas possibilidades de resolução quanto às vicissitudes da estruturação, a depender da transferência e dos desdobramentos na direção da cura.

No entanto, a autora ignora o restante do comentário de Lacan (1953-54/2009, p. 145) pois, logo em seguida, ainda no mesmo parágrafo, Lacan continua; “O que não quer dizer que toda psicose apresente começos análogos.” Essa passagem, ao contrário do que a autora pontua, evidencia que há uma percepção de Lacan da ocorrência de uma série de quadros que podem ser inseridos no campo da psicose, embora apresentem inícios diferentes.

Se o autismo se constitui numa a-estrutura, como propõe Vinheiro (2017), poder-

se-ia, efetivamente, falar em inexistência do Outro? Ou na verdade seria mais interessante considerar qual o estatuto do Outro no autismo, uma vez que isso evitaria que as discussões se voltassem para a apreensão do autismo enquanto limite do humano ou referido às origens da constituição psíquica em detrimento das dificuldades relacionadas à subjetividade autista.

A segunda corrente de pensamento defende a consideração do autismo como uma quarta estrutura, pois haveria especificidades nesse quadro clínico, não condizentes com sua inclusão no campo das psicoses. Desse modo, os principais representantes dessa tese são: Jerusalinsky (2012), Vorcaro (2016), Laznik (2016) e Maleval (2015). Apesar de estarem num mesmo grupo, esses autores têm teorias próprias e, muitas vezes, divergem em determinados aspectos, mas que são agrupados num mesmo bloco por compartilharem da tese principal do autismo como uma quarta estrutura.

Jerusalinsky (2012), um dos principais expoentes dessa concepção, defende a proposição da quarta estrutura para o autismo, separada, portanto, do campo das psicoses, por considerar a existência de um mecanismo de defesa específico do autismo: a exclusão. Através desse artifício, o autista permaneceria fora da linguagem, segundo o autor, ao recusar o campo do Outro. Comenta o autor:

A prevalência dos automatismos cria um mecanismo de exclusão da criança a respeito da linguagem. É por isso que os autistas desviam seu olhar não de qualquer coisa, mas, especificamente, do outro semelhante, assim como, se fazem de surdos não a qualquer som, mas, especificamente a outro falante. (JERUSALINSKY, 2012, p. 65).

Para a instauração da estrutura da linguagem, segundo o autor, é preciso um encontro da criança com o Outro primordial, de modo a possibilitar identificações. O momento desencadeador dessas identificações é situado no Estádio do Espelho de Lacan (1949/1998), em razão das aquisições promovidas pela assunção de uma imagem unificadora. Essa imagem especular possibilita reconhecer-se no Outro através de seu olhar e auxílio da linguagem. (AZEVEDO; NICOLAU, 2017).

No autismo, para Jerusalinsky (2012, p. 61) há uma falha nessa função de reconhecimento, responsável pela entrada na linguagem. Essa função permite à criança se reconhecer no outro pelos efeitos que sua gestualidade e expressões provocam nele. Através dessa operação, a criança “se reconhece nos outros e percebe as condições que precisa satisfazer para ser reconhecida”. Com isso, a linguagem que acompanha esse momento de reconhecimento ajuda a modificar o estatuto da imagem especular que passa, então, a ser simbólica. Essa é a condição de entrada na linguagem e por isso, o autor localiza nessa operação

(Estádio do espelho) o marco principal da subjetivação, “é a porta de entrada no mundo propriamente humano”. (JERUSALINSKY, 2012, p. 61).

Apesar da relevância do Estádio do espelho situar que a entrada da criança ou seu fracasso nessa operação corresponderia a permanecer numa posição delicada, não se poderia falar em não-subjetivação, pois haveria dificuldades com esse entendimento. Até porque, a definição de sujeito em Lacan contradiz essa compreensão, como apontam Vorcaro e Lucero (2010, p. 148-149):

Efetivamente, se localizamos o sujeito na definição magistral de Lacan de que um significante representa um Sujeito para outro significante, ou seja, $(S1 \rightarrow \$ \rightarrow S2)$, há sujeito em qualquer concatenação significante. Assim sendo, desde que haja uma demanda e uma resposta, mesmo que essa se reduza à recusa associada a um olhar endereçado por um desvio daquele que o recebe, temos a presença, sempre evanescente, do sujeito que concatenou olhar e desvio mesmo que para operar sua descontinuidade.

A etiologia do autismo é situada pelo autor como relativa ao fracasso dessa função de reconhecimento. Isso porque, desenvolve-se um obstáculo intransponível entre a criança e o Outro primordial. A esse fato, destaca o autor, somam-se os problemas genéticos, síndromes e dificuldades as mais variadas, que impedem ou inviabilizam o investimento do olhar do Outro. Em consonância com esse fato, são frequentes os transtornos de linguagem entre os autistas, corroborando a tese de que o principal entrave no autismo diz respeito à relação com o Outro.

A definição de autismo para o autor envolve os seguintes termos:

O autismo consiste fundamentalmente no fracasso na construção dessas redes de linguagem – fornecedoras de saber sobre o mundo e as pessoas – e na prevalência de automatismos que, disparados de modo puro e espontâneo, carecem de qualquer valor relacional e fazem resistência à entrada do outro no mundo da criança, e, conseqüentemente, na entrada dela no mundo familiar e social (JERUSALINSKY, 2012, p. 60).

Já a definição de psicose na infância aponta para a “quebra da função da palavra no momento mesmo em que ela se instala na criança”. Essa quebra decorre, segundo o autor, da falha da função materna, da claudicação paterna ou da disfunção constitucional que inviabiliza a inscrição do Nome-do-Pai. Há duas posições para a mulher frente à maternidade, segundo destaca o autor: a primeira é fazer da criança a encarnação de sua falta (falo), o que conduziria à psicose na criança e a segunda é situar-se na referência ao faló, mas desta vez, na dimensão do significante, permanecendo como faltante, onde se localiza a neurose.

O autor situa a ação materna na psicose, numa esfera em que nada falta ou na dimensão em que a separação engendra um sentimento de que tudo falta, o que leva a uma

angústia imensa na criança. A falta de limites faz surgir comportamentos que denunciam esse mal estar. A criança passa a representar esse desconforto em ser sintoma do Outro:

Daí surgem os sintomas que representam essa ausência de limites: o deambular interminável, a agitação motora, o choro contínuo, a incontinência esfínteriana, o atropelar tudo, uma demanda insaciável, a ausência de noção de perigo, e às vezes, dependendo da densidade da intrusão do terceiro do relacionamento, uma agressão perigosa que toma como destinatário seu próprio corpo ou do outro, sem que nisto se denote solução de continuidade. (Ibid, p. 200).

O autor chama de ação delirante esses atos da criança que se remetem ao discurso materno. “Assim, as crianças esquizofrênicas precoces, ou as simbióticas captadas nessa articulação manifestam uma alternância de atos, que, às vezes, tem a mera operatividade de um sinal, de uma necessidade.” Os atos se comunicam com a língua materna e não envolvem a posição discursiva da criança, mas são efeitos de sua condição de objeto do desejo do Outro. (Ibid, p. 202).

Jerusalinsky (2012, p. 203) diferencia o autismo da psicose, justamente, por considerar que não há um delírio em ato nas crianças autistas. O que ocorre, segundo o autor, é a prevalência de “automatismos neurobiológicos”, pois fracassaram as tentativas de “costurar os atos da criança às significações próprias do discurso parental”. As razões dessas falhas envolvem condições genéticas e falhas nas funções parentais. Desse modo, tratam-se de clínicas distintas, o que justificaria a inclusão do autismo numa quarta estrutura.

Vorcaro e Pozzato (2014) partem da alienação para demarcar sua posição acerca do autismo ser ou não uma psicose. De acordo com as autoras, não se trata tanto do autista entrar ou permanecer num aquém da alienação, e sim, que não há, necessariamente, a substituição do ser pelo sentido. Como não há garantias, as autoras acreditam tratar-se no autismo de uma não-articulação significante; haveria uma perda do ser, sem, contudo, ganho de sentido. As autoras citam Bastos (2003) para pontuar que a posição do autista seria a de um congelamento, nem anterior, nem exterior à alienação.

Essa posição corrobora o pensamento de Lacan (1975/1998) acerca dos autistas, em que ele comenta “por que há algo com os autistas ou esquizofrênicos que se congela?”. Ele afirma:

[...] Como o nome o indica, os autistas escutam a si mesmos. Eles ouvem muitas coisas. Isso leva, normalmente, à alucinação – e a alucinação sempre tem um caráter mais ou menos vocal. Nem todos os autistas escutam vozes, mas eles articulam muitas coisas e trata-se, precisamente, de entender onde escutaram o que articulam. [...] Eles não conseguem escutar o que o Sr. tem para dizer-lhes enquanto se ocupa deles. [...] É muito precisamente [a dificuldade de escutá-los, a linguagem deles como algo fechado] o que faz com que não os escutemos. O fato de que eles não o escutam.

Contudo, enfim, há, certamente, algo a lhes dizer. [...] Trata-se de saber por que há algo no autista, ou no chamado esquizofrênico, que se congela, se pode dizer isso. O senhor, porém, não pode dizer que ele não fala. Que o senhor tenha dificuldades para escutá-los, para dar seu entendimento ao que dizem, não impedem que sejam, finalmente, personagens bastante verbosos. (LACAN, 1975/1998, p. 12,13).

Desse modo, apesar de ser uma citação longa com muitas informações relevantes, o trecho que estabelece a existência de um congelamento no autista ou no esquizofrênico, há aí certa equivalência entre os dois quadros, chama a atenção para o que Vorcaro e Pozzato (2014) situam na alienação desses sujeitos. Algo que se congela diz de uma posição do sujeito no meio do caminho. O que se congela no autista e no esquizofrênico é o S1. Como um primeiro significante não representa o sujeito para outro significante, esse significante não representa nada e é por isso, segundo a autora, que o sujeito não advém.

Nesse sentido, a criança autista entra na alienação, para logo, recusar-se a ela, não chegando a se assujeitar à linguagem e nem à distinção das faltas do ser e do Outro que são necessários à intersecção dos dois campos que se sobrepõem para a posterior separação. Com isso, “a criança permaneceria ou um puro ser vivo, organismo, ou pura máquina significante”. (VORCARO; POZZATO, 2014, p. 143).

Vorcaro e Pozzato (2014) questionam se a diferença entre o autismo e a psicose, não estaria no fato de que: na psicose, haveria a inscrição da *Bejahung* (afirmação primordial), que possibilita a admissão de algo no simbólico, enquanto, no autismo, não haveria essa afirmação primordial que permite o juízo de existência, ou seja, que algo exista para o sujeito. Os autistas não fariam a *Bejahung* e manteriam, assim, todos os significantes no real. Um testemunho disso seria a fala não invertida dos autistas, que permanecem falando como são falados; não há inversão na mensagem recebida do Outro.

A falta de *Bejahung* dos significantes produz, como consequência, a presença excessiva do Outro. Os significantes que não sofreram *Bejahung* se tornam muito potentes, correspondendo a verdadeiras coisas que se apresentam de modo maciço e invasivo ao sujeito esquizofrênico. No autismo, essa invasão se daria de modo ainda mais intenso, pois não houve *Bejahung* de S1, ao passo que, na psicose, a ausência de *Bejahung* se deu sobre o significante Nome-do-Pai. (VORCARO; POZZATO, 2014).

Vorcaro e Pozzato (2014) reconhecem que há aproximações e distanciamentos entre o autismo e a psicose, mas consideram importante estabelecer as especificidades de cada um, não para englobá-los numa mesma estrutura, ao contrário, para permitir ao analista discernir entre os dois e encontrar a melhor direção para o tratamento. As autoras incluem sua posição nesse debate ao lado de Jerusalinsky (2012) e resumem:

A localização do autismo como uma estrutura independente anunciou uma novidade em relação às estruturas propostas por Jacques Lacan de neurose, psicose e perversão. Jerusalinsky (2012) reconhece essa distinção e propõe considerarmos o autismo como uma quarta estrutura caracterizada pela função da exclusão, diferentemente dos mecanismos de defesa encontrados nas três estruturas propostas por Lacan: recalque, forclusão e denegação. Para o autor, a principal especificidade do autismo em relação às psicoses infantis está na elisão do outro no aspecto visual e auditivo, causada pela ruptura da correspondência entre corpo e objeto materno. A função materna não possibilita que a criança tenha acesso ao imaginário, portanto o falo não se constitui. (VORCARO; POZZATO, 2014, p. 150-151).

Para Laznik (2013, p. 204), o autismo é definido como “um defeito na estruturação primeira do aparelho psíquico por conta do fracasso do circuito pulsional, podendo levar à constituição de patologias diversas com déficits gravíssimos que fazem lembrar a oligofrenia”. De acordo com essa definição, fica evidenciado o reconhecimento da autora acerca da proximidade do autismo com a psicose, embora ela situe com precisão sua posição nesse debate em favor do autismo constituir uma quarta estrutura.

Laznik (2013) defende que o autismo resulta de uma falha na constituição do terceiro tempo do circuito pulsional, em que o bebê não se colocaria como objeto do gozo do Outro de modo ativo. Ele não se ofereceria àquele que exerce a função materna para ser investido libidinalmente, ficando fixado numa fase anterior à alienação e impossibilitado de assumir uma posição de sujeito. Para a autora, é fundamental a distinção entre psicose e autismo, possibilitada pela observação dos primeiros sinais nos bebês, de que há impasses na alienação que merecem atenção. Ela comenta:

A distinção entre psicose e autismo é muito importante. Se eu não tivesse tido a possibilidade de distinguir a psicose do autismo, seria incapaz de detectar os dois sinais preditivos de um perigo de evolução autística, que têm a ver com o que chamamos, na psicanálise lacaniana, de o fracasso da instauração da alienação do bebê na relação com o Outro. Desse ponto de vista, fala-se na necessidade da instauração da alienação como um momento positivo, sem o quê, nenhum sujeito advém à humanidade – a “falha” do autismo se dá neste registro da alienação. Essa alienação vem em parceria com o que Lacan chamou de separação, um tempo lógico de subjetivação que permite a uma criança não ser psicótica. (LAZNIK, 2013, p. 201).

Para Laznik (2013), o fracasso na instauração da alienação definiria o autismo, diferindo-o da psicose, cujo impasse se daria na separação. A presença de dois sinais nos bebês seria indicativo de alerta para risco de instauração do autismo. O primeiro refere-se à inexistência de troca de olhares entre mãe/cuidadora e o bebê. Segundo a autora, esse dado revelaria um primeiro indício da dificuldade de ligação com o Outro e uma probabilidade de o bebê não entrar ou ter dificuldades no estágio do espelho. O segundo sinal é mais importante - pois só o primeiro não é suficiente para pensar num prognóstico de evolução autística - refere-

se à não instauração do circuito pulsional completo. É justamente no terceiro tempo do circuito, que a autora localiza o problema.

Partindo dos desdobramentos lacanianos acerca do circuito pulsional proposto por Freud (1915/1996), Laznik (2013) situa os três tempos para se produzir a satisfação pulsional e, conseqüentemente, “um novo sujeito”, tal como Freud (1911-1915/1996) estabelece o que ocorre nesse momento. No primeiro tempo, chamado de ativo, o bebê se dirige para o objeto de satisfação oral e o agarra; no segundo momento, chamado de reflexivo, o bebê elege parte de seu próprio corpo como objeto da pulsão. No terceiro tempo, só aparentemente o bebê é passivo, pois, na verdade, ele participa ativamente do momento, fazendo-se de objeto de desejo da mãe. É o que ocorre quando o bebê oferece seu pé, mão ou barriga para que a mãe brinque de comê-lo. O prazer assim, compartilhado, pontua, Laznik (2013), é condição necessária à alienação. Esse registro do faz de conta é essencial para a estruturação do simbólico. É a partir desse terceiro tempo que a criança se liga ao campo do Outro, se submete ao seu desejo e seus significantes.

Por ser nesse terceiro tempo que a criança se faz objeto do desejo da mãe, participando ativamente desse processo de se fazer beijar, carregar e “comer”, pode-se dizer que, no autismo, esse tempo não ocorreu. Logo, Para Laznik (2013), identificar a existência ou não desse momento estruturante é essencial para o diagnóstico precoce de autismo e possibilita a intervenção a tempo. É importante, contudo, que a criança seja atendida o mais cedo possível, antes dos três anos de idade, quando, então, é possível intervir na relação criança-Outro. É o período no qual a criança está mais susceptível à entrada no campo do Outro, mais aberta aos significantes do Outro, a se apropriar deles. (LAZNIK, 2013).

O fracasso desse circuito completo colabora para o diagnóstico diferencial de autismo e psicose. Laznik (2013) situa a diferença entre os dois da seguinte forma: enquanto o bebê, situado na psicose, terá facilidade em se oferecer como objeto do desejo do Outro, submetendo-se a este passivamente, o bebê com risco de autismo, irá permanecer fora desse terceiro tempo do circuito. É um bebê que fica alheio à aproximação do Outro e de maneira alguma a provoca.

Um questionamento surge em decorrência dessa diferenciação entre autismo e psicose apontada pela autora, pois se o terceiro tempo envolve uma atitude ativa do bebê que busca o Outro e se faz objeto de seu desejo, haveria realmente essa atitude no bebê em vias de estruturação psicótica? Há realmente uma busca ativa ou apenas submissão a um Outro invasivo? Não haveria uma passividade semelhante nos dois casos (autismo e psicose), com a

diferença situada na resposta subjetiva de cada um ao apelo do Outro? Sendo a resposta da criança com risco de autismo a recusa ao Outro e a da outra criança o assujeitamento? Mas em ambas haveria problemas na alienação. Enfim, são questionamentos que ajudam a pensar esses impasses.

Maleval (2015) é outra referência importante a contribuir com esse debate. É bem interessante notar que, apesar de ele desenvolver ao longo de seu artigo “Por que a hipótese de uma estrutura autística?” (2015), diversos argumentos em favor das diferenças entre autismo e psicose, há também pontos de aproximação. No entanto, cabe a ressalva de que, mesmo comparando as duas clínicas, Maleval (2015) se posiciona com argumentos, muitas vezes, da área da psiquiatria ou de uma comparação entre psiquiatria e psicanálise. Sua compreensão, a princípio, não parte de um diagnóstico estrutural diferencial e sim, de uma lógica comparativa dos dois quadros, utilizando-se, muitas vezes, referenciais externos à psicanálise.

Os principais pontos destacados por Maleval (2015) para justificar sua tese de uma quarta estrutura para o autismo são principalmente: ausência de delírio e de alucinações verbais, a vontade de imutabilidade, inexistência de desencadeamento no autismo, a evolução no autismo ocorre dentro do autismo.

No que concerne aos delírios e alucinações, Maleval (2015) cita pesquisas psiquiátricas com adultos, para argumentar que, raramente, há registro de alucinações e delírios na clínica com autistas adultos. Com isso, o autor situa, nas décadas de 80 e 90, a separação do autismo das psicoses pela psiquiatria a partir dos manuais DSM's. É destacado que o autista não transforma sua angústia em delírios e alucinações. Mesmo entre as crianças autistas não há produções delirantes como explicação para o que as afetam. O autor pontua:

Não resta dúvida de que alguns autistas expressam, às vezes, convicções bizarras. No entanto, identificar um delírio requer algumas outras exigências: uma iniciativa que vem do exterior, a localização de perseguidores, certa lógica evolutiva, etc. Convenhamos assim que, possivelmente, um delírio crônico, estruturado por um tema de perseguição ou articulado em torno de uma convicção megalomaniaca, não pertence à clínica do autismo. Entretanto, o debate poderia prosseguir longamente, pois não há uma maneira precisa de definir o que é um delírio. (Ibid, p. 5).

A respeito das alucinações afirma que muitos discordam da opinião de que elas não constituem um critério diferencial entre autismo e psicose na infância. Maleval (2015) pontua que os maiores clínicos do autismo, como Mahler, Meltzer, Tustin, dentre outros, nenhum constatou alucinações verbais em seus pacientes autistas. Portanto, segundo o autor, esses critérios de delírio e alucinação não são aplicáveis à clínica do autismo na infância, como ele situa:

Atualmente, parece bem estabelecido que não procede se fiar apenas na presença de alucinações para fazer um diagnóstico, uma vez que elas se apresentam em diversos sujeitos e, com uma frequência aumentada, na clínica infantil. A tese da psiquiatria moderna segundo a qual o delírio e a alucinação seriam característicos da psicose permanece sumária e pouco utilizável na prática. Uma clínica mais fina deve ser convocada, capaz de distinguir entre onirismo e automatismo mental. Neste caso, a rara constatação de alucinações psicóticas no enquadramento da clínica do autismo não pode ser colocada em dúvida. (Ibid, p. 6).

Maleval (2015) salienta que, para a psiquiatria, apesar das duas clínicas (psicose e autismo) se sobreporem na infância, pela presença dos sintomas negativos e cognitivos da esquizofrenia, os sintomas positivos desta (delírios e alucinações) estariam ausentes no autismo. Ambas as clínicas compartilham, ainda, os distúrbios de identidade, do curso do pensamento, e os fenômenos de deslocalização do gozo que provocaram, durante muito tempo, dificuldade na formulação do diagnóstico diferencial.

A vontade de imutabilidade é outro ponto relevante para a diferenciação do autismo da psicose. Maleval (2015) considera esse critério um dos mais essenciais para o diagnóstico do autismo. O autor lembra que, atualmente, há na psiquiatria uma tendência a um autismo generalizado, pois “a sintomatologia do autismo e das psicoses infantis se superpõem parcialmente, já que o autismo foi tomado, de início, como uma forma infantil de esquizofrenia”. No entanto, ressalta Maleval (2015), o que mais chamou a atenção de Kanner (1943) ao descrever essas crianças foi seu desejo intenso de solidão e de imutabilidade.

Se a solidão foi observada tanto nos pacientes esquizofrênicos de Bleuler, como nos autistas de Kanner (1943), por outro lado, aponta Maleval (2015), no que diz respeito ao desejo de imutabilidade, ele só foi observado nos autistas de Kanner (1943). Essa imutabilidade designa o desejo do autista de viver num mundo estático, pois ele não tolera mudanças. É preciso que haja permanência nos mínimos detalhes no entorno do autista, numa identidade fotográfica e fonográfica, caso contrário, ocorrem as famosas crises de raiva e de desorganização tão conhecidas de familiares e de profissionais que atendem essas crianças. As iniciativas das crianças de tentar evitar mudanças é um modo de lidar com a angústia, ao lado do isolamento. Maleval (2015) aponta que esse é um dos critérios diagnósticos que não tem destaque no DSM, aparecendo como mais um dentre tantos outros, quando, na verdade, é fundamental na diferenciação do autismo de outros quadros da infância.

Quanto ao fato de não haver desencadeamento no autismo, Maleval (2015) cita a observação de Kanner sobre uma característica essencial dessas crianças autistas: elas apresentam extrema retração, desde o início da vida, ao contrário das crianças esquizofrênicas que apresentam um desenvolvimento normal, até por volta dos dois anos de idade. Desse modo,

enquanto as crianças autistas tem dificuldade em lidar com as pessoas, desde o início da vida, as esquizofrênicas conseguem estabelecer laço social e só se afastam da realidade e passam a investir no mundo de fantasia após certo período de normalidade em suas relações.

O momento no qual se localiza o início do adoecimento é, portanto, fator decisivo como critério diagnóstico diferencial. Enquanto na esquizofrenia o desencadeamento pode ocorrer mais tardiamente, inclusive na adolescência, o autismo se manifesta desde os primeiros anos. Isso leva à concepção defendida por Maleval (2015) da inexistência desencadeamento no autismo, o que será discutido no próximo capítulo, a partir da proposição de uma ampliação desse conceito tal como defende Barroso (2014). Maleval (2015) reconhece exceções, mas pontua:

Certamente, a oposição não é tão radical: existem esquizofrênicos precoces insidiosos, de forma que o momento do aparecimento dos distúrbios não é decisivo como diagnóstico diferencial. Por outro lado, é certo que o autismo não se desencadeia: à medida que os estudos se tornam mais precisos, os sinais do autismo são desencadeados em idades cada vez mais precoces. (Ibid, p. 10).

Outro ponto importante refere-se ao fato de que, na esquizofrenia há períodos de remissão e de recidiva, enquanto no autismo o quadro é permanente. Segundo Maleval (2015, p. 10), entre psicanalistas ainda há quem resista em distinguir os dois quadros, pois, uma das maiores dificuldades encontradas, liga-se à observação feita por Rutter e Schopler (1978/1991, p. 124) de que “a maioria das psicoses surgidas nos três primeiros anos de vida responde aos critérios do autismo”. Além disso, citando Temple Grandin (1997), Maleval (2015) parece concordar que o autismo é difícil de ser diagnosticado porque os critérios comportamentais mudam com frequência.

Finalmente, para Maleval (2015), o autismo evolui dentro do próprio autismo e não em direção à psicose, como muitos defendem. Apesar de ser difícil estabelecer um diagnóstico diferencial nos primeiros anos da infância, após certo tempo os dois quadros se diferenciam bastante, sendo raro, segundo o autor, encontrar crianças autistas diagnosticadas como esquizofrênicas na fase adulta.

A esse respeito, na minha clínica observo, não na fase adulta, mas comparando crianças menores com maiores, após certo tempo de atendimento, não é raro a observação de que essas crianças, a princípio, diagnosticadas como autistas, revelarem-se, na realidade, como esquizofrênicas, apresentando, inclusive, construções delirantes. Isso me fez questionar se se trataria de um erro diagnóstico e essas crianças nunca foram autistas, ou se houve evolução (não sei se esse é o melhor termo, acredito que não) para a psicose. Fica minha observação a ser

desenvolvida durante a apresentação dos casos clínicos no último capítulo. Por enquanto, cabe trazer aqui o pensamento de Maleval (2015) em relação a essa discussão, introduzindo no debate a questão estrutural. O autor resume sua posição:

Certamente a sintomatologia do autismo apresenta distúrbios da linguagem, da identidade e do gozo que pertencem à clínica da forclusão do Nome-do-Pai, o que pode autorizar a considerar o autismo como psicose; todavia, ela é tão diferente de todas as outras que incita a interrogar-se sobre o estreitamento do laço entre forclusão do Nome-do-Pai e psicose. Rosine e Robert Lefort não hesitaram em estendê-lo, fazendo do autismo uma quarta estrutura subjetiva. (Ibid, p. 13).

Ainda segundo Maleval (2015), um dos principais aspectos a ser considerado em favor da retirada do autismo do campo das psicoses, reside no fato clínico de existir uma estrutura psicótica independente dos enquadres clínicos. Com isso, é possível localizar passagens entre um quadro de esquizofrenia, que pode evoluir para uma paranoia ou um estado melancólico, permanecendo o caso, ainda assim, dentro da estrutura psicótica. Nada comparado ao autismo que evolui, segundo o autor, da síndrome de Kanner para a síndrome de Asperger

Quando o autor comenta sobre a estrutura autística, ele a define segundo dois aspectos essenciais: a retenção da voz e o retorno do gozo sobre uma borda. Para Maleval (2015) desde o início da vida, os autistas apresentam recusa em ceder ao Outro, seus objetos pulsionais, e isso é facilmente percebido nessas crianças pela evitação do olhar e do sorriso social. Esse dado corrobora com a pesquisa de Laznik (2013) sobre a falha no circuito pulsional, já mencionada, em que o bebê não se faz objeto do desejo do Outro; não se faz ser olhado pela mãe e não busca suscitar o júbilo da mãe. (MALEVAL, 2015).

De modo semelhante, a criança autista não busca compartilhar a atenção, o que envolve olhar para um objeto, apontar e olhar para a mãe, estabelecendo uma triangulação, a fim de expressar seu interesse. “Eles não são incapazes de apontar, mas quando o fazem, não usam o seu olhar para chamar a atenção do adulto para o alvo de interesse”. Eles também não esperam nada do outro, mas podem utilizar a mão do adulto como ferramenta para conseguirem o que querem, como se o outro fosse um prolongamento deles mesmos. Em virtude dessa recusa em ceder objetos ao Outro, a concessão em olhar, em falar – encarada como perda do objeto voz – e em perder as fezes, é percebida como dilacerante e causa muita angústia. (MALEVAL, 2015, p. 17).

O autor pontua que, tanto o autista, como o psicótico, retém objeto a, porém, o autista mantém seu domínio sobre o objeto, tanto pela retenção, como pela construção de uma borda, enquanto o psicótico se esforça para compor com um objeto não dominado que se impõe

do exterior. Enquanto para o autista, o objeto pulsional não é angustiante, desde que mantenha em seu domínio, para o psicótico, o objeto tende a ser perturbador, pois se apresenta do exterior sob a forma de “alucinações verbais injuriosas, olho malvado que vigia, alimento envenenado, etc.” (MALEVAL, 2015, p. 18).

As consequências da retenção dos objetos pulsionais são frequentemente manifestadas no comportamento do autista: estrabismo, encoprese ou retenção de fezes, anorexia ou bulimia, urros intermináveis ou ausência de apelo, etc. Quando uma cessão ocorre por acaso, ela é vivida como uma perda que mobiliza uma intensa angústia de castração. (Ibid, p 18).

Desse modo, a retenção da voz impede a inscrição do sujeito no campo do Outro. No entanto, isso não significa que o autista esteja fora da linguagem. Ele aprende, a se servir da fala e isso ocorre de diversas formas, desde o mutismo, que é a recusa absoluta, passando pela verborreia, o falar para si mesmo bem característico e que impede o endereçamento ao Outro, as frases espontâneas, que ocorrem em situações críticas após o fracasso das barreiras protetoras e, por fim, quando o autista engaja sua voz enunciativa para se comunicar.

Quanto ao retorno do gozo sobre uma borda, Maleval (2015) destaca que a borda autística tem três propriedades fundamentais: é uma fronteira frente ao mundo externo, um canal na direção deste, e um captador de gozo. A borda é composta por três elementos: o objeto autístico, o duplo e o interesse específico. Os três servem de proteção frente o desejo do Outro, tamponam a angústia e permitem ao sujeito avançar sobre o mundo com mais segurança. O autista consegue maior estabilidade quando consegue fazer com que um elemento da borda, como o interesse específico, torna-se uma competência social, composta por signos dos quais ele se apropria.

Muitos dos aspectos levantados por Maleval (2015), em relação à linguagem ainda serão abordados em outra oportunidade mais adiante, por enquanto, encerramos essa breve síntese de suas ideias sobre a estrutura autística, com uma passagem do mesmo artigo onde ele afirma que: “o problema da distinção autismo-psicose deve ser, portanto, reportado aquele de uma abordagem da estrutura do sujeito”. (MALEVAL, 2015. p. 4).

De acordo com a terceira teoria, cujos representantes incluem Colette Soler (1999), Bernard Nominé (1999) e Éric Laurent (2007), dentre outros. Apesar de haver algumas especificidades no autismo, ainda assim, para esse grupo, não seria possível separar completamente o autismo das psicoses. As operações de constituição do sujeito, propostas por Lacan no Seminário 11 (1964/2008), alienação e separação são tomadas como referência para explicar o que se passa com o autismo, sendo localizados na alienação os impasses relativos à

subjetividade autista, embora cada autor possua uma compreensão própria sobre essa questão.

Soler (1999, p. 219) parte da tese lacaniana, que situa o psicótico como fora do discurso e não fora da linguagem, para diferenciar neurose e psicose. Ambas estariam na linguagem, mas a psicose estaria localizada fora do discurso. A autora questiona, então, como conciliar essa tese com as operações de constituição do sujeito descritas no Seminário 11, alienação e separação. Ela responde, claramente, afirmando que “a inscrição em um discurso supõe a operação de separação”. Desse modo, se a operação de separação, condicionada pelo Nome-do-Pai, é o que permite a inscrição em um discurso, o fora do discurso do psicótico caracteriza a alienação. Afirma a autora categoricamente: “portanto, a questão é aquela do autismo”. (SOLER, 1999, p. 219). Soler (1999, p. 219) defende que não existe um autismo puro, e sim misturas, pois para ela, o autismo seria um pólo e estaria situado “num alguém da alienação, uma recusa de entrar, um permanecer na borda”.

Em todo caso, Soler (1999) procura responder a questão de como situar as crianças autistas em termos de estrutura, a fim de definir a posição do analista no tratamento. O pressuposto que orienta sua reflexão é sua concepção de que essas crianças são sujeitos. Embora não sejam agentes de um discurso, elas são faladas pelo Outro, há significantes no Outro que as representam, logo, são sujeitos. A especificidade dessa dimensão de sujeito consiste, justamente, em não falar em nome próprio.

A partir do Seminário 11 de Lacan (1964/2008), a autora apresenta o que ela considera como a questão central desse Seminário: estabelecer como o sujeito passa da posição de puro efeito e falado pelo Outro, para a condição de agente, de ser alguém que fala, que deseja, e que é animado de libido. Assim, “é quando muito a libido do Outro que se liga a ele, a ponto que podemos evocar sua inclusão no lugar do Outro”. (SOLER, 1999, p. 222).

Soler (1999) interroga se é possível pode isolar numa categoria as crianças autistas e afirma que as distingue das crianças delirantes. A autora destaca que as crianças autistas, pelo fato de, em muitos casos, não falarem, são abordadas por seus comportamentos e pelas funções de seus corpos; numa clínica puramente descritiva. Como essas crianças são puro significado do Outro, são muito facilmente tomadas como sintoma do Outro, como da mãe, por exemplo. Isso produz como consequência, segundo Soler (1999, p. 226), que fazendo falar a mãe ou quem esteja no lugar do Outro, obtém-se, muitas vezes, efeitos sobre a criança: “quando o Outro articula, o significado se move”.

A partir da compreensão do psicótico como sujeito, questiona-se o estatuto do Outro no autismo. A autora aponta as principais características da relação do autista com o Outro.

Primeiramente, essas crianças sentem-se perseguidas pelos signos da presença do Outro, sobretudo, pelo olhar e pela voz. Por isso, muitos psicanalistas as abordam de modo indireto, de costas ou mesmo cantando, como que para se confundir com os objetos. Soler (1999) situa aí a predileção dessas crianças por rituais e o desejo de imutabilidade, sendo o imprevisível devastador para elas, justamente, por corresponder a um sinal da presença do Outro.

Uma segunda característica dessas crianças, e que se refere à sua relação ao Outro, é apontada como relativa à tentativa de anulação deste. Isso implica nas observações de muitos pais que pensavam, a princípio, que os filhos eram surdos, pois não reagiam quando chamados. Na verdade, trata-se de uma recusa a tudo que é da ordem da voz. Além disso, sofrem de distúrbios do olhar, pois não olham ou tem estrabismos. (SOLER, 1999).

Um terceiro aspecto dessa relação diz respeito à recusa da intimação do Outro. Há a percepção de intimação por parte do Outro e que a criança faz de tudo para evitar. Um dos sinais mais evidentes é o fato de não solicitarem a presença do Outro, não há apelo. Esse fato, para a autora, é a contrapartida e o complemento da recusa de ser demandada pelo Outro. A voz e o Olhar são os meios pelos quais o Outro demanda e o mais importante a ser frisado: “é pela demanda que o sujeito faz sua entrada no real, o que também quer dizer, sua saída do Outro”. (SOLER, 1999, p. 225),

Por fim, a autora situa uma última característica da relação dessas crianças com o Outro: os problemas de separação. Essas crianças não conseguem se separar da mãe ou do terapeuta, no sentido concreto do termo. A autora comenta com relação ao Outro:

As observações precedentes mostram que o Outro designa, tanto a presença do corpo da mãe, quanto dos significantes aos quais a criança autista tem acesso. Além disso, as perturbações que nós constatamos ao nível da presença e da ausência são para nós significativos, pois eles indicam a falta do lugar vazio em que o sujeito poderia se alojar. Parece que essas crianças permanecem aquém do limite de toda simbolização. (Ibid, p. 225).

Soler (1999, p. 225) continua suas observações diferenciando o autista do paranoico:

A comparação com o pequeno paranoico é, sob esse ponto de vista, esclarecedora. Para esse último, a despeito da forclusão, a simbolização primordial da presença-ausência faz surgir um primeiro significante, este que Lacan escreve DM na metáfora paterna [...] e que escreve um Outro já barrado por um desejo ou um gozo enigmático, inclusive persecutório. O pequeno autista não atravessou esse passo, e nesse sentido o Outro permanece para ele puramente real. O único corte em jogo é esse dos batimentos do corpo, dos estados de inércia e de animação evocados anteriormente, colocado em jogo e cuja homologia com a pura descontinuidade significante é manifesta.

As perturbações na relação com o Outro acabam por produzir consequências sobre o corpo do autista. Corpo em que o corpo do simbólico se incorpora. Em virtude disso, Soler (1999) localiza um grande número de manifestações corporais características dessas crianças. Primeiramente, é constatada uma série de perturbações funcionais. Essas crianças se distinguem por dificuldades na aprendizagem de modo singular. Há déficits especiais, como na coordenação do movimento, do andar, dos olhos, e também, de aprendizagem da continência e, obviamente, da linguagem. Além dessas dificuldades, se caracterizam por apresentar performances superiores em áreas de interesse específicas. Soler (1999) ressalta, no entanto, que essas dificuldades são situadas não puramente numa perspectiva deficitária, mas fora-das-normas; “esse fora-das-normas se estende de maneira particular ao desenvolvimento pulsional.” A autora aponta para a constatação lacaniana de que a ordem das pulsões corresponde à sucessão das demandas do Outro. (SOLER, 1999, p. 227).

Ainda no que concerne ao corpo, uma segunda modalidade de alterações, se refere aos comportamentos dessas crianças divididos em dois tipos de estado: de um lado o que Soler (1999) chama de hebetismo, definido como um estado de inércia, no qual a criança se encontra quase como um objeto em meio a outros; de outro lado, um estado de animação do autômato. Não se trata mais de inércia nesse segundo estado, mas de uma atividade mecanizada e incoerente. É o que Margareth Mahler observa no caso Stanley, em que a criança se liga e se desliga com o funcionamento semelhante a uma máquina; ou o caso Joy, menino-máquina de Bruno Bettelheim (1967), no qual, a criança se utiliza da invenção de uma máquina, ligada a ele, para animar seu corpo. (SOLER, 1999).

Por fim, a terceira perturbação no corpo diz respeito ao que Soler (1999) denomina problema de fronteiras, pois essas crianças teriam falha na delimitação das fronteiras entre seu corpo e o corpo do Outro. Muitos psicanalistas atribuem a esse fato uma falha no registro do imaginário, mas Soler (1999) explica que não se trata desse ponto, embora haja também problemas na delimitação da imagem, mas a explicação para a autora estaria na libido.

Para Soler (1999, p. 228) o autismo está relacionado a uma doença da libido e vai além das perturbações das relações de objeto. “Isso é perfeitamente coerente com o fato de que a linguagem que causa o sujeito, opera também sobre o corpo, aí incorporando-se. É a linguagem que faz o órgão libido”. A autora explica, a partir do caso Stanley, como se dá a problemática da libido no autismo, situando nos dois estados *on-off*, ou seja, no ligar-se e desligar-se a animação ou não de seu corpo pela libido. Como a libido é instaurada pela

linguagem, Soler atribui ao menino o controle sobre o afetar-se ou não pelo significante do Outro. O estado de inércia ou animação de Stanley é definido em relação à libido. É disso que se trata, segundo Soler (1999, p. 228), pois embora o corpo do menino “se ligue” ele permanece como autômato, “uma espécie de semblante de máquina”. A autora comenta a esse respeito:

O que é interessante para nós – o que faz desse caso um paradigma- é que ela nos diz precisamente como ele se liga. Ele se liga de duas maneiras: de uma parte pelo significante. É suficiente que uma palavra seja pronunciada, por alguém ou por ele próprio, ou mesmo que ele veja uma imagem, por exemplo, de um bebê ou de um panda – pouco importa, portanto, de onde vem a evocação – desde o momento em que tal significante bebê ou panda surge, ele desperta e se torna máquina. Isso nos diz claramente que é sobre o Outro como máquina significante, sobre o corpo da linguagem, que ele se liga. Sua segunda maneira de se ligar consiste em tocar o corpo da analista. (Ibid, 1999, p. 228).

Interessante notar que o tocar na analista exerce a mesma função do dizer de Mahler (1968/1973) e essa equivalência é explicada por Soler (1999, p. 228-229) pelo fato de o analista, enquanto corpo do Outro, ser “o lugar do corpo incorporeal do significante”. A autora esclarece, então, que através da alienação, fica ainda mais claro compreender o que se passa com crianças como Stanley. Ou ele está na dimensão do puro ser, sem libido, no que se refere ao desejo, logo inerte, ou ele se liga e se torna uma máquina significante, porém, um autômato.

Por essa mesma razão, a separação do Outro é impossível no autismo. Soler (1999) atribui essa impossibilidade ao fato de o Outro ser parte de sua libido. Se a criança se separa, seu corpo cai inerte. Essa condição ressalta o horror que corresponde à separação da mãe ou do analista, justamente, porque a criança perde uma máquina que lhe é exterior: a libido.

A título de conclusão do pensamento de Soler (1999), cabe destacar que a posição do analista no tratamento deve ser a de encarnação do Outro primordial real. O terapeuta, segundo a autora, deve surgir no lugar da mãe. Ele deve usar seu corpo e suas palavras. No plano do significante, ele se põe no lugar dos ditos do Outro, embora ele fale pouco, e no lugar de resto da libido. Isso faz com que Soler não seja muito otimista com os progressos do tratamento dos autistas, apesar de reconhecer que pode haver melhoras em muitos aspectos, sobretudo, no que concerne às funções do corpo. A separação, porém, permanece impossível para os autistas, segundo sua compreensão, e isso faz com que se tenha que arranjar como solução uma “máquina terapêutica para a vida”. (SOLER, 1999, p. 231).

Outro psicanalista que compõe esse grupo é Bernard Nominé (2012, p. 28), para quem o autismo implica na existência de um sujeito. “Há um sujeito ali dentro. Nada é possível sem essa aposta mínima a fazer diante de uma criança autista e ela tem tudo a nos ensinar, se

quisermos entrar em comunicação com ela”. A condição para aprender com ela, segundo o autor, é abrir mão de todo saber preconcebido, que, geralmente, conduz a erros nessa clínica tão difícil.

Ao abordar a questão do tratamento dessas crianças, Nominé (2012) destaca que, para ajudá-las a se separar da voz e entrar no campo da palavra, a intervenção precisa ocorrer muito precocemente, nos primeiros anos da infância e não após os cinco ou seis anos. Há autistas que conseguem sair do mutismo e passam a falar, porém, segundo o autor, não abandonam completamente o gozo autístico da voz. Daí o modo de falar mecanizado, como um computador. Eles renunciam em parte ao objeto voz, pois se renunciassem totalmente, o vazio criado abriria espaço para todas as possibilidades de comunicação, incluindo “o mal-entendido, o equívoco, o jogo de palavras, o duplo sentido, o inconsciente, tantas manifestações que faltam, precisamente, nesses sujeitos, sobre os quais, Lacan dizia que eram, antes de tudo, verbais”. (NOMINÉ, 2012, p. 28).

Para Nominé (2012, p. 30), a relação com a língua é uma questão essencial na posição autística. Sua tese pontua que “o sujeito autista fica refém do significante, no sentido de que está fascinado pelo real do significante e dele não se descola”. Há um gozo muito primitivo, mas que não se aparelha à palavra e que o autor associa ao gozo do significante. O balbucio era pensado como um exemplo dessa modalidade de gozo, mas o autor abandonou essa compreensão devido à percepção clínica de ausência de balbucio em crianças autistas. O balbucio já seria um esboço de relação com o Outro.

No que concerne à estrutura, o autor se posiciona pela inclusão do autismo ao lado da esquizofrenia e da paranoia. Para ele, um critério diagnóstico fundamental no autismo, refere-se ao fato de a criança autista não utilizar o significante para endereçar suas demandas ao Outro. Ela não faz uso do significante para cifrar seu gozo, apesar de fazer algum uso dele. A questão é que se trata de um uso solitário que não serve à comunicação. (NOMINÉ, 1999).

A respeito do uso do significante e seus impasses Nominé (2012, p. 31-32) comenta:

Poderíamos pensar que o autismo é uma impossibilidade neurológica de operar com os significantes; conexões complexas entre as áreas associativas do cérebro não seriam feitas. Mas bem depressa a besteira dessa concepção surge quando recebemos os testemunhos desses sujeitos que saíram de seus universos e que se comunicam conosco. Eles têm um uso totalmente correto do significante. Eles estão no universo da linguagem, eles não estão excluídos, mas o que não funciona se situa no nível da fala. Quer dizer que é o que se passa no nível o sujeito que fala, do sujeito que quer dizer, do sujeito que quer compreender o que vê, o que lhe dizem, é aí que algo está muito errado.

Desse modo, o autor situa o autismo na dimensão do sujeito e de sua relação ao significante. Isso porque a representação do mundo é singular para cada sujeito e condicionada à estrutura significante. Nominé (1999, p. 234) questiona o que faz com que o sujeito utilize a máquina significante para dirigir ao Outro suas demandas e não permanecer na posição de “alimentar seu próprio novelo”? O autor situa que isso ocorre porque o sujeito aceitou uma troca. Essa troca envolve o adiamento do gozo imediato, por uma satisfação relacionada a uma demanda, aos significantes da demanda do Outro. Esse desvio, continua Nominé (1999, p. 234), se deve a uma assunção de uma falta, cuja causa do desejo é localizada no Outro. “É por meio dessa operação que o gozo vai se aparelhar com o corpo”.

A partir da proposição lacaniana que afirma ser o sintoma um acontecimento de corpo, ligada ao fato de que, quanto ao corpo, o sujeito o tem e não o é, Nominé esclarece as condições para um sujeito ter um corpo. Por não o ser (o corpo), é que o sujeito pode imaginar ter um corpo próprio e, ao longo da vida, ele é tido por esse corpo. É isso que o sintoma revela, que o sujeito é prisioneiro de seu corpo, “até mesmo prisioneiro do corpo do Outro, por intermédio do gozo que ele metaforiza”. (NOMINÉ, 1999, p. 234).

Nominé (1999, p. 235-236) estabelece, então, que se pode ter um corpo e um sintoma, como também, pode-se ser um sintoma de outro corpo. É nessa posição que o autor situa a criança autista: como uma criança psicótica, que é sintoma de sua mãe. “No meu entender, a criança autista é estruturalmente reduzida a essa posição e é para não desaparecer totalmente nesse acontecimento que ela recusa ligar-se ao Outro”.

O autor questiona se essas crianças-sintoma teriam um sintoma e responde com cautela que, no seu entendimento, não, pois se tivessem sintoma sairiam do autismo. Segundo ele, não é possível sair do autismo e ele nunca soube de nenhum caso onde tenha ficado comprovada uma saída do autismo com um sintoma. O que acontece, na verdade, são progressos que tornam a vida do sujeito autista mais satisfatória, com maior capacidade de adaptação, mas eles continuam, segundo Nominé (1999, p. 236), “dependentes de uma máquina que funciona no lugar de um sintoma que eles não podem constituir”.

A decorrência do fato de a criança autista ser sintoma da mãe e não ter sintoma é a constatação de que ela também não tem corpo. Nominé (1999) destaca que o corpo é dependente da ideia que se faz dele. Logo, para ter um corpo é preciso ter um pensamento e esse pensamento não está inicialmente no sujeito e sim, no Outro. Isso se deve ao papel do Outro no estágio do espelho, que antecipa a representação de unidade corporal, ainda inexistente. A captura dessa unidade da imagem não acontece sem um resto. É esse resto que não convém à imagem

narcísica, que dá valor libidinal à imagem. É ele que escapa à tradução do Outro e faz com que o sujeito vise o desejo do Outro. No entanto, isso não ocorre no autismo. Como não há esse resto, a imagem não chega a ser libidinizada.

Esse resto da imagem, que Lacan (1962-63/2005) define no Seminário 10: A angústia, como objeto *a*, é situado por Nominé (1999) como aquilo que escapa à inscrição do significante no corpo e como o que permite ao sujeito não se confundir com seu corpo. Essa junção entre sujeito e corpo, no entanto, é paradoxal, porque, segundo o autor, é possibilitada mediante um corte; o corte que define a borda pulsional. “Esta borda pulsional não existe na criança autista nada o impediria, portanto, de ser o corpo do Outro e de gozar de seu objeto na própria relação em que ele é um objeto do Outro”. (NOMINÉ, 1999, p. 240).

Por fim, Nominé (1999, p. 240) aponta para a consequência dessa relação de simetria do autista com Outro, em que há uma relação sexual, pois o ser e o Outro fazem um. O autista faz o Um. “Parece-me que no isolamento que ele constrói, para proteger o Um, ele talvez não se sinta tão mal assim. O que lhe faz muito mal é o reencontro com alguma coisa que ameace essa unidade, a saber, a alteridade”.

Laurent (2007) é um dos psicanalistas que aborda a questão do autismo com muita cautela, destacando que esse também era um cuidado de Lacan, para quem o autista alucina. Segundo o autor, há alucinação no autismo porque há submersão no real. Esclarece o autor que o autista não responde a um chamado, porque a resposta já se fez presente, destacando o caráter forclusivo da defesa, o que não significa que não haja Outro, mas que o Outro não é barrado.

No que se refere à definição estrutural do autismo, Laurent (2007, p. 33) enfatiza que “não é certo que se deva tomar posição sobre a unidade de estrutura do autismo, já que consideramos a possibilidade de o sujeito ter acesso a uma psicotização de sua posição, assim como, a outro registro de inserção na fala”. Vale destacar, aqui, a compreensão do autor sobre as múltiplas possibilidades de posição da criança na linguagem, o que torna, ainda mais complexa, a tarefa de pensar o diagnóstico psicanalítico na infância. Além disso, a questão da saída do autismo em direção à psicotização precisa ser mais bem desenvolvida, para que não se estabeleça uma hierarquia entre as estruturas, considerando como uma boa solução a saída do autismo para a entrada na psicose propriamente dita.

A fim de corroborar suas ideias com relação ao autismo estar incluído no campo da psicose, Laurent (2007) apresenta os matemas de Lacan *S1*, *S2*, *\$* e *a*, situando seu entendimento.

No que se refere ao significante mestre *S1*, Laurent (2007) afirma tratar-se nos dois

casos (autismo e psicose) de uma passagem direta do significante para o real, pois haveria uma substituição, no lugar do simbólico estaria o real. O autor se utiliza da topologia lacaniana para assinalar que figuras como o toro, introduzidas para a psicose, também se aplicariam ao autismo, sobretudo, para explicar fenômenos estranhos como o pavor do sujeito autista ao ouvir o barulho de um avião voando no céu, mas que ele teme como se este estivesse ao seu lado. Seria uma percepção auditiva ou visual? Apenas uma topologia do espaço pulsional, como defende o autor, seria suficiente para dar conta desses fenômenos que dizem de um espaço não-métrico, posto que, não seja regulado pelo falo. Trata-se de outro tipo de relação espacial, na qual, assim como o toro, a vista de um ponto situado dentro, remete a uma exterioridade, a um infinito. Assim, na psicose e no autismo, segundo Laurent (2007), é preciso considerar o espaço sob outra óptica, na qual o sujeito se liga à pulsão de forma não-métrica. O autor esclarece:

Estamos em relação com sujeitos que se deslocam em espaços de gozo, nos quais o infinito e os limites são iguais. Para eles, um furo aberto está aberto no infinito e ao lado deles da mesma maneira. O espaço métrico só é adquirido posteriormente, com o metro medida, isto é, o falo. Enquanto a significação fálica não estiver presente, o mundo não será medido. O Outro pode invadir o corpo do sujeito com um gozo atroz, de modos catastróficos, sem que as bordas marquem uma pulsação regulada. (Ibid, p. 28).

No que se refere ao matema S2, o saber, Laurent (2007) identifica nos sujeitos autistas uma relação persecutória e de exterioridade com o saber, manifesta na forma de uma recusa absoluta. Na clínica isso fica evidenciado de diversas maneiras, sobretudo, no desejo de que nada mude. São comuns as crises, como geralmente são denominados esses eventos de desorganização e extremo sofrimento, decorrentes de alguma mudança no ambiente ou na rotina do sujeito autista.

A respeito do sujeito, \$, o autista, é definido como aquele de quem se fala. Isso equivale a afirmar que, são sujeitos que se prendem a um dizer, seja do lado da fantasia da mãe ou de algum traço da linhagem paterna, que os localizam numa determinada posição. Laurent (2007) situa na psicotização o momento de separação do Outro, ou seja, quando há uma produção de saber delirante do lado do sujeito, que faria, desse modo, uma tentativa de descolamento dessa posição na qual é tomado. Além da psicotização, outra tentativa de separação do Outro se dá pelo estupor e nos dois casos pode-se falar em produção do sujeito. Essa produção tanto se dá através da passagem ao ato, no caso do estupor; quanto na via delirante, e, até mesmo “uma pura ausência real pode equivaler ao surgimento de uma função subjetiva tanto nos uivos, quanto nos chamamentos contidos nos significantes mestres do dizer dos pais que caem no real.” (Ibid, p. 30).

Percebe-se, segundo o ponto de vista do autor, que haveria tanto no autismo como na psicose um efeito sujeito decorrente desses fenômenos, enquanto tentativas de separação do Outro, de diferenciação, que, no entanto, não pode ser efetivada sem consequências para o sujeito, como as crises de angústia.

Quanto ao objeto a, Laurent (2007) destaca que, no autismo, é estabelecida uma relação com objetos privilegiados, que vem se ligar ao corpo do sujeito de modo a lhe dar consistência. Esse objeto suplementar e erotizado indica a existência de um gozo fora do corpo e cuja presença remete ao objeto a. A partir desse objeto, o sujeito busca situar seu corpo, seja através do apego ou do rechaço. Esse acoplamento ao objeto remete ao próprio ser do sujeito. Quer seja um brinquedo, uma garrafa ou um copo, é a forma como a criança se liga ao Outro.

Laurent (2007) faz uma ressalva a respeito da criança-máquina de Bettelheim (1987), pois considera que o que está em jogo é a relação da criança com o objeto tomado como órgão. Na realidade, é disso que se trata; não da máquina, mas de uma lamela. Esses objetos podem ou não ser construídos pelas crianças, mas o fato é que são objetos manipulados como órgão suplementar “que elas tentam às vezes pagando com a própria vida, introduzir em seu corpo como órgão que conviria à linguagem.” (Ibid, p. 30).

Esse objeto-fora-do-corpo integra pouco a pouco, os deslocamentos dele decorrentes; torna-se gradativamente um traço que de fato envolve o corpo do sujeito, parceiro real do autista. Esse objeto primeiro, fora do corpo, é seguidamente tomado, encerrado no interior do que se tornará corpo íntimo. Será sempre a produção de uma montagem do corpo, ainda que seja um objeto fora do corpo. (Ibid. p. 31).

Dada a relevância do objeto na constituição do corpo próprio, o autor defende que não se separe totalmente o autismo da esquizofrenia, já que, em ambos os casos, há uma tentativa de acrescentar um órgão ao próprio corpo, diferentemente do que ocorre na paranoia na qual o gozo retorna do Outro. Esse pensamento se complexifica e o autor aponta tanto diferenças como semelhanças entre o autismo e o campo das psicoses. (LAURENT, 2007).

O autor distingue os fenômenos na psicose que dizem respeito à ruptura de mensagem na cadeia significante S1-S2, que estão presentes nas patologias alucinatórias e que de modo algum correspondem ao que se passa no autismo, onde não há essa interrupção: “é mais a repetição de um Um separado de um outro, que não se reenvia a um outro, e que, ao mesmo tempo, produz um efeito de gozo.” (LAURENT, 2012, p. 27).

A especificidade do autismo que o diferencia das psicoses é situada por Laurent (2012) no corpo e na modalidade de retorno do gozo situado na borda. Comenta o autor:

Nos anos 90, propus que o que foi isolado como “autismo com encapsulação”, como essa borda estranha que parece estabelecer o limite do universo de alguns sujeitos autistas, que parece estar na superfície do corpo e quase duplicar o corpo, devia ser considerado como um modo de retorno do gozo, não no corpo (como ocorre na psicose esquizofrênica), ou no Outro (como na psicose paranoica), mas sim especificamente em uma borda do corpo, especificamente nessa borda. Mas creio que agora, graças aos avanços promovidos pela leitura de J-A. Miller do último ensino de Lacan, devemos considerar esses fenômenos de borda como um caso de acontecimento de corpo particular do autismo. (Ibid, p. 26, 27).

Laurent (2012, p. 32) define sua posição em relação ao autismo sobre este ser ou não uma psicose, destacando semelhanças e diferenças. Para o autor, é preciso considerar uma proximidade do autismo com a esquizofrenia, mas também situar que os dois quadros não são equivalentes. “Não devemos considerar que são campos completamente distintos, como na perspectiva da psicopatologia, mas há uma especificidade que deve ser considerada”.

Essa é uma perspectiva importante para pensar a relação autismo e psicose por considerar a existência de especificidades no autismo, apontando, no entanto, aproximações entre o autismo e a esquizofrenia. A minha clínica tem demonstrado, e isso será apresentado mais adiante, como os dois quadros estão próximos. Pacientes que apresentaram um traço diagnóstico característico do autismo, como, por exemplo, a linguagem não endereçada ao Outro, como ressaltou Nominé (1999), passaram a apresentar num caso alucinação verbal e, em outro, alucinação visual. Esse primeiro paciente, segundo relato da mãe, após uma crise na qual quebrou objetos e agrediu pessoas na casa de sua avó, disse a sua mãe que foi uma voz que o mandou fazer isso. Perguntei o que a voz tinha dito. Ele respondeu: “É para fazer o caos, caos total” (sic). Eu, então, o questioneei, caso ele não obedecesse, o que aconteceria. Ele respondeu que a voz disse: “te espero na cadeia” (sic). O segundo paciente relata ser observado por vários olhos e também há relato de ofensas dirigidas a ele e que a mãe afirma nunca terem ocorrido. Tudo isso será detalhado, mas foram fatos clínicos que me fizeram pensar na aproximação entre autismo e esquizofrenia e como é complexo o diagnóstico diferencial.

Por fim, no livro “Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana”, Calmon e Rosa (2012) sintetizam bem a proposta a ser desenvolvida nessa pesquisa, que considera, sobretudo, a dimensão do sujeito na clínica com crianças autistas e psicóticas, a partir da abordagem dos modos de constituição do corpo e da linguagem em cada um dos casos, para uma melhor precisão diagnóstica.

Lacan nos ensinou a pensar o sujeito em psicanálise, tomando-o a partir de duas dimensões: a do corpo e a de seu parasita – a linguagem. Assim, para pensarmos o sujeito autista, tomamos, primeiramente, sua relação com a linguagem, seja em seu mutismo, seja em seu estatuto de “verbosos”. A outra vertente diz respeito à relação dos autistas com o gozo e, de maneira mais precisa, com o Um do gozo. (Ibid, 2012 -

orelha do livro).

Em virtude de tudo que foi apresentado, fica evidenciada a relevância de situar o debate acerca da inclusão ou não do autismo no campo das psicoses, seguindo os ensinamentos de Lacan, a partir de uma perspectiva diagnóstica que inclua o corpo e a linguagem.

4 A FORMULAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE PSICOSE E AUTISMO NA INFÂNCIA A PARTIR DO CORPO E DA LINGUAGEM

Após apresentar as diversas perspectivas sobre a concepção do autismo na psicanálise, se ele compreende ou não uma quarta estrutura e como se dá esse debate no campo lacaniano, cabe aprofundar a discussão. É necessário retomar os fundamentos da forclusão do Nome-do-Pai na psicose e a singularidade da defesa autística, uma vez que há aproximações e distinções relevantes entre a esquizofrenia e o autismo que merecem ser mais bem observadas para a formulação do diagnóstico diferencial.

Nesse sentido, vale destacar, com maior precisão, a especificidade da psicose na criança, pois como afirma Miranda (1999, p. 116) “não há psicose infantil e sim crianças psicóticas: o infantil em Freud é a estrutura em Lacan”. O que isso implica? É importante retomar aqui os questionamentos que suscitaram essa pesquisa: o que é psicótico na criança? O que de psicótico há no autismo, para que haja, ainda, esse debate no movimento psicanalítico sobre a inclusão ou não do autismo nas psicoses. Por que há tantos diagnósticos de autismo na atualidade, a ponto de se falar em uma verdadeira epidemia desse quadro? Onde estão as crianças outrora diagnosticadas como esquizofrênicas? O autismo se tornou o único nome do sofrimento infantil? Por que?

4.1 Sobre a especificidade da estrutura psicótica: da *Verwerfung* à forclusão do Nome-do-Pai

Segundo Quinet (1999), Freud não costumava diferenciar a paranoia da esquizofrenia, preferindo utilizar o termo psicoses sem fazer distinção do tipo clínico. Assim como Lacan, ao se referir às psicoses, costumava empregar o termo paranoia. Em todo caso, é importante destacar as particularidades de cada quadro, inclusive do autismo, a fim de evidenciar o problema que se coloca em torno do diagnóstico na infância e de como a psicose se configura nas crianças. Com esse intuito, cabe destacar o que está em jogo, em termos de estruturação, na psicose, a fim de justificar o ponto de vista aqui defendido da existência de aproximações e especificidades no tocante ao campo das psicoses e do autismo.

Para começar essa exposição, cabe retomar o conceito de forclusão do Nome-do-Pai como fundamental para a definição da estrutura psicótica, tal como o ensino de Lacan estabelece. Antes, porém, é necessário voltar às elaborações freudianas sobre a *Verwerfung*. A

primeira referência ao termo *Verwerfung* consta no texto de Freud (1894/1996) “As neuropsicoses de defesa”. Nesse texto, Freud ressalta que se trata de uma defesa muito mais poderosa do que a que está em jogo nas neuroses. Freud (1894/1996, p. 64) a define nos seguintes termos: “nela o eu rejeita a representação incompatível, juntamente com o seu afeto, e comporta-se como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido”. Em seguida, Freud (1894/1996, p. 65) no mesmo texto, descreve como se dá o processo que leva à perda de realidade e à produção delirante. Ele afirma: “o eu rompe com a representação incompatível, esta, porém, fica inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade, de modo que, à medida que o eu obtém esse resultado, também ele se desliga total, ou parcialmente, da realidade”. O delírio é, assim, vivamente investido pelo sujeito, por manter estreita ligação com a realidade e simultaneamente com o eu. (CALAZANS; REIS, 2014).

No que concerne, à paranoia, Freud (1895/1996), no Rascunho H, faz a primeira referência a ela, situando-a ao lado das neuropsicoses de defesa. Para Freud (1895/1996, p. 260), a paranoia “na sua forma clássica, é um modo patológico de defesa, tal como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatoria”. No entanto, ainda nesse mesmo texto, ele se interessa pela particularidade da defesa na paranoia, visto que o resultado dessa defesa poderia ser o mesmo que se dá na histeria ou neurose obsessiva, mas isso não acontece. O que acontece, ali, então? Freud (1895/1996, p. 261) questiona: “Qual seria a peculiaridade da defesa paranoica?” e, logo em seguida, responde: “rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo”. (FREUD, 1895/1996, p. 262).

É nesse momento de sua teoria, que se dá a formulação do conceito de projeção pela primeira vez, a fim de explicar como se dá a passagem do que é rechaçado internamente pelo eu, para um registro externo, uma imposição vinda de fora. Esse aspecto é fundamental para o que Freud desenvolverá depois no “Caso Schreber” (1911/1996), quando há um desenvolvimento mais aprofundado acerca da paranoia, e é feito um esclarecimento acerca da projeção. Freud (1911/1996, p. 78) explica: “foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é, pelo contrário, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido, volta de fora”.

O “retorno de fora” apontado por Freud (1911/1996) evidencia dois aspectos relevantes, um referente à ocorrência das alucinações através do fracasso da defesa e o outro diz respeito ao delírio que está relacionado às transformações ocorridas no eu. Esse fracasso é completo, pois produz em decorrência, um retorno do que foi rechaçado da consciência de forma inalterada. Já o delírio é resultante das transformações ocorridas no eu.

Essas modificações no eu foram denominadas por Freud (1895/1996) no “Rascunho K”, como melancolia (empobrecimento do eu) e megalomania (expansão dos limites do eu), mas são mais bem explicitadas a partir do conceito de narcisismo. De acordo com Freud (1914/1996), na sua obra “Introdução ao narcisismo”, é graças ao investimento no eu como objeto que é possível, posteriormente, fazer a escolha objetal, propriamente dita. O narcisismo seria, portanto, uma fase ligada a uma nova ação psíquica empreendida pelo sujeito e situada entre o autoerotismo e a escolha de objeto e que está diretamente relacionada à constituição do corpo próprio, bem como da realidade. A principal contribuição do texto sobre o narcisismo para a paranoia, diz respeito à formulação do eu como reservatório da libido e local para o qual ela retorna quando há um desinvestimento nos objetos e ruptura com a realidade, como ocorre na paranoia. (CALAZANS; REIS, 2014).

No caso Schreber (1911/1996), Freud aprofunda sua concepção acerca da especificidade da defesa na paranoia e detalha seu mecanismo de ação. Ele divide o processo em três etapas. A primeira consiste na fixação da libido, como condição prévia ao que ele denomina genericamente como recalque. A segunda fase é o recalque propriamente dito e é caracterizada como um processo ativo, onde há rechaço da consciência por parte do eu e atração exercida pelo “recalcado”, simultaneamente. Por fim, Freud (1911/1996, p. 75) descreve a terceira fase como o fracasso da defesa, que consiste na emergência do quadro observado nos sujeitos paranoicos. É aí que se dá a irrupção dos fenômenos patológicos e “essa irrupção toma seu impulso do ponto de fixação, e implica uma regressão do desenvolvimento libidinal e esse ponto”. (CALAZANS; REIS, 2014).

Esse ponto de fixação da libido na paranoia é localizado no narcisismo. Há um entendimento da relevância desse conceito para a determinação da paranoia, pois Freud, nessa obra, compreende que o desligamento da libido dos objetos, por si só, não produz como resultado exclusivo a paranoia, uma vez que esse desligamento é observado em outros quadros clínicos. Desse modo, o que seria, então, determinante para produzir a paranoia? Freud (1911/1996), novamente, dá relevo à projeção e, acrescenta o retorno da libido em direção ao eu. Daí os delírios de grandeza relacionados ao grande investimento feito pelo sujeito no próprio eu. Esse é o fator fundamental que especifica a paranoia, a projeção.

Vale destacar ainda, que Freud (1911/1996), apesar de fazer uma separação entre paranoia e esquizofrenia – pois situa como diferença fundamental a ocorrência da projeção como exclusiva da paranoia – afirma a existência de sintomas esquizofrênicos na paranoia. Pela compreensão freudiana, não haveria, assim, um quadro puro de paranoia. Já a esquizofrenia, é

caracterizada pela particularidade de a fixação da libido ocorrer numa fase anterior ao narcisismo e por isso, Freud a considera com pior prognóstico. Ele estabelece as diferenças entre os dois quadros nos seguintes termos:

Abraham muito convincentemente demonstrou que o afastamento da libido do mundo externo é uma característica particular e claramente marcada da demência precoce. Desta característica, inferimos que a repressão é efetuada por meio do desligamento da libido. Aqui, mais uma vez, podemos considerar a fase de alucinações violentas como uma luta entre a repressão e uma tentativa de restabelecimento, por devolver a libido novamente a seus objetos. Jung, com extraordinário acume analítico, percebeu que os delírios e estereótipos motores que ocorrem nessa perturbação são os resíduos de antigas catexias objetais, que se apegam com grande persistência. Essa tentativa de restabelecimento, que os observadores equivocadamente tomam pela própria doença, não faz uso da projeção, como na paranoia, mas emprega um mecanismo alucinatório (histérico). Esse é um dos principais aspectos em que a demência precoce difere da paranoia [...]. (FREUD, 1911/1996, p. 83-84).

Se a projeção é um conceito bem definido por Freud para especificar o que ocorre na paranoia, o termo *Verwerfung* não aparece, exatamente, como um conceito na obra freudiana. Seu estatuto é bastante indefinido, aparecendo em diversos momentos com acepções muito variáveis. Ele só será mais bem explorado por Lacan (1955-56/1988) e alçado a outro patamar conceptual, a partir dos desenvolvimentos relativos à forclusão.

Antes de retornar à infância e aos desdobramentos acerca da forclusão na clínica com crianças psicóticas, vale acompanhar o desenvolvimento do pensamento lacaniano sobre a forclusão, uma vez que, sua formalização não se deu como uma simples tradução do termo freudiano, e sim, como um desenvolvimento original de Lacan, a partir de seu retorno a Freud.

Com esse objetivo, será apresentado o percurso desenvolvido por Maleval (2002) em seu livro “La forclusión del Nombre del Padre: el concepto e su clínica.” O objetivo, aqui, não é apresentar em profundidade todo o desdobramento do conceito de forclusão do Nome-do-Pai; até porque, suas modificações e revisões se deram ao longo de todo o ensino de Lacan, mas indicar sua relevância para pensar a especificidade dessa defesa e seus desdobramentos na clínica com crianças psicóticas.

Se, a princípio, como visto no capítulo anterior, Lacan (1949/1998) estabelece a primazia do imaginário a partir do estágio do espelho, é com o advento do significante que será realizado um reordenamento no qual o simbólico assume um lugar central em sua teorização das psicoses, pelo menos nesse momento, enquanto uma clínica da forclusão do Nome-do-Pai. Esse desenvolvimento, no entanto, se inicia com a tomada do termo freudiano *Verwerfung* que é alçado a um conceito, com a tradução e os desdobramentos efetuados por Lacan (1955-1956/1988), no que veio a se configurar como forclusão. E não apenas forclusão, como

destaca Maleval (2002), mas foraclusão do Nome-do-Pai. Isso é o que especifica, segundo o autor, a psicose para Lacan, enquanto estrutura clínica.

Segundo Maleval (2002), tanto Freud como Lacan estavam interessados em encontrar o mecanismo específico das psicoses e não se detiveram em aspectos fenomenológicos, como muitos de seus contemporâneos. Ao realizar uma extensa revisão das elaborações de Lacan (1955-56/1988) em torno da foraclusão, Maleval (2002) situa na *Verwerfung* freudiana a ideia de uma defesa mais radical, que Lacan isola e eleva a outro patamar.

Lacan (1953-54/2009) fez um percurso da *Verwerfung* freudiana à formulação da foraclusão do Nome-do-Pai. Maleval (2002) ressalta que não se trata de uma mera tradução, pois há uma elaboração que envolve a diferença entre *Verwerfung* e outros termos propostos por Freud para pensar a defesa. É o caso do recalque originário e conceitos que aparecem no texto freudiano A negativa (1925/1996), por exemplo, a Bejahung e a Austossung, enquanto operações que explicam os mecanismos de construção do pensamento, do advento da função de julgamento e da formação do símbolo. E por que essa distinção é importante.

Maleval (2002) pontua que Freud não relacionou o recalque originário com a *Verwerfung*, mas Lacan (1953-54/2009) o fez a partir de seu retorno ao caso “Homem dos Lobos” (1918/1996), pois pretendia encontrar o que especificava a psicose. Ele parte do “Homem dos Lobos”, porém avança nessa discussão, para só estabelecer a estrutura da psicose com seu retorno ao “Caso Schreber” (1955-1956/1988). No caso do Homem dos Lobos, no episódio da alucinação do dedo cortado, Freud (1918/1996), refere-se à *Verwerfung* para identificar uma operação que impede a simbolização da experiência. A sua alucinação causou tamanho espanto que sobre isso, ele nada pode falar, ou seja, não houve possibilidade de se servir do significante. Começa-se a se estabelecer aí a diferença entre a *Verwerfung* e o recalque originário.

A busca lacaniana pela estrutura psicótica se esboça no Seminário 3: As psicoses, dedicado ao caso Schreber, mas encontra suporte efetivo a partir do texto freudiano “A Negativa” (1925/1996) e dos desdobramentos expostos no “Comentário falado de Jean Hyppolite sobre a *Verneinung* de Freud” (1998) e na “Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a *Verneinung* de Freud” (1998) dada por Lacan nos Escritos (1998). Maleval (2002, p. 43, tradução nossa) pontua a indagação lacaniana nos seguintes termos: “como estabelecer a diferença entre o retorno desse indizível original e os fenômenos psicóticos não-dialetizáveis? Essa seria a tentativa de diferenciar o recalque originário da *Verwerfung*. Como

estabelecer a diferença entre as operações que fundam um dentro e um fora do sujeito, definidas por Freud (1925/1996) como *Bejahung* e *Austossung*, responsáveis pelas primeiras inscrições no psiquismo, da *Verwerfung* (defesa mais radical associada à psicose) e da *Verneinung* (traduzida como denegação).

Em relação à *Verneinung*, ou denegação, Maleval (2002) retoma o comentário de Hyppolite (1998), a fim de situar o momento do desenvolvimento da função do pensamento como mítico. Essa função é dividida em dois momentos: o juízo de atribuição e o juízo de existência. O juízo de atribuição é definido como aquele decorrente da *Bejahung*, que estabelece a partir de um Eu-prazer o que é bom e que, portanto, deve ser associado ao eu, logo inscrito no aparelho psíquico; diferente do Eu-desprazer, que deve ser expulso e não simbolizado e se refere à *Austossung*, traduzida como expulsão. Esse momento marca o que Lacan irá desenvolver em termos de simbólico, como aquilo que é inscrito no psiquismo, e real, o que fica fora de toda possibilidade de simbolização. Já o juízo de existência, implica na busca da existência real de uma coisa representada. Isso equivale a saber se um objeto representado no inconsciente pode ser reencontrado na percepção, ou seja, se se pode reencontrar o objeto na realidade, tal como ele está representado no psiquismo.

Nesse sentido, a *Verneinung* é uma operação secundária à *Bejahung-Austossung*. Para que ocorra a denegação, é preciso que algo já tenha sido afirmado (*Bejahung*) e segundo Freud (1925/1996), a condição para que haja essa afirmação, é a ocorrência de uma expulsão fundamental (*Austossung*). Logo, a denegação está a serviço do recalque originário, como uma sucessora desse, e se difere da *Verwerfung*, pois como Freud (1918/1996) já havia advertido, no caso do “Homem dos Lobos”, um recalque é bem diferente de uma *Verwerfung*.

A *Austossung*, enquanto negação inaugura o recalque originário e participa da estruturação do sujeito, ao passo que a *Verwerfung* tem seu estatuto pouco definido, pois aparece no texto freudiano com pelo menos duas acepções, como destaca Maleval (2002): uma inespecífica, ligada à neurose obsessiva como sinônimo de recalque e outra, na qual se detiveram Lacan e Hyppolite, refere-se aos juízos de atribuição e de existência. Há, portanto, um emprego de *Austossung* e *Verwerfung* numa relação de equivalência. Segundo Maleval (2002) aponta no Comentário de Hyppolite sobre a *Verneinung*, Freud (1925/1996) prefere usar o termo *Austossung* a *Verwerfung*, mas “algumas linhas antes, para expressar a mesma ideia, o que aparece é uma referência a um deixar de lado, relacionado a uma *Verwerfung*”. (MALEVAL, 2002, p. 45, tradução nossa).

Resumidamente, pode-se afirmar que no texto “A negativa” (1925/1996) há duas

formas de negação: uma denegação tardia associada ao recalque propriamente dito, enquanto que a negação ligada à *Bejahung-Austossung*, instaura o recalque originário e participa da estruturação do sujeito. “A noção lacaniana de foraclusão encontra neste rechaço fundador, uma de suas origens.” A instauração da *Bejahung* constitui condição prévia para a possibilidade de um recalque propriamente dito, cujo retorno se dá no campo do significante. Ao contrário, o retorno daquilo que fica fora da simbolização (foraclusão) reaparece no real, sobretudo por meio das alucinações e do *acting-out*. A foraclusão constitui, assim, um impedimento à rememoração, diferente, portanto, do que ocorre no recalque. (MALEVAL, 2002, p. 46, tradução nossa).

Além dos desenvolvimentos sobre a *Verwerfung* freudiana e do advento da foraclusão como conceito no ensino de Lacan, faltava especificar seu mecanismo de ação, uma vez que, a concepção que liga a foraclusão ao Nome-do-Pai, também passou por desdobramentos. Eles não serão detalhados aqui, mas é importante só destacar que o “Caso Homem dos Lobos” é o que aproxima a *Verwerfung* freudiana e o “Caso Schreber” e, portanto, leva à definição da estrutura psicótica. Isso porque a alucinação do dedo cortado chama a atenção de Lacan (1953-54/2009) para a impossibilidade de simbolização da castração e é associada no “Caso Schreber” à revisão de Freud (1914/1996) sobre a projeção. Maleval (2002, p. 51) destaca:

Porém, Lacan descobre a noção correspondente em uma passagem onde Freud constata a insuficiência do conceito de projeção na relação com a psicose. "Não é correto, escreve Freud. dizer que a sensação interiormente reprimida é projetada, de novo para o exterior; mas sim se deveria dizer, agora podemos vê-lo, que o que foi abolido no interior retorna desde o exterior". Semelhante abolição interna, situada como a origem do delírio, é como um eco da *Verwerfung* da castração do Homem dos Lobos, assim como da *Austossung* do artigo sobre a denegação: nesses contextos diversos, Freud indica a existência de um material inconsciente excluído de uma forma tal que, ao contrário do que ocorre com o recalque, torna impossível sua reapropriação. (tradução nossa).

A partir desse momento, afirma Maleval (2002), fica estabelecida a diferença entre o recalque e a foraclusão. Essa última é definida como a operação que instaura aquilo que fica fora da simbolização que estrutura o sujeito. Desse modo, enquanto o recalque se revela de modo dialetizável, articulado ao simbólico, com o retorno do recalcado ocorrendo de modo cifrado, posto que em associação com a linguagem, a foraclusão produz seus efeitos através de delírios e alucinações que indicam sua desvinculação da possibilidade de simbolização.

Outra diferença fundamental apontada por Lacan (1955-56/1988), diz respeito àquela entre a *Bejahung/Austossung* e a *Verwerfung*. Maleval (2002) ressalta que há uma

anterioridade lógica da expulsão primordial (*Austossung*), proposta por Freud (1925/1996) no seu artigo *A negativa*, em relação à *Verwerfung* ou forclusão, tal como Lacan estabelece. Isso é importante para se pensar sobre o autismo mais adiante, mas, por enquanto, vale aprofundar um pouco mais a especificidade da construção do pensamento lacaniano. Para especificar a defesa psicótica, não bastava situar essas diferenças mencionadas, mas localizar a particularidade do mecanismo de ação da forclusão. É nesse momento, que Lacan recorre ao texto “*Neurose e Psicose*” (1923-24/1996), no qual Freud pontua que na psicose, o Eu não se separa completamente da realidade. Daí a construção delirante funcionar como uma peça para corrigir uma falha fundamental. Maleval (2002, p. 55) avança em relação a isso e esclarece:

Contudo, é indubitável que em seu pensamento essa falha não tem nada em comum com a expulsão primária relacionada com a *Bejahung* instauradora da ordem simbólica. O recalque originário rechaça um elemento, que ao mesmo tempo constitui seu suporte; ao contrário, o rechaço lacaniano afeta a um “primeiro corpo de significante” que deveria inscrever-se no campo da simbolização primordial. O fato de prestar atenção à falha psicótica postulada por Freud revela a necessidade de diferenciá-la daquela outra falha aberta pela expulsão primária. Se existem “significantes de base” sem os quais a ordem das significações humanas não se poderia estabelecer, a falha psicótica há de afetar a alguns deles. Então, cessa a confusão com o recalque originário, que é o instaurador desses significantes nodais. (tradução nossa).

Com esses apontamentos, fica estabelecida a noção de estrutura psicótica. É a carência do significante Nome-do-Pai, ressalta Maleval (2002) que produz os fenômenos observados na psicose. Há ainda desdobramentos que excedem a proposta aqui apresentada, mas só para encerrar esse percurso de Maleval (2002) sobre a forclusão, cabe mencionar, ainda, a importância do retorno de Lacan ao texto *Totem e Tabu* (1912-13/1996), a fim de definir a função paterna e as razões pelas quais é o Nome-do-Pai, como metáfora do complexo de Édipo, que é o significante forcluído.

Esse é um ponto essencial na formulação da estrutura psicótica, pois a forclusão foi confundida, no início, como sendo semelhante ao recalque, o que segundo Maleval (2002) produziu consequências para a direção do tratamento. Considerava-se que a forclusão poderia afetar quaisquer significantes, cabendo à análise encontrar uma forma de acessá-los e dar algum destino a eles, como se se tratasse de uma variação do recalque na neurose, e que, portanto, teria condução semelhante.

Segundo Maleval (2002), muitos analistas consideravam que a diferença entre recalque e forclusão envolveria no primeiro caso a produção dos sintomas neuróticos e, no segundo, os fenômenos psicóticos passíveis ao mesmo tipo de intervenção da neurose. O autor

destaca que, só posteriormente, fica definido o caráter da especificidade da forclusão em relação ao significante Nome-do-Pai. A partir de 1958, Lacan não cederá mais quanto a esse ponto e para isso foi essencial suas formulações em torno do complexo de Édipo.

Trata-se de uma formalização do complexo de Édipo baseada no princípio de sua redução a um processo metafórico. O pai e a mãe somente intervêm ali, enquanto significantes. O produto da operação é triplo: o Nome-do-Pai se inscreve, de forma que a mãe fica interdita, ocupa o lugar do Outro e cai no esquecimento, enquanto que o falo lhe é dado como significado ao sujeito. Mais adiante, esse último já não se sente entregue à onipotência do capricho materno, já não se vê submetido à diversidade de significações particulares induzidas pelo desejo materno, e será capaz de orientar-se em relação à significação fálica, que possui uma função de normatização da linguagem. A função fálica faz com que o sujeito esteja apto para inscrever-se em discursos que constituem um vínculo social. (MALEVAL, 2002, p. 83, tradução nossa).

Lacan (1946/1998) desde seu texto “Formulações sobre a causalidade psíquica”, já tinha definido a função ordenadora do complexo de Édipo no que tange à realidade. Segundo ele, para se estabelecer uma relação com a realidade de modo diverso daquele da psicose, é necessário que se viva o complexo de Édipo. Daí se deduz que, na ausência do significante Nome-do-Pai, operador do complexo de Édipo, efeitos de ruptura com a realidade são esperados.

4.2 Corpo e linguagem na clínica com crianças psicóticas (desdobramentos da forclusão).

Antes de fazer uma abordagem do corpo e da linguagem na clínica da psicose com crianças, cabe definir como se estabeleceu o diagnóstico da esquizofrenia em Bleuler (1911/1996). Essa é uma referência importante por ser possível situar o início das dificuldades em delimitar esse campo, que na infância, adquire maior relevo. Não se trata de fazer uma transposição de diagnóstico da clínica com adultos para a clínica com crianças, e tampouco, utilizar um modelo diagnóstico da psiquiatria, transpondo-o para a psicanálise. O que se pretende é apenas apresentar, a partir da proposição de Bleuler (1911/1996), considerando, inclusive, que ele sofreu influência da psicanálise, a essência dos fenômenos clínicos observados com adultos para se estabelecer uma comparação entre os achados clínicos na infância.

O diagnóstico da esquizofrenia, desde Bleuler (1911/1996), representou uma mudança de compreensão da psiquiatria acerca do adoecimento mental, antes atribuído ao acaso ou à lesão. Segundo Quinet (1999), Bleuler (1911/1996), introduziu o termo causalidade

psíquica e empreendeu uma mudança de paradigma na psiquiatria, abandonando a noção de demência precoce e situando a esquizofrenia na história do sujeito, sendo seu desencadeamento decorrente de uma reação muito particular ao que o afeta.

A ênfase de Bleuler (1911/1996) com o termo esquizofrenia se dirige à divisão da personalidade (mente cindida) e não à grave evolução da demência. A principal característica da doença assinalada com a nova designação refere-se à “dissociação das funções psíquicas (...) uma das mais importantes características”. O distúrbio primário da doença consistia na “perturbação das associações”. Essa era a nova definição da esquizofrenia que dava destaque para as alterações na função do pensamento. (BLEULER, 1911, p. 203, apud QUINET, 1999, p. 81).

Quinet (1999) aponta que, apesar de Freud considerar o termo esquizofrenia ruim, ele o utilizava para designar os casos nos quais havia retirada da libido dos objetos e retorno em direção ao autoerotismo. Para Freud (1914/1996), a esquizofrenia e a paranoia podiam se misturar, mas se diferenciavam com relação à teoria da libido, uma vez que na esquizofrenia a libido retornava ao autoerotismo e na paranoia o retorno se dava no narcisismo, como já mencionado.

Em virtude das aproximações e diferenças entre a paranoia e a esquizofrenia, cabe trazer aqui os critérios diagnósticos de Bleuler (1911/1996) para a esquizofrenia, pois apesar de estarem inseridos numa perspectiva psiquiátrica, sofreram em sua formulação a influência da psicanálise, tal como aponta Quinet (1999). Assim, os sintomas fundamentais da esquizofrenia são: distúrbios nas associações, na afetividade, ambivalência e autismo.

O distúrbio das associações é o mais importante, inclusive, é o que caracteriza fundamentalmente o termo esquizofrenia, como já mencionado. Aqui, a influência da psicanálise se faz notar, sobretudo, pelo fato de Bleuler ter encontrado os mesmos mecanismos descritos por Freud na formação dos sonhos, isto é, condensação e deslocamento. Quinet (1999, p. 89) identifica que a partir desse sintoma “não há mais coesão entre palavras de uma frase, o curso do pensamento é interrompido, ocorrendo um descarrilhamento da ideação do sujeito que resulta em uma fala bizarra, ilógica e incompreensível”.

O fluxo do pensamento também é comprometido nesses pacientes e qualquer distração modifica o curso de seus pensamentos, sendo difícil orientá-los, pois eles seguem, com grande esforço, uma ideia. Tanto a ausência momentânea de pensamentos, decorrente da quebra da cadeia significativa, levando à fuga de ideias, como o fluxo contínuo de ideias, manifestando o sem-fim da cadeia significativa, podem estar presentes nos sujeitos

esquizofrênicos, revelando o funcionamento a céu aberto de seu inconsciente. (QUINET, 1999).

Isso leva à sensação de não poder parar de pensar, como observou Bleuler (1911/1996), pois há um sentimento entre os esquizofrênicos de ser obrigado a pensar, inclusive, contra sua própria vontade; uma imposição de pensamentos, que, no entanto, não pode ser confundido com os delírios. “Trata-se aqui, da automatização do pensamento inconsciente percebido como o discurso do Outro, alheio ao sujeito”. (QUINET, 1999, p. 90).

O automatismo mental foi, então, o termo designado por Clérambault para dar conta desse aspecto fundamental no diagnóstico das psicoses, que se distingue dos delírios nos seguintes termos:

Por automatismo mental entendo os fenômenos clássicos: pensamento precedido, enunciação de atos, impulsões verbais, tendência aos fenômenos psicomotores [...]. Coloco-os em oposição às alucinações auditivas, isto é, às vozes objetivadas, individualizadas e temáticas; e também em oposição às alucinações psicomotoras características. Com efeito, esses dois tipos de vozes auditivas e motoras, são tardias em relação aos fenômenos sutis [...] Creio, com frequência, ao isolar o grupo de fenômenos mencionados acima, ter inovado alguns aspectos ao afirmar 1) seu caráter essencialmente neutro (pelo menos no início); 2) seu caráter não sensorial; 3) seu papel inicial no princípio da psicose. (CLÉRAMBAULT, 1942, p. 492-493, apud QUINET, 1999, p. 90-91).

Com o automatismo mental, há um desdobramento do pensamento, que adquire autonomia, sendo, no entanto, diferente das alucinações. Para Clérambault (1942), o automatismo mental é um fenômeno elementar anterior às formações delirantes, que se sobrepõem a ele. Para o psiquiatra, a noção de automatismo representava um importante critério e uma contribuição sua para a formulação do diagnóstico de psicose. Lacan (1955-56/1988) concorda com Clérambault no que se refere à relevância desse fenômeno para a associação dos distúrbios de linguagem como traço essencial do diagnóstico da psicose. No entanto, os delírios também constituiriam um fenômeno elementar ao lado do automatismo, pois para Lacan (1955-56/1988), a noção de elemento não deve ser tomada de forma diferente da noção de estrutura. (QUINET, 1999).

O segundo critério fundamental para o diagnóstico de esquizofrenia refere-se à afetividade. A falta de capacidade em desenvolver uma modulação afetiva, é, segundo Bleuler (1911/1996), um dos sinais mais típicos da esquizofrenia. Isso implica em certa indiferença em relação ao que é geralmente considerado importante para o sujeito, como a família e suas próprias necessidades. Segundo Quinet (1999, p. 91), a sua expressão afetiva parece artificial e não provoca comoção “tem algo de artificial, exagerado, teatral, maneirista”. Para Bleuler (1911/1996), a falta de relação afetiva pode ser considerada um dos principais indicadores da

esquizofrenia; porém, isso não significa a abolição do sujeito e nem inviabiliza a possibilidade de ele vir a desenvolver relações afetivas com outras pessoas. De modo algum há aniquilação da afetividade e anulação do sujeito. (QUINET, 1999).

Nas palavras de Bleuler:

Ao se buscar os complexos, pode-se, frequentemente – e, mesmo em casos em que a indiferença parece total – provocar vivas e apropriadas emoções, da mesma forma, que nas ideias autistas de certos pacientes que parecem apenas vegetar, encontra-se a satisfação de desejos ardentes, aspirações e até mesmo temores. (BLEULER, 1911, s/p. apud QUINET, p. 92, grifo nosso).

É interessante perceber na passagem destacada da citação acima, que já há, para Bleuler – nos casos mais graves de esquizofrenia, aqueles que “parecem apenas vegetar” – a consideração de uma possibilidade de trabalho que aposta na dimensão subjetiva, como sendo capaz de produzir o acesso “aos desejos mais ardentes”. Embora se trate de um psiquiatra, o ponto a ser frisado aqui, é a concepção de que a gravidade não determina uma impossibilidade de evolução; o que faz pensar na clínica com os sujeitos autistas com graves comprometimentos, e que estariam numa posição semelhante a essa definida por Bleuler (1911/1996), em que pesem as particularidades introduzidas com a definição do autismo de Kanner (1943).

O autismo, inclusive, constitui o terceiro sintoma fundamental da esquizofrenia em Bleuler (1911/1996). Na definição do autor, autismo compreende a perda de contato com a realidade, com variações que vão, desde os casos com uma leve perda, até aqueles envolvendo uma perda completa da realidade. O principal aspecto denotado nesse sintoma, diz respeito à perda do laço social, evidenciada por suas ideias e comportamentos. Bleuler (1911/1996) observou, ainda, que não se situam no âmbito da demanda (QUINET, 1999).

A noção de realidade para esses pacientes esquizofrênicos com sintoma de autismo (Bleuler) é apontada como uma experiência em dois mundos. Um mundo imaginário composto de desejos e ideias de perseguição, definido como um mundo autista e, outro mundo que é o mundo de relação com outras pessoas. Quinet (1999) chama a atenção para uma passagem de Freud (1938/1996) em “Esboço de psicanálise” em que há uma observação sobre a ligação com a realidade. De acordo com Freud (1938/1996), não haveria uma ruptura completa com a realidade, de modo que sempre seria possível desenvolver em alguma medida o laço libidinal com o psicótico.

Essa é uma referência importante para a direção do tratamento na clínica com esquizofrênicos e autistas. A clínica atesta que, por mais comprometido que seja o sujeito, é

possível, na grande maioria dos casos, realizar um trabalho efetivo, a partir da transferência. O limite da realização do trabalho, ou da “cura aparente”, segundo Freud (1938/1996), seria dado pela divisão ou esquizo do sujeito, pois se houvesse predominância da consideração pela realidade, haveria condições mais favoráveis ao tratamento, caso contrário, se a influência das pulsões sobre o eu produzisse o desligamento da realidade, haveria maiores dificuldades. (QUINET, 1999).

Por fim, a ambivalência compõe o quarto sintoma fundamental do diagnóstico da esquizofrenia para Bleuler (1911). Ela evidencia a falta de oposição significativa, que caracteriza a entrada no simbólico. Desse modo, um paciente afirma algo, para, em seguida negar. O amor e o ódio encontram-se associados em manifestações, como comenta Quinet (1999) acerca de uma mãe, que chorava de tristeza por ter matado seu filho amado e, ria de alegria concomitantemente, porque também o odiava.

A *Bejahung* que, na neurose, permite a negação pela inscrição de uma afirmação primordial, por estar ausente na psicose, inviabiliza toda oposição significativa, fundamento da linguagem. Por não haver a incorporação do Nome-do-Pai no lugar do Outro, não há consistência do não. Não há oposição significativa, apenas deslizamento na cadeia. “Na esquizofrenia, todos os significantes se equivalem, não há nem hierarquia, nem oposição entre eles”. (QUINET, 1999, p. 94).

Outro desdobramento da forclusão do Nome-do-Pai refere-se à desregulação das pulsões de vida e de morte, que passam a se manifestar simultaneamente. A ambivalência é tributária dessa falta de inscrição do Nome-do-Pai e faz com que surjam as manifestações de “enamorodio”, tal como pontua Lacan, ao observar esses fenômenos em que afirmação e negação se equiparam. (QUINET, 1999, p. 94).

A partir do exposto, questiona-se quais desdobramentos poderiam ser identificados na clínica com crianças psicóticas como decorrência da forclusão do Nome-do-Pai. Esses efeitos podem ser percebidos no modo como a criança apresenta alterações concernentes ao corpo e à linguagem, uma vez que a ausência de um significante primordial perturba o modo de relação com o Outro, além de afetar a constituição do corpo, dependente da articulação simbólico-imaginária, que se encontra comprometida nesses casos.

A esquizofrenia é a forma mais frequente de apresentação da psicose entre as crianças. A paranoia enquanto tipo puro é mais rara na infância, pois é um quadro associado ao desenvolvimento do pensamento, o que implica certo amadurecimento do sujeito. Freud (1913/1996), já havia compreendido que havia uma separação entre as “fixações precoces que

predispõem à paranoia e sua eclosão quase sempre tardia na vida do sujeito”. Deduz-se, portanto, que apesar de a paranoia se manifestar tardiamente, é num momento muito primitivo da vida do sujeito que ela se origina. Há, portanto, um lapso temporal importante entre sua condição de possibilidade e seu desencadeamento propriamente dito, o que faz com que seja um quadro associado à adolescência e à vida adulta. (ROCHA et al., 2002, p. 124).

Como o delírio constitui o elemento central definidor do diagnóstico de paranoia, Abramovitch (2002) questiona se existiriam crianças paranoicas. Segundo a autora, na literatura psiquiátrica e psicanalítica são poucas as referências sobre essa temática, mas ela retorna à psiquiatria clássica para buscar um ponto de partida. Embora a psiquiatria não considere o diagnóstico de paranoia na infância, as razões que motivam essa decisão revelam muito sobre o quadro.

Abramovitch (2002, p. 177) apresenta a descrição de Kraepelin acerca da paranoia nos seguintes termos:

Delírio crônico e sistematizado, insidioso, progressivo, fruto da evolução contínua de um sistema delirante duradouro segundo uma certeza impossível de ser abalada e que se instaura conservando a ordem e a clareza do pensamento, da vontade e da ação, e deixando intacta a personalidade do paciente.

Muitos críticos contestam essa pureza da paranoia de Kraepelin, pois defendiam que a personalidade do paciente sofreria alterações, devido aos mecanismos de defesa envolvidos no adoecimento e na tentativa de se proteger das ameaças vindas de fora. Assim, a partir de Bleuler (1911/1996), há uma mudança de entendimento acerca dos prejuízos envolvidos no psiquismo e passam a ser estabelecidas as formas paranoides da esquizofrenia, “com exceção de um pequeno grupo chamado delírios paranoicos.” (ABRAMOVITCH, 2002, p. 178).

Bleuler (1911/1996) estabelece a diferença entre delírios agudos e crônicos, pois nos primeiros as ideias delirantes não se objetivam, ao passo que, nos últimos, há uma tendência a persistirem por muito tempo, até mesmo durante toda a vida do sujeito. A psiquiatria define diversos tipos de delírios de acordo com os temas em questão, delírios de observação, de interpretação e passionais, como a erotomania, reivindicação e ciúmes. Os delírios são, portanto, constituídos a partir de um tema, como destaca a autora:

O delírio paranoico, portanto, caracteriza-se por ser uma construção "lógica" feita a partir de elementos falsos, erros ou ilusões - intuições, significações, auto-referências, percepções, ideias, interpretações, alucinações e fabulações -, isto é, fenômenos ideofetivos que se organizam em torno de um tema. (ABRAMOVITCH, 2002, p. 178).

Em Freud (1915/1996), a partir do trabalho sobre “O inconsciente”, o delírio é tomado na perspectiva de uma tentativa de cura. Com Lacan, torna-se possível pensar na hipótese de uma criança ser paranoica. Na definição de Lacan (1949/1998, p. 96), “o paranóico, mesmo de pouca idade, é aquele que passou por uma primeira simbolização, o desejo materno (DM), sem que a metáfora paterna lhe tenha advindo”. Dessa forma, o sujeito não simboliza a falta materna e, o estágio do espelho, apesar de operacionalizar a alienação, produz impasses quanto à separação que não se efetiva. O paranoico fica fixado em sua imagem especular; e como consequência, há desdobramentos em relação à constituição do corpo próprio. (ABRAMOVITCH, 2002).

Para além da questão do tema do delírio, da crença envolvida na produção de determinada formação delirante, a psicanálise presta importantes contribuições à formulação do diagnóstico de paranoia, ao evidenciar a importância dos fenômenos ideo-afetivos. Para Abramovitch (2002, p. 179), a questão é saber se a criança é capaz de cronificar o delírio, no sentido de formulá-lo de modo efetivo e, não apenas, enquanto ideias, “chegando a consistir e persistir ao longo da infância, ou se há, em vez disso, a maneira de um sujeito, desde a infância, interpretar o mundo, ou seja, o Outro.”

Como mencionado, a paranoia em sua forma pura é um quadro pouco comum na clínica com crianças e por conta disso, sua apresentação acaba se dando em associação à esquizofrenia. As formas de esquizofrenia paranoide passam a reunir manifestações difíceis de serem encontradas em cada um desses quadros isoladamente. Dessa forma, será abordada a partir de agora, a esquizofrenia, que será assim nomeada a título de explanação, ficando sua forma paranoide subentendida.

Antes de iniciar com a temática do corpo e da linguagem na esquizofrenia, cabe esclarecer que será realizada uma exposição de forma mais descritiva sobre os achados clínicos da psicose nas crianças. Como o diagnóstico em psicanálise não está referido de forma restrita à sintomatologia, os sintomas e traços estruturais serão considerados na perspectiva de indicadores do posicionamento subjetivo, tomando como referência a pesquisa de Tendlarz e Bayón (2020) acerca das psicoses na infância.

As manifestações relativas ao modo de apresentação da linguagem na esquizofrenia são descritas por Tendlarz e Bayón (2020, s/p) nos seguintes termos:

Repetição de frases sem interrupção, estruturas das frases interrompidas, transtornos no uso dos pronomes pessoais, fixidez das palavras, acento posto na metonímia, literalidade do sentido, transtornos gramaticais e na construção das frases, mudança no gênero das palavras, ausência de conectivos na construção das frases,

perseverança, desconexão, uso de palavras sem sentido ou com um sentido fixo, transtornos na localização temporal, linguagem televisiva, onomatopeias, predomínio de imperativos, relatos sem afeto, neologismos, verborragias e também fuga de ideias (tradução nossa).

A essas alterações na linguagem somam-se as alterações no pensamento. Assim, o automatismo mental, característico dos adultos, também está presente nas crianças psicóticas. O eco do pensamento, a sensação de ter os pensamentos vigiados, ou mesmo, roubados, ou, ainda, de ter pensamentos impostos de fora, são comuns entre as crianças. A ironia, os risos imotivados e o exagero também podem aparecer nas crianças esquizofrênicas. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020).

No que diz respeito ao corpo e à imagem, muitas crianças apresentam maneirismos e um modo de funcionamento chamado de “como se”, que é o equivalente a certo tipo de imitação de condutas que, por serem desvinculadas de afeto e de relação com o contexto, revelam uma estranheza e uma expressão artificial semelhante a um robô. Desse modo, essas imitações denunciam as alterações no imaginário e evidenciam uma série de dificuldades na relação com os outros, sobretudo, no que se refere à agressividade. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020).

Os transtornos de fragmentação corporal, encontrados na clínica com adultos, também estão presentes nas crianças esquizofrênicas. A título de ilustração, certa vez, num grupo de crianças do Caps, uma desenhou as partes do rosto fora do círculo que definia a cabeça e não entendeu nada quando outras crianças riram de seu desenho e disseram: “tia, ele desenhou o nariz fora da cabeça, ele não sabe onde fica o nariz”. Segundo Tendlarz e Bayón (2020), estão presentes, ainda, as estereotípias, o andar de ponta-de-pés ou em torno do próprio eixo e os sonhos que retratam o corpo fragmentado.

Outro traço presente nas crianças esquizofrênicas é a agressividade, que se revela sob diversas formas, a saber: automutilação, violência e temáticas de mortificação. É o que poderá ser facilmente percebido no próximo capítulo com o caso Alice, em que se questionam os destinos dessa agressividade no tratamento, uma vez que disso depende a estabilização dela e a possibilidade de evitar o desencadeamento de uma crise psicótica. Segundo Tendlarz e Bayón (2020, s/p, tradução nossa), a temática da morte é muito frequente nessas crianças e ela “insiste e se desenvolve com distintas fabulações, sonhos e ideias”. Percebe-se, aqui, a aproximação com a questão da desregulação pulsional, que afeta os adultos esquizofrênicos, mencionada anteriormente. É comum observar entre as crianças esquizofrênicas como comparece o tema da mortificação, da agressividade nessa clínica. A ambivalência fica evidente

no discurso dessas crianças e na dificuldade de administrar pensamentos e sentimentos, julgados socialmente como ruins, mas que provocam prazer, como ocorre com Alice e que será apresentado no próximo capítulo.

No que diz respeito às alucinações, na grande maioria dos casos, são auditivas, ou verbais, como a psicanálise considera. São ofensas, ordens e ameaças dirigidas contra a criança, de modo semelhante ao que ocorre com os adultos. Tendlarz e Bayón (2020) esclarecem que, devido ao vazio da significação, em muitos casos, as crianças relatam ouvir apenas ruídos no início e, só posteriormente, esses barulhos vão se diferenciando em vozes humanas. Esse é um dado interessante, pois alguns autores como Maleval (2020), diferenciam as alucinações da psicose e do autismo devido ao fato de, segundo ele, os autistas escutarem apenas barulhos e não vozes. No entanto, esse dado não pode ser generalizado, pois há tanto os ruídos como vozes em ambos os tipos de alucinações (no autismo e na psicose), como poderá ser percebido nos casos clínicos do próximo capítulo.

Outro aspecto relevante a ser observado na formulação do diagnóstico, diz respeito ao delírio. Nas crianças esquizofrênicas, a ocorrência de delírios não é quase observada. A produção delirante é mais associada à paranoia ou à esquizofrenia paranoide. No entanto, quando presente, esse fenômeno apresenta estrutura semelhante àquela encontrada nos adolescentes e adultos. Nas crianças esquizofrênicas, é mais comum o surgimento de “ideações delirantes persecutórias, embora, somente em alguns casos, constituem-se como um delírio”. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020, s/p, tradução nossa).

De acordo com o exposto, o conjunto de achados clínicos acerca da paranoia e esquizofrenia em crianças, tendo como referência o corpo e a linguagem, poderia ser organizado como disposto no Quadro 2:

Quadro 2 - Quadro comparativo dos diagnósticos de paranoia e esquizofrenia na infância, a partir dos achados clínicos relativos ao corpo e à linguagem

Diagnóstico	Corpo	Linguagem/pensamento	Outros
Paranoia	- Alterações na imagem do corpo quando associada à forma esquizoide.	- Delírios, - Alucinações auditivas (verbais) predominam.	- Agressividade.
Esquizofrenia	- Corpo fragmentado, - Estereotípias, - Funcionamento “como se”, - Andar na ponta dos pés, - Girar em torno do	- Repetição de frases, - Literalidade do sentido, - Neologismos, - Onomatopeias, - Linguagem televisiva, - Relatos sem afeto, - Verborragia,	- Agressividade, - Automutilação, - Violência, - Mortificação.

	próprio eixo.	- Fuga de ideias, - Alucinações auditivas/verbais predominam.	
--	---------------	--	--

Fonte: Elaboração da autora.

4.3 A especificidade do autismo

Uma das questões mais recorrentes no debate psicanalítico em torno da especificidade do autismo, diz respeito a se o autismo seria ou não um tipo de esquizofrenia. Uma das primeiras psicanalistas a se debruçarem sobre esse tema foi Rosine Lefort (2017), para quem, incorreria em erro pensar no autismo como uma esquizofrenia precocemente desencadeada. Para a autora, haveria distinções fundamentais entre os dois quadros, que precisariam ser mais bem delimitadas, a fim de fazer avançar o alcance do tratamento psicanalítico.

Em seu livro “A distinção do autismo”, Rosine Lefort (2017) apresenta a defesa de uma formulação da estrutura autística fundamentada em uma separação do campo das psicoses, a partir da inexistência do Outro e do objeto. A autora diferencia, sobretudo, o autismo da esquizofrenia. Localiza o início do autismo logo após o nascimento, o que não ocorreria nessa última, pois seu surgimento é atribuído ao final da primeira infância. A recusa da criança autista também é apontada como específica em virtude da ameaça de intrusão, o que pode vir acompanhada de crises de raiva e agitação e, levar, até mesmo, às crises epiléticas. Ao contrário, na esquizofrenia, a passividade da criança a faz se fundir com os braços que a acolhem.

A *Spaltung* é apontada por Lefort (2017) como uma marca essencial da esquizofrenia. Essa divisão entre mundo exterior e mundo interior, provocando uma dissociação (*Spaltung*) no sujeito esquizofrênico, apresenta o paradoxo de ter sido nomeada por Bleuler como autismo. Aqui, a autora questiona a razão de chamar essa dissociação de autismo, se o termo esquizofrenia daria conta dessa *Spaltung* do sujeito. Há, segundo a autora, uma equivalência nessa concepção entre autismo e esquizofrenia, que não se justifica pelo fato de o autismo ser um dos sintomas que podem estar presentes na esquizofrenia de uma forma mais ou menos frequente. No entanto, o autismo é um dos sintomas fundamentais do diagnóstico de esquizofrenia, segundo Bleuler (1911/1996), ao lado do comprometimento no que se refere ao afeto, associação de ideias e ambivalência.

De todo modo, a autora prossegue com suas considerações em favor da distinção

do autismo das psicoses, destacando a evolução de cada quadro. Um ponto, no entanto, merece atenção, trata-se da foraclusão no autismo defendida por Lefort (2017, p. 51). Sua justificativa apresenta uma fundamentação muito pertinente ao que vinha sendo desenvolvido aqui, anteriormente, acerca da foraclusão. A autora afirma, categoricamente, que “certamente há foraclusão” no autismo. Há na sua visão uma implicação dupla na foraclusão, pois ela pode “concernir a dois níveis”. Uma foraclusão relativa à *Bejahung* e outra, ao Nome-do-Pai. A foraclusão ligada à *Bejahung* é mais primitiva e ligada ao juízo de atribuição, enquanto que a do Nome-do-Pai estaria ligada à *Verneinung* e teria uma ação secundária, dando abertura para o registro simbólico. A *Bejahung* comportaria uma função foraclusiva, instituindo um primeiro grupo de elementos separados de outros, que são inscritos, um primeiro corpo de significantes. Disso resulta, segundo Lefort (2017), que, para se chegar à foraclusão da psicose, teria de haver, antes, uma ausência da foraclusão primitiva necessária à *Bejahung*.

Nas palavras de Lefort (2017, p. 52) essa diferença quanto à foraclusão, especificaria o autismo nos seguintes termos:

No caso de ausência de *Bejahung* e de sua foraclusão, o sujeito permanece frente a um significante que já não significa nada, salvo o ser do real antes de toda a sexuação, cujo lugar está longe esperando qualquer significação fálica. É esta que pode advir ou não pelo do Nome-do-Pai, que se faz encarregado de uma frustração do gozo através da qual apenas o grande S barrado do sujeito pode advir. Apontamos aqui a foraclusão, mais radical do autismo, muito aquém de um esboço de castração, contrariamente, a Schreber que deveria fazer-lhe frente, como o preço a pagar ao Outro, a Deus, fazendo-se de sua mulher.

Uma última consideração da autora acerca da distinção do autismo, que ela chama de “diferença fundamental”, refere-se à inexistência do Outro e do objeto. Segundo Lefort (2017), o que haveria no autismo seria apenas um semblante dessas instâncias, caso a referência seja a de um observador externo. Na ausência dessa ressalva, pode-se confundir facilmente o autismo com a psicose. Como decorrência dessa ausência do Outro e do objeto, o autista ficaria no real sem nenhuma mediação com relação ao Outro. Nenhuma troca seria possível e o sujeito autista ficaria entregue à “destruição alternante entre aquela que é dirigida ao exterior e a que retorna como autodestruição – isto é, a única pulsão, a pulsão de morte, funcionando contra o sujeito que faz gozo masoquistamente”. (LEFORT, 2017, p. 53).

Esse posicionamento da autora acerca da inexistência do Outro teve como consequência a defesa de muitos psicanalistas de uma concepção, segundo a qual, os autistas estariam fora da linguagem, fato contestado pela clínica e que não encontra mais sustentação no campo psicanalítico. Além disso, a consideração da pulsão de morte nos termos em que a

autora destaca, como efeito da inexistência do objeto. Levaria a crer que não haveria escapatória, que os autistas estariam submetidos a uma agressividade dirigida contra si ou contra outrem, em virtude da exclusividade da pulsão de morte, o que nem sempre se encontra na clínica do autismo, tendo em vista a grande variabilidade presente no quadro. Para Lefort (2017, p. 54) haveria no autismo “apenas a pulsão de morte, única pulsão fundamental que, sem a imagem narcísica exclui o amor, mas não o gozo”.

O debate em torno da especificidade do autismo ganhou novos desdobramentos desde que Éric Laurent (2014) em seu livro “A Batalha do autismo” desenvolveu o conceito de forclusão do furo, a partir do pensamento de J-A. Miller (2012), em “Psicose Ordinária”. Pode parecer uma incoerência ter incluído Laurent no capítulo anterior, na seção em que apresenta os partidários da tese do autismo como uma psicose e, agora, incluí-lo, aqui, onde se tratará da especificidade do autismo, mas não são posições radicalmente opostas. De fato, o próprio autor manifesta-se, como já mencionado anteriormente, em defesa, tanto de semelhanças, como de diferenças entre os dois quadros. Aqui serão abordados os elementos que ele destacou em favor de uma especificidade do autismo.

A forclusão do furo corresponde a um dos principais conceitos norteadores do que tem sido desenvolvido, recentemente, no campo lacaniano em relação à clínica do autismo. Isso porque, a partir dele, é possível compreender uma série de fenômenos clínicos do autismo. Laurent (2014, p. 80) faz referência ao que Miller (2012) desenvolve em termos de “falta do furo” e sugere “falar de forclusão do furo se aceitarmos estender a forclusão até esse ponto”.

Podem-se questionar os motivos de Laurent (2014) utilizar o termo “forclusão do furo” para se referir ao que Miller (2012) nomeia como “falta do furo”. Questiona-se, se não haveria nessa proposição de “estender a forclusão até esse ponto,” um indicativo de aproximação entre o que se passa no autismo e na psicose, apesar das diferenças. Como Laurent (2014) escolheu deliberadamente esse termo, “forclusão”, poderia se localizar aí um indício da relação entre psicose e autismo, e não uma separação radical. Essa proximidade pode esclarecer as razões de ainda se debater no campo psicanalítico, se o autismo seria ou não uma psicose.

Por que se referir ao termo forclusão – que designa na psicose a não inscrição de um significante, o Nome-do-Pai – enquanto, no autismo, segundo o autor, tratar-se-ia da não inscrição do furo, ou seja, haveria a não ocorrência da *Bejahung*, que instauraria um dentro e um fora, definidor de uma diferenciação entre real e simbólico. Há, com essa nomenclatura, o estabelecimento de uma especificidade para o autismo (forclusão do furo) embora,

concomitantemente, evidencie uma vinculação ao campo das psicoses.

A respeito dessa questão envolvendo autismo e psicose, Laurent (2003) comenta que as indicações de Lacan sempre foram de referir-se aos sujeitos autistas como alucinados. Ele concebia que havia alucinação, pois esses sujeitos estavam imersos no real. Laurent (2003, p. 155,156) acrescenta: “porque o sujeito é alucinado não pode escutar um chamado, porque a resposta já está ali. E nesse sentido me parece, que o autismo assinala, em todo caso, uma forclusão. Isso não implica que não haja Outro, e sim, que não há Outro barrado”.

O autor destaca, ainda, que, a partir de Robert Lefort, se tornou comum no meio psicanalítico, considerar as estabilizações e passagens à psicose que ocorrem no autismo. A psicotização seria, assim, uma decorrência da saída do autismo. Para Laurent (2003, p. 156), isso se deve à instalação da transferência, que faz com que a criança aceite o analista como um *partner* novo e saia do “autismo que parecia um estado, um estado transitório, um fenômeno, e não uma estrutura. Temos uma psicotização dessas crianças”.

Para além da questão de o autismo ser um estado ou uma estrutura, o autor ressalta que a psicotização pode ocorrer em virtude do deslocamento da estabilização, que está sempre centrada ao redor da localização do gozo. Não cabe, portanto, o questionamento sobre um mecanismo significativo novo, uma vez que já está estabelecida a forclusão do Nome-do-Pai para a psicose, mas “se trata de captar a riqueza da clínica a partir de modos distintivos de retorno do gozo”. (LAURENT, 2003, p. 156-157).

Antes de abordar a questão do retorno do gozo, cabe retomar a forclusão do furo, como aquilo que especificaria o autismo, pois, a partir desse conceito, pode-se depreender pelo menos três consequências clínicas no tratamento dos sujeitos autistas, a saber: produção de um furo no real do corpo (extração de gozo), o encapsulamento (retorno do gozo sobre a borda), o objeto autístico (deslocalização do gozo). (TENDLARZ; BAYÓN, 2020).

Essa forclusão é definida por Laurent (2014, p. 80), nos seguintes termos:

J-A. Miller sublinhava que, se aceitamos a ideia de que as crianças autistas estão imersas no real, elas nos ensinam precisamente algo sobre o que é esse real que tentamos explorar. Elas têm, com efeito, acesso a essa dimensão terrível em que não falta nada, pois nada pode faltar. Não há furo, e, portanto, nada pode ser extraído para ser posto nesse furo – que não há. [...]. Não há furo, exceto aquele que uma automutilação pode criar. É isso que J-A Miller nos convida a considerar como uma espécie de falta do furo. Da minha parte, proporia falar em forclusão do furo se aceitarmos estender a forclusão até esse ponto.

A primeira consequência clínica da forclusão do furo diz respeito à tentativa da criança de executar uma extração de gozo no real do corpo, o que leva, muitas vezes, às

autoagressões e mesmo à possibilidade de automutilação. Foi o que Miller (2007) identificou no caso Robert, de Rosine Lefort (1988) e que Laurent (2014) retoma, afirmando que o caso serviu de paradigma para as teorizações de Miller acerca da falta do furo. Robert pega uma tesoura de plástico e tenta cortar o próprio pênis, após uma sessão na qual tenta estabelecer um vazio ao redor da analista e anteriormente, ao redor da mamadeira. Miller (2007) observou que sua tentativa de automutilação era decorrente da inexistência de furo no espaço autístico, um espaço real, e que no autismo há uma inversão na passagem do furo à castração. Dessa forma, o objetivo de Robert com a automutilação consistia em inscrever um furo para colocar a analista. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020).

Outra consequência clínica da foraclusão do furo refere-se ao retorno do gozo sobre a borda. Laurent (2014) volta a mencionar Miller, que descreveu os tipos de psicose tendo como referência os modos de retorno do gozo. Assim, na paranoia, há o retorno do gozo sobre o Outro; na esquizofrenia, o retorno do gozo se dá no corpo e no autismo, Laurent (2014) acrescenta a tese de que o retorno se dá sobre a borda. A consequência desse retorno ocorrer sobre a borda implica que haja uma localização determinada desse gozo, na borda, e que o sujeito deve produzi-la por não dispor de um furo. A construção da borda faz suplência ao furo que não se produziu devido à foraclusão; devido ao fato de os autistas não produzirem um furo e nem uma borda topológica, Laurent (2014) a nomeia de neo-borda e a difere da borda entre simbólico e real resultante da separação. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020).

Laurent (2014) destaca que é o retorno do gozo sobre a borda no autismo que possibilita o encapsulamento. É por meio dele que o sujeito se goza, sem a ação da pulsão que poderia articular seu corpo ao Outro. Isso produz consequências em relação à construção topológica do espaço, pois anula a distância e a diferença entre exterior e interior que afeta os objetos pulsionais.

O modo como o autista lida com essa borda é através do encapsulamento. Dele derivam as manifestações tão comumente observadas nesses sujeitos, como o isolamento, a dificuldade de ordem afetiva e as repetições ritualísticas de algumas ações. Essas são formas de o autista lidar com a diferença entre eu e não-eu, decorrente da foraclusão do furo. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020).

O balanceio, os movimentos estereotipados, dentre outros fenômenos observados nos autistas correspondem a formas de lidar com a ameaça proveniente desde a borda. O encapsulamento, como definiu Tustin (1984), é a proteção contra as ameaças exteriores e envolve o recurso ao movimento e à manipulação de objetos, além das experiências sensoriais,

tão comumente abordadas como desmodulações sensoriais típicas do autismo. Desde Tustin (1984), as manifestações de isolamento autístico e de fixação no seu mundo de sensações eram associadas a uma defesa típica do autismo. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020).

Apesar da rigidez da neo-borda, criada pelo autista para fazer frente ao que o ameaça, Tendlarz e Bayón (2020) salientam a fragilidade desse artifício. Os autores pontuam que a neo-borda não é fechada de modo absoluto, pelo contrário, pode conter diversos objetos, pais, irmãos e, inclusive, o analista que exerce uma função importante, a partir da transferência, de poder se aproximar do autista sem produzir uma irrupção de gozo insuportável.

A terceira manifestação clínica da forclusão do furo, segundo Tendlarz e Bayón (2020), é o objeto autístico. O objeto é variável, mas o autista o carrega junto ao corpo. Não se pode promover nenhuma mudança nele, como lavá-lo ou retirá-lo de perto do sujeito, sem que isso provoque uma crise de agitação. Apresenta semelhanças com o objeto transicional de Winnicott (1975), mas há diferenças importantes como o fato de não ser abandonado em decorrência da operação de separação.

Não há no objeto autístico essa queda, apontada por Lacan em referência ao objeto a. O estatuto do objeto autístico, via de regra, permanece o mesmo, diferentemente do que se passa com o objeto transicional, que é abandonado. Segundo Tendlarz e Bayón (2020), o objeto transicional não se confunde com o objeto a, mas Lacan (1962-63/2005) expressou aproximação entre os dois e afirmou que o objeto transicional é uma manifestação clínica do objeto a. Ele localiza-se entre o sujeito e o Outro, não pertence a nenhum, mas faz laço entre eles.

Desse modo, o objeto transicional como fenômeno observável, metaforiza esses objetos a. Mas não somente isso: o momento preciso em que esse objeto transicional aparece na vida da criança e logo se abandona é o correlato clínico do objeto da operação lógica de separação. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020, s/p, tradução nossa).

Lacan (1962-63/2005) destaca que o sujeito advém após esse desaparecimento do objeto a, enquanto resto da operação de separação. Isso não pode ser confundido com o que se passa no objeto autístico. Nesse, não é possível a extração do objeto, devido à fixidez, à impossibilidade de perdê-lo ou esquecê-lo. O objeto autístico tem como função estabelecer um ponto exterior ao corpo, que funcione como uma borda. Como não há corpo, “a borda que produz o objeto autístico em relação ao corpo, funciona como um elemento que unifica por estar localizado num espaço exterior, como uma suplência do objeto a”. (TENDLARZ; BAYÓN, 2020, s/p, tradução nossa).

4.4 Corpo e linguagem na clínica com crianças autistas

A ênfase dada ao corpo ao se abordar o autismo é uma constante. São muitas as referências acerca dessa temática, pois, chama a atenção o modo como o autista se apresenta com seu corpo na clínica. No que se referem ao corpo, os fenômenos mais observados estão relacionados ao andar na ponta dos pés, hipotonia, às estereotípias, à agitação psicomotora, à insensibilidade à dor, ao girar em torno no próprio eixo e às denominadas alterações sensoriais, (que envolvem as dificuldades alimentares e outras concernentes à intolerância a sons, questões com o equilíbrio e sensibilidade tátil). Já no que concerne à linguagem, a variabilidade nos modos de uso da língua é grande e envolve, desde o mutismo, passando pela fala desconexa, alterações no uso dos pronomes pessoais, onomatopeias, fala robotizada ou mecânica, fala descontextualizada, até uma fala funcional e que serve à comunicação e ao laço social. (MALEVAL, 2012).

Essas características são apresentadas pelas crianças quando chegam à clínica, mas o que está por trás, ou o que fundamenta essas manifestações segundo a psicanálise? Questiona-se, ainda, como a psicanálise operacionaliza um trabalho com essas crianças, segundo uma concepção que não envolve um entendimento pautado, exclusivamente, na genética como fator determinante do que afeta o corpo e a linguagem. Nesse sentido, serão apresentados, aqui, os principais entendimentos acerca do corpo e da linguagem na clínica psicanalítica do autismo, para, no próximo capítulo, abordar como o trabalho com esses sujeitos é realizado a partir da transferência.

O que especifica a posição dos sujeitos autistas na linguagem, segundo, Laurent (2012), é certo uso da instância da letra no campo da palavra, que se distinguiria da psicose. De acordo com Tendlarz e Bayón (2020), em Lacan, tem-se o S1 sozinho, que se refere ao Um e o S1 que convoca o S2, e o restante da cadeia significante. Na neurose, há um S1 que convoca um S2 atrelado ao funcionamento do Nome-do-Pai. Na psicose, há o S1 e o S2 se apresenta sob a forma do delírio. Já no autismo, “há um S1, sem S2, que funciona, segundo Éric Laurent, como iteração da letra sem corpo”. (TENDLARZ; BAYÓN. 2020, s/p, tradução nossa).

A iteração envolve uma repetição, mas uma repetição de uma ação ou um dito como se fosse a primeira vez. É muito comum perceber essa iteração na fala das crianças autistas, quando, por exemplo, Dom, que será apresentado no próximo capítulo, repete uma lista das profissões que gostaria de ter. Ele cita, “bombeiro, zabumbeiro, motorista de ônibus, exército, marinheiro, Coelce, Cagece e soltador de fogos de artifício” (sic). Essa lista foi crescendo ao

longo do tratamento, mas sempre a repete acrescentando as novas profissões às antigas da lista, como se fosse a primeira vez que estivesse falando, e isso acompanhado de grande agitação motora, que lhe é característica. Como pontuam Tendlarz e Bayón (2020), a iteração da letra no autismo envolve a repetição sem a constituição do Outro. Em Dom, não há uma intenção comunicativa e nem contexto para iniciar sua sequência de profissões, apenas a repetição.

Laurent (2012) aponta a dificuldade dos sujeitos autistas em estabilizar sua relação com o corpo. Segundo o autor, há um cálculo da língua separado do corpo nos autistas e que não funcionaria como um delírio psicótico, uma vez que, esse envolve algo de imaginário do corpo, tal como testemunha Schreber. Esse cálculo da língua se dá a partir da extração de um objeto, que Laurent (2012) designa como sendo de dois tipos: um *enforma* num certo ponto do espectro onde haveria menor comprometimento desses sujeitos e um *sem forma*, que concerniria aos sujeitos autistas com um quadro severo de isolamento e que têm dificuldade, por exemplo, de extraírem suas fezes. “Trata-se de um objeto de gozo sem forma que se impõe ao corpo, que se inclui de maneira tão paradoxal ao corpo que é preciso extrai-lo a qualquer custo, inclusive a dor que essa prática pode provocar”. (LAURENT, 2012, p. 25).

O autor acrescenta que não se trata apenas do objeto anal, mas as vozes também se prestam a esse papel. Laurent (2012) cita o exemplo das crianças, para quem, o barulho de avião no céu equivaleria à sua presença ao lado delas, tal é a topologia presente nesses casos que anula a distância. É o caso também de Dom que, durante um atendimento em que jogava boliche, ao jogar a bola contra os pinos, imediatamente, se defende da bola, agachando-se no chão.

Laurent (2012) acrescenta, a respeito das crianças autistas que tapam os ouvidos, que não se trata tanto de uma maior sensibilidade auditiva, como muitos acreditam. Na verdade, para o autor, o que é determinante nesses casos é a topologia específica concernente ao autismo.

Ao entrar em seu mundo, esse objeto, apesar de não poder ser nomeado, desperta o rumor da língua, evidenciando que, para além de todo cálculo, há algo intratável nos equívocos da língua. A criança, que não pode nomear o que existe no mundo, tapa seus ouvidos porque a língua lhe está gritando todos os equívocos possíveis. (LAURENT, 2012, p. 25).

É na tentativa de evitar a equivocação da língua que os autistas criam uma série de formas para lidar com ela. Maleval (2012) se deteve a esse respeito ao abordar essas particularidades do uso da língua no autismo. O autor lembra o posicionamento de Lacan (1967/2003) em “Alocução sobre as psicoses da criança”, sobre o fato de que se os autistas tapam os ouvidos é porque se defendem do verbo e, portanto, já estariam na linguagem, no pós-

verbal. No entanto, existem muitas formas de estar na linguagem e na clínica do autismo percebe-se uma variabilidade muito grande, como mencionado. O que seria comum ou constante em todas essas formas de uso da língua? Questiona-se Maleval (2012), que aponta como uma proposta de trabalho, o funcionamento pulsional.

O funcionamento pulsional nos autistas envolve sua não inserção no circuito da demanda. Os problemas começam quando lhes é demandado algo, pois eles próprios não demandam nada, como já observara Kanner (1943). As marcas de afeto ou interesse são consideradas ameaçadoras e isso inviabiliza que estabeleçam trocas a partir dos objetos pulsionais. As dificuldades com a alimentação e excreção, bem como, com os objetos olhar e voz, testemunham a problemática da não realização desse circuito pulsional de modo a incluir o Outro. A respeito de como se configura o funcionamento pulsional, Maleval (2012, p. 46) comenta:

Inicialmente, a percepção se compõe de estímulos incertos, ambíguos, à espera de interpretação; para que ela se organize, o sujeito deve-se interessar, uma escolha opera então, selecionando certos estímulos, negligenciando outros. Ele é comandado pelos investimentos libidinais, eles mesmos regulados pela extração dos objetos a.

Quando a extração do objeto a não se efetiva, há um comprometimento na constituição da realidade. Para Maleval (2012), os distúrbios de percepção nos sujeitos autistas são decorrentes da economia de gozo, não estando vinculados somente à disfunção no tratamento da informação como pensam os cognitivistas. A questão apontada por Maleval (2012) diz respeito ao gozo como aquilo que regula as percepções.

O comportamento de apontar, ausente nas crianças autistas, ilustra outro modo de não endereçamento de uma demanda ao Outro. Esse comportamento envolve uma assunção de uma falta e um apelo dirigido ao Outro que a criança autista não é capaz de fazer. Como afirma Maleval (2012, p. 47), “ele implica o funcionamento do olhar como objeto perdido no campo escópico: a falta comanda o olho e nutre sua apetência”.

Os impasses decorrentes do não estabelecimento dessas trocas, a partir dos objetos pulsionais, compromete a organização das percepções e afeta a noção de realidade. A construção de uma realidade partilhada é dependente da capacidade do sujeito de inibir, negligenciar ou ignorar certas percepções em detrimento de outras numa escolha, que vai construindo as zonas erógenas e delimitando o gozo. Maleval (2012) destaca, ainda, as sinestésias no autismo que fazem com que haja uma interpenetração de gozos, devido ao seu transbordamento, justamente, pela falta de regulação. Assim, tem-se a invasão do gozo vocal

pelo escópico, produzindo como efeito a atribuição de cores às palavras. (MALEVAL, 2012).

A alteração no uso dos pronomes pessoais, bem como, a retenção da voz, tão comuns entre os autistas, constituem outros indicativos de sua desvinculação ao campo do Outro. A repetição do discurso do Outro de forma ecológica e o falar como é falado, através do uso incorreto dos pronomes, denunciam o modo como os sujeitos autistas se inserem na linguagem. Embora muitos autistas façam o uso funcional da língua para a comunicação, ainda assim, predomina um uso singular da linguagem, sinalizando que “a posição subjetiva distanciada do Outro da linguagem não decorre de um fenômeno pontual”. (MALEVAL, 2012, p. 48).

Maleval (2012) considera que esses fenômenos de linguagem acabaram por reforçar a ideia dos Lefort acerca da ausência de Outro no autismo. No entanto, o autor lembra que o pertencimento dos sujeitos na linguagem ocorre desde antes mesmo do seu nascimento. No autismo, pode haver uma interrupção da linguagem no âmbito da fala, mas isso não significa que ela já não tenha produzido seus efeitos. Por mais que a criança tente se defender tapando os ouvidos, ela já está inserida no campo da linguagem. É por essa razão que mesmo a criança tendo dificuldades com os objetos pulsionais por eles continuarem sendo reais, ainda assim, precisa lidar com eles e, geralmente, lida pela recusa e distanciamento. (MALEVAL, 2012).

A insensibilidade à dor física é outro indicativo do “déficit da marca do significante sobre o corpo”, para Maleval (2012, p. 50). Ainda segundo o autor, a impossibilidade de interpretação frente ao efeito da palavra sobre o corpo, faz com que esses sujeitos não demonstrem reação frente um estímulo doloroso. O autor cita um exemplo de uma falta de reação num sujeito autista, diante de uma vivência em que era esperada dor, mas cuja resposta não adveio sequer por uma interjeição. A interjeição que poderia encarnar o S1 não se efetua, não se conecta ao sujeito. Isto, segundo Maleval (2012), poderia levar a crer na ausência de *lalíngua* nos autistas. Esse fato é rapidamente contraditado pelo autor, que observa a ocorrência de *lalíngua* na clínica com esses sujeitos. Se, de um lado, há ausência de balbucios em muitas crianças autistas, por outro, há, também, em muitas outras, a presença de vocalizações que indicariam uma incidência de *lalíngua*. A solução encontrada por Maleval (2012) para esse impasse é supor uma alienação parcial no autismo.

Os modos de inserção na linguagem são múltiplos no autismo, como já referido, mas Maleval (2012) aponta a retenção do objeto do gozo vocal como uma constante, presente em todas as variantes do uso da língua. As formas de inserção na linguagem podem ser variadas, desde o mutismo, passando pela ecolalia, músicas, fala sem afeto, palavras soltas, mas o

essencial não difere, ou seja, “recusa em assumir uma voz enunciativa na fala”. (MALEVAL, 2012, p. 52).

Poder-se-ia isolar, então, essa característica como um traço específico do diagnóstico de autismo a partir da linguagem. A recusa em se implicar numa fala é, segundo o autor, uma marca singular dos sujeitos autistas. A questão indicada pelo autor refere-se à recusa em incluir na fala algo de íntimo. Daí a referência lacaniana sobre o fato de serem muito verbosos os autistas, pois Maleval (2012) diferencia o que seria o caráter verboso da fala, mais ligado à dimensão afetiva, de seu outro componente mais ligado ao intelecto ou à informação propriamente dita.

Por fim, Maleval (2012, p. 53) resume as possibilidades de uso da língua pelos autistas da seguinte forma:

O autista dispõe de duas possibilidades para fazer evoluir sua linguagem: ou desenvolve uma língua privada, buscando circunscrever suas emoções, apoiando-se de bom grado, na música, pouco apta à comunicação; ou constrói uma língua intelectual, mais em condições de fazer laço social, encontrando seu material nas palavras escutadas.

A abordagem do corpo e da linguagem no autismo, conta, ainda, com a relevante contribuição de Furtado (2021). O autor desenvolveu uma pesquisa a partir do caso Dick de Melanie Klein (1930/1996), tendo como um dos objetivos, apresentar os efeitos da linguagem sobre o corpo de uma criança que, seria, na atualidade, muito provavelmente, diagnosticada como autista. Antes, porém, cabe destacar alguns aspectos apontados por Klein (1930/1996), a partir de sua observação de Dick, bem como, seu entendimento com relação ao diagnóstico de psicose na infância, uma vez que ela não dispunha da nomenclatura de autismo à época.

Dick chega para o tratamento com Klein (1930/1996) aos quatro anos, apresentando pobreza de vocabulário e nível intelectual compatível com o de uma criança de 15 ou 18 meses. Não havia estabelecido adequado contato com a realidade, nem relações emocionais com o ambiente. Não demonstrava afeto e parecia indiferente à ausência da mãe ou da babá. Praticamente não apresentava ansiedade diante das situações novas e, quando ocorria, era num nível muito baixo. Não possuía interesse por nada, a não ser pelas portas e maçanetas, no seu mecanismo de abrir e fechar e nos trens; também não brincava. No que diz respeito à fala, limitava-se a juntar sons de modo desconexo, repetindo constantemente determinados ruídos. Utilizava seu restrito vocabulário de forma incorreta e não só era incompreensível sua fala, como também, não apresentava intenção comunicativa.

Klein (1930/1996, p. 254) descreve seu primeiro encontro com Dick do seguinte

modo:

A impressão que tive de sua primeira visita foi que seu comportamento era diferente daquele que podemos observar em crianças neuróticas. Ele deixou a babá ir embora sem manifestar a menor emoção e me seguiu para o consultório com total indiferença. Uma vez lá dentro, começou a correr de um lado para o outro sem nenhum objetivo e, muitas vezes, se desviou de mim como se eu fosse um móvel – tudo isso sem mostrar qualquer interesse por nenhum objeto dentro da sala. Enquanto corria de um lado para o outro, seus movimentos pareciam totalmente descoordenados. A expressão de seus olhos e de seu rosto era fixa, distante e não deixava transparecer nenhum tipo de interesse.

Uma vez que não conseguia desenvolver relações afetivas e simbólicas com os objetos, suas ações permaneciam desvinculadas do campo da fantasia e não era possível atribuir-lhes conotação simbólica. Para a autora, sua falta de interesse pelo ambiente refletia, justamente, sua incapacidade de estabelecer relação simbólica com os objetos. Sua análise partiu desse ponto, pois, segundo Klein (1930/1996), esse era o primeiro obstáculo para o estabelecimento da transferência.

Dick foi encaminhado por um psiquiatra com um diagnóstico de psicose ou demência precoce, como era designado na época, e com o qual ela concorda em termos, destacando que o caso se assemelhava à demência precoce avançada em adultos, diferindo, no entanto, em um aspecto. Ela resume:

Ele se caracterizava por ausência quase total de afeto e ansiedade, considerável afastamento da realidade, inacessibilidade, falta de ligações emotivas, comportamento negativo em alternância com sinais de obediência automática, indiferença à dor, repetição – sintomas típicos da demência precoce. [...]. Contra o diagnóstico de demência precoce havia o fato de a principal característica do caso de Dick ser a inibição do desenvolvimento e não a regressão. (KLIN, 1930/1996, p. 262).

O caso Dick é uma referência importante para se pensar o diagnóstico de psicose/autismo porque se trata de um caso atendido por Klein (1930/1996), quando ainda não havia a designação de autismo efetuada por Kanner (1943). Acredita-se que Klein (1930/1996) situa Dick como psicótico por não dispor de outras referências, no que diz respeito aos quadros graves da infância e, também, porque, como ela mesma afirma acima, apenas num ponto não era condizente o quadro de Dick com o de esquizofrenia, a saber, aquele que diz respeito à regressão do desenvolvimento. Desde os primeiros anos de vida, Dick era uma criança com sérias dificuldades para falar, alimentar-se e ter o controle dos esfíncteres, além de ter outras funções corporais bastante comprometidas e que o levaram a diversas internações e tratamentos.

Ainda no que se refere ao diagnóstico, Klein (1930/1996) em “Psicoterapias das

psicoses” pontua que os critérios diagnósticos utilizados em sua época no tratamento de crianças eram transpostos da clínica com adultos e não representavam a essência do que era encontrado nas psicoses infantis. Como elemento central para a formulação do diagnóstico, a autora destaca a concepção de realidade que não pode ser comparada entre o adulto e a criança, pois “os fundamentos das relações com a realidade na primeira infância são de caráter completamente diferente”. (p. 266).

Para Klein (1930/1996), a esquizofrenia na criança é menos óbvia do que no adulto, porque na infância os traços característicos da doença aparecem em menor intensidade e são facilmente interpretados como aspectos naturais do desenvolvimento considerado normal. A autora define a complexidade relativa ao diagnóstico de psicose na infância nos seguintes termos:

No caso das crianças não consideramos extraordinário, por exemplo, um marcante afastamento da realidade, a falta de ligações emotivas, a incapacidade de se concentrar em qualquer tipo de ocupação, o comportamento tolo e a fala sem sentido, e não julgamos essas ocorrências da mesma maneira que no caso dos adultos. O excesso de mobilidade e a presença de movimentos estereotipados são muito comuns nas crianças, e só diferem da hipercinesia e da estereotipia típicas da esquizofrenia por uma questão de gradação. É preciso que a obediência automática seja muito acentuada para que os pais não a encarem apenas como mera ‘docilidade’. O comportamento negativo costuma ser considerado ‘travessura’ e a dissociação é um fenômeno que em geral simplesmente foge à observação na criança. O fato de a ansiedade fóbica das crianças frequentemente conter ideias persecutórias de caráter paranoide, além de temores hipocondríacos, exige uma observação muito cuidadosa e muitas vezes só pode ser revelado através da análise. (KLEIN, 1930/1996, p. 262).

Para Klein (1930/1996), mais comum do que a psicose na infância, é a presença do que ela denomina de traços psicóticos em crianças que, se não forem tratadas, poderão desenvolver a psicose futuramente. Klein (1930/1996) considera importante expandir o conceito de esquizofrenia em particular e de psicose em geral, a partir da compreensão da presença desses traços, pois eles compõem em diversos níveis e sinalizam, desde cedo, os impasses vividos pela criança no que se refere às relações objetivas.

Dick constitui um caso paradigmático para a psicanálise por, dentre outros motivos, revelar um método de trabalho, desenvolvido por Klein, que tinha como principal fundamento falar com as crianças. A consideração de que Dick estava na linguagem, apesar de seu grave comprometimento, e era sensível às intervenções de Klein, foi o que propiciou sua evolução no tratamento. É o que aponta Furtado (2021, p. 57) ao fazer referência ao comentário de Lacan (1953-54/1986, p. 85) acerca do tratamento de Dick, destacando que, para lidar com a indiferença dele, “Klein fala com ele, supõe um sujeito que lhe escuta e que tem relação com a

linguagem”.

O tratamento de Dick pode ser situado a partir da consideração dos efeitos da linguagem sobre seu corpo. Esse percurso inicia com a aposta no sujeito e na fala que Klein (1930/1996) dirige a ele, e segue empreendendo operações estruturantes que possibilitam a inserção de Dick num discurso. Esse será o caminho a ser percorrido a partir de agora, pois ele tanto esclarece sobre o modo de apreensão da linguagem no tratamento psicanalítico de psicose e autismo, como indica os efeitos dela sobre o corpo. Serão retomados, aqui, alguns pontos indicados na minuciosa pesquisa sobre o caso Dick, empreendida pelo psicanalista Luis Achilles Furtado (2021), publicada no livro “O sujeito na entrada da estação: estudos sobre o caso Dick, a clínica psicanalítica e o autismo”.

Quando Dick inicia seu tratamento, Klein (1930/1996) afirma que sua maior dificuldade não residia na ausência da fala, e sim, na inexistência de simbolismo. Disso resulta a impossibilidade de nomeação dos objetos, e, mesmo, sua diferenciação da realidade. Havia uma equivalência, tal como na esquizofrenia, entre palavras e coisas, de modo que os objetos se tornavam ameaçadores para Dick, pois não podiam ser nomeados, só existiam na sua dimensão real. A noção de realidade fica, assim, comprometida, uma vez que, o que deveria ser apreendido como simbólico é tomado na dimensão real, como afirma Lacan (1953-54/1986). Os objetos existem em si, sem que possam ser nomeados e isso impede sua diferenciação e inclusão no imaginário de Dick para compor sua realidade. “A realidade para Dick está bem fixada, não tem desenvolvimento, justamente porque ele não consegue fazer com facilidade as alternâncias com a maior pluralidade de objetos imaginariamente equivalentes”. (FURTADO, 2021, p. 57).

Ainda segundo Furtado (2021), a realidade só deixa de ser tão ameaçadora, quando Dick passa a fazer os jogos de alternância presença/ausência, aparecimento/desaparecimento, expulsão e introjeção. Lacan (1953-54/1986) desataca que Dick estaria identificado, não com o trem, como acreditava Klein, mas com o espaço vazio da sala, para onde ele corria, o espaço entre as portas. Só quando Dick passa a repetir esse jogo de alternância, de entrar e sair nesse espaço, é que ele se diferencia em relação a esse vazio. (FURTADO, 2021).

A condição para essa diferenciação com o vazio é possibilitada pelas intervenções de Klein (1930/1996), que lhes nomeia os objetos e estabelece relações entre os trens, criando, assim, um sistema de referência que pode ser utilizado por Dick, aponta Furtado (2021). É a partir desse momento que ele começa a se efetuar como sujeito. Klein (1930/1996) concebe o caso pela via do imaginário e das relações objetais, mas para Lacan (1953-54/1986), a questão

central concerniria à dimensão simbólica. Dick se via confrontado a uma perspectiva que tomava os objetos na sua realidade pura e simples, e não marcada pela palavra. Por conta disso, os objetos eram sempre percebidos como ameaçadores e não podiam constituir o campo da experiência do sujeito, instituindo o imaginário e a realidade; nas palavras de Furtado, (2021, p. 61):

Para sujeitos como Dick, os objetos do mundo humano são reais e as palavras que lhe nomeiam também são tomadas na sua 'realidade', na sua materialidade sonora, na sua textura, na sua cor, na sua forma concreta como coisa. Assim, tanto os objetos valem apenas pelo gozo corporal que eles promovem (som, brilho, textura), como as próprias palavras são tomadas como objetos do mesmo valor. O desafio clínico é facilitar, forjar, fabricar, promover, precipitar esse salto dos objetos a uma simbolização incorporada pelo sujeito, mas que inclua seu modo próprio de relação com o mundo. (grifo nosso).

É muito comum na clínica do autismo encontrar os modos de relação com o objeto e sua fruição pela via da experiência sensorial, pelo gozo que provocam. As palavras, de modo semelhante, acabam por ter grande peso para esses sujeitos por serem tomadas na sua materialidade sonora, o que faz com que, inclusive, muitos autistas não falem ou prescindam do uso da palavra na maior parte do tempo. No entanto, como pontua Furtado (2021), o desafio do psicanalista é precipitar ou forjar o salto que promova a simbolização, respeitando a relação que o sujeito estabelece com o mundo. A invenção que precipita o salto precisa ocorrer ao modo de cada sujeito e no seu tempo.

Com o caso Dick, pode-se acompanhar os deslocamentos que promovem a assunção de uma posição subjetiva de uma criança que praticamente não falava e não tinha intenção comunicativa. A questão proposta por Furtado (2021, p. 78) ao retomar o caso, e que interessa aqui à pesquisa é, justamente, compreender como a palavra afeta o corpo e promove efeitos no tratamento. “O problema que se coloca aí é como a lógica da linguagem toca o corpo do sujeito, promovendo uma marca, uma inscrição psíquica de gozo. Como o sujeito incorpora o significante”.

Para tanto, o autor acompanha os desdobramentos do ensino de Lacan, que a partir de *lalíngua* situa uma mudança de orientação de uma perspectiva do sentido da linguagem para a dimensão do gozo que ela produz. Mesmo nos primeiros seminários, já há o questionamento de Lacan sobre como o sentido das palavras é assimilado pelo sujeito. Como o sujeito os assume, posto que não seja uma atribuição dependente da constituição do eu e, portanto, só adquirida quando o eu já estivesse constituído. Do que se trata, então? “Lacan afirma que o símbolo linguístico também é recortado e se constitui por uma série de afluições e

sobredeterminações oposicionais que acabam por situar esse símbolo em vários registros”. (FURTADO, 2021, p. 78).

Uma questão importante levantada por Lacan (1953-54/2009) e destacada por Furtado (2021), refere-se a como o sujeito assume o sentido das palavras, uma vez que esse não é tributário da aquisição do controle motor da fala. A aquisição da linguagem não pode estar referida apenas à motricidade oral que permite o aparecimento das primeiras palavras. Em que medida, as primeiras palavras articuladas pelo sujeito já não indicariam que, previamente, já tenha havido uma apreensão do registro simbólico? Esse é um questionamento importante para pensar o lugar do sujeito autista na linguagem. Como afirma Furtado (2021, p. 79), o silêncio e o negativismo desses sujeitos “não nos garante que não participam do simbólico”. A clínica o atesta, frequentemente, e de modo surpreendente. Falar com esses sujeitos é comprovar como há muitas formas de estar na linguagem e de responder ainda que não seja pela fala de modo convencional.

Como ocorre a passagem do que é da ordem do corpo para o que é da ordem do significante? É uma preocupação de Lacan nas Conferências de Colúmbia e Genebra. Ele teoriza sobre o inconsciente para justificar que esse não se reduz a um não-sabido, que não é preciso “saber que se sabe, para que gozemos de um saber.” A ideia de inconsciente estaria para Lacan (1975/1991, p. 123), sustentada no fato que o sujeito fica “impregnado” pela linguagem. É no encontro das palavras com o corpo que algo se esboça através de *lalíngua*. A lalação ou tagarelice infantil em que está excluída a dimensão do sentido. “É no materialismo de *lalíngua* [*motérialisme*] que reside o inconsciente, é lá que ele faz sua morada e se instala como um cancro”. (FURTADO, 2021, p. 82).

Furtado (2021) chama atenção para a consideração de Lacan (1975/1991) acerca dos “detritos da linguagem”, enquanto objetos de gozo com os quais as crianças brincam. Esses detritos correspondem às marcas da linguagem que afetam o corpo e que são provenientes do que resta do banho da “água da linguagem”, como define Lacan (1975/1991, p. 129). Dessa forma, “o simbólico é reduzido a um objeto com o qual se brinca e com qual o corpo entra em interação, incorporando-o”. O problema se dá quando não ocorre esse trabalho da criança com a linguagem e é aí que o autismo se encontra implicado. (FURTADO, 2021, p. 83).

Lacan (1975/2016, p. 73) foi um crítico do termo autismo para designar crianças para quem, segundo ele, as palavras têm muito peso e “para quem dizer algumas palavras não é fácil”. A designação de autismo envolve um retorno para si mesmo que, excluiria de partida, qualquer alteridade, o que seria impossível. Lacan (1975/1991, p. 134) pontua que os autistas

ouvem a si mesmos e por conta disso, fica colocado o problema da alucinação. Apesar de nem todos os autistas ouvirem vozes, eles articulam muitas coisas e “se trata de ver precisamente onde escutaram o que articulam”. (FURTADO, 2021).

Em Furtado (2021), é possível acompanhar os desdobramentos das considerações de Lacan a respeito do autismo, não só das críticas ao termo, mas, sobretudo, de indicações acerca da direção do tratamento com esses sujeitos. Ele frisa que apesar da dificuldade em ouvi-los, pois são “muito verbosos”, e se não se compreende o que dizem não é razão para não falar com eles, pois “certamente há algo a lhe dizer”. Foi o que Klein (1930/1996) fez com Dick como um “primeiro afresco”, como Lacan situa (1953-54/2009, p. 105) oferecendo-lhe palavras que teriam ficado marcadas, talhadas nele.

O “primeiro afresco” é como Lacan (1953-54/2009, p.101) caracteriza a intervenção de Klein, enquanto aquilo que forja uma fala significativa em Dick, “já que formula uma estrutura fundamental disso que a lei da palavra humaniza o homem”. A referência ao afresco, à impressão de uma marca, vai ao encontro das elaborações freudianas sobre o *Niederschrift e Fixierung*. Lacan (1975/2016) menciona na Conferência de Columbia que há algo no autista ou no esquizofrênico que se congela. Ele, com isso, parece aproximar autismo e esquizofrenia, destacando nessa metáfora do congelamento, o que Winnicott (1954/2000) havia nomeado como “*freezing*”, um “congelamento da situação de falha”, típico da psicose. (FURTADO, 2021, p. 85).

Esse congelamento ou fixação presente no autismo não estaria referido à fixação numa etapa de organização da libido, como destaca Furtado (2021), mas ao sentido utilizado por Freud (1900/1996) em “Interpretação dos sonhos”, quando trata da inscrição de traços mnêmicos no aparelho psíquico. É um termo que remete ao modo como as percepções chegam ao aparelho psíquico e deixam traços de memória. Isso significa que a metáfora do congelamento no sujeito autista, segundo Furtado (2021, p. 86), “é da ordem da escrita, mas que não foi elaborada pelo sujeito. Há a escrita do traço, mas ela não foi lida e transcrita pelo sujeito, transformando-se numa enunciação inconsciente”.

A questão da articulação da linguagem com o corpo pode ser definida a partir da metáfora do congelamento, pela localização do gozo específico contido nessa fixação, nessa inscrição. Descobrir o que no autista se congela envolve “saber que tipo de gozo está aí implicado nessa marca. Estabelecendo um saber sobre o gozo, entra-se na linguagem e faz-se uma mediação entre os elementos”. (FURTADO, 2021, p. 87).

Furtado (2021) propõe associar a metáfora do congelamento com a utilizada em

referência à holófrase, “a solidez”, mencionada por Lacan (1964/1993). A cadeia significante funcionaria como um “monólito”, uma solidez, como uma equivalência ao próprio sujeito (LACAN, 1958-59/2003, p.84). Se para Lacan (1958-59/2003), na psicose, “o peso do sujeito” é relativo ao peso da voz e se ele faz menção aos autistas para quem as palavras têm muito peso, pode-se estabelecer aí uma aproximação. O autor define a posição do autista em relação ao uso da voz do seguinte modo:

Ora, dizer algumas palavras implica o uso da voz e ouvir a si mesmo. Logo, a palavra carregada pela voz, é o peso do sujeito. Não ouvir a própria voz como articulada ao significante, não falar, em alguns casos, significa silenciar o Outro na sua face real, invasiva e superegóica. O que resta é o silêncio como uma defesa ante o desamparo. (FURTADO, 2021, p. 87).

A partir da exposição sobre as manifestações da ordem do corpo e da linguagem na clínica do autismo, poder-se-ia reunir num quadro os achados clínicos, a exemplo do que se fez com a psicose, como exposto no Quadro 3:

Quadro 3 - Quadro do diagnóstico de autismo na infância com achados clínicos relativos ao corpo e à linguagem.

Diagnóstico	Corpo	Linguagem	Outros
Autismo	<ul style="list-style-type: none"> - Andar na ponta dos pés; - Hipotonia; - Estereotípias; -Agitação psicomotora; -Insensibilidade à dor; -Girar em torno do próprio eixo; - Alterações sensoriais 	<ul style="list-style-type: none"> - Mutismo; - Fala desconexa; - Alteração pronominal; - Onomatopeias; - Fala robotizada; -Fala descontextualizada; -Frases ou palavras soltas - Fala funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agressividade -Automutilação -Altas habilidades - Isolamento

Fonte: elaboração da autora.

A partir da comparação entre os dois quadros, percebe-se como a discussão acerca do diagnóstico de autismo e psicose na infância ainda se justifica na atualidade, embora haja cada vez mais consenso quanto à especificidade do autismo. São muito semelhantes os modos de apresentação dos dois quadros clínicos e é necessário um trabalho com a transferência para assegurar uma maior precisão diagnóstica. A grande confusão entre os dois diagnósticos resulta da consideração puramente dos achados clínicos, desconsiderando a posição do sujeito na linguagem e como seu corpo se constitui a partir dos efeitos do significante. O diagnóstico de

autismo se torna problemático e difícil de distinguir da esquizofrenia conforme a posição do sujeito no espectro. Como há uma grande variabilidade nas formas de apresentação do autismo, haverá sujeitos que se encontram mais distanciados do diagnóstico de esquizofrenia, devido a uma maior adaptação à demanda social, enquanto que outros, vão estar muito próximos à esquizofrenia; sendo muito comprometida sua inserção na linguagem. Logo, sua posição subjetiva tende a ser mais confundida com a psicose.

A maior dificuldade na clínica do autismo, pelo que foi apresentado, refere-se à tentativa de composição de um traço comum a esses sujeitos tão diferentes dentro de uma mesma categoria. Embora a psicanálise não trabalhe com generalizações, pois a clínica se faz no caso a caso, ainda assim, é importante compartilhar ou problematizar essas nomenclaturas e sua utilização, trazendo para discussão a questão da psicose na infância, tão pouco explorada por outros saberes que se ocupam das crianças.

O autismo virou o nome mais fácil para designar o que afeta as crianças na atualidade porque há uma tendência a reduzir tudo ao biológico, inclusive, o que é da ordem da pulsão. A psicose na criança não é tolerada, porque ela também quase não o é na clínica com adultos; e mesmo quando ela é abordada, costuma-se enfatizar seu caráter genético ou os novos medicamentos, numa compreensão organicista do adoecimento mental.

A pergunta que foi feita no início sobre o que é psicótico na criança, encontra, aqui, não uma resposta definitiva e acabada a partir da forclusão, e sim, possibilidades que envolvem a compreensão da articulação entre corpo e linguagem. Como a palavra afeta o corpo foi o caminho escolhido. Corpo pulsional, corpo de gozo, corpo marcado pelo simbólico que anima um sujeito com um desejo, não um corpo puro efeito de uma determinação genética, corpo medicado, contido e apaziguado e ao qual só resta o recurso da obediência.

A relevância da pulsão fica, então, evidenciada como articulador entre corpo e linguagem. É fundamental pensar seus efeitos não apenas na clínica com crianças autistas e psicóticas, mas na clínica com crianças de modo mais amplo. Como destaca Barroso (2012), a definição freudiana da criança como perversa polimorfa aponta a união intrínseca entre a criança e a pulsão. As pulsões parciais em seu caráter anárquico dependem da intervenção da ordem simbólica para serem reguladas e, com isso, delimitarem o gozo a partir da castração. O caráter selvagem da pulsão que sofre influência da lei paterna leva à humanização do desejo. As respostas do sujeito pela via da neurose, perversão ou psicose são dependentes dos modos de “fracasso da submissão da pulsão à autoridade paterna e suas consequências para o corpo e o gozo”. (BARROSO, 2012, p. 02).

Calzavara e Vorcaro (2018) resumem os efeitos da linguagem no corpo dos sujeitos autistas, tendo como referência o último ensino de Lacan, com os desdobramentos relativos à mudança de enfoque do significante para o gozo. Segundo as autoras, é possível comparar o que se passa na neurose, na psicose e no autismo, diferenciando os modos como o sujeito responde às marcas da linguagem em seu corpo. Na neurose, o corpo do sujeito é afetado pela incorporação do simbólico. A separação do objeto possibilita a estruturação do circuito pulsional a partir dessa perda, constituindo sua realidade através da fantasia. “A pulsão faz seu contorno e o gozo retorna ao corpo sob a forma do sintoma, que será um enigma a ser decifrado”. Na psicose, não há extração do objeto e, por isso, o psicótico possui um corpo marcado por uma desregulação do gozo. Já os autistas, apesar de se encontrarem alienados à linguagem, não passaram pela operação de separação, necessária à extração do objeto e à constituição de um vazio delimitador do gozo. Nesses sujeitos, não há a ocorrência de um furo real o que inviabiliza a construção de uma borda e, com ela, um corpo. (CALZAVARA; VORCARO, 2018, p. 44).

A direção do tratamento com os autistas, segundo as autoras, passa por uma abordagem do real que os invade; cabendo ao analista tornar possível uma inscrição do Outro que não passe pela significação fálica, mas que se fundamente numa forma singular do sujeito tratar o gozo. Nesse sentido, é essencial acolher “recursos inventados sem tentar traduzi-los pelo referencial fálico, o que é inoperante e pode ter como consequência um maior fechamento da defesa”. (BARROS, 2012, p. 93 apud CALZAVARA; VORCARO, 2018, p. 45).

Recorrer à invenção do sujeito é, também, sustentar uma posição que faça funcionar o que Ferreira e Vorcaro (2017) denominam “operador do tratamento”. Esse conceito “designa os elementos sobre os quais o analista irá conduzir o tratamento e como o analista deve se deixar regular pelo sujeito, acompanhando-o nas dificuldades que este tem com as insígnias que vêm do Outro”. (CALZAVARA; VORCARO, 2018, p. 47).

É importante ressaltar essa particularidade da clínica com autistas, pois a posição do analista deve considerar que, sua presença, seu olhar e sua voz não podem ser invasivos. É o que será apresentado no próximo capítulo a partir dos casos clínicos atendidos pela pesquisadora.

5 CORPO E LINGUAGEM: ARTICULAÇÕES NA TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA COM CRIANÇAS AUTISTAS E PSICÓTICAS

Seguindo os passos apontados por Klein (1930/1996), a transferência na clínica das psicoses e do autismo se dá de modo diverso daquele da clínica da neurose. O sujeito autista ou psicótico não fará suposição de saber no Outro, pois ele testemunha o não saber. Como afirma Souza (2021, p. 02), “esse que é suposto não saber é quem supõe o sujeito do inconsciente encoberto sob o signo ‘autismo’”, ou psicose, poder-se-ia acrescentar. A posição do sujeito de recusa da alteridade faz com que o analista precise considerar uma abordagem para além do uso da língua, uma vez que, para essas crianças há dificuldades com o simbólico. O trabalho com o corpo e o brincar constitui uma possibilidade de acesso a essas crianças e é importante utilizar todos os meios que elas dispõem e indicam como caminho para adentrar em seu mundo. Assim, nessa clínica, a transferência passa pelas formas de apresentação do sofrimento no corpo, na medida em que ele evidencia como a linguagem não pode socorrer o sujeito, delimitando o que o afeta, possibilitando o laço social e, construindo a própria realidade. É importante destacar que o brincar, aqui, se amplia para além de um uso com o objeto; o corpo é tomado como um objeto rumo à transicionalidade. Nas neuroses diz-se rumo à independência, mas, aqui, rumo ao transitivismo. É o encontro com o analista, muitas vezes, possível apenas através das manifestações da ordem do corpo, ou de um brincar centrado no corpo, e em outras, em associação com certo uso da língua pela criança, que possibilitará um efeito de sujeito.

A referência ao corpo na transferência é indicada por Souza (2021, p. 03) nos seguintes termos:

Não há clínica com crianças que não se tenha que imaginarizar o corpo, falar do corpo e trabalhar o corpo: pega-se a criança no colo, segura-lhe as mãos; algumas abraçam, outras empurram, algumas se enlaçam no corpo do analista — o analista empresta seu corpo como ancoragem; outras correm, pulam, as mãos seguram e lançam objetos, entoam sonorizações, insiste-se nos diálogos e os desenhos são linhas imaginárias a serem perdidas que partem do corpo da criança.

Souza (2021) lembra que na clínica do autismo o corpo é tomado na transferência a partir do lugar de corpo sem erotização. Corpo vazio, posto que não seja marcado pela palavra na sua função de constituir marcas, as zonas erógenas, enquanto limites para o gozo. Trabalhar o corpo na transferência é pensar em como o corpo pode ser lido em suas manifestações apartadas do campo do sentido. Não se trata do mesmo estatuto do corpo do neurótico, marcado pelo simbólico e cujos sintomas apresentam-se como enigma. Então, como pensar o corpo

dessas crianças autistas e psicóticas no tratamento? Como articular corpo e linguagem na transferência, considerando as especificidades dos quadros de psicose e autismo para a formulação do diagnóstico diferencial?

É isso que será abordado a partir de agora, através dos casos clínicos. É importante ressaltar que, inicialmente, os casos serão apresentados de modo a evidenciar como se deram os atendimentos que tiveram em média uma duração de cinco anos. Só em seguida, serão apresentadas as considerações que puderam ser articuladas a partir dos tratamentos dessas crianças em associação com o que vem sendo desenvolvido aqui, a saber: a articulação do corpo e da linguagem na transferência, considerando a formulação do diagnóstico diferencial de psicose e autismo na infância.

Os casos clínicos aqui apresentados são decorrentes da experiência da pesquisadora como psicanalista no contexto da saúde mental infanto-juvenil. A princípio, as crianças foram atendidas no Caps infantil, para, só então, serem acompanhadas na Clínica de Psicologia da UFC, através do Programa de Extensão Clínica Estética e Política do Cuidado (CEP) da UFC, que é coordenado pela Professora Karla Patrícia Holanda Martins. As atividades do CEP se organizam em torno do tripé pesquisa, ensino e extensão e contam com a participação de alunos da graduação e do Programa de Pós-graduação em psicologia. Após esse período, em decorrência da pandemia de Covid-19, os atendimentos passaram a ocorrer de forma remota, por chamada de vídeo.

As crianças escolhidas para participar da pesquisa tinham em comum o fato de seus diagnósticos gerarem controvérsia, não só em relação ao diagnóstico médico, mas, sobretudo, se consideradas a partir do referencial psicanalítico. As diversas implicações no corpo e na linguagem suscitaram questionamentos que serviram para orientar a formulação do diagnóstico em cada caso. Como pensar o diagnóstico de Dom, a partir da transferência, considerando os impasses relativos à articulação do seu corpo com a linguagem? Como a transferência possibilitou a John ter uma melhor inserção na linguagem, produzindo efeitos em seu corpo? De que modo, Alice construiu, a partir da transferência, uma estabilização para seu acontecimento de corpo decorrente do episódio do filme dos zumbis?

5.1 Dom e a querela do diagnóstico

O tratamento no Caps teve início no final de 2017, quando Dom estava com oito anos. Ele foi levado por sua mãe, que apresentou como queixa principal comportamento

agitado, dificuldade de aprendizagem e fixação por determinados temas, como bombeiros e incêndios. A mãe relatou que ele costumava dizer que gostaria de colocar fogo em sua casa na noite de natal, com toda a família reunida.

Quanto aos dados iniciais da anamnese, a mãe relatou que o parto foi normal, permanecendo, no entanto, trinta e seis horas em trabalho de parto. Não soube dizer se houve sequelas para o filho por conta disso, pois os médicos não falaram. A mãe disse que o filho não mamou, porque “meu peito não tinha bico e ele não pegava” (sic). Ainda no primeiro ano de vida, Dom apresentou crises convulsivas, sendo diagnosticado com epilepsia e acompanhado por neurologista até os quatro anos. Andou com um ano e dois meses e falou com dois anos e dois meses.

As alterações no comportamento de Dom foram percebidas pelos pais, mas foi a escola quem os alertou para procurarem ajuda. Ele entrou na escola aos três anos. Já apresentava agitação, não obedecia às regras e falava de modo desconexo, inclusive, sobre incêndio e bombeiros. Dom também não tinha um sono tranquilo e, até certo tempo atrás, acordava todo dia por volta das três horas da madrugada e não deixava mais ninguém dormir. Depois, ele contou à analista em atendimento, que era porque via um homem pela sua janela e acordava para vigiar a casa. A analista perguntou que homem era esse, ele disse que, desde muito pequeno via esse homem que queria pegá-lo. A analista perguntou se ele tinha medo e ele disse que sim; que uma vez esse homem o puxou pelas pernas, mas ele conseguiu se soltar. Atualmente, já não fala mais com tanta frequência sobre isso, mas se é questionado, diz que ainda o vê, mas não lembra mais de madrugada para vigiar e dorme a noite toda.

Ainda em relação aos primeiros anos, a mãe relatou que Dom era um bebê que chorava muito. Apresentava febre com espasmos desde o primeiro ano e foi diagnosticado com epilepsia. Dom fez uso de Depakene até os quatro anos e depois parou por escolha da mãe e não por decisão médica.

Quando chegou ao Caps, a mãe relatou que o filho já fazia uso de medicação. Ele usava Carbamazepina, prescrita por outro neurologista que o tinha avaliado havia pouco tempo. Quando entrou no Caps, passou a ser acompanhado por psiquiatra, que o diagnosticou como autista, assim como os neurologistas que o tinham avaliado anteriormente. Ele faz uso de três medicamentos atualmente: Risperidona, Fluoxetina e Carbamazepina. Alguns medicamentos foram prescritos pela psiquiatra, mas como a Carbamazepina foi prescrita por um neurologista, a psiquiatra não achou seguro modificar a prescrição do neuroléptico e resolveu mantê-lo. Isso permanece desse modo até o momento. Embora a analista tenha conseguido, em 2021, uma

avaliação com um neurologista, Dom ainda não fez o EEG para que possa ser alterada ou retirada sua medicação, caso haja necessidade.

Dom, ao chegar ao Caps, tinha sérios comprometimentos. Enquanto a mãe falava com a analista, ele permanecia de costas, olhando pela janela. Não falou com a analista, não olhou para ela e parecia pouco disposto a interagir. Por vezes, se movimentava pela sala, andando de um lado para o outro, sem, no entanto, explorar o ambiente. Não se interessou por brinquedos e nem por qualquer outra coisa. Não sabia expressar o que queria e por vezes chorava de modo estereotipado, sem demonstrar afeto. No primeiro atendimento, apresentou fala desconexa, falava sobre vários assuntos ao mesmo tempo e tinha baixa tolerância à frustração, pois, quando se recusava a fazer algo, já começava a choramingar. A referência a choramingar é porque não chegava a ser um choro, e sim uma murmuração ou protesto, por ele não querer fazer algo, ou não conseguir comunicar o que queria.

Dom ficou, a princípio, no grupo de crianças, porque não havia vaga para atendimento individual. Depois de um tempo, ele ficou nas duas modalidades com a analista (individual e grupo). Quando entrou no grupo, Dom se mantinha afastado das outras crianças. Ele costumava brincar sozinho, na verdade, nem se tratava de um brincar, pois o que ele fazia era manipular objetos. Não realizava a atividade proposta para o grupo, que, geralmente, consistia em pintura ou jogos, a serem escolhidos pelas crianças, permanecendo de costas para elas. Dom, também, fazia perguntas descontextualizadas. Ele dizia: “está chovendo?” (sic) e “é um furacão?” (sic).

Dom, desde o início do tratamento, em 2017, apresentava agitação psicomotora, não se concentrava muito tempo em nenhuma atividade e só repetia histórias de incêndios. Certa vez, contou no grupo que presenciou um incêndio, quando estava no hospital fazendo exames, e que ele salvou todas as pessoas e apagou o fogo. Dom conta histórias como essa, encenando sua narrativa. Ele gesticula e atua como se fosse realmente um bombeiro a apagar o fogo. Durante todo o tratamento, essa forma de falar, atuando com o corpo, permaneceu.

Seguiram-se sessões de grupo em que Dom ficou muito agitado, chegando a brigar com outra criança por causa de um brinquedo, mas logo se entenderam. Na sessão seguinte, Dom ficou com as estagiárias, assim como as demais crianças do grupo, enquanto a analista e a psicóloga com quem fazia o grupo conversavam com os pais. Nessa ocasião, a mãe de Dom contou que o filho estava muito agitado e, às vezes, se agredia. Na escola, “não aprende” (sic), “não para quieto” (sic), e “não obedece às regras” (sic), foi assim que sua mãe se referiu a ele.

Em outra sessão, Dom participou do grupo de forma mais integrada. Foi proposta

uma atividade de pintura, mas ele não sabia o que fazer. A analista disse que ele poderia pintar o que quisesse, inclusive, um incêndio. Ele se animou, começou a pintar, a narrar o incêndio e logo as outras crianças se empolgaram e entraram na brincadeira. Dom pintou o fogo, carro de bombeiros e, quando começou a contar sua história sobre a pintura, as outras crianças se juntaram a ele e começaram a falar que tinham pintado um helicóptero para levar água, além de um poço e mais bombeiros para resgatar as pessoas feridas.

A partir dessa sessão, Dom passou a não demonstrar tanta recusa ao grupo. Se nas primeiras sessões ele ficava de costas, olhando pela janela, e evitava qualquer aproximação, em seguida, passou a interagir com a analista de modo privilegiado. Ele preferia ficar perto da analista e falava bastante sobre bombeiros. A princípio, não brincava e também não gostava de desenhar ou de jogar, apenas manipulava os brinquedos enquanto falava de bombeiros e incêndio, com exceção do lego, que gostava muito e o permitia criar as situações de incêndio narradas por ele. Quando a analista percebeu isso, encontrou uma via para ter mais acesso a ele, durante sua permanência no grupo.

Desse modo, ele passou a escolher o lego em todas as sessões. Montava carros de bombeiros e contava as cenas de incêndio onde ele salvava todos. Vale ressaltar que suas histórias sempre foram marcadas pela expressão corporal das situações narradas. Ele agia como bombeiro, enquanto narrava a cena, sempre de modo muito agitado. Ao sair da sala, procurava por extintores e continuava suas histórias marcadas por uma fala acelerada, repetitiva e, por vezes, de difícil compreensão. Aqui, foi percebida uma indistinção entre fantasia e realidade, pois havia um *continuum* entre o momento em que ele narrava a cena do incêndio na sala de atendimento e, já fora da sala, o momento em que buscava pelo extintor real para continuar sua narrativa. Não havia qualquer mudança de registro entre o que é da ordem da brincadeira e a realidade. Não se tratava de uma brincadeira e sim a descrição de uma cena.

Nos encontros seguintes, perguntava a todo instante que horas terminava o grupo, e se faltava muito tempo para acabar. À medida que a transferência foi se estabelecendo, passou a não perguntar mais sobre o horário e, até disse, certa vez, que o tempo tinha passado rápido, que queria brincar mais, quando foi comunicado o fim da sessão.

Dom apresentou grande progresso no grupo, apesar de sua mãe relatar, frequentemente, não perceber mudança no filho. Ele não interagiu muito com as outras crianças, mas com a analista desenvolveu uma relação afetiva marcada por conversas, abraços e oferta de ajuda para carregar algo que precisasse. As suas histórias também foram se modificando. Se no início, eram cenas trágicas e catástrofes provocadas por ele ou que ele presenciava, com o

progresso do tratamento, ele passou a falar também sobre sua escola e sua vida familiar, apesar de suas dificuldades com a fala.

Em outra sessão do grupo, Dom brincou com o lego, construindo um navio. Falou sobre destruição e apresentou, novamente, um discurso catastrófico. Disse que o ladrão podia entrar na sua casa e que ele ficava acordado à noite vigiando. Em virtude disso, ele disse que pegou cacos de vidro para colocar no muro e impedir o ladrão de entrar. Durante esses relatos, sua agitação aumentava.

Após algumas sessões do grupo, a analista percebeu que ele estava tão vinculado a ela que, na verdade, esse era seu único interesse em ir ao Caps. Dizia que gostava só dela e fazia resistência ao atendimento com a psiquiatra. Após certo tempo, ele foi mantido no grupo, mas passou, também, a ser atendido individualmente. Os atendimentos individuais acabavam sendo uma continuação do que ocorria no grupo, pois ele prolongava sua fala sobre incêndio, destruição, mortos, afogamentos e todo tipo de situação envolvendo pessoas feridas e, nas quais, ele era o herói.

Após curto período de tempo, no qual permaneceu nas duas modalidades de atendimento, os atendimentos no Caps foram interrompidos devido à saída da analista. Nesse dia, ele foi atendido apenas individualmente, e chamou a atenção um fato recorrente nos atendimentos, Dom fazia muitos sons com a boca, tais como, tiros e explosões, que paulatinamente, foram se intensificando ao longo do tratamento, e ficando mais altos, até desaparecerem depois de um tempo. Ele produzia sons altos não só com a boca, mas com objetos, batendo no chão ou mesmo no tambor, objeto privilegiado e com o qual silenciava os rumores da língua. Nesse período, ele ainda tinha dificuldades com a presença da analista e através dos sons mantinha uma distância. Aos poucos, isso foi mudando e ele parou de produzir sons com a boca e mesmo com outros objetos.

Após o período no Caps, Dom foi atendido, algumas vezes, no consultório da analista e, em seguida, na Clínica de Psicologia da UFC. No consultório, Dom gostava especialmente dos elevadores. Perguntava a todo instante quanto tempo faltava para terminar o atendimento. Quando perguntado sobre o motivo, ele respondeu que era para saber se ele ainda tinha tempo para brincar. Ao contrário de quando ele iniciou no Caps, agora ele queria saber quanto tempo ainda tinha para ficar e não para ir embora.

Ainda no consultório, costumava brincar de massinha e com uma boneca com a qual se apegou muito e que chamava de Polly. Ele pegava a boneca, chamava-a pelo nome e a sacudia com força. Paulatinamente, a boneca se tornou alvo da agressividade de Dom, que a

cada vez a sacudia mais forte, chegando, inclusive, a bater nela.

Esse envolvimento de Dom com a boneca se intensificou bastante. Ele passou a perguntar várias vezes se a boneca sempre estaria na sala. Ele dizia: “ninguém vai tirar ela daqui não né?” (sic). A analista lhe assegurava que não, que a boneca permaneceria onde estava e que, se não houvesse nenhuma mudança, enquanto ele fosse para lá, ele poderia vê-la. A analista o questionou, algumas vezes, por que ele gostava tanto dessa boneca, já que em todo o tempo de tratamento ele nunca se vinculou a nenhum brinquedo e ele disse que é porque “as bonecas são bonitas” (sic) e que gostava delas porque “elas têm roupas e cabeça e braços” (sic). Isso fez pensar que ele gosta das bonecas porque se parecem pessoas, mas não são. Dom disse, ainda, que não gosta das pessoas “porque elas fazem barulho” (sic). Daí vê-se, a sua dificuldade com a linguagem, com a demanda do Outro.

Dom passou a jogar a boneca no chão de certa altura, como se ela caísse acidentalmente. Volta a sacudir a boneca. A analista pergunta por que ele está sacudindo tanto a Polly e ele disse que é para ver se ela fala. Ele sacode e fica esperando. A analista passa, então, a falar pela boneca e a dizer que ele a está machucando, mas ele ignorou. Foi brincar com a massinha, mas sempre retornava para a boneca.

Dom contou que sente medo à noite e, por isso, acorda de madrugada. Ele ouvia vozes que diziam a ele que iriam pegá-lo, mas que agora só escuta um barulho na janela. Disse que vê um homem que o observa da janela e isso permaneceu por todo o tratamento.

Em outra sessão, a analista conversou com a mãe que contou como ele estava na escola. Dom consegue copiar palavras curtas de fichas, mas não consegue da lousa. Tem um acompanhante terapêutico na escola, mas só de 7 horas às 9 horas. Permanece pouco tempo na escola, pois quer logo ir embora. Ele aceita que outras crianças se aproximem para brincar, mas ele não as procura. A mãe relatou, ainda, que quando contrariado, Dom se morde ou bate a cabeça na parede. Ele havia diminuído a frequência desse comportamento, mas, de vez em quando, ainda fazia.

Em seguida, Dom foi atendido sozinho. Novamente, se deteve na boneca. Derrubou a boneca no chão, várias vezes, como se fosse sem querer. A analista perguntou se ela não tinha se machucado, pois era um bebê, mas ele disse que não. A analista perguntou como era com ele, se ele chorava quando caía e se sentia dor; ele disse que não. Dom pegou a massinha e passou a colocar na boca da boneca, empurrando com o dedo para forçar a passagem. Dizia que ela estava com fome e que estava doente. Passou a dizer sempre nas sessões que ela estava doente e que tinha ido ao hospital. Quando perguntado o que ela tinha, e ele dizia que ela tinha

dor de cabeça, febre e vômito. Em seguida, dizia que ela já estava boa e dava comida a ela.

Foi observado, nesse momento do tratamento de Dom, que ele falava menos em bombeiros e em catástrofes. Passou a dizer que queria ser motorista de ônibus, além de bombeiro, mas que tinha medo de bater, pois achava que não iria saber dirigir. Ele passou a afirmar que terá várias profissões quando crescer. Posteriormente, passou a fazer uma lista que repetia frequentemente, dizendo que será “bombeiro, motorista de ônibus, zabumbeiro, sanfoneiro, Cagece, Coelce, capoeirista, marinheiro e soltador de fogos de artifício”. (sic). Isso ele repete várias vezes no atendimento, falando bem rápido e sem qualquer contexto.

Na última sessão no consultório, a analista comunicou a Dom e sua mãe sobre a mudança de local de atendimento, que agora se daria na Clínica de Psicologia da UFC. A mãe disse que não teria problema e saiu da sala. Já Dom, após a saída da mãe, jogou a boneca no chão, pisoteou-a, chutou-a e gritou. A analista interveio dizendo que se ele estava com raiva poderia falar que não tinha gostado da mudança. Ele, então, falou: “não gostei, estou com raiva!” (sic). Foi explicado que ele podia ficar com raiva, era seu direito, mas, infelizmente, no momento, não havia outra possibilidade. Dom passou o resto da sessão jogando a Polly no chão e batendo bastante nela. Disse que jamais a esqueceria e que choraria muito de saudade.

O tratamento de Dom teve início na Clínica de Psicologia da UFC no início de 2019, quando entrei no CEP do Cuidado – Programa de Extensão da UFC. Dom foi atendido durante todo o ano de 2019 e, em 2020, com a pandemia, passou para o atendimento on-line, que durou até o início de 2022.

Quando iniciou o tratamento na clínica da UFC, Dom ficou muito animado com a nova sala. Explorava mais os brinquedos e passou a apresentar certa fixação por instrumentos musicais, cujo contato fora iniciado na escola, a partir do ensaio para o desfile do dia 7 de setembro do ano anterior. Desde então, Dom só falava em instrumentos musicais. Como na sala da clínica tinha um tambor, ele passou a pegá-lo em todos os atendimentos. Andava com o tambor como se estivesse marchando e tocando. Isso aconteceu durante certo tempo e era difícil fazê-lo parar de tocar. O barulho era muito alto e a analista temia atrapalhar os outros atendimentos. No entanto, apesar dos pedidos para ele tocar mais baixo, não adiantava. Dom só parou, quando o tambor, que já era velho e danificado, rasgou, e ele não podia mais tocar.

Nesse período do tratamento, Dom passou por um momento bem difícil, pois, por várias sessões, apresentou um quadro de agitação, alterações de linguagem e quase perda de realidade. Não ficou claro para a analista, o que teria provocado esse quadro. A analista acredita que, talvez, esse fato tenha sido motivado por algum episódio de *bullying* na escola, que se

somou a toda a questão estrutural apresentada por ele. Como Dom já havia, anteriormente, relatado ser observado e perseguido por um homem que ele via de sua janela, seu estado de agitação e seu discurso sobre os garotos da escola, pareciam se associar a sua percepção de ser perseguido novamente.

O fato é que Dom chegava às sessões, durante certo tempo, bastante transtornado. Abria a porta do armário, entrava nele, e começava a jogar para fora todos os brinquedos que estavam guardados. A analista tentava falar com ele e perguntava o que estava acontecendo. Ele não conseguia explicar e falava de modo incompreensível, frases sem nexos, palavras soltas, numa grande dificuldade de organização do pensamento. Após certo tempo, ele saía do armário e andava pela sala de modo muito agitado, pegava uma boneca e ficava jogando no chão. Depois pegava duas espadas de brinquedo e começava a bater na boneca com muita agressividade. Gritava e batia sem parar até cansar. A analista esperava um pouco enquanto ele batia na boneca, depois perguntava o que estava acontecendo. Ele, então, dizia que os meninos roubaram seu celular, que falavam mal dele, o chamavam de burro e que ele pegou várias pedras e jogou neles. Essa fala não era organizada (aqui está sintetizada pela analista) e sim bem caótica, só sendo possível compreender o discurso de Dom após muito esforço e pedidos para que ele falasse novamente. Nesse momento, voltava a se alterar e a bater novamente na boneca, gritando e demonstrando muita raiva. Disse que acabou com eles. A analista percebeu uma equivalência entre as palavras de Dom e suas ações, pois à medida que ele começava a falar, concomitantemente, passava a atuar, reproduzindo com ações o que narrava.

Em várias sessões ocorria a mesma cena. Ele entrava no armário, falando frases desconexas, jogava tudo para fora, saía, pegava duas espadas e batia com muita força na boneca, que ele arremessava no chão. Certa vez, o ataque à boneca foi mais intenso. Ele pegou as duas espadas e enfiou nos olhos e na boca dela. Quando a analista pediu para que ele falasse sobre como e sentia e, por que ele estava com raiva, Dom disse que um menino na escola o xingou, mas quando questionado sobre o que ele tinha dito, Dom disse que não lembrava. Voltou a falar no homem que vê toda noite na sua janela. Disse, novamente, que o vê sempre desde que era pequeno. Enfatizou que era todo dia que ele aparecia. A analista perguntou o que ele quer e Dom disse: “ele quer me pegar” (sic) e que, certa vez, esse homem o puxou pelas pernas para arrastá-lo, e Dom disse: “eu consegui escapar” (sic).

Após várias semanas de repetição dessa cena, Dom foi se acalmando. Na última vez que entrou no armário disse que estava com medo, pois queriam pegá-lo. A analista disse que iria protegê-lo e que ele podia confiar nela. A analista pediu para que ele saísse do armário e

segurasse a mão dela. Ele assim o fez. Logo em seguida, já estava rindo. Há uma passagem rápida entre o choro e riso. Na verdade, ele não chega a chorar, exatamente. É um descontentamento, um choramingar sem lágrimas, mas que nessa época se tornou frequente. Dom passou a não querer sair da sala ao final do atendimento. Ele se deitava numa grande almofada e ficava dizendo que não queria ir embora, choramingando. Pedia para a analista chamar sua mãe. Quando ela vinha ele continuava sem querer ir embora, mas logo aceitava o fim do atendimento.

Cabe ressaltar uma observação. Certa vez, após a cena do armário e da boneca, Dom quis jogar boliche. Ele apresentou dificuldade em alternar sua vez de jogar com a analista. Foi observado que, ele quando jogava a bola em direção aos pinos, se defendia para não ser atingido. Dizia: “elas vão me acertar” (sic) e se deitava no chão. Segundo a analista pode perceber, havia uma questão associada à localização do seu corpo no espaço. Laurent (2014) comenta a esse respeito e isso já foi abordado no capítulo anterior. Segundo o autor, o espaço se organiza de modo singular para esses sujeitos, posto que não esteja balizado pela organização fálica. No caso de Dom, ao jogar as bolas, não havia diferença entre a sua posição e a dos pinos. Tanto ele era o agente como o alvo, concomitantemente.

Em relação aos episódios mencionados acima que envolviam a repetição de uma cena, não chegou a ficar claro o que havia se passado, se algum acontecimento externo precipitou essa desorganização e agressividade de tal forma que, inclusive, a linguagem foi afetada, havendo quase um desencadeamento de uma crise psicótica com ruptura da realidade. No entanto, acredito que tenha relação com a escola, como depois foi evidenciado numa associação. Porém, o que cabe mencionar aqui é o efeito produzido por esse evento desencadeador de uma perturbação tão devastadora. Dom ficou muito agressivo, mas em nenhum momento me senti ameaçada enquanto analista. As ofensas atribuídas aos colegas de escola e que, provavelmente, diziam respeito às alucinações auditivas, produziram uma desorganização da linguagem e uma agressividade nunca ocorridas no seu tratamento, mas que foram direcionadas à boneca e não à analista. Esse fato fez com que a formulação de seu diagnóstico se complexificasse, mas indicasse uma hipótese mais favorável à esquizofrenia do que ao autismo.

Será realizado, a partir de agora, o relato do tratamento de Dom na modalidade on-line.

Nos primeiros atendimentos on-line, Dom se apresentava de cueca e costumava ficar brincando enquanto a analista conversava com sua mãe. Posteriormente, passou a falar

mais com a analista, mas como não conseguia ficar parado, ficava andando e, de vez em quando, se aproximava do telefone. Quando a analista refere que ele ficava andando, isso significa marchar com a bandeira, tocar algum instrumento que ele criava, ou mesmo ficar agitado demonstrando com o corpo a história que ele estava contando. Até sua mãe percebeu que ele contava cada história por diversas vezes e sempre muito fixado no gestual da cena. Ele representava com o corpo tudo o que ele falava.

Dom passou a ser apresentar muito interesse no antigo Farol do Mucuripe. Ele gosta muito de ir ao Farol e detalhava reiteradas vezes suas visitas ao local. Sua narrativa consiste em dizer que foi ao farol, lá tinha um homem que o olhou, ele correu, subiu as escadas, foi lá pra cima na casinha, botou o pé no batente (é uma parte interdita porque está muito deteriorada e mãe explicou que ele não vai até lá, mas ele sempre diz que foi), demonstra como fez com o pé, pula e finaliza a história dizendo que da próxima vez vai subir até o final e sair correndo bem rápido para ninguém pegá-lo.

Além do Farol, o interesse de Dom está voltado para os bombeiros, instrumentos musicais, capoeira, desfile do dia 7 de setembro, marcha e bandeira. É sobre esses temas que ele conversa e também assiste a vídeos na internet. Não gosta de brinquedos e geralmente os quebra. Ele também não brinca com o irmão mais novo, pois ele gosta de futebol e não gosta das brincadeiras de Dom.

O pai de Dom é bastante carinhoso e presente na vida dos filhos. Costumam ir à praia aos domingos e Dom gosta muito. Certa vez, seu pai pediu ajuda à analista para lhe dar um encaminhamento para acompanhamento psicológico, mas não chegou a iniciar o tratamento. Conversou com a analista e disse ver o filho muito parecido com ele na infância. Ele contou já ter pensado em suicídio e que apresentava extrema fragilidade para suportar críticas ou o julgamento dos outros. A analista tentou ajudá-lo, encaminhando-o para atendimento psicológico, mas ele desistiu.

Certa vez, a mãe de Dom contou que ele não gostava de ir à escola. Ele chora e pede logo para ir embora, dizendo que está com dor de cabeça. A analista perguntou a Dom por que ele não gostava da escola e ele disse que é porque demora muito para ir embora, que os meninos não gostam dele, falam coisas ruins e pegam pedras para jogar nele. A analista lembrou o dia em que ele disse que jogou pedra nos meninos e acabou com eles, quando estava muito alterado e batia na boneca com as espadas. A analista perguntou a Dom se todos os meninos jogavam pedra, se ele não tinha nenhum amigo, e ele disse que tinha só um.

Em outra sessão, a mãe de Dom falou sobre a rotina da família na pandemia e que,

às vezes, Dom sentia falta da escola, mas que, muitas vezes, quando ia para escola, em cima da hora mudava de ideia e não queria ir mais. Ela contou, ainda, que o filho chegou a agredi-la quando ela tentou colocar limite, mas que agora ele estava mais calmo, pois tinha conversado com ele. Geralmente, ao final dos atendimentos, Dom ensaia um choro, pede para a analista não desligar, mas durante o atendimento não costuma dar muita atenção e fica numa alternância entre aproximação e afastamento do telefone. A analista não insiste e, assim, os atendimentos ocorreram, respeitando seu movimento.

Os atendimentos de Dom foram interrompidos por alguns meses em alguns momentos, tanto porque a analista adoeceu como por conta de duas cirurgias que sua mãe precisou fazer em virtude de um descolamento de retina. Após esse período, os atendimentos retornaram ainda de modo on-line.

Após esse período, a mãe de Dom falou sobre a situação escolar do filho. Dom, agora com onze anos, não sabe ler, sequer reconhece as letras e também não sabe escrever o próprio nome. Atualmente, ele é acompanhado por psicopedagoga na escola pública. Ainda assim, a mãe considera insuficiente o acompanhamento da escola, pois Dom fica muito solto e não adquiriu nenhum conhecimento, não evoluiu desde que entrou na escola. Com a pandemia as coisas pioraram, segundo ela, pois ele faz a tarefa, ela bate foto e envia para a professora, mas o ensino não é bom, nem está acontecendo, na verdade. São passadas atividades para casa e vídeos da internet que explicam a matéria, mas tudo muito solto. Mesmo antes da pandemia, ela disse que ele “ia para escola, só porque tinha que ir, mas não adiantava nada” (sic) e “eu gostaria de fazer alguma coisa para ajudar ele, mas não posso fazer nada”. (sic).

Após falar com a mãe, a analista falou com Dom, que foi logo contando que viu um homem, que sempre aparece para ele na sua janela. Falou e saiu de perto do telefone. Depois voltou e disse que um homem entrou na sua casa, mesmo estando com todas as portas fechadas, ele “conseguiu entrar por um buraco, só pode” (sic). A analista pediu para que ele falasse mais sobre esse homem, se ele era bom ou ruim, o que ele faz, e se Dom sente medo. Ele disse que ele era ruim, que o perturba e não o deixa dormir. “Porque fica me provocando” (sic). Como? Perguntou a analista. O que ele faz para você? Ele disse: ele faz barulho, barulho de sirene. Disse, ainda, que empurrou o homem e o botou para fora. Depois deu tchau e não quis continuar o atendimento. A mãe, em seguida, explicou que tem um personagem, “O Cabeça de Sirene” que ele vê na internet e tanto é um jogo como tem um filme e como o nome diz sua cabeça é composta por duas sirenes e ele faz muito barulho, além de perseguir e matar pessoas.

Dom repete frequentemente as mesmas histórias, não só em sessões diferentes, mas

num mesmo dia, quando termina de contar uma história começa de novo e repete várias vezes. Ele também repete as profissões que terá: zabumbeiro, sanfoneiro, bombeiro, motorista de ônibus, marinheiro, Cagece, Coelce e soltador de fogos de artifício. Outra temática recorrente é a visita que faz ao Farol, como já mencionado, e que o deixa muito animado.

Sempre que fala sobre o Farol, diz que vê um homem. Disse que sentiu medo e que o homem mexeu a sobrancelha para ele. A mãe diz que é um morador de rua. Dom diz que esse homem o seguiu, a mãe que fica do lado, diz que isso nunca aconteceu. A analista pediu para ela deixá-lo falar. A analista perguntou se em outras situações Dom já se sentiu observado ou perseguido. Ele disse que tem muitos sonhos ruins. A analista pediu para ele contar. Ele disse ter sonhado que estava em uma floresta e tinham quatro olhos que olhavam para ele. A analista perguntou: por que quatro? E ele disse que “é do Cabeça de Sirene” (sic). A analista perguntou se em outros sonhos ele também via olhos o observando e ele respondeu que sim e que sente medo. Então, a analista perguntou o que ele fazia e ele disse que corria. Depois falou do homem que vê de sua janela. Ele não faz nada, segundo Dom, só o observa.

Em outra sessão, após sua dinâmica habitual de marchar ou fazer capoeira, enquanto a analista fala com sua mãe e o aguarda, Dom falou das profissões que terá. A analista perguntou sobre seu futuro, além de trabalhar com tudo isso, se ele também queria casar e ter uma família. Ele respondeu que não. Nem queria casar e nem ter filhos, quer morar sozinho. Disse que, à noite, iria “soltar fogos no mato” (sic). A analista questionou se ele não iria achar ruim não ter com quem conversar e ele disse que não, pois prefere ficar sozinho.

Em outra sessão, passou o atendimento quase todo em cima de uma mesa dizendo que era um pedreiro e fazia os movimentos como se estivesse passando a massa na parede. A mãe diz que ele sempre brinca de uma profissão. Dom se detém muito no movimento, seja como bombeiro, seja como pedreiro. Sua posição na fantasia é ativa, pois interpreta um personagem, porém, não há uma história propriamente dita, onde haja mudanças, acontecimentos e deslocamentos da cena, associada a uma narrativa. Quando cria alguma história, essa costuma ter poucos elementos, é, na verdade, uma descrição de uma cena, que ele repete, enfatizando o movimento.

Na sessão seguinte, a mãe comentou sobre a consulta que a analista conseguiu para Dom com um neurologista. O médico disse que a Risperidona, associada à Carbamazepina, reduzem o efeito um do outro e que a Risperidona causa ginecomastia (aumento das glândulas mamárias em homens). O médico o diagnosticou com autismo e Dom ficou de fazer EEG para mostrar a ele e assim mudar sua medicação, mas até o momento a mãe não procurou.

Dom falou novamente sobre o Farol. Repetiu por várias vezes que da próxima vez que for até lá vai “olhar ao redor, dar a volta, entrar, subir as escadas até lá em cima, se encontrar o homem que olha e levanta a sobancelha, vou gritar, dar uma cambalhota, e sair correndo” (sic). Ele havia falado antes que tinha ido ao Farol e viu um homem que tinha olhos arregalados e mexeu a sobancelha para ele. Em seguida, repete a série com as profissões que terá: bombeiro, zabumbeiro, policial, Cagece, Coelce, marinheiro, sanfoneiro, capoeirista e soltador de fogos de artifício. Por vezes, ele inclui uma profissão nova.

O tratamento de Dom foi encerrado logo após ele e a família se mudarem para outra cidade. A analista o atendeu, ainda, algumas vezes, já com o objetivo de fazer um desligamento gradual e para ajudar na sua inserção no Caps da sua cidade. A mãe contou que iria procurar o Caps, mas até o último dia do tratamento ainda não tinha ido.

Após apresentar o relato do caso, será destacado o que a analista acredita serem os pontos de maior relevância para a pesquisa, a saber: o diagnóstico, sua posição na linguagem e o lugar do seu corpo no tratamento a partir da transferência.

No que concerne ao diagnóstico, essa foi uma questão complexa, pois durante muito tempo analista se questionou se se tratava de um caso de esquizofrenia ou de autismo. A princípio, devido ao relato da mãe nos primeiros atendimentos, quando disse que Dom afirmava que gostaria de colocar fogo na casa na noite de natal com toda sua família reunida, a analista não considerou que ele pudesse ser autista. Atribuiu como hipótese diagnóstica uma psicose em vias de estruturação. No entanto, foi percebido ao longo do tratamento, que Dom apresentava, sim, uma posição autística, devido à recusa ao Outro, expressa de diversos modos; com a evitação do olhar, um não endereçamento de sua fala e, mesmo, no seu fechamento, que o deixava sempre isolado das outras crianças do grupo.

Assim como em outros casos que a analista atendeu no Caps, foi observado um deslocamento desse isolamento, dessa posição subjetiva mais localizada no autismo, para outra posição mais afinada com uma esquizofrenia paranoide. Autores como Maleval (2017) vêm apontar que o autismo só evolui dentro do autismo, mas Dom não foi a única criança que a analista atendeu e que percebeu essa mudança do autismo em direção à esquizofrenia.

Atualmente, a analista considera que o diagnóstico de Dom permanece marcado por ambiguidades, pois se houve uma abertura em relação ao Outro da linguagem e um esboço de uma configuração delirante, por outro lado, houve uma permanência de determinados traços que são típicos do autismo, como a reiteração do Um, observada nas suas falas repetitivas e sem endereçamento, sem remeter a um S2. Seu corpo também evidencia o resultado de não ter sido

tomado na linguagem, de modo a assegurar sua estabilização, sua organização a partir de um referencial fálico do gozo.

Em casos onde há essa mudança de uma posição subjetiva, mais ligada ao autismo, para outra, mais próxima à psicose, costuma-se apontar erros no tratamento. A transferência é apontada, muitas vezes, como responsável pelo processo que sinalizaria uma condução equivocada do tratamento, promovendo a esquizofrenização de autistas, mas a analista considera que esse não foi o caso de Dom. O trabalho sob a transferência se deu a partir do que Lacan (1955-56/1988) definiu em termos de secretariar o psicótico. A intervenção da analista foi operada a partir de uma espera que a autorizou e a incluiu, seguindo um movimento de Dom. Após a espera, ocorreram intervenções da analista que consistiam em acolher seus relatos de incêndio, proporcionando a Dom um efeito de sujeito – como pode ser observado no grupo quando as crianças compartilharam de seu interesse por incêndios e bombeiros. Dom que sempre foi uma criança muito solitária, tanto em casa como na escola, pois nem seu irmão compartilhava de seus interesses, pode encontrar na analista uma parceira para quem contar suas histórias, compartilhar interesses e medos. Além disso, sua confiança na analista e a apropriação de um espaço onde ele podia expressar com seu corpo o que o afligia, foi de fundamental importância no tratamento.

O encontro com a analista foi possibilitado no início pelo distanciamento, pois o movimento de Dom fazia com que ele sempre ficasse próximo à janela e olhando para fora. Quando isso não ocorria, havia apenas o deambular pela sala sem propósito, com maior ou menor agitação. Os sons feitos com a boca o acompanhavam. A aproximação da analista se deu a partir de seus interesses, seja através das suas histórias de incêndio, seja na proposição de atividades nas quais ele podia não participar junto com as outras crianças, caso não quisesse, e realizar uma atividade diferente, segundo seu desejo.

Com isso, sua recusa diminuiu e, inclusive, passou a procurar contar suas histórias para a analista de modo privilegiado, ainda no grupo de crianças. Não mantinha contato com outras crianças, e, tampouco, com outra profissional presente no grupo. Sua inserção no atendimento individual fortaleceu o vínculo transferencial inicial, fazendo com que houvesse uma maior aproximação com contato físico. Dom passou a abraçar a analista demonstrando abertura. Embora sua agitação tenha permanecido durante todo o tratamento, houve certa contenção de seu corpo que pode ser observada ao final do tratamento, quando Dom conseguia permanecer mais tempo sentado próximo ao telefone.

No que se refere à linguagem, Dom apresentou, no início, uma posição de recusa,

em seguida, passou a tentar silenciar o Outro da língua através da produção de sons com a boca e outros barulhos, cada vez mais altos que ele produzia com o tambor, por exemplo, na tentativa de silenciar a analista. Sua fala foi, paulatinamente, se organizando e tornou-se mais fácil compreendê-lo, pois no início do tratamento eram apenas palavras soltas, ecolalias, sons e frases que ele repetia de modo descontextualizado como, “É um terremoto?” (sic) ou “Está chovendo?”

Essa mudança começou a ocorrer quando ele passou a incluir a analista em suas histórias e aceitou melhor a presença dela em suas atuações, que não chegavam a ser exatamente brincadeiras, como já mencionado. Dom encenava naufrágios, incêndios, resgates e passou a aceitar a participação da analista, que lhe sugeria formas de resgates ou dava voz aos personagens em perigo. Ele começou a demonstrar prazer e sorria diante das cenas que se desenrolavam nas sessões. Esse foi o caminho que o conduziu a uma maior organização na sua linguagem e conseqüentemente, no seu corpo.

Retomando o que vinha desenvolvendo anteriormente, a formulação do diagnóstico de Dom constituiu o ponto central do caso, uma vez que, tanto seu posicionamento incluía evitação, anulação da demanda do Outro e isolamento, como também envolvia alucinações e relato de ser observado e perseguido. Junto a isso, se somava uma fala desconexa e repetitiva, além de episódio de quase perda da realidade. Como houve certo deslocamento de uma posição autística, onde Dom se encontrava mais fechado e com uma fala ecolálica, mais voltada para si mesmo, para outra, em que ele passou a incluir a analista e a direcionar-lhe uma fala, atrelado ao incremento de alucinações e sentimento de perseguição, o diagnóstico de esquizofrenia acabou prevalecendo, segundo a avaliação da analista. Desse modo, o diagnóstico foi se estabelecendo como fruto da transferência.

5.2 John e a transferência

John compareceu ao Caps para primeira consulta acompanhado pela mãe e avó. Ele estava com quatro anos e meio e foi realizada a anamnese com a assistente social do serviço. Os dados iniciais dessa primeira entrevista foram retomados pela analista de modo mais detalhado. A assistente social solicitou atendimento psicológico, alertando para a gravidade do caso.

No primeiro contato com John e sua família, a analista conversou com a mãe e a avó. John estava no colo da mãe e parecia um bebê, apesar de já estar com quatro anos e meio.

Nesse dia, a mãe de John pareceu intimidada pela presença de sua mãe, que se queixava sobre as dificuldades de John e dizia que a filha não contava, em detalhes, a real condição do neto, acrescentando informações. Nesse momento, ficou a impressão de que seria a avó a responsável pelo tratamento da criança, pois parecia exercer autoridade sobre a filha, corrigindo e completando o que ela falava. No entanto, isso não se deu dessa forma.

Esse foi o único encontro com a avó de John. A mãe passou a levá-lo com sua filha mais velha, na época com 15 anos, e que era quem respondia quando eu perguntava algo sobre a criança. A mãe costumava dizer que a filha sabia mais do que ela, porque cuidava mais dele, “tinha mais paciência” (sic). Assim, nessa primeira fase do tratamento, a irmã foi uma figura muito importante e a mãe vacilava em assumir seu papel, atribuindo à filha o saber sobre John. À medida que o tratamento avançou isso foi sendo modificado. A filha saiu de cena e a mãe demonstrou maior confiança para assumir a função materna.

No que concerne à gestação, a mãe relatou que John nasceu de parto cesáreo, teve cianose, “nasceu roxo e não chorou” (sic). A gestação não foi planejada e nem desejada. A mãe disse, ainda, que John apresentava comportamento estranho desde bebê. Não olhava para ela, demorou a andar (por volta dos dois anos) e a falar (por volta dos três anos). Nesse primeiro atendimento, ele ainda usava fralda, mas também fazia cocô pela casa e em qualquer lugar que tivesse oportunidade, como, por exemplo, em cima da mesa da sala, ou subia num portão de casa e fazia lá de cima, segundo a mãe. Ainda nessa época, John comia e bebia no chão “igual a um cachorro” (sic). Inclusive, se na rua visse uma poça d’água, queria beber e a mãe precisava impedi-lo.

Em relação à linguagem, também havia dificuldade, pois, segundo a mãe, John apresentava ecolalia e fala desconexa. Se perguntado qual seu nome, respondia com uma história ou algo sem sentido, sem qualquer relação com a pergunta. A mãe relatou, ainda, ter percebido que, quando era mais novo, o filho falava algumas palavras de forma bastante explicada e, aos quatro anos e meio, já não falava mais tão claramente essas mesmas palavras que, muitas vezes, chegavam a ser incompreensíveis. Segundo a mãe, houve certa regressão no desenvolvimento da criança.

Ainda nessa ocasião, a mãe relatou que o filho não interagia, era agressivo, não brincava; só jogava ou quebrava os brinquedos. Ele também apresentava dificuldade para dormir, tinha o sono leve e acordava com facilidade. Por vezes, falava dormindo e se levantava.

No que se refere à psicomotricidade, a mãe relatou que John apresentava movimentos estereotipados (balançava pernas e braços), não conseguia ficar parado por muito

tempo, como, por exemplo, assistindo à televisão. Segundo a mãe, ele ficava mexendo nos canais ou não se concentrava em nenhuma programação. “Não parava quieto” (sic). A mãe relatou, ainda, sua preocupação, quando o filho era bebê, de que ele fosse cego, pois John não fixava o olhar. Quando chamava seu nome ele também não atendia, o que a fez pensar que o filho fosse surdo.

Nos primeiros atendimentos, a maior preocupação da mãe era com a agressividade, porque John estava batendo muito em si mesmo e na família. Há cerca de sete meses (do dia da primeira consulta comigo), John passou a bater a cabeça na parede e batia, também, com as mãos contra a cabeça (antes só se jogava no chão). John, quando se bate, fala que é pra pedir desculpa, “pede desculpa” (sic), isso com voz grossa, e, depois, diz: “você tá me batendo” (sic), referindo-se a si mesmo. A mãe contou que, mesmo sem motivo, John estava batendo nela e na avó. Certa vez, jogou uma escova de cabelo na avó e, por pouco, não a atingiu.

John, quando procurou o Caps, já fazia uso de Risperidona (0,5 ml) prescrita por médico de um hospital mental. A mãe contou que levou John para a emergência desse hospital durante uma crise, na qual o filho estava batendo muito a cabeça na parede. A mãe, no entanto, se queixou da medicação, afirmou que não via melhora no filho e, inclusive, considerava ter havido uma piora na agressividade após o início da medicação.

A mãe de John contou que o filho preferia ficar só, a estar na companhia de outras pessoas. Se houvesse alguém num compartimento da casa, ele ia para outro e, caso não houvesse nenhum compartimento livre, ele ia para o banheiro e jogava todos os objetos que visse no vaso sanitário.

John sempre evitou crianças. Não brincava, apenas jogava os brinquedos e agredia as crianças. Tudo que pegava jogava no chão, contra a parede ou contra os móveis e, mesmo os ursos de pelúcia da irmã, ele jogava da janela para fora de casa. A irmã de John gosta muito dele, é compreensiva, buscando ajudá-lo sempre que pode. Demonstrava ser bastante carinhosa e acompanhava John e a mãe nas consultas.

John mora com a mãe e a irmã, mas não tem contato com o pai. A mãe nunca falou dele, exceto quando eu a questionei nos primeiros atendimentos. Disse que vivia com ele, mas se separaram ainda durante a gravidez, porque ele não gostava de trabalhar. John não perguntava pelo pai e ela achava melhor assim. Quando a analista dizia que gostaria de falar com ele, ela desconversava e dizia que ele não iria. O fato é que a analista nunca o conheceu e ele nunca mais apareceu no discurso da mãe após os atendimentos iniciais.

Após as entrevistas preliminares, o tratamento de John foi iniciado. A mãe de John

participava com certa frequência para falar mais sobre o filho. No entanto, não era um tratamento com participação permanente da mãe na sala, pois John não apresentava dificuldade em ficar na sala sem a mãe e não houve necessidade dessa intervenção.

O atendimento individual apenas com o paciente se mostrou viável, uma vez que ele, apesar da gravidade do quadro, não se desorganizava na ausência da mãe. Pelo contrário, entrava na sala de atendimento sem dificuldade, geralmente trazendo algum brinquedo da recepção, e mesmo não sendo possível compreender bem o que ele falava, a analista percebeu que ele não impunha uma impossibilidade. Ele era permeável à comunicação e à presença da analista.

A princípio, John andava pela sala e ficava manipulando os brinquedos sozinho. Não demonstrava agitação ou recusa quando a analista se aproximava, apenas era indiferente. Falava sozinho, na verdade emitia sons e algumas palavras incompreensíveis, quando estava com os brinquedos. Foi a partir dessa observação, que a analista decidiu se aproximar e falar com ele sobre o que ele fazia ou sobre o brinquedo que tinha em mãos. Ele permitiu essa aproximação e, aos poucos, a analista percebeu que ele a notava e não era indiferente a ela. Ainda, assim, passaram-se meses até que John deixasse de ficar de costas para a analista, quando ela o convidava para brincar ou sugeria alguma brincadeira. Seu movimento de ficar de costas não ocorria logo que a analista se aproximava, e sim, era lentamente que ele se virava durante a brincadeira e, quando a analista percebia, ele já estava de costas para ela e concentrado no brinquedo.

Nesse momento do tratamento, John brincava com a caixa de Lego ou com brinquedos que trazia da recepção do Caps, como um capacete (já ia para a sala de atendimento com ele na cabeça e uma espada). Se a princípio, ele andava pela sala e emitia apenas sons ou poucas palavras compreensíveis, após os primeiros meses, passou a perguntar pela analista para a recepcionista do Caps, quando ele chegava dizia: “Dra. Renata já chegou? (sic), a recepcionista dizia “ainda não” (sic), ele respondia: “chega, Dra. Renata” (sic). Ele também passou a brincar de modo mais persistente com os brinquedos, pois, anteriormente, pegava e soltava com rapidez, passando por vários brinquedos quase simultaneamente. Nesse momento do tratamento, houve, ainda, um desenvolvimento da linguagem associado ao início da escolarização.

Quando a analista questionava a mãe sobre os progressos de John, e sobre o que ela vinha observando sobre o filho, ela dizia não ver nenhuma melhora e só enfatizava o que ela considerava difícil no comportamento dele. A analista precisou indicar a ela os progressos de

John em relação ao olhar, à linguagem, a como ele demonstrava estar mais organizado em relação ao início do tratamento. Apesar de a analista ter considerado importante lançar luz sobre as conquistas de John, a mãe permanecia no discurso sobre o que ele não era capaz de fazer ou sobre sua agressividade. Em relação a essa questão, vale ressaltar, que John nunca demonstrou agressividade no tratamento, nem em relação à analista ou a ele próprio e isso sempre foi pontuado para a mãe. A analista costumava destacar as aquisições e progressos de John, não apenas com o intuito de fazê-la confiar no tratamento e participar mais dele, mas, sobretudo, para que ela percebesse seu filho além do campo da deficiência, lugar no qual ela o situava.

Após algumas semanas, o atendimento de John foi suspenso em virtude da saída da analista do Caps, mas a mãe já sabia que seria mantido contato, pois a analista já pensava em continuar o tratamento dele na Clínica Escola de Psicologia da UFC, através do Programa de Extensão CEP do Cuidado. A mãe concordou e ficou aguardando contato, que se deu após alguns meses.

Os atendimentos na clínica escola representaram um avanço no tratamento de John, pois ele passou a interagir mais não somente com a analista, como, também, com a recepcionista da clínica, com quem se vinculou e sempre conversava enquanto aguardava o atendimento. Nas sessões, ele passou a fazer um deslocamento de um brincar solitário, associado a uma fala voltada para si mesmo e quase incompreensível, para um brincar cada vez mais criativo e que incluía a analista.

O brincar foi a via de acesso que permitiu uma aproximação cada vez maior. Aos poucos, após alguns meses, ele passou a incluir a analista na brincadeira, querendo que ela participasse de suas histórias, até então, difíceis de compreender, mas que envolviam polícia, bandidos, hospital e helicópteros. Ele pegava os brinquedos e, após iniciar uma fala associada aos objetos, a analista continuava criando situações entre os personagens e veículos e ele parecia se divertir muito, pois ria e dizia para a analista continuar.

As histórias que ele criava com perseguições entre bandidos e policiais foram novamente deslocadas para situações entre a analista e ele. John pegava uma arma e dizia que ia atirar na analista. A analista começava a correr e pegava outra arma e fazia que atirava nele, fazendo com a boca o barulho dos disparos. Ele passou a imitá-la. A analista dizia que ele a tinha atingido, e caía no chão; ele também passou a se jogar no chão, dizendo que a analista o tinha acertado. John adorava essa brincadeira e chegava a correr bastante para que a analista corresse atrás dele atirando e, ria muito quando se jogava no chão atingido por ela.

Nesse período do tratamento, a linguagem de John melhorou bastante, não apenas

no que se refere ao vocabulário, que passou a ser mais variado, como também, as ideias passaram a ser mais bem encadeadas. Além disso, ele sorria mais, interagia melhor e sustentava o olhar por mais tempo.

Em relação à escola, a mãe continuava se queixando que John não aprendia como as outras crianças e tinha dificuldade em segurar o lápis. Mais uma vez, foi percebido como era difícil para a mãe reconhecer os progressos do filho, fixando-se em comparações com as outras crianças no que se refere à aprendizagem. Os progressos de John não eram, assim, validados por ela, que permanecia com a mesma queixa. Quando a analista perguntava como ele estava, dizia: “do mesmo jeito, não vejo diferença nenhuma” (sic).

Quando começou a pandemia, os atendimentos foram interrompidos e, após alguns meses, retornaram na modalidade on-line e para surpresa da analista, foi muito interessante observar o modo como John se apropriou dessa modalidade de atendimento, pois conseguia fixar a atenção na analista, embora, às vezes, ficasse mais disperso.

Os atendimentos on-line passaram a ocorrer desde que a pandemia se estabeleceu em 2020, quando foi percebido que era incerto seu término, portanto, era preciso continuar com os atendimentos sem colocar ninguém em risco. Pelo fato de John ser asmático, a preocupação foi redobrada e ele permaneceu nessa modalidade de atendimento sem previsão de retomada às sessões presenciais até o início de 2022, porque sua mãe tinha receio em levá-lo para tomar vacina.

As sessões realizadas por videochamadas trouxeram elementos novos e bastante interessantes ao caso. John se apropriou do seu tratamento, permanecendo sentado e atento à analista durante as sessões on-line, na maioria das vezes. Ele conseguiu fixar mais tempo olhar, o que antes não acontecia de modo sustentado, e passou a apresentar uma evolução na linguagem, como, aliás, já vinha ocorrendo desde os atendimentos na clínica de Psicologia da UFC.

Os atendimentos on-line não ocorreram de modo tão regular, pois interrupções ocorreram, em alguns momentos, tanto por conta do adoecimento da analista por Covid-19, como, pelo fato de sua mãe não ser tão atenta e, algumas vezes, dizia que tinha se esquecido da sessão. A analista conversou com ela sobre isso e houve uma melhora, mas, depois, ela adoeceu e, ocorreram novas interrupções. Após esse período, a frequência dos atendimentos foi regularizada.

Nos primeiros atendimentos on-line, John disse que queria brincar na casa da analista. Talvez seja uma referência à clínica que ele tanto gostava. Disse que queria ir para a

casa da recepcionista da Clínica de Psicologia da UFC. A analista perguntou se ele sabia por que não estava indo à escola. Ele disse que era por causa do Coronavírus. A analista perguntou, ainda, se ele sabia o que era o Coronavírus e ele respondeu “deixa as pessoas doentes” (sic).

A mãe, durante esse atendimento, contou que John estava com seletividade alimentar, pois não queria comer “comida de panela” (sic). Ela relatou, também, que John estava com dificuldade ao defecar, pois tentava puxar as fezes com as mãos. A agressividade, que era uma queixa recorrente da mãe, não foi apontada como uma preocupação; disse que o filho estava tão agressivo como antes.

A mãe relatou que John tem sentido medo. A analista perguntou a ele, que estava ao lado da mãe, do que ele tinha medo e por que. Ele disse que viu um monstro no seu quarto, que o arrastou para uma delegacia e disse para John devolver a bicicleta de sua prima. Nesse momento, ficou com os olhos marejados e me disse que não queria devolver. A mãe interveio e disse que John pediu emprestada a bicicleta de sua prima e como não quis devolver, ela o havia obrigado, mas ele insistia em ficar com ela. A analista perguntou a John se ele já tinha visto esse monstro outras vezes e se ele já tinha sentido medo, assim, antes, mas ele não respondeu.

Na sessão seguinte, a mãe de John contou que ele tinha feito atividades da escola, está aprendendo as letras, mas fazia confusão entre as letras *s* e *r*. Ele dizia *r* de saudade. Logo em seguida, a analista falou com John que contou um pouco da sua rotina e falou “*r* de saudade”. A analista, então, pontuou, “*r* de saudade, *r* de Renata, você tá com saudade de mim, John?” Ele riu e respondeu que sim.

John estava bem humorado cantou algumas músicas como a do carro do ovo e outras que ele inventa. Ele abraçava muito a mãe, deitando-se em cima dela no sofá. Nos atendimentos seguintes, seguiu contando histórias que misturavam acontecimentos do dia a dia com desenhos aos quais ele assistia. Como é difícil compreender tudo o que ele dizia, a analista tentava organizar suas frases, por vezes perguntando a mãe, se ela sabia a que se referia determinada passagem, ou mesmo, pedindo para que ele repetisse a história, ou ainda, atribuindo sentido a algumas passagens quando não era possível compreender inteiramente. Desse modo, a analista ia contando para ele o que estava entendendo e ele confirmava ou corrigia o que a analista falava. A analista aproveitava esses momentos na presença da mãe, para mostrar a ela como era importante fazer uma aposta no sujeito, atribuindo-lhe saber; no entanto, a mãe não parecia ter abertura para perceber isso.

Após alguns atendimentos com bom humor, em que parecia se divertir bastante,

inclusive cantando músicas criadas por ele, John passou a estar sonolento e inclusive, um dia não foi possível atendê-lo porque ele dormiu. No dia seguinte, a analista perguntou à mãe o que estava acontecendo. Ela disse que John tinha estado muito estressado e agressivo na pandemia. A mãe sempre se queixou da agressividade do filho, apesar de ele nunca ter demonstrado isso nos atendimentos. Tem se referido a ela, ora como mãe, ora pelo seu nome. Diz que ela é chata. Ele então começou a repetir: “liberdade! liberdade!” (sic). A analista, então, falou: Ah você quer liberdade? Por isso você diz que sua mãe é chata? Quando ela faz o que você quer, você a chama de mãe e quando ela não faz, você a chama pelo nome.” (sic). Ele riu e consentiu com a cabeça.

Ainda em relação ao sono excessivo de John, a mãe contou que o filho faz uso de Risperidona, prescrito pela psiquiatra do Caps que o acompanha. A analista perguntou se ela estava dando o medicamento conforme a prescrição da médica. Ela disse que não. Ele deveria tomar a medicação uma vez pela manhã e outra à tarde, mas ela tem dado uma vez à tarde e outra à noite. Como John acordava tarde, por volta de meio dia, como ela comentou, uma vez, talvez ela não sentisse a necessidade de dar o medicamento de manhã. A analista conversou com a mãe e recomendou que ela não deixasse John dormir tão tarde e desse o medicamento segundo a prescrição médica. Ela disse que iria tentar. A analista falou, ainda, sobre observar o horário do atendimento para que ele não ficasse com tanto sono, a ponto de atrapalhar a sessão, e ela concordou.

Após alguns atendimentos, a mãe comentou sobre a consulta com a psiquiatra do Caps. A médica suspeita que John tenha TDAH, além do autismo. Segundo a mãe, a médica falou em alteração do fluxo do pensamento e fala desconexa, e que talvez prescrevesse Ritalina. A mãe acrescentou, ainda, que John “tinha dificuldade de concentração, não realizava as tarefas porque não olhava para o que estava fazendo, não segurava o lápis e não aprendia.” (sic).

Nesse dia, John não estabeleceu contato. Ficou na rede rindo e deitado quase em cima da mãe e pouco interagiu com a analista, ao contrário do que vinha acontecendo nos atendimentos anteriores, quando falava bastante e permanecia atento à analista. Só prestou atenção, quando a analista falou sobre os atendimentos na clínica de Psicologia da UFC e de como ele se divertia. Ele lembrou, disse que a analista era muito ruim de pontaria e riu, referindo-se à brincadeira em que corria e atirava na analista, jogando-se no chão quando era atendido.

Cabe destacar, que a mãe não tinha muito interesse pelos atendimentos e até chegou a pedir para a analista lembrá-la, pois, às vezes, esquecia e, por essa razão, o atendimento não

era realizado. Além disso, ela costumava sair no horário da sessão. Não desmarca com antecedência e a analista só ficava sabendo na hora da sessão. A analista conversou com ela sobre a importância do seu compromisso com o tratamento e ela concordou.

Após algumas semanas sem atendimento, a analista voltou a atender John que pareceu bem animado. Quando perguntado se ele estava ouvindo a analista respondeu: “sim, em alto e bom som” (sic). John falou sobre a escola, que estava com saudade dos colegas, mostrou a cabana que tinha feito na sala, e falou sobre os “incríveis”. A mãe contou que ele tem inventado muitas brincadeiras e que tem falado melhor, apesar de às vezes ser, ainda, difícil compreendê-lo.

A mãe relatou que ele havia tido uma crise de agressividade na casa da avó e que isso costumava ocorrer tanto lá como na sua casa quando chegava visita, mas, dessa vez, tinha sido mais forte. John, já com nove anos, jogou e quebrou vários objetos, gritou muito e quis agredir as pessoas. A mãe disse que perguntou a ele o que tinha acontecido e por que ele tinha agido assim e ele respondeu que foi a voz que mandou. Nesse momento, a analista perguntou a John o que essa voz tinha dito, e ele respondeu: “é para fazer o caos, não parar até fazer o caos total” (sic). A voz também dizia para ele bater na prima. A analista perguntou, então, o que aconteceria se ele não obedecesse à voz. Ele respondeu que a voz disse: “te espero na cadeia” (sic).

A mãe contou que, nessa mesma semana, John tinha feito xixi na roupa e quando a analista perguntou o motivo, ele disse: “o xixi queria que eu fosse no banheiro, mas eu não quis” (sic).

Nos atendimentos seguintes, não surgiu mais o tema da voz. John estava bastante falante e contou um sonho. Um palhaço de cabelo marrom e roupa branca tentava prendê-lo e ele era salvo pelo menino-gato que fazia um redemoinho e o levava para umas pedras. Vale ressaltar, que ele utilizou a palavra redemoinho e outras incomuns para seu vocabulário, como “escorregadio”, em outro momento da sessão. A analista observou que sua linguagem estava mais rebuscada e que ele falava de modo mais claro, apesar de, em alguns momentos, ser difícil compreendê-lo totalmente, devido à dificuldade na articulação das palavras. Outro aspecto relevante diz respeito ao chiste que ele fez. Ele perguntou se a analista sabia “o que o sorvete falou para o policial?” (sic), como a analista respondeu que não, ele continuou: “Me dá cobertura” (sic). Como a analista riu e disse que gostou, ele repetiu mais três vezes.

Como a mãe não estava bem de saúde houve nova interrupção, que durou algumas semanas. A mãe estava tendo crises de ansiedade e chegou a ir ao hospital, pois se sentiu muito

mal e houve a suspeita de problemas cardíacos. Nessa sessão, John apresentou grande mudança, no que diz respeito à linguagem. Estava falando de forma bastante incompreensível, mal abrindo a boca para articular as palavras. A analista perguntou à mãe como ele reagiu ao seu adoecimento e ela disse que acredita que ele sequer percebeu que ela não estava bem, pois é muito distraído. A analista perguntou, então, a John o que tinha acontecido, pois ele estava falando tão bem, anteriormente e, agora, a analista não conseguia compreender quase nada do que ele falava. O que (h)ouve? A analista perguntou. E ele disse que a voz falava tanto na sua cabeça, que ele não podia falar. “Ela fala muito a voz, perturba muito, eu não posso falar” (sic). Quando questionado o que a voz dizia, ele, no entanto, não respondeu.

Em seguida, John contou uma história muito longa, mas incompreensível. A mãe disse que há algumas semanas ele vem falando assim, “tão ruim, que não entendo nada” (sic). A analista relacionou essa mudança de John à voz que ele tinha ouvido há algumas semanas e ao adoecimento de sua mãe. Quando a alucinação se intensificava, havia prejuízo na linguagem, que estava se constituindo de forma mais organizada anteriormente.

No atendimento seguinte, John estava animado porque sua prima estava na sua casa e ele não quis falar comigo porque queria ir brincar. Contou rapidamente que tinha ido à pracinha, brincou no parquinho e que uma criança havia se machucado. Em seguida, deu tchau. A analista conversou com sua mãe, que contou sobre seus exames, que estavam todos bons e ela estava mais aliviada por não ter problemas cardíacos.

Os atendimentos de John foram interrompidos provisoriamente, pois ele continuará sendo atendido no consultório da analista de forma presencial, assim como Alice, próximo caso a ser apresentado. Dom não poderá continuar o tratamento com a analista porque se mudou com a família para outra cidade.

Algumas considerações sobre o caso de John são necessárias destacar. No que concerne ao diagnóstico, a hipótese de autismo foi a que se configurou como mais adequada. John apresentou, no início do tratamento, uma relação com a linguagem marcada por uma forma verbosa do uso da língua, como aponta Maleval (2017) e não um uso funcional dessa, como só depois foi conquistado por ele. Ainda assim, embora tenha havido essa aquisição, há dificuldade na enunciação de uma fala em nome próprio.

O comparecimento de fenômenos mais associados à psicose, como a alucinação auditiva, apesar de pontual, vem evidenciar a aproximação dos dois quadros, tal como vem sendo desenvolvido nessa pesquisa. Esse não é um traço definidor de uma estrutura psicótica e é preciso ter cuidado quando se fala em alucinações na infância, mas acredito que, no caso de

John, ele não seja suficiente para a consideração de um diagnóstico de esquizofrenia. Embora não seja o único traço psicótico que ele apresente.

É importante frisar esse aspecto, porque sua relação com o Outro se insere numa perspectiva que não é a recusa absoluta, pois John, desde os primeiros anos, já apresentava uma marcada agressividade (queixa principal da mãe até o presente), o que se opõe à indiferença ou isolamento característicos dos sujeitos autistas quando muito pequenos. Em um atendimento, a mãe de John comentou que ele estava tão agressivo com ela que até se chovesse, ele atribuía a ela a causa e passava a agredi-la verbalmente. É possível localizar aí a ameaça desse Outro absoluto, em relação ao qual, John busca se defender, indicando uma posição subjetiva mais alinhada à psicose.

As denominadas alterações sensoriais, como são denominadas as manifestações no corpo da disfuncionalidade da relação dos sujeitos autistas com a linguagem vem indicar um modo particular de comprometimento do corpo. No capítulo anterior, foram apresentados os comprometimentos no corpo, muito semelhantes nos quadros de psicose e autismo, no entanto, as alterações sensoriais se configuram como uma singularidade dos sujeitos autistas, tal como a língua de órgãos seria para a esquizofrenia.

Em relação ao que se processou a partir da transferência, é possível localizar um movimento de John que foi de um fechamento e certa indiferença, associada a uma fala autística, marcada por sons e palavras incompreensíveis, para uma relação com a analista que possibilitou um brincar compartilhado e a aquisição de uma fala mais funcional, embora ainda em constituição. A dificuldade da mãe em reconhecer e validar um estatuto de sujeito ao filho constituiu uma das maiores dificuldades do tratamento. Sem ter quem o ouvisse, John não tinha para quem falar e nas palavras da mãe “agia como um cachorro” (sic) indo beber água nas poças da rua, ou defecando em qualquer lugar. Sem a palavra que humaniza o corpo, John permanecia de fralda e parecia um bebê quando iniciou o tratamento. No relato do primeiro encontro com a mãe, causava certo espanto a gravidade do caso através da perspectiva da mãe. Na prática, o encontro analítico com John revelou uma criança permeável à palavra e que nunca apresentou agressividade contra a analista ou contra si mesmo no tratamento. Em pouco tempo, John passou a perguntar pela analista na recepção do Caps, indicando que já era sensível à sua ausência, logo à sua presença, também já passava a produzir efeitos.

A inclusão do corpo da brincadeira constituiu um momento importante do tratamento, revelando uma maior aceitação da analista e a inclusão dela em seu mundo de fantasia ainda incipiente. Era possível, a partir de então, criar histórias e não apenas lidar com

o real impossível e ameaçador que tanto afeta os sujeitos autistas. Histórias essas, que puderam ser lembradas no tempo da quarentena e compartilhadas no atendimento on-line, provocando riso e demonstração de prazer em John, ao dizer que a analista era “ruim de pontaria” (sic). Ou, ainda, a partir do que para a mãe era um erro a troca da letra s pela letra r, na palavra saudade, a analista pode apostar no sujeito e indicar para a mãe que John não só erra, mas ele também sabe que existem muitas formas de se falar saudade.

Por fim, o tratamento possibilitou a John certa regulação das suas funções corporais, uma vez que as dificuldades em torno da alimentação desapareceram. A mãe comentou, em certo momento do tratamento, que John apresentava vômitos, não queria comer e quando comia, só queria comida pastosa ou determinados tipos de alimento como ovos e macarrão. No entanto, essas alterações sensoriais não duraram muito tempo e logo John voltou a se alimentar sem maiores problemas. No que se refere à agitação psicomotora, também foi possível observar uma diminuição considerável, pois John conseguia ficar sentado em frente ao telefone durante todo o atendimento. Além disso, as estereotipias não foram mais observadas durante o período de atendimento on-line. Essa, inclusive, era uma queixa da mãe que não se apresentava como ela dizia, pois eram poucos os movimentos estereotipados que John fazia com as mãos.

5.3 Alice e o acontecimento de corpo

Começarei com o relato das informações que já contavam no prontuário quando a paciente me foi encaminhada pela assistente social do Caps. Meu objetivo com isso é apresentar dados que considero relevantes, não só para a compreensão do caso, mas também, para pensar questões relativas ao diagnóstico. Vale ressaltar, ainda, que essas informações, acerca da anamnese, foram retomadas diversas vezes nos atendimentos com a mãe da paciente, seja por iniciativa dela ou minha, para ouvi-la e compreender melhor o caso.

Alice, doze anos, iniciou tratamento comigo no Caps quando tinha seis, em fevereiro de 2017, permanecendo nesse serviço até julho de 2018. Houve, então, um intervalo de sete meses sem atendimento, devido a minha saída do Caps, e voltei a atendê-la no Programa de Extensão Clínica, Estética e Política do Cuidado (CEP) da UFC, em 2019. Em 2020, com a pandemia, os atendimentos foram suspensos e após alguns meses, percebendo que demoraria muito a volta à normalidade, os atendimentos passaram a ocorrer na modalidade on-line, até o início de 2022, quando foram suspensos. O tratamento será retomado, presencialmente, no

consultório da analista em breve.

Alice veio trazida pela mãe, que relatou para assistente social grande preocupação com seu estado. A criança tinha tido uma crise severa, apresentando fala desconexa, gritos, anorexia e insônia, além de medo de virar um zumbi. Em razão dessa crise, foi levada pela mãe à emergência de um hospital de saúde mental de Fortaleza, onde foi medicada e encaminhada ao Caps.

Nessa época, Alice morava com a mãe, avós e dois irmãos mais velhos já adolescentes. Segundo relatado na anamnese, a paciente não gostava do irmão, sentia medo dele, sendo mais próxima do avô. Há a referência ao início dos sintomas entre os quatro e os cinco anos de idade, quando Alice assistiu a um filme de Zumbi e houve uma piora no quadro, logo após a mãe retornar ao trabalho. Nesse momento, Alice teve a primeira crise e foi levada ao hospital como mencionado.

Segundo anamnese do Caps, a gravidez não foi planejada, parto cesáreo, sem intercorrências, porém, a gestação foi conturbada, de acordo com a mãe, devido às discussões com o marido, que, além de beber, era dependente químico. A separação ocorreu pouco tempo depois, com idas e vindas do casal, havendo a separação definitiva logo após Alice adoecer.

Em relação aos marcos do desenvolvimento, começou a andar e a falar entre um ano e meio e dois anos, segundo a mãe. Mamou até os cinco anos. A mãe relata que o desmame só ocorreu porque ela interrompeu, pois já não aguentava mais a filha grande e mamando, sentia-se sufocada. Quanto ao sono, dava trabalho para dormir, porque era um bebê que chorava muito a noite inteira e só dormia por volta das 5h da manhã.

Entrou na escola aos quatro anos e teve dificuldade de adaptação, chorava e não queria ficar, mas não pedia para ir embora. Já no ano seguinte, começou a ter maiores dificuldades, pois perdia o foco, gritava, falava sozinha e não participava das atividades com as outras crianças. Apresentava discurso desconexo, movimentos repetitivos, não conseguia ficar parada, não tinha noção do que é imaginário e do que é real segundo consta na anamnese.

Alice apresentou as seguintes hipóteses diagnósticas dadas pela psiquiatra do Caps: a princípio, dúvidas entre Esquizofrenia (F.20), Psicose não-orgânica não especificada (F.29) e Transtornos fóbico-ansiosos (F.40). Posteriormente, o diagnóstico de autismo foi fechado (F.84). Fazia uso de Fluoxetina até meados de 2018, mas a mãe parou de dar a medicação por conta própria, pois a filha não era efetivamente acompanhada por psiquiatra no Caps. Alice só foi atendida duas vezes pelo médico e a mãe ficou renovando a receita no Caps e depois no posto de saúde, até que decidiu suspender a medicação e observar como a filha ficaria. Como

Alice ficou bem e já estava em análise há algum tempo, a mãe resolveu não procurar mais psiquiatra. Ela só retornou ao psiquiatra quando ocorreu nova crise, como será detalhado mais adiante.

A princípio, a paciente foi encaminhada para o grupo de crianças com autismo. É provável que tenha havido algum engano, pois era uma paciente que, evidentemente, não tinha condições de estar em grupo. O fato é que ela participou do grupo por pouco tempo nesse dia, porque a analista logo percebeu que se tratava de um caso grave, com demanda para atendimento individual. Enquanto esteve no grupo, Alice saiu da sala várias vezes e estava bem agitada. Não falou com ninguém, a não ser com a analista, pedindo para sair. Logo em seguida, a analista conversou com sua mãe e disse que ficaria com Alice em atendimento individual, sendo agendado um atendimento com a mãe.

No primeiro atendimento com a mãe, ela retomou detalhes da anamnese que já foi mencionada acima e demonstrou grande preocupação com a filha. Situou o início do sofrimento de Alice de modo preciso, quando ela assistiu a um filme de zumbis forçada pelo irmão, que já era adolescente. Disse: “quando eu cheguei em casa do trabalho, assim que a vi percebi que ela tinha um olhar distante, como se não tivesse ninguém ali, pensei: essa não é minha filha” (sic). Perguntou imediatamente ao filho, que havia ficado sozinho com Alice, o que tinha acontecido, e ele contou que insistiu muito com Alice para ela assistir a esse filme de zumbis e que ela chorava e pedia para sair do quarto e ele não deixava. Com o progresso do tratamento, a mãe compartilhou sua desconfiança em relação ao filho ter abusado de Alice. Disse não confiar nele e que, de forma alguma, deixaria Alice sozinho com ele novamente. Essa suspeita de abuso nunca foi confirmada ao longo dos atendimentos.

Em seu primeiro atendimento, Alice não demonstrou interesse em brincar, permanecendo apática e indiferente. Saiu da sala algumas vezes e andava de um lado para outro, bem inquieta. A analista ofereceu papel e lápis de cor e ela desenhou. Fez uma sereia no mar e falou algo sobre o desenho, mas de modo incompreensível. Em seguida, quis brincar com a massinha de modelar e fez flores, borboletas e abelha, porém se mantinha na posição de evitar a analista e não falar com ela, apresentando um olhar distante e por vezes olhava para os lados e falava sozinha, também de modo desconexo e quase inaudível.

Nas sessões seguintes, por aproximadamente quatro meses, Alice permaneceu como descrito na primeira sessão. Quando chegava não cumprimentava a analista, não mantinha contato visual, não incluía a analista na brincadeira, se restringindo a pegar a manipular objetos e andar de um lado para outro, por vezes saindo da sala. A única coisa que chamava sua atenção

era a massinha e passou a brincar todas as sessões com ela. A analista tentava estabelecer contato, mas ela recusava. Então, a analista resolveu aguardar a certa distância e em silêncio. Alice passou, assim, a ter uma rotina que consistia em entrar na sala ignorando a analista, pegar massinha e brincar sozinha, fazendo modelagens bem pequenas, quase minúsculas, olhando para os lados, falando sozinha e de modo muito baixo. No início, a analista perguntava o que Alice dizia, mas como ela se calava, resolveu não perguntar mais.

Após esses primeiros meses, a analista percebeu que Alice começou a apresentar variações no brincar, incluindo um boneco que tinha uma boca muito grande, na qual ela colocava comidinhas feitas de massinha, retirando a massinha pelo bumbum do boneco. Essa cena se repetia de forma insistente e a analista começou a narrar a brincadeira, o que foi permitido por Alice, que aceitou a aproximação da analista, mas ainda em silêncio. Após algumas sessões, onde ela procurava esse boneco e mantinha essa cena, sem variações, passou a incluir outros bonecos e a pedir à analista para fazer comidinha com ela e dar a comida a eles.

Após alguns atendimentos, passou a querer brincar de casinha, incluindo, também, a massinha. Ela fez comidinha e deu para os bonecos que colocou na casinha. Durante toda a sessão, falou sozinha e em voz muito baixa. A analista percebeu que não se tratava de um faz de conta, e sim, de outra cena, que ela não permitia a analista participar. Uma vez ou outra interrompia esse monólogo para falar da brincadeira e quando a analista perguntava sobre o que ela estava falando, ela não respondia. Em determinado momento, parou de brincar e se levantou. Começou a andar de um lado para o outro da sala. A analista perguntou: “Você está preocupada com algo?” Ao que ela respondeu: “Sim. Tenho medo que minha mãe morra”. (sic). Ela, então, sentou no colo da analista e voltou a brincar até o final da sessão.

Nesse período do tratamento, Alice ainda ignorava um pouco a presença da analista. Só às vezes, respondia ao que lhe era perguntado. Ela continuava falando sozinha e muito baixo, olhando para os lados assustada. Brincava de modo repetitivo de fazer comida e dar aos bonecos, mas ainda sem nenhuma narrativa ou caráter de faz de conta, apenas a ação mecânica. Alice ainda estava muito alheia. Era preciso repetir, várias vezes, uma pergunta para que ela respondesse.

Após mais alguns meses, Alice começou a fazer algo que nunca tinha feito. Quando a analista estava distraída, antes de entrar na sala, e Alice a via de costas, se aproximava e dava um susto na analista. Isso foi muito importante para o desdobramento de sua análise. Ela ficava muito extasiada quando a analista demonstrava ter tomado um grande susto e passou a repetir essa ação com frequência, rindo bastante e perguntando se tinha assustado a analista. Como a

analista respondia afirmativamente, demonstrando com exagero sua reação e dizendo que ela a tinha assustado muito, que tinha sentido muito medo, Alice ficava muito alegre e gargalhava.

Foi a partir de então, que ela passou a estabelecer uma relação transferencial propriamente dita com a analista. Já não a ignorava, sorria e conversava durante os atendimentos, incluindo a analista na sua brincadeira de modo mais efetivo. Seu brincar também passou por maiores variações, como histórias que ela começava a criar de modo incipiente, mas que já representavam um progresso na brincadeira de comidinha, que se limitava, antes, ao gesto de dar comida aos bonecos.

Nesse período, a mãe de Alice conversou com a analista sobre o estado da filha e contou um pouco mais sobre o início de seu adoecimento. Ela apresentou novos detalhes, como, por exemplo, o medo da filha, à época, de virar zumbi caso o xampu escorresse pelo seu rosto durante o banho. Além disso, Alice repetia sempre que se algo caísse no chão iria virar zumbi. Disse, ainda, que já percebia mudanças na filha com o tratamento, porque ela estava mais calma, conseguia ficar na sala de atendimento e até sentar, o que antes não ocorria, pois Alice andava de um lado para o outro.

Essa melhora no estado de Alice não se deu, no entanto, de modo linear e numa crescente. Houve momentos de certa regressão e piora em alguns sintomas para, depois, ocorrerem outros progressos. Isso foi percebido numa sessão em que Alice chegou e passou a maior parte do tempo em silêncio com a massinha. Não respondia ao que a analista lhe perguntava a respeito da brincadeira, parecendo estar desatenta. A analista perguntou se ela sabia o motivo de estar ali e, como ela disse que não, a analista esclareceu sobre sua função que era ajudar crianças que estivessem com dificuldades, sentindo-se tristes e com problemas. Ela disse, então, que ouvia vozes. A analista perguntou o que as vozes diziam, mas ela não respondeu. A analista perguntou se eram coisas boas ou ruins e ela respondeu que eram ruins. A analista questionou, ainda, se ela gostaria de contar o que as vozes diziam e ela disse que não, porque sentia medo. A analista disse, então, que muitas crianças que ouviam vozes tinham medo de falar sobre isso, pois achavam que se falassem, as coisas ruins ditas pelas vozes iriam acontecer, mas isso não era verdade. Ela, ainda assim, não quis falar. No final do atendimento, Alice abraçou a analista e falou baixo que estava com medo. A analista disse que iria ajudá-la com isso.

Alice, no entanto, não retomou mais esse assunto. Após o período inicial de recusa e alheamento, se sucedeu o período de brincadeira de massinha que evoluiu para um brincar bastante interessante, que incluía bonecos e a casinha. Paulatinamente, Alice passou a criar mais

histórias com muitos personagens e de modo bastante criativo. Também passou a chamar o nome da analista e a incluí-la, definitivamente, nas brincadeiras.

Foram realizados mais atendimentos com a mãe, que relatou como estava percebendo a filha. Ela ainda não tinha relatado as dificuldades da filha em usar o banheiro. Contou que Alice brincava com o cocô e que passava nas paredes. Também disse que ela arrancava pedaços da parede e comia. Disse, ainda, que não deixava a filha sozinha com o irmão, porque não confiava nele e que fazia de tudo para ver a filha bem, que a culpa de tudo que Alice tinha era dele e que tinha dito isso ao filho. Foi questionado se, antes desse episódio do filme de zumbi, Alice já apresentava algo que chamava sua atenção ou a preocupava. Ela disse que sim, pois sua filha era uma criança que teve atraso no desenvolvimento, chorava muito quando era bebê e parecia sempre ter tido dificuldade na fala. A mãe relatou, também, que, quando começou a falar, a filha parecia que falava em língua estrangeira. Segundo a mãe, mesmo agora, (naquele momento do tratamento), Alice falava coisas sem sentido, pois “tem momentos que não dá para entender o que ela diz” (sic).

A mãe de Alice comentou que tinha percebido progressos na filha, pois ela estava aceitando melhor outras crianças e vem adquirindo habilidades sociais. Além disso, estava se dedicando à filha; colocou Alice na natação e ia colocá-la no ballet. Percebia que a filha apresentava dificuldade para aprender, para seguir regras e que é desatenta. Na natação, observava que Alice não compreendia as instruções da professora e não conseguia fazer o que era solicitado. Na escola, também não conseguia aprender, não sabia ler e escrevia de forma não linear, em círculos, como também a analista pode observar, certa vez, num atendimento. Não reconhecia as letras, nem tinha noção de que deveria escrever em linha reta, dispondo as letras de modo aleatório ou em círculos. Segundo a mãe, o maior sonho de Alice é saber ler. Interessante notar que, a dificuldade com o Outro é tomada pela mãe como dificuldade de compreensão e de aprendizagem, como se se tratasse tão somente de um déficit cognitivo, o que é reforçado, muitas vezes, pelo discurso médico da debilidade mental.

Retomando uma fala da mãe no início do tratamento, quando ela situa no episódio em que Alice assistiu ao filme de zumbis como o início de seu adoecimento, fica o questionamento acerca desse momento; se trataria de uma contingência que veio se somar a um fato de estrutura? Como pensar uma hipótese diagnóstica para esse caso onde há uma recusa ao Outro, situada num momento muito preciso, porém, já denotada antes, através da entrada na linguagem (língua estrangeira). Ao mesmo tempo, vale ressaltar, já há uma forte ligação com o Outro materno antes do desencadeamento desse quadro, pois Alice mamou até os cinco anos,

apresentando dificuldade de separação.

Nos atendimentos que se seguiram, permaneceu por certo tempo a brincadeira de massinha. Certa vez, Alice parou de brincar e voltou a andar de um lado para o outro novamente e quando lhe foi questionado o que tinha havido disse: “estou com medo” (sic). Medo de que? A analista perguntou. Ela disse: “do tubarão” (sic). Quando questionada sobre isso, disse que foi um amigo seu que lhe mostrou um vídeo do tubarão e ela tinha ficado com medo de ser mordida e de morrer. A mãe quando indagada a respeito achou estranho, pois a filha não faz nada sozinha. Disse que isso nunca ocorreu. Pensei se não se tratava de um deslocamento do episódio do filme de zumbi, que o irmão a fez assistir e que agora aparecia sob a forma de medo de tubarão, evidenciando uma angustia de castração, tal como o medo que a mãe morresse como ocorreu anteriormente – só que, dessa vez, teria comparecido de forma alucinatória?

Em outra sessão, quis brincar de escola e ser a professora, mas logo desistiu por não saber as letras e os números. Nesse dia, ficou evidente sua dificuldade com a linguagem, pois falou palavras incompreensíveis e trocou sílabas. Voltou a brincar com massinha e bonecos. Quis ir embora mais cedo porque tinha medo que sua mãe fosse embora e a deixasse no Caps.

Na sessão seguinte, brincou com a massinha e assustou a analista, como já tinha feito algumas vezes, ficando muito satisfeita quando a analista demonstrou espanto e medo. Riu bastante e, inclusive fez isso com outras crianças do Caps que estavam na recepção. Pediu para terminar o atendimento mais cedo porque queria brincar com outras crianças. Disse que, dessa vez, não estava com medo como da vez anterior. A analista concordou e ela foi brincar com outras crianças, antes de ir embora. Desde então, a analista pensou na possibilidade de incluí-la no grupo de crianças da idade dela e que apresentavam um perfil com traços de uma possível psicose, com queixas de medo, agitação motora, alucinações auditivas, dificuldades, sobretudo, no que tange ao corpo e à linguagem, mesmo que não houvesse, ainda, um diagnóstico fechado. Tratava-se, na verdade, de um grupo que acolhia manifestações como as de Alice e Dom, podendo participar, também, crianças com diagnóstico não especificado dentro do TEA, como definiam os médicos.

Na última sessão do ano de 2017, Alice apresentou um brincar muito criativo. Não brincou de comidinha com a massinha, mas criou uma história com os bonecos na casinha. Era uma história policial. Ladrões entravam na casa e tentavam roubar e sequestrar uma das bonecas. Ela atribuiu falas a cada membro da família, fazendo vozes diferentes para homens, mulheres, crianças e idosos. Uma história cheia de acontecimentos inesperados e marcada pelo humor, pois não era óbvio o desfecho de cada personagem. Nesse período, ela já interagia bem

com outras pessoas, comentando, inclusive, com indiscrição, sobre a roupa e o peso de mulheres que estavam na recepção do Caps. Olha para recepcionista e diz: “você está muito gorda” (sic), e para outra pessoa: “Você está muito chique.” (sic).

Houve uma pausa para o recesso de final de ano e, no ano seguinte, Alice entrou no grupo de crianças, permanecendo, também, em atendimento individual. Esse é um momento de grande mudança, no que se refere à interação social. Alice passa a ser bastante expansiva, fala com todos, chega mais cedo para brincar com outras crianças e gosta muito de estar no grupo, sobretudo de um garoto, com quem se apegou muito. Passa a chamar a atenção dos meninos (ela é a única menina), a rivalizar com a analista, ficando agressiva, se irritando, xingando a analista, querendo bater nela, ameaçando ir embora. Logo, em seguida, como a analista não cede, mas também não dá importância, Alice pede desculpas. Chegou a dizer, certa vez, que se comportou muito mal e que “eu sei que tudo que você quer é que eu não sofra”. (sic).

Com a entrada de Alice no grupo, ela passou a agir de modo diferente do atendimento individual. Alice já entrou no grupo querendo chamar a atenção de todos. Queria que todos escutassem suas histórias e, como isso, não ocorreu ficou irritada. Elegeu um garoto para ser amigo e, apesar de sua recusa, ela continuava insistindo em brincar e conversar com ele. Certa vez, ao entrar na sala do grupo disse que achava que tinha feito cocô e disse que iria tirar a roupa para ver se realmente tinha feito, sendo impedida pela analista. Os meninos ficaram rindo dela e Alice ficou bastante aborrecida, mesmo após algumas semanas.

Tempos depois, Alice passou quase um mês ausente do Caps, o que não era comum, pois a mãe não faltava nunca. Retornou após contato telefônico e disse que tinha ido atrás de médico para filha, pois queria um laudo para que ela tivesse direito aos benefícios e, inclusive, a escola também estava exigindo para que ela fosse enquadrada como deficiente e recebesse apoio pedagógico especializado. A mãe disse que não pretendia, de modo algum, sair do Caps, que percebia a grande melhora da filha e agradecia por isso, mas queria um psiquiatra ou neurologista para a Alice.

A mãe contou, ainda, que a filha passou por uma avaliação em uma clínica especializada em atendimento a crianças e jovens autistas, e que Alice havia sido diagnosticada com TEA ou Síndrome de Asperger, eram as duas hipóteses diagnósticas. A mãe de Alice perguntou o que a analista achava e que ela acreditava que a filha fosse Asperger, pois conhece uma criança que é muito parecida com Alice. A analista pediu para que ela explicasse melhor e ela contou que a filha era muito agressiva, o que ela nunca havia dito antes. Tentou convencer a analista quanto à pertinência desse diagnóstico e perguntou o que ela achava. A analista disse

que não pensava que sua filha fosse Asperger, mas que muitas informações, ela só estava falando naquele momento, seria importante esperar. A analista disse, ainda, que ela tinha o direito de procurar um médico para ter acesso aos benefícios que lhes fossem devidos, inclusive uma atenção especializada na escola.

Alice permaneceu até agosto de 2018 nos dois tipos de atendimento (individual e grupo), nos quais outras mudanças foram produzidas. Seu brincar se modificou, pois no início dos atendimentos individuais, ela costumava criar histórias com massinha e bonecos, que foram ficando mais elaboradas do que antes. Alice, também, passou a apresentar uma atitude confrontadora e agressiva com relação à analista. Já no grupo, brincava de Lego e criava histórias. Certa vez, criou uma história com um jacaré assustando uma boneca que ela dizia ser a analista. Como a analista dizia que tinha muito medo de jacaré, ela ria e assustava ainda mais.

Alice passou a querer que a analista lesse histórias de contos de fada para ela, mesmo que as outras crianças no grupo não quisessem. Ela não se importava, pedia para ler e prestava muita atenção. Jogos de tabuleiro passaram a chamar sua atenção. Queria manipular as regras para favorecê-la e quando era impedida ficava com raiva, queria bater na analista e ir embora. Certa vez, Alice fez um desenho e a analista fez também porque os meninos no grupo sugeriram. Ela quis saber, no final, qual desenho era o mais bonito. Como eles escolheram o da analista, Alice rasgou o desenho da analista e saiu da sala. Na semana seguinte, pediu, novamente, para fazer competição de desenho e a analista lembrou que ela não tinha aceitado bem perder da última vez. Ela, quando terminou de desenhar, disse que a boneca julgaria o desenho mais bonito. Quando a analista perguntou quem falaria pela boneca, ela disse que seria a analista. Então, a analista disse que o dela era o mais bonito e ela ficou muito feliz.

Apesar de no início do grupo ter tentado chamar atenção e interagir com os meninos, Alice foi se afastando e preferiu já nas últimas sessões do grupo, brincar sozinha. Alice passou a brincar de quebra-cabeça e a ficar mais isolada, pedindo, também, que a analista lesse histórias para ela. A analista percebeu que Alice passou a ficar intolerante quando algum garoto se aproximava dela (analista). Alice ficava agressiva e dava ordens para a analista não brincar com os outros. A analista tentava apaziguá-la, mas não adiantava.

Após esse momento, houve um intervalo de meses sem que houvesse contato com Alice, devido à saída da analista do Caps. O reencontro só ocorreu em 2019, no CEP, quando foi retomado seu tratamento na modalidade individual. Para surpresa da analista, Alice estava bem diferente. Um olhar inexpressivo, falava baixo, falou com a analista com certa apatia, sem qualquer entusiasmo.

Quando a analista conversou com a mãe de Alice, ela contou um pouco sobre a vida de sua filha nesses meses. Disse que tem percebido Alice muito bem, se comparado ao início do tratamento, mas que ela reclama pelo fato de as crianças não quererem brincar com ela. A professora não tem ajudado, pois diz para as crianças ignorarem Alice, que muitas vezes, fica falando sozinha, já que ninguém a responde. A mãe entrevistou e conversou com a professora e com as crianças, mas não surtiu efeito. A mãe contou, ainda, que Alice assiste todos os dias ao jornal, pois é muito interessada no que acontece, e por vezes, faz perguntas e se preocupa com as notícias.

Nos atendimentos na clínica de Psicologia da UFC, pelo CEP do Cuidado, Alice escolhia brincar de casinha com as barbies. Ela criava histórias, a partir de contos de fadas, mas só mantinha o cenário ou o início da trama. Logo em seguida, modificava totalmente a história, criando enredos que envolviam situações de violência contra a mulher e abandono de mulheres grávidas pelos namorados. Quando a analista perguntava de onde ela tirava esses assuntos, dizia que via na televisão.

Alice faltava muito aos atendimentos nesse período; isso dificultou seu tratamento e uma compreensão mais clara de como ela estava. No entanto, foi observado que, apesar de certa apatia, Alice costumava dar ordens à analista nas brincadeiras. Começava a contar a história e mandava a analista continuar e, se a analista não contasse como ela queria, ela dizia que estava errado e, então era dito para que ela mesma contasse, e ela prosseguia. Certa vez, ela perguntou por que as crianças não brincavam com ela e a analista devolveu a pergunta, mas ela nada respondeu.

Em um atendimento, foi vestida com uma blusa escrito “autista” e a analista perguntou por que ela estava usando aquela blusa. Ela disse que era autista. A analista perguntou o que era autista e porque ela achava que era uma. Ela respondeu que autista era uma pessoa deficiente e tinha dito para sua professora que ela era autista. A professora disse que não precisava ela dizer isso todos os dias. A analista perguntou se ela dizia todos os dias que era autista, para que a professora a tratasse melhor. Ela respondeu que sim. Porque a professora era “uma bruta” (sic) e não tinha paciência com ela, diferente da anterior que era muito legal e boazinha, segundo relatou. Disse, ainda, que tinha dificuldade para aprender, que não aprendia como as outras crianças.

Após algumas semanas, a analista atendeu apenas a mãe de Alice, pois a mesma disse que precisava falar sem a filha estar presente. Ela, então, contou o que estava se passando com sua filha na escola. Alice estava sendo ignorada pelos colegas e pela professora, que dizia

para os outros alunos não falarem com Alice. A mãe chegou a conversar com a professora, mas disse não ter adiantado muito. Como já estava no final do ano, iria trocar Alice de escola. Ela disse, ainda, que a filha tinha muitas dificuldades na escola, além dessa, pois não sabia ler e não acompanhava as atividades, sendo sempre excluída da turma. A mãe foi orientada a procurar outra escola, se ela julgasse que nessa não seria possível reverter a situação. Ela disse que já havia tentado muito e não houve sensibilização por parte da escola.

Esse foi o último atendimento do ano de 2019. Após o recesso das festas e início da pandemia, os atendimentos passaram para a modalidade on-line.

Em relação aos estudos, cabe fazer um resumo. Alice havia deixado a escola no final do ano de 2019 e a mãe não a colocou em outra. Logo, ela está sem frequentar a escola desde esse ano. A analista conversou com a mãe de Alice sobre esse assunto. Disse a ela que Alice já estava atrasada nos estudos, (nessa época, estava com 11 anos) e não sabia ler, que isso seria muito difícil para ela e foi indicado que a mãe procurasse uma professora particular para ensinar Alice a ler e, assim, diminuir seu prejuízo escolar. A mãe concordou, mas nunca procurou professora particular e Alice continuou sem estudar.

Alice ficou, durante meses, sendo atendida com sua mãe do lado nas sessões remotas, o que nunca ocorreu nos atendimentos presenciais. Ela se recusava a ficar sozinha, pois dizia ter medo. Um dia, ela decidiu que não iria mais ter atendimento com sua mãe. Desde então, ela passou a ser atendida sozinha no seu quarto e com a porta fechada.

Na primeira sessão on-line, a analista percebeu que Alice já estava entrando na pré-adolescência. A analista estava falando com sua mãe, quando Alice se aproximou e falou sobre seu aniversário. Falou sobre a festa e a analista perguntou sobre o sabor do seu bolo e se estava gostoso. Ela disse que sim, estava muito bom, mas não soube dizer qual o sabor, era sua mãe quem sabia. A analista perguntou como ela não sabia o sabor, se ela tinha comido e ela disse que “era porque era de muitas coisas”. (sic). A mãe falou que, às vezes Alice agia dessa forma e não sabia responder. Alice, então, falou: “é porque eu sou autista” (sic). A analista perguntou o que era autista e ela disse: “é alguém que tem manias” (sic). Quais são suas manias? A analista questionou. Ela não soube responder.

Certa vez, Alice teve medo de ter engolido um lacre de refrigerante em lata. A mãe de Alice contou que a filha tomou um refrigerante e que colocou o lacre na boca, mastigou e depois jogou fora. Em seguida, começou a ficar impressionada e duvidando se tinha realmente jogado fora o lacre ou se tinha engolido. Ficou tão transtornada, que a mãe resolveu levá-la ao posto de saúde. Alice fez raio-x, foi examinada e nada foi encontrado. Alice foi atendida por

uma psicóloga no posto e perguntou se poderia gravar a conversa, pois queria ter certeza de não engolir nada durante esse período da consulta, e assim o fez. Ainda assim, isso não foi suficiente para mudar seu pensamento e continuou perguntando para a mãe se tinha engolido algo.

Ao sair do posto, viu um pedaço de vidro no chão e o arrastou com o pé para perto de si. Quando foi ver, segundo a mãe, não havia nada ali. Alice pensou e disse a mãe: “será que eu engoli?” (sic). A mãe tentou acalmar a filha, mas não adiantou muito. Quando chegaram em casa, a mãe mostrou o cesto de lixo com o lacre que ela tinha cuspidido anteriormente, mas, ainda assim, não foi suficiente, pois Alice disse que poderia ter engolido um pedaço bem pequeno e, inclusive, por isso não tinha aparecido no raio-x.

Esse episódio com a lata de refrigerante se generalizou para outros objetos. Alice, então, via qualquer objeto, por exemplo, uma liga de cabelo, apontava e perguntava a mãe se ela tinha engolido. A mãe respondia que não, pois se estava na sua mão, como ela poderia ter engolido? Isso passou a ocorrer com tudo que Alice via. A mãe de Alice disse ter estranhado muito, pois ela via o objeto e, ainda assim, perguntava se havia engolido. Uma vez, Alice viu os brincos da mãe e disse:

– Mamãe, sabe o que eu pensei agora? Que eu botei esses brincos na minha boca e engoli.

A mãe respondeu:

– Mas você não colocou.

– Você tem certeza? Disse Alice.

– Tenho. Porque você tá aqui perto de mim e eu vi. Você não colocou. Se tivesse colocado, não estaria passando bem. Isso é coisa da sua mente. Disse a mãe.

– A minha mente tá me dizendo para eu pegar esses cliques e botar na minha boca.

Finalizou Alice.

Quando a mãe contou essa cena, a analista pensou no desejo de morte de Alice, que, posteriormente, retomará esse ponto numa outra sessão. A mãe disse que Alice estava tão aflita que falou que “às vezes, tenho vontade de enfiar alguma coisa na minha garganta para ver se acaba logo isso. Não aguento mais, quero paz na minha cabeça” (sic).

Após alguns dias sem apresentar melhora, a mãe de Alice a levou ao Caps e ela foi medicada, sendo prescrita Fluoxetina. Alice nunca tinha sido realmente acompanhada no Caps por psiquiatra. Ela fazia consultas esporádicas com os médicos, mas só enquanto a analista estava no Caps. Quando a psicanalista saiu, Alice não fez mais nenhum acompanhamento lá. Quando apresentou essa última crise, a mãe a levou para consulta com o psiquiatra do Caps,

após o que, a mãe continuou indo apenas para renovar a receita.

Esse período foi muito difícil para Alice. Ela dizia ter muito medo de morrer. Essa era sua real preocupação, que aparecia na dúvida “será que eu engoli a tampinha do refrigerante?” (sic). A analista perguntou por que ela estava sentindo esse medo de morrer e o que havia acontecido. E por que se tratava de engolir ou não alguma coisa? Ela contou que assistiu a vídeos no Youtube escondida da mãe e que ficou muito impressionada. Ela não quis descrever o que tinha visto, mas levou a analista a crer que se tratava de cenas de tortura. Não quis falar sobre isso de modo algum e disse que estava melhor, pois não estava mais assistindo a esses vídeos e, agora, só estava pensando em coisas boas. Só às vezes pensava se tinha engolido algo. Desde então, Alice passou a vigiar seus pensamentos.

Ao final da sessão, Alice quis contar sobre sua novela. Ela cria diversas histórias, as quais chama de novelas e que são cheias de intrigas, traições e embate entre o bem e o mal. Ela, então, disse que criou a novela “Laços da verdade”. Foi questionada a razão de ela ter dado esse título à novela, mas só respondeu que foi ela que inventou.

Na sessão seguinte, Alice estava mais calma. Fez questão que a mãe ficasse com ela na sessão, quando a analista perguntou se ela não gostaria de falar sozinha. Ela que, nesse período, ainda era atendida com a mãe, disse que não, pois estava com medo, medo de monstros. A analista perguntou se ela já havia visto monstros e ela disse que sim.

A mãe contou que às vezes a filha tem uns pensamentos estranhos. Uma vez disse que se a mãe engravidasse, ela enfiava uma faca na sua barriga e, outro dia, disse que queria matar sua prima. Alice entrevistou e disse que era porque ela tinha mau hálito e o que ela queria era matar a boca dela, e riu.

Em uma sessão, a mãe de Alice contou que as perguntas da filha, agora, eram de dois tipos: antes eram mais comuns perguntas como, “será que engoli tal coisa?” A mãe respondia que não e justificava. O outro tipo de pergunta, que se tornou mais comum, depois, foi: “E se eu engolisse esse objeto?” Essa era a estrutura que a analista identificou na fala de Alice, tal como a mãe relatou.

Um ponto que chamou a atenção foi a desconsideração pela realidade. Alice via um objeto, por exemplo, um parafuso e questionava se o tinha engolido, mesmo olhando para ele em sua mão. Uma mudança foi observada pela mãe, se no início, os objetos que ela pensava ter engolido eram variados, inclusive alguns perigosos, depois isso mudou para insignificâncias. E a resposta da mãe passou a ser: “se você engolir vai sair nas fezes, não tem problema” (sic).

No dia seguinte e por mensagem de telefone, a mãe de Alice falou que era muito

parecida com a filha quando era criança, que tinha medo de tudo, mas que lhe causava estranhamento a filha com dez anos ter medo de bicho-papão, pois uma vez disse a filha que ele viria pegá-la e ela acreditou e passou a noite acordada com medo. Ela disse ter se arrependido de ter feito isso, mas ficou surpresa com o fato de a filha acreditar nisso. Como também, acreditar em fada do dente, princesas e contos de fada.

A analista perguntou à mãe se ela acreditava que Alice poderia ter ficado impressionada com a pandemia e as notícias de tantos mortos. Ela disse que achava que não e disse algo curioso. Falou que conversava com a filha que “se um dia a gente morrer, o importante é aproveitar a vida” (sic). A analista perguntou se ela achava que haveria a possibilidade de não morrer, pois do modo como ela colocou parecia que existia essa opção. Ela disse que falou assim porque queria proteger a filha.

Em outra sessão, Alice contou que se sentia cada vez melhor e quase não tinha mais pensamentos sobre engolir coisas. Disse que sentia medo de ir ao banheiro sozinha, pois poderia ter um tubarão no boxe. A analista perguntou como isso seria possível, a fim de avaliar seu contato com a realidade, mas pareceu não haver nenhum conflito ou qualquer dialetização no pensamento, tal como ficou evidenciado nos episódios em que pensava ter engolido algo que segurava em sua mão.

Houve interrupção do atendimento de Alice, em virtude do adoecimento da analista por Covid-19, o que durou alguns meses. Após esse período, Alice estava animada com um aplicativo de vídeos na internet. Passou a falar de modo obcecado em animes e a mãe contou que ela tem alguns pensamentos que ela espanta e diz: “xô pensamento”, mas não quis dizer que pensamentos eram. A mãe disse que tem “a mesma coisa de Alice” (sic). Disse que, certa vez, estava no banho e pensou que o chão poderia descer e ela cair no andar de baixo. A analista percebeu uma fala recorrente da mãe de Alice em se identificar com a filha e com tudo que ela faz, dizendo sempre que elas são iguais. A analista tenta, então, apontar as diferenças.

Outro momento do seu tratamento on-line foi marcado pela vigilância constante dos seus pensamentos. Alice costumava ficar julgando se um pensamento era bom ou mau, pois se fosse ruim ela iria para o inferno. A analista pensou, então, que o medo de morrer havia se deslocado para o medo de ir para o inferno.

A partir desse momento, Alice passou a ser atendida sozinha. Ela decidiu ir para seu quarto e pediu para a mãe sair e fechar a porta. Começou a falar sobre seus pensamentos ruins. Ela disse que gostava muito de animes e, em especial de Naruto. Na história, seu personagem favorito é Sakura (a analista viu na internet que escreve Sakura, mas Alice a chama

de Sácora) e quer que ela fique com Naruto, mas ele é casado com Hinata (que ela chama de Renata). Alice contou que teve um pensamento ruim. Disse que pensou que Sácora, personagem com o qual se identifica e diz ser ela, mata Renata com uma faca. Alice fica triste com isso porque não queria ter esse pensamento, pois Renata é boa e no anime as duas são muito amigas. A analista percebeu o conflito de Alice e a questão transferencial envolvida, mas a tranquilizou.

A analista perguntou à Alice se esses pensamentos ruins apareciam também com relação às pessoas da sua família. Ela disse que só, às vezes, com sua irmã, mas logo passava e com sua mãe, quando ela batia muito nela. A analista nunca soube que sua mãe lhe batia. Sua mãe soube dessa fala de Alice e negou, absolutamente, esse fato; disse que isso nunca aconteceu. Alice falou que às vezes sentia raiva da mãe, mas que “o amor de mãe é eterno, né?” (sic). A analista interveio dizendo que isso não significava que sua mãe fosse perfeita.

A analista perguntou à Alice sobre os pensamentos de engolir objetos. Ela disse que diminuíram muito, mas que se colocava uma caneta na boca pensava “eu acho que tem alguma coisa na minha garganta” (sic). Então, “eu pergunto pra minha mãe e ela diz que não, porque a caneta tá inteira”. A analista questionou Alice se ela não via que a caneta estava inteira. “Você precisa perguntar para sua mãe, para ela confirmar?” Ela respondeu que via, sim, mas que precisava perguntar para sua mãe para se acalmar.

Em outra sessão, Alice falou sobre medo. O que a deixava com mais medo agora era zumbi. Alice perguntou se a analista tinha algum trauma de infância. A analista respondeu que não, mas que, quando criança, tinha alguns medos. Ela, então, disse: “todas as crianças têm medo, né?” (sic). A analista respondeu que muitas tinham. Ela então falou: “as que dizem que não têm estão mentindo, né?” (sic).

Na sessão seguinte, Alice estava abatida. Contou que assistiu cenas de violência, pois gostava muito e tinha contado isso para sua mãe. A analista perguntou o que ela tinha falado e Alice saiu do quarto e levou o telefone até onde estava sua mãe. Ela disse que a filha tem muito medo de ir para o inferno e que essa é sua maior preocupação. Contou que Alice voltou a falar em morte e que lhe perguntou se ela batesse a cabeça na parede teria câncer. A analista perguntou à Alice sobre a morte e porque ela pensava tanto nela. Alice voltou a falar no Naruto, que não gostava da Renata estar casada com ele, porque gosta da Sácora e gostaria que ela ficasse com ele. Falou que Boruto, filho de Naruto, é lindo e que sente vergonha e não quer falar sobre isso. Então, a analista perguntou: “qual a relação da vergonha com a morte?” Ela disse que no seu pensamento imaginava que Sácora poderia se matar, porque viu o Naruto beijando Renata. A analista perguntou se ela pensou em fazer isso (Sácora era a personagem

com quem se identificava). Alice respondeu que não, que foi só um pensamento, mas passou isso por sua cabeça.

Em outra sessão, Alice disse que estava triste por Naruto não ficar com Sácora, sua personagem favorita. Disse que pensou que se Sácora morresse, Naruto iria se declarar para ela, mas que não queria que ela morresse, pois “meu mundo inteirinho seria destruído, pedacinho por pedacinho” (sic) e “eu me jogaria do prédio” (sic). Em seguida se arrependeu e disse que não faria isso, porque gosta muito da sua vida.

Em outra sessão, Alice, após falar sobre Naruto, perguntou se a analista sabia até quando ela tinha mamado. A analista respondeu que não sabia, e ela disse que tinha sido até os cinco anos. Ela também falou que às vezes queria pegar nos seios da mãe, mas ela não deixava. Alice falou, então, com voz infantilizada: “é que eles são tão fofinhos” (sic). A analista, então, interveio: “Alice, mas isso é coisa de bebê e você já não é mais uma criancinha. Você já tá com quantos anos?” A pergunta foi para ela perceber a incoerência de sua fala. Ela mudou de expressão, fechou a cara e respondeu: onze anos. A analista, então, continuou: “você já é quase uma adolescente. O corpo da sua mãe é dela e você não pode mais tocá-lo dessa forma. Você vai se interessar daqui para frente por outras coisas muito mais legais, pois essa fase já ficou pra trás”. Ela concordou, disse que já tinha menstruado e que a analista tinha toda razão. Em seguida, elogiou muito a analista, como para anular sua raiva. Disse: “você é uma psicóloga muito boa, muito calma, sabe falar e tem muita paciência” (sic).

Nesse mesmo atendimento, a mãe disse que estava muito feliz, pois Alice já ficava sozinha em casa. Houve uma emergência em que ela precisou sair de casa e Alice não se importou em ficar sozinha. Ela disse que percebia a filha mais tranquila e com menos medo.

Em outro atendimento, Alice estava irritada e chegou a gritar com a analista, dizendo que ela não a deixava falar, embora a analista estivesse calada. Disse que não queria mais falar de anime (rivalidade com a Renata do anime?) e a analista acabou conversando um pouco com sua mãe. A mãe de Alice disse estar preocupada porque ela só fala nos animes e perguntou como poderia ajuda-la. A analista disse que seria muito importante Alice voltar para a escola para ter uma rotina, amigos e maior contato com a realidade. Ela disse que iria procurar saber sobre a matrícula em uma escola pública, pois ela estudava em uma particular, mas tinha detestado porque era excluída e não pensava em voltar para escola.

Em seguida, Alice se aproximou e abraçou sua mãe. A mãe disse que ela tinha obsessão nos seus seios. Alice disse: “são muito gostosos” (sic). A mãe disse para ela parar com isso, mas Alice levou na brincadeira, ria e dizia que sua mãe é a melhor mãe do mundo. A

analista reforçou que Alice já era quase uma adolescente e que isso precisava parar. A mãe concordou e foi ressaltada, novamente, a importância da escola.

Alice mudou de casa e houve interrupção nos atendimentos por algumas semanas. Quando questionada sobre como ela estava, começou a falar dos animes, mas após certo tempo, a analista disse que queria saber sobre sua vida. Ela disse que estava bem, que tudo que fazia era “tik tok, vejo TV, crio as novelas, séries e desenho” (sic). A analista perguntou se Alice não sentia falta da escola, se não ficava entediada, mas ela disse que não.

Alice contou estar triste porque uma menina do seu condomínio estava evitando brincar com ela. A mãe de Alice percebeu e disse para a filha parar de convidá-la para brincar, pois ela não gostava das mesmas brincadeiras de Alice. Ela disse que a menina só gosta de conversar e não de brincar. A analista falou que isso acontecia de forma diferente para cada um e que ia chegar o momento em que ela, também, não iria querer saber de brincar e, aliás, isso já estava acontecendo, porque Alice gostava mais de conversar sobre animes do que de brincar. Ela concordou, mas que sua amiga não gostava de falar sobre animes. A analista aproveitou para falar que a escola a ajudará com isso também; para que ela tenha mais assunto para conversar e possibilidades de interagir com mais pessoas, ter mais amigos, mas ela não demonstrou interesse.

Alice já iniciou a sessão falando que estava com medo de seu irmão estar tentando abusar dela. Ela estava com um semblante de preocupação e a analista pediu para ela explicar melhor. Sua mãe estava perto e já começou a contar o que aconteceu. A mãe disse que viu seu filho pegando no seio de Alice, enquanto a abraçava. Ela perguntou a Alice se ela havia percebido, mas a filha não notou nada. A mãe disse para a filha ficar mais atenta, pois seu irmão fica todo tempo abraçando e não quer mais que ela aceite isso. A mãe já havia dito, no início do tratamento, ainda no Caps, que não confiava no filho e não deixava Alice sozinha com ele. Foi ele que obrigou Alice a assistir ao filme de zumbi, sozinha com ele no quarto, quando ela estava com quatro anos.

Em seguida, atendi Alice sozinha. Ela disse que dormia com a mãe e a analista questionou o motivo. Alice disse que tinha medo de ser abusada, pois tinha medo de engravidar. A analista perguntou se ela sabia como alguém engravidava e ela disse que sim “quando as pessoas transam” (sic). A analista disse que ela não precisava se preocupar com gravidez naquele momento, pois era uma muito nova. Ela, também, não precisava se preocupar com seu irmão, pois ele não morava mais na sua casa, e sua mãe e irmã iriam protegê-la.

A analista falou sobre seu pai, que nunca aparece na fala de Alice e nem na de sua

mãe. A Analista pensava que Alice não tinha contato com o pai, mas ela disse que ele telefona e às vezes vai visitá-la. A analista perguntou se ela passeava com ele e ela disse que não, pois sua mãe não deixava, “ela é uma mãe muito cuidadosa e responsável” (sic). A analista perguntou se sua mãe não confiava no seu pai. Ela disse que sim, mas achava mais provável passear com os dois juntos. A analista disse para ela pensar sobre isso e sugerir ao pai um passeio, mesmo que seja com a mãe também. Já que ela tem um pai, poderia aproveitar mais a convivência com ele. Ela riu e disse que poderia ser uma boa ideia.

Ao final do atendimento perguntou se uma menina da sua idade poderia engravidar, pois tinha visto num vídeo. Alice ficou impressionada com isso. A analista explicou que na idade de Alice não era o momento; que, às vezes isso poderia acontecer como em casos de violência sexual. A analista disse, ainda, que ela era muito jovem e sexo era coisa de gente grande.

Os atendimentos de Alice foram suspensos por um tempo e serão retomados de forma presencial no consultório da analista em breve.

O caso de Alice é bastante extenso e contém muitas informações a serem discutidas, pois seu tratamento já dura quase seis anos. No entanto, em virtude dos objetivos aqui propostos, a analista elencou um ponto a ser explorado. Quando Alice iniciou o tratamento, chamou atenção o fato de a fala da mãe, localizando o momento específico do seu adoecimento, não ter sido considerada pelos médicos como critério importante para pensar o diagnóstico. Isso porque, na anamnese, constava a informação de que a mãe percebeu a mudança na filha após o episódio em que ela assistiu ao filme de zumbis. A mãe foi clara ao dizer que, depois daquele momento, sua filha não era mais a mesma.

O episódio do filme dos zumbis é importante e associado a outras informações trazidas pela mãe, permite pensar se não se trataria de um acontecimento de corpo, tal como Miller (2004) propõe, em virtude da associação entre corpo, trauma e *alíngua*, como pontua Barroso (2014). Para a autora, o fundamental da noção de acontecimento de corpo, não é a ordem simbólica e sim a consistência do corpo. A dimensão do gozo ganha prevalência em detrimento da produção de sentido do significante. O gozo envolvido no acontecimento de corpo marca as crianças psicóticas com os excessos precoces no corpo, de modo que o sintoma da criança evidencia o encontro traumático com a língua. (BARROSO, 2014).

Alice já apresentava dificuldades com o Outro, como relatou a mãe ao se referir que a filha falava em língua estrangeira, apresentou dificuldades na aquisição da autonomia de algumas funções executivas, no uso do banheiro, além de problemas na escola. No entanto, o

fator determinante para o desencadeamento de seu estado de alheamento, alterações na linguagem e anorexia, além das alucinações, foi o fato de ter visto sozinha com o irmão, o filme de zumbi. Esse medo de zumbi retornou após anos de análise, como pode ser observado na apresentação do caso e, justamente, após sua mãe lhe contar que viu o irmão assediando-a.

É sabido que o trauma para a psicanálise não corresponde mais a um evento de sedução como o pensamento freudiano concebeu no início da psicanálise. Traumático é sempre o encontro com a língua. “A língua do Outro é traumática porque sua apreensão implica uma maneira singular que consiste nos mal-entendidos infantis” (BARROSO, 2014, p. 108). Os mal-entendidos infantis são traumáticos porque a inserção do ser na linguagem o é. Barroso (2014) destaca que para se apreender o estatuto do corpo falante é preciso conceber o corpo afetado pela língua.

É, pois, da dimensão da linguagem que procede a possibilidade do equívoco e do mal-entendido devido à ambiguidade do significante. O sujeito sempre se embaraça com o significante e por isso mesmo está às voltas com a pergunta sobre o que o outro quer dizer. Antes que o *falasser* utilize a linguagem no nível mais elaborado e socializado, já sofre a incidência de *la língua* sobre o corpo. (BARROSO, 2014, p. 109).

É esse caráter traumático da língua sobre o corpo de Alice, que pode ser observado na fala de sua mãe sobre as dificuldades da filha desde seus primeiros anos de vida, ao que veio se somar o evento do filme dos zumbis. Embora não se tenha acesso ao que realmente se passou no evento em questão, o fato é que Alice contou à mãe, à época, que tentou sair do quarto chorando, mas foi impedida pelo irmão. O que adveio após esse momento, revela os efeitos desse acontecimento em seu corpo, na forma de sintomas no corpo.

Em Nota sobre a criança, Lacan (1969/2003) trata dos dois modos de apresentação do sintoma da criança. Ou ele vai representar a verdade do casal parental, como ocorre na neurose, ou como é o caso da criança psicótica, o sintoma concerne à criança em sua relação com a fantasia materna. Esse último é o caso de Alice. Isso pode ser apreendido, tanto a partir de sua vinculação ao corpo da mãe, permanecendo ligado a ele, como, através do relato da mãe sobre ser igual à filha e ter pensamentos estranhos como ela.

O efeito de certo desligamento do Outro promovido pelo filme de zumbis, levando a uma produção sintomática envolvendo anorexia, olhar perdido, fala desconexa e isolamento autístico, não promoveu uma posição subjetiva que pudesse ser fixada num quadro de autismo. Isso até ocorreu no momento inicial, no qual ela chega ao Caps para iniciar o tratamento. No entanto, seu diagnóstico não se configurou em torno do autismo, mas Alice, paulatinamente, pode, a partir da transferência, desenvolver um movimento de retorno à vinculação anterior ao

Outro, já estabelecida.

Algumas questões relativas à transferência, que precisam ser destacadas, dizem respeito ao percurso que Alice vem estabelecendo no tratamento. Um momento importante de seu tratamento em relação à transferência ocorreu quando Alice passou a assustar a analista que estava distraída. O exercício de uma posição de sujeito dessa ação e não apenas alvo dela, como ocorreu com seu irmão, produziu em Alice grande regozijo (sua capacidade de apassivar o outro na forma de um susto) e foi repetido diversas vezes. A exemplo do *fort-da* do neto de Freud, não se tratou apenas de exercer uma ação e de domínio sobre uma situação traumática, mas de associada à experiência poder vincular uma fala. Esse é o efeito de sujeito que também ocorreu com Alice e que constituiu um início de uma virada em seu tratamento.

Após esse momento, Alice passou a desenvolver um brincar mais criativo, incluir a analista nas brincadeiras, querer sua aprovação, mas também já deu os primeiros sinais de ambivalência, reagindo também de forma agressiva quando desagradada. Isso foi se apresentando no tratamento de forma alternada, ora Alice era bastante solícita e quer agradar a analista, ora é agressiva de forma bastante intensa. Como a analista não entra em embate, Alice recua e pede desculpa ou muda de assunto e de atitude, passando a agir de forma amistosa. Mais recentemente, Alice vinha falando sobre ter prazer em ver cenas violentas. Apesar do destino dessa agressividade constituir uma questão importante no seu tratamento a ser desenvolvida, tem representado um progresso ela conseguir falar sobre isso.

Se o acontecimento de corpo une corpo, trauma e *lalíngua*, Alice pode, ao seu modo, encontrar, através da transferência, certa estabilização para o excesso de gozo que afeta seu corpo. Ela pode organizar um discurso para contar sua história, saindo da posição autística onde se encontrava a princípio; mas ainda há dificuldades. Como o sentido não engloba tudo, os arranjos possíveis para lidar com os efeitos do gozo em seu corpo são muito instáveis. Além disso, o componente agressivo presente na transferência sob a forma de raiva da personagem Renata que é casada com Naruto, torna importante um manejo cuidadoso do tratamento para que Alice não produza um desencadeamento.

A partir da exposição do trabalho realizado com cada criança, pode-se estabelecer que a transferência foi o elemento central na formulação do diagnóstico, na medida em que, ela possibilitou um desdobramento do que, inicialmente, se configurou como um autismo. Nos três casos, o diagnóstico de autismo aparecia como hipótese inicial, contudo, só o caso de John se manteve com essa designação. O trabalho fundamentado na transferência fez com que a recusa inicial ao Outro fosse, paulatinamente, sendo substituída por uma aceitação à presença da

analista e a construção de um brincar em diversas etapas.

Cada criança pode se servir da analista à sua maneira. Cada uma pode encontrar no tratamento um caminho, que a conduzisse a fazer um melhor arranjo com o que afetava seu corpo e não encontrava expressão pela via da linguagem, de modo que pudesse ser lido pelo Outro. É nesse sentido, que Abreu et. al. (2012), citando Laurent (2010) ressalta que o analista precisa operar dando provas que sabe lidar com o real do sujeito, isto é, que sua intervenção passe do registro do sentido para o registro da leitura. O “saber ler” seria, assim, tributário do “bem dizer”, que estaria no centro do que Lacan desenvolveu como ato analítico, enquanto “ação do analista operando sobre o sujeito”. (ABREU et al., 2012, p. 106).

O “saber ler” faz com que a psicanálise não se reduza à retórica do bem-dizer, segundo as indicações millerianas, apontadas por Abreu et.al. (2012, p. 106), o que levaria à concepção da psicanálise como uma mera prática de escuta. Ela é, fundamentalmente, uma prática de leitura, posto que se refira à escritura. “E é, justamente, no intervalo entre falar e escrever que a psicanálise opera; é a partir dessa diferença que explora seu campo de intervenção da maneira mais ampla possível.” (ABREU et al., 2012, p. 106).

Ainda nessa perspectiva, segundo Miller (2011), citado por Abreu et al. (2012), saber ler consiste em estabelecer uma distância entre a fala e o sentido veiculado por ela, enquanto letra, a partir de sua materialidade. Por esse motivo, a clínica com as crianças autistas envolve, necessariamente, um trabalho que ultrapassa o campo do sentido. A transferência é possibilitada pela inscrição de uma descontinuidade, ou “esboços de ausência”, como nomeia Abreu et al. (2012, p. 106) que permitiria aos sujeitos autistas escreverem. Essa ausência, índice de um vazio, é o que possibilitou, por exemplo, à Alice, a partir do momento em que via a analista de costas, passar a assustá-la, iniciando um brincar diferenciado no tratamento.

O brincar, que foi se constituindo de modo singular em cada caso, teve na transferência seu articulador principal. A participação maior ou menor do corpo também foi determinante para que se observasse um efeito de estabilização nos excessos de gozo. O distanciamento da analista, o afastamento físico e em seguida uma aproximação gradativa, a partir dos interesses de Dom com o incêndio, John com a polícia e os bandidos, e Alice a massinha de modelar, promoveram deslocamentos de cena, onde, a princípio encontravam-se paralisados e fora de qualquer possibilidade de acesso ao simbólico, imersos num real aterrorizante.

A única reação possível para essas crianças era o desligamento, o horror, a agitação, que foram ao longo do tratamento sendo substituídas por respostas criadas por cada um. Dom

ampliou seus interesses e narrativas, utilizando a marcha do dia 7 de setembro e o tambor que tanto gostava a serviço de sua agitação, que, inclusive, depois diminuiu. John, mesmo permanecendo numa posição autística, pode, pela transferência e com o brincar, estabelecer uma melhor relação com a linguagem, fazendo chistes com a analista, o que indicava senso de humor e capacidade de sentir prazer e compartilhá-lo. Por fim, Alice pode, no encontro com a analista e a partir do brincar, construir histórias, cada vez mais criativas, que se tornaram novelas. Mesmo não sabendo ler e tendo algumas dificuldades de compreensão da linguagem, Alice passou a se comunicar com facilidade, fazendo uso da língua de modo eficiente e compreensível. Ainda requerem atenção sua hipocondria e agressividade que sinalizam a importância de um trabalho voltado, também, para o corpo e o gozo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar essa pesquisa é importante retomar o percurso realizado, apontando algumas questões suscitadas por ela. A construção desse caminho teve início num cenário de dúvidas quanto ao diagnóstico de psicose e autismo na infância, passou pela consideração das especificidades dos diagnósticos psiquiátrico e psicanalítico, culminando numa abordagem do corpo e da linguagem na transferência, que possibilitou redirecionamentos nos diagnósticos das crianças acompanhadas.

Num primeiro momento, a abordagem do diagnóstico psiquiátrico permitiu compreender o apagamento da psicose na infância e a lógica que propiciou o advento do TEA como a principal categoria diagnóstica da infância na atualidade. Em decorrência desse fato, podem-se localizar prejuízos concernentes ao tratamento, pois as crianças psicóticas passam a não ser identificadas pelos médicos, não recebendo, portanto, o cuidado devido por parte desses profissionais. Além disso, incluir essas crianças como autistas constitui uma negação de sua singularidade.

No que diz respeito às crianças que recebem o diagnóstico de autismo e nem sempre são, como é o caso de Alice, ainda há outras repercussões, pois o forte apelo social, relativo à produção de uma identidade autista, faz com que muitas famílias se fixem nesse diagnóstico de modo irrestrito, o que, também, não é sem consequências. Apesar de ser sempre louvável a luta por direitos e a mobilização da sociedade civil para assegurar a proteção social de crianças, que costumam apresentar limitações de diversas ordens com impactos importantes na vida produtiva, é necessária ponderação para que o diagnóstico não defina um sujeito. No caso de Alice, ela se serviu do diagnóstico como uma defesa, frente à opressão vivida na escola, pois ao se nomear autista, ela não se sentia sozinha.

A escola é outro aspecto que merece ser mencionado, aqui. A partir dos casos clínicos, pode ser constatada como a perspectiva da inclusão é difícil de ser implementada na prática. Não houve qualquer intervenção das escolas para promover a alfabetização dessas três crianças. Elas permanecem alheias ao que se passa ao redor e, nem tanto por seus quadros clínicos, mas, sobretudo, por não encontrarem alternativas para se inserirem num contexto sempre aversivo, posto que, não lhes favoreça o compartilhamento de uma experiência escolar não limitada à aprendizagem.

Essas crianças são muito solitárias e as escolas não contribuíram, nem na sua formação e, tampouco, com o seu tratamento. O que uma criança pode fazer por outra pode ser

percebido, a partir da participação de Dom no grupo de crianças. Embora suas dificuldades o levassem a procurar contato apenas com a analista, foi no grupo que houve uma maior aceitação da presença do Outro e ele pode ter uma experiência de compartilhamento de seu interesse por incêndios. Escuta e respeito à subjetividade que a escola não promoveu à Alice; ignorada, reiteradas vezes, pela professora, que ainda orientava os alunos a fazerem o mesmo, reproduzindo no cotidiano escolar a violência rotineira, já sofrida na sociedade, por quem apresenta alguma deficiência.

Outro aspecto importante a ser destacado pela pesquisa refere-se ao uso de psicotrópicos de modo indiscriminado. A gravidade dos casos acaba sendo uma prerrogativa para a prescrição de muitos medicamentos, mas é importante salientar a cautela que deve envolver o cuidado com a infância. As crianças da pesquisa usam medicamentos desde muito novas e, sem que, anteriormente, tivesse sido dada a oportunidade para que os tratamentos não medicamentosos pudessem surtir efeito. Nesse sentido, a intervenção medicamentosa acaba sendo a primeira, quando a criança chega em crise à unidade de saúde, não, mais um recurso a ser utilizado após início das terapias, caso necessário.

Apesar de a crise constituir uma urgência, como se tratam de crianças, esse cuidado com a administração de medicamentos torna-se ainda mais imprescindível. Sem falar que, tratar com medicamento a crise de uma criança, às vezes bem pequena – como ocorreu com John e Alice, levados a um hospital mental durante uma crise quando tinham quatro e cinco anos – é desconsiderar outras possibilidades de intervenção em crise, preconizadas pelas políticas de cuidado em saúde mental.

A pesquisa, por fim, e, antes de tudo, buscou lançar luz sobre o debate em torno da psicose e do autismo na infância, destacando as dificuldades relativas ao diagnóstico psicanalítico desses quadros. A diversidade de posicionamentos a favor ou contra a teoria da quarta estrutura do autismo vem revelar que essa discussão continua pertinente na atualidade. Os campos da psicose e do autismo não estão completamente separados, tendo em vista a semelhança dos mecanismos de defesa, além das manifestações clínicas expressas no corpo e na linguagem indicarem aproximações.

Essas aproximações não apagam as especificidades, pois há diferenças importantes entre os casos de esquizofrenia e autismo. No entanto, como o autismo se apresenta na forma de um espectro, a depender da localização do sujeito nesse diagnóstico, há uma maior ou menor distinção entre o autismo e a esquizofrenia. Quando autores, como Maleval (2017), afirmam que autismo só evolui dentro do autismo, ou que não há alucinações auditivas no autismo, seria

interessante delimitar de qual autista se está falando. Parece que a referência constante do autor nos denominados autistas de alto rendimento produz a falsa conclusão de que, realmente, são diagnósticos muito diferentes. Leva, inclusive, ao questionamento sobre as razões de ainda se discutir a relação do autismo com a psicose. Porém, quando se atende crianças situadas em outro ponto do espectro, que não aquele que situa os de alto rendimento, como é o caso dos pacientes da pesquisa, fica mais clara a associação e justificada a relevância dessa pesquisa.

Desse modo, a pesquisa vem contribuir com esse debate, indicando que, apesar de o sujeito autista se constituir de modo singular, marcado por uma recusa ao Outro. O estatuto do Outro não é inexistente. O sujeito autista é permeável à linguagem e os casos o demonstraram. Contudo, o uso da linguagem em seus diversos modos não é suficiente para o trabalho com essas crianças. Daí a importância do lugar do corpo no tratamento desses pacientes.

É importante, no entanto, que a produção de sentido não constitua o único eixo a orientar o tratamento, pois isso não será suficiente. É o que o último ensino de Lacan vem indicar e o que resta aqui como possibilidade a ser ainda mais explorada. O trabalho com o real leva a possibilidades maiores de progresso com essas crianças, que tem o corpo bastante afetado pela desregulação do gozo. As manifestações clínicas observadas nas crianças aqui apresentadas revelam como é importante o analista estar atento às produções envolvendo o corpo, como ocorreu com Dom e sua marcha, bem como, John e seu brincar no o corpo a corpo com a analista através de perseguições de polícia a bandidos.

Em nenhum dos três casos, as crianças, quando apresentaram um quadro que seria mais próximo ao do autismo, no início do tratamento, não demonstraram uma recusa absoluta ao Outro; o que levaria à criação de outras estratégias por parte da analista. Não houve a necessidade de iniciar uma aproximação via objeto autístico, pois, nem as crianças tinham um, tampouco foi constituído um ao longo do tratamento. Além disso, nenhuma das crianças criou um duplo no tratamento a partir da transferência.

Por essa razão, por apresentarem possibilidades de abertura ao Outro da linguagem, essas crianças conseguiram, através da transferência, fazer o seu percurso no tratamento, cada uma ao seu modo. Elas puderam se utilizar da analista para adquirir a estabilidade necessária para avançar um pouco mais. Até onde? Não se sabe, mas a aposta no sujeito permanece.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVITCH, S. Criança e Paranoia: uma discussão preliminar. *In: Na mira do outro: a paranoia e seus fenômenos*. Antonio Quinet (org), Coleção Bacamarte n. 5, Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2002.
- ABREU, T. M. L.; SOUZA, L. C.; MENA, L.; ALMEIDA, P. A transferência na clínica do autismo. *In: MURTA, A., CALMON, A.; ROSA, N. (orgs.). Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana*. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostical and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-III)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostical and and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-IV)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostical and and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2015.
- ASPERGER, H. (1944). Autistic psychopathy in childhood. *In: FRITH, U. Autism and Asperger syndrome*. p. 37-92. Londres: Cambridge University Press, 1991.
- AZEVEDO, Marcela Maria de Paiva; NICOLAU, Roseane Freitas. Autismo: um modo de apresentação do sujeito na estrutura de linguagem. **Revista Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 12-28, abr. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282017000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i1p12-28>.
- BARROS, M. do R. C. A questão do autismo. *In: MURTA, A., CALMON, A.; ROSA, N. (orgs.). Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana*. p. 91-97. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.
- BARROSO, S. F. Sobre a pulsão: corpo e gozo na psicanálise com crianças. **Instituto de psicanálise e saúde mental de Minas Gerais, Almanaque on-line**, Belo Horizonte, n. 10, Jan- Jul de 2012. Disponível em: <<http://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Suzana-almq10.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2021.
- BARROSO, S. F. **As psicoses na infância: o corpo sem a ajuda de um discurso estabelecido**. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.
- BASTOS, A. Entre o ser e o sujeito: a alienação. *In: PINHEIRO, T. (Org.) Psicanálise e*

formas de subjetivação contemporâneas. Rio de Janeiro: Contracapa, p. 137-149, 2003.

BENDER, L. Childhood Schizophrenia. *Nerv. Child.*, n. 1, p. 138-140, 1941-42.

BENDER, L. Childhood Schizophrenia: clinical study of one hundred schizophrenic children. *Am. J. Orthopsychiat.*, n. 17, p. 40-56, 1947.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. *In: CIRINO, O. Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura.* p. 127-144. Autêntica, 2001.

BERNARDINO, M. L. F. **As psicoses não-decididas na infância:** um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BETTTELHEIM, B. (1967). **La forteresse vide.** Paris: Gallimard, 1974.

BETTTELHEIM, B. A fortaleza Vazia. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

BEZERRA JR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR, B.; COSTA, J. F. (org.). A criação do diagnóstico na psiquiatria contemporânea.* Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BLEULER, E. (1911). Dementia Praecox Oder die Gruppe der Schizophrenien. *In: KAUFMANN, P. Dicionário enciclopédico de psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

BRADLEY, C. **Schizophrenia in childhood.** New York: Macmillan, 1941.

BRAUNSTEIN, N. A. **Clasificar en Psiquiatria.** Siglo XXI editores, México, e-book, 2013.

CALAZANS, R.; REIS, L. N. O conceito de paranoia em Freud. **Psicologia: ciência e profissão**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 80-95, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/P89J6CJCqSMtQXn94KHn74f/?lang=pt>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CALMON, A.; ROSA, M. **Autismo(s) e atualidade:** uma leitura lacaniana. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.

CALZAVARA, M. G. P.; VORCARO, A. M. R. Efeitos da incidência da linguagem no corpo do sujeito autista. **Tempo psicanalítico**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 31-50, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382018000200003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CLÉRAMBAULT, G. **Les édifices du délire.** Paris: Navarin, 1942.

COUTO. M. **Vagas e Lumes.** Lisboa: Caminho, 2014.

DEMAZEUX, S. **Qu`est-ce que le DSM?** Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie, Paris: Ithaque, 2013.

DESPERT, J. L. Schizophrenia in childhood. *Psychiat, Q*, 12, 366-371, 1938.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

FERREIRA, T.; VORCARO, A. **O tratamento psicanalítico de crianças autistas**: diálogo com muitas experiências. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

FLESLER, A. **A psicanálise de crianças e o lugar dos pais**. Trad. Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

FRANCES, A. **Saving normal**. New York: Harper Collins, 2013.

FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. III.

FREUD, S. (1895). Rascunho H. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V.I.

FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. IV.

FREUD, S. (1911-15). Artigos sobre a técnica e outros trabalhos. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XII.

FREUD, S. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XII.

FREUD, S. (1913). A predisposição à neurose obsessiva. *In: Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XII.

FREUD, S. (1914). Recordar, Repetir e Elaborar. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XII.

FREUD, S. (1912-1913). Totem e Tabu. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XIII.

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo; uma introdução. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XIV.

FREUD, S. (1915). O inconsciente. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XIV.

FREUD, S. (1918). História de uma neurose infantil. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XVII.

FREUD, S. (1923-24). Neurose e Psicose. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XIX.

FREUD, S. (1925). A negativa. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XIX.

FREUD, S. (1930). O mal-estar na civilização. *In: Edição Standard Brasileira Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XXI.

FREUD, S. (1938). Esboço de Psicanálise. *In: Edição Standard Brasileira Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XXIII.

FURTADO, L.A. R. **O sujeito na entrada da estação: estudos sobre o caso Dick, a clínica psicanalítica e o autismo**. Luis Achilles Rodrigues Furtado (org). São Paulo: Larvatus Prodeo, 2021.

GAINES, A. D. From DSM I to DSM II: Voices of self, mastery, and the other: a Cultural Constructivist Reading of US. Psychiatric Classification. *Soc. sei. Med.*, v. 35, n. 1, p. 3-24, 1992.

GOLDFARB, W. Psicose infantil. *In: MUSSEN, P. H. (org). Manual de Psicologia da criança: psicopatologia*. São Paulo, ed. da Universidade de São Paulo, 1975.

GRANDIN, T. (1995). **Thinking in Pictures and Other Reports from my life with Autism**. Trad. Penser en images. Et autres témoignages sur l'autisme, Paris, Odile Jacob, 1997.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ep/a/mJ9399tTm597mJXRgPhVNkf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Revista Ágora: estudos em teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/agora/a/Nsq79hc7Wh5VP3jhygtvsrD/?lang=pt>>. Acesso em: 23 maio 2021.

JERUSALINSKY, A. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. *In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (orgs.) O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 231-242.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise do autismo**. Trad. Erika Parlato Oliveira; Roberta Ecleide O. Gomes; Kelly e Emilene Parlato. 2 ed. São Paulo, Instituto Langage, 2012.

JERUSALINSKY, J. A era da palmatória química e da camisa de força tarja preta: medicalização versus reconhecimento do sofrimento psíquico da criança na polis. *In: CATÃO, I. (org) Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça*. Salvador: Ágalma, 2020.

KANNER, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. **Nervous Child**, Cambridge, n. 2, p. 217-250, 1943.

KANNER, L. **Psiquiatria infantil**. Buenos Aires: Editorial Psique, 1966.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2020.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**. Jorge Zahar Editor, 1996.

KLEIN, M. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do Ego. *In: Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, M. (1930). A psicoterapia das psicoses. *In: Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KRAEPELIN, E. (1899). A demência precoce: sinais gerais da doença e formas paranoides. *In: ABERTI, S. (Org). Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 1999, p. 45-71.

LACAN, J. (1953-1954). **O Seminário livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Trad. Betty Milan. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

LACAN, J. (1955-1956). **O Seminário livro 3: as psicoses**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. *In: Escritos*. p. 238-324. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1955-1956). De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses. *In: Escritos*. p. 238-324. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1958-59). **O seminário livro 6: O desejo e sua interpretação**. Inédito. s. d.

LACAN, J. (1960). Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: psicanálise e estrutura da personalidade. *In: Escritos*., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1975). Conferência de Genebra sobre o sintoma. **Opção Lacaniana**. São Paulo, n. 23, p. 6-16, 1998.

LACAN, J. (1975). Conferência em Genebra sobre el sintoma. *In: Intervenciones y textos 2*. 2. ed. p. 115-144. Buenos Aires: Manantial, 1991.

LACAN, J. Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a Verneinung de Freud. *In: Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. Comentário falado sobre a Verneinung de Freud, por Jean Hyppolite. *In: Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a Verneinung de Freud. *In: Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1967). Alocução sobre as psicoses da criança. *In: Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LACAN, J. (1969). Nota sobre a criança. *In: Outros escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003. p. 369-370.

LACAN, J. (1975). Joyce, o Sinthoma. *In: Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LACAN, J. (1962-63). **O Seminário livro 10: a angústia**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. (1975-76). **O Seminário livro 23: o sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LACAN, J. (1964). **O Seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Trad. MD. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. (1932). **Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade**. Trad. Aluísio Menezes, Marco Antônio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes Silveira Jr. 2. ed, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

LACAN, J. (1975). **Lacan in North America**. Porto Alegre: Editora Fi, 2016.

LAURENT, E. **Hay um fin de análisis para los niños?** 2 ed. Buenos Aires: Coleccion Diva, 2003.

LAURENT, E. **A sociedade do sintoma: a psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: contracapa, 2007.

LAURENT, E. Le trait de l'autiste. *In: HALLEUX, Bruno de (Dir). "Quelque chose à dire" à l'enfant autiste: pratique à plusieurs à l'Antenne 110*. Paris: Michèle, 2010a. p. 219- 222;

LAURENT, E. Les futurs des Spectres de l'autisme. *In: HALLEUX, Bruno de (Dir). "Quelque chose à dire" à l'enfant autiste: pratique à plusieurs à l'Antenne 110*, Paris: Michèle, 2010b. p. 223-236.

LAURENT, E. Les spectres de l'autisme. **La Cause freudienne, Révue de psychanalyse**, Paris, Navarin Seuil, n. 78, p. 53-63, 2011a.

LAURENT, E. **"Los espectros del autismo": el sentimiento delirante de la vida**. Colección Diva, Buenos Aires, 2011b.

LAURENT, E. O que nos ensinam os autistas. *In: MURTA, A., CALMON, A.; ROSA, N.*

(orgs.). **Autismo(s) e atualidade**: uma leitura lacaniana. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2012. p. 17-43.

LAURENT, E. **A batalha do autismo**: da clínica à política. Tradução: Cláudia Berliner, Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2014.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia**: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Tradução: Cláudia Fernandes Rohenkol, et al. 3. ed. Salvador, Ágalma, 2013.

LAZNIK, M. C.; TOUATI, B.; BURSZTEJN, C. **Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância**. Trad. Erika Parlato-Oliveira, et al. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LEFORT, R. **L'Enfant au loup et le Président**, Seuil, Paris, 1988.

LEFORT, Robert. Introdução à jornada de estudos do CEREDA. *In*: MILLER, Judith (org). **A criança no discurso analítico**. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

LEFORT, Rosine. Um passo a mais entre a criança e o adulto: a estrutura do corpo. *In*: MILLER, Judith (org). **A criança no discurso analítico**. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

LEFORT, Rosine & R. **A distinção do autismo**. Tradução: Ana Lydia Santiago e Cristina Vidigal. Belo Horizonte: Relicário edições, 2017.

MAHLER, M. (1968). **Psychose infantile**. Paris: Payot, 1973.

MAHLER, M. **As psicoses infantis e outros estudos**. Trad. Helena Mascarenhas de Souza. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MALEVAL, J. C. **La forclusión del nombre del padre**: el concepto y su clínica. Buenos Aires, Paidós, 2002.

MALEVAL, J-C. Língua verbosa, língua factual e frases espontâneas nos autistas. *In*: MURTA, A., CALMON, A.; ROSA, N. (orgs.). **Autismo(s) e atualidade**: uma leitura lacaniana. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2012.

MALEVAL, J-C. Por que a hipótese de uma estrutura autística? Opção lacaniana, ano 6, número 18, novembro de 2015, ISSN 2177-2673. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_18/Por_que_a_hipotese_de_uma_estrutura_a_utistica.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

MALEVAL, J-C. **O autista e sua voz**. Tradução e notas: Paulo Sérgio de Souza JR. São Paulo: Blucher, 2017.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 244-262, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i2p244-262>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MARTINHAGO, F., CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Revista Physis**, São Paulo, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MAS, N. A. **Transtorno do espectro autista: história da construção de um diagnóstico**. 2018, 103f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-191739/publico/mas_me.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MILLER, J-A. **Biologia Lacaniana e acontecimento de corpo**. Opção lacaniana, São Paulo, Éolia, v. 41, p. 7-67, 2004.

MILLER, J-A. **La Matrice du traitement de l'enfant au loup**. La cause Fredienne, 66, 2007.

MILLER, J-A. **Lire un symptôme**. In: Congresso da New Lacanian School –NLS, Londres, 3 abr. 2011.

MILLER, J-A. **Psicose ordinária: a convenção de antibes**. Scriptum: Belo Horizonte, 2012.

MIRANDA, E.R. Uma esquizofrenia precocemente desencadeada? *In: Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. Sonia Albert (org). Rio de Janeiro: Marca D'Água, 1999.

NOMINÉ, B. A questão do sintoma e a problemática do corpo no autismo. *In: Autismo e esquizofrenia na clínica da Esquizo*. Sônia Alberti (org). Rio de Janeiro: Marca D'Água, 1999.

NOMINÉ, B. O que nos ensinam os autistas. **A peste**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 27-39, jul./dez. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Renata/Documents/TESE/Nomin%C3%A9-%20autismo.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ORRADO, M.; VIVES, J-C. **Autismo e mediação: bricolar uma solução para cada um**. Trad. Paulo de Sérgio de Souza Júnior. São Paulo: Aller, 2021.

QUINET, A. A psicopatologia da esquizofrenia: Bleuler com Freud e Lacan. *In: Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. Sonia Albert (org). Rio de Janeiro: Marca D'Água, 1999.

RIBEIRO, A. S. et al. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 32, n. 1, p. 46-56, jan.-abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5674>>. Acesso em: 12 maio 2020.

ROCHA, A. P. R.; MIRANDA, E. R.; RIBEIRO, M. A. C.; CALDAS, M. L. A paranoia e a infância. *In: Na mira do outro: a paranoia e seus fenômenos*. Antonio Quinet (org), Coleção Bacamarte n. 5, Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2002.

ROUDINESCO, E. **Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento**. São Paulo: companhia das letras, 1994.

RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (1978). **L'autisme. Une réévaluation du concept et du traitement.** Paris: PUF, 1991.

SANCHES, D. R. **Discursos diagnósticos Pós-Lacanianos: dos fundamentos da psiquiatria à tese de um novo sujeito.** 2015, 207 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-05012016-154827/publico/sanches_do.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SAURÍ, J. J. **O que é diagnosticar em psiquiatria.** São Paulo: Escuta, 2001.

SILVA, L. D. M; LUSTOZA, R. Z. A polêmica do tempo de constituição da estrutura psicótica. **Estudos interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 117-134, abr. 2020. Disponível em: <[file:///C:/Users/Renata/Downloads/36599-196180-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Renata/Downloads/36599-196180-1-PB%20(4).pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2021.

SOLER, C. **Autismo e esquizofrenia na clínica da Esquize.** Sônia Alberti (org). Rio de Janeiro: Marca D'Água, 1999.

SOLER, C. Autismo e Paranoia. *In*: ALBERT, Sonia (org). **Autismo e esquizofrenia na clínica da esquize.** Rio de Janeiro: Marca D'Água, 1999.

SOLER, C. **O em-corpo do sujeito: seminário 2001- 2002.** Trad.: Graça Pamplona, Sônia Magalhaes, Cícero Oliveira, Elizabeth Saporiti. Salvador: Ágalma, 2019.

SOUZA, C. R. Isso o que te ofereço é "não": o autista e a transferência. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 1-28. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e16269>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

TENDLARZ, S. E. **Childhood Psychosis.** London: Karnac Books, 2003.

TENDLARZ, S. E.; BAYÓN, P. A. **¿Que es el autismo? Infancia y psicoanálisis** (Spanish Edition). Grama ediciones. Edição do Kindle, 2020.

TUSTIN, F. **Estados autísticos em crianças.** Rio de Janeiro: Imago, 1984.

VINHEIRO, V. Autismo e psicose. **Autismo. Revista da Escola Letra Freudiana**, Rio de Janeiro, Ano XXXVI, n. 50, 7 letras, 2017.

VORCARO, A, GUEDES, R. P, COUTO, D. O passo da medicalização da infância. *In*: CATÃO, Inês (org). **Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça.** Inês Catão (org). Salvador: Ágalma, 2020.

VORCARO, A. M. R.; LUCERO, A. Entre real, simbólico e imaginário: Leituras do autismo. **Psicologia Argumento**, Londrina, v. 28, n. 61, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/19839>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

VORCARO, A.; POZZATO, V. G. Aproximações e distinções entre os autismos e as psicoses

em crianças: condições da alienação à linguagem. **Analytica: Revista de Psicanálise**, São João Del Rey, v. 3, n. 5, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/615>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

YANKELEVICH, H. Fabian, a criança do computador – fragmentos da cura analítica de uma criança autista de 4 anos. *In: Autismo. Revista da Escola Letra Freudiana*, Rio de Janeiro, Ano XXXVI, n. 50, 7 letras, 2017.

ZORZANELLI, R. Sobre os DSM's como objetos culturais. *In: A criação do diagnóstico na psiquiatria contemporânea*. Rafaela Zorzanelli, Benilton Bezerra Jr, Jurandir Freire Costa (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

WINNICOTT, D. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. *In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *In: WINNICOTT, D. O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ANEXOS

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Problemáticas diagnósticas na infância e na adolescência em sofrimento psíquico: um estudo teórico-clínico a partir da perspectiva psicanalítica

Pesquisador: KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34404820.3.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.159.781

Apresentação do Projeto:

O projeto se insere no campo da saúde mental infanto-juvenil e objetiva refletir sobre diagnósticos psicopatológicos e medicalização psiquiátrica, e suas relações com a clínica psicanalítica com crianças e adolescentes, partindo-se do levantamento do perfil dos usuários do Programa Clínica, Estética e Política do Cuidado. O Programa é uma ação de extensão do Departamento de Psicologia da UFC e atende crianças e adolescentes em

sofrimento psíquico grave sob a perspectiva psicanalítica desde 2015. Em estudo realizado, constatou-se, entre outros resultados, que a hipótese diagnóstica mais frequente com a qual os pacientes chegavam ao Programa foi a de autismo para 43% dos atendimentos. Considera-se necessário o levantamento desses dados em maior extensão, correlacionando-os à questão do diagnóstico diferencial na infância e juventude numa perspectiva

psicanalítica. A psicanálise, que não define o diagnóstico pelos sintomas, mas sim por traços estruturais e pela transferência, pode contribuir construindo uma discussão que é a proposta da pesquisa: situar a diferenciação psicose/autismo a partir de uma compreensão clínica que considere a estruturação psíquica do sujeito e mapear a configuração dos casos que estão chegando para atendimento clínico no Programa. A investigação tem como método a pesquisa bibliográfica em psicanálise acerca do diagnóstico de psicose e de autismo em crianças e adolescentes que frequentam um serviço público de saúde e os efeitos da medicalização precoce na direção do tratamento, bem como a metodologia de estudo de

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.159.781

casos clínicos e pesquisa documental a partir do formulário integrado dos pacientes do Programa. Ao realizar uma análise crítica da predominância da perspectiva diagnóstica do espectro do autismo e da hegemonia da terapêutica de medicalização pedopsiquiátrica, o estudo pode contribuir com a orientação de políticas públicas em saúde mental infanto-juvenil.

Metodologicamente, o projeto explicita:

a) Pesquisa bibliográfica de material relevante publicado acerca da temática do diagnóstico diferencial das psicoses e do autismo em crianças, bem como a utilização de casos clínicos da pesquisadora que ilustrem os problemas teóricos relativos a essa definição diagnóstica. Pretende-se compreender a partir da teoria psicanalítica acerca das estruturas clínicas, as especificidades dos dois quadros clínicos para além da sintomatologia apresentada pelas crianças. Tendo em vista os objetivos propostos, a pesquisa terá como ponto de partida a revisão de literatura de psicanalistas que se dedicaram ao tema da psicose infantil, a fim de realizar um levantamento dos principais pontos de vista relativos ao estabelecimento desse diagnóstico na infância.

b) Estudo de caso clínico, tem por objetivo possibilitar uma maior articulação teórico/clínica, pois se pretende utilizar casos clínicos do Programa que possam contribuir na explicitação das diferenças dos dois quadros clínicos. Nesse sentido, ao invés de fazer-se referência, por exemplo, aos critérios do DSM-V que determinam para o diagnóstico de TEA a presença de sintomas como déficits na comunicação e interação social, a pesquisa estará voltada para os modos de relação do sujeito com o Outro e quais impasses na constituição do sujeito produzem como resposta o autismo ou a psicose na criança. Desse modo, serão abordados sintomas em articulação com o campo do Outro, tais como, a questão da relação com o corpo e que passa tanto pela agitação motora, como as alterações sensoriais (esse último específico do autismo), o que está referido aos impasses no

estádio do espelho, dentre outras operações da constituição psíquica que também passam pelo Outro da linguagem. Os interesses e comportamentos restritos e repetitivos serão abordados através das diferenças nos modos de constituição do objeto no autismo e na psicose, a fim de evidenciar as singularidades dos dois quadros. A pesquisa bibliográfica será retomada a partir do estudo de caso clínico, considerando as particularidades de um trabalho institucional orientado pela psicanálise.

c) Análise documental. As fontes de dados utilizadas se basearão no Formulário Integrado dos pacientes, atendidos entre os anos 2015-2019. A partir deste levantamento, serão analisados os seguintes componentes do Prontuário Integrado: diagnósticos e/ou queixas mais frequentes, a incidência da terapêutica medicamentosa nos tratamentos, a integração da criança no espaço

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.159.781

escolar e na Rede de Atenção Psicossocial e as condições socio-econômicas das famílias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Refletir acerca dos diagnósticos psicopatológicos e da medicalização infanto-juvenil, bem como suas relações com os atuais problemas apresentados na clínica com crianças e adolescentes, realizada nos serviços públicos de saúde, a partir do levantamento do perfil dos usuários do Programa de Extensão "Clínica, Estética e Política do Cuidado".

Objetivo Secundário:

a) Investigar os principais entraves concernentes ao estabelecimento do diagnóstico diferencial das psicoses infantis e do autismo na teoria

psicanalítica, contribuindo para a definição mais precisa desses quadros na infância, bem como para a adequada direção do tratamento; b) Explicitar

o modo como é estabelecido o diagnóstico psicanalítico na infância, evidenciando os entraves com relação à diferenciação do autismo e psicose

infantil; c) Analisar de que forma se constituiu a concepção de psicose na infância no interior da teoria psicanalítica, a fim de situar os impasses

relativos à formulação desse diagnóstico; d) Evidenciar os desdobramentos que a imprecisão diagnóstica provoca para a direção do tratamento do

autismo e da psicose infantil através da utilização de casos clínicos; e) Estabelecer o perfil das demandas para atendimento das crianças e adolescentes do Programa de Extensão Clínica, Estética e Política do

Cuidado; f) Realizar levantamento do perfil dos usuários do Programa Clínica, Estética e Política do Cuidado; g) Conhecer os alcances e limites das atuais políticas públicas voltadas a esse público no contexto

das cidades de Fortaleza e Quixeramobim, relacionando aos sofrimentos; h) Refletir sobre o modo como as condições de pobreza dessas famílias se relacionam a formas de sofrimentos particulares testemunhamos

em seus percursos pelas instituições de saúde, escola e assistência social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, o projeto indica que a pesquisa oferece risco mínimo aos seus participantes, estes riscos se relacionam ao vazamento de informações. Como forma de prevenção e assistência a tais riscos, o material colhido será de acesso e guarda exclusiva da pesquisadora e das participantes da pesquisa. A pesquisadora assegurará sua postura ética e de confiabilidade.

Em relação aos benefícios, o projeto indica que a pesquisa poderá fortalecer o campo teórico da psicanálise acerca dos autismos e psicose na infância e adolescência, delineando os impasses no

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.159.781

diagnóstico dos dois quadros clínicos, favorecendo a produção de conhecimento acerca dos temas estudados, bem como poderá subsidiar e orientar a elaboração de políticas públicas no âmbito da saúde mental infanto-juvenil, ao refletir criticamente sobre os diagnósticos psicopatológicos e da medicalização infanto-juvenil e suas relações com os atuais problemas apresentados na clínica com crianças e adolescentes atendidos pelo Programa. Desse modo, além da prevalência do diagnóstico médico, pretende-se também destacar nesta pesquisa questionamentos que também se apresentam dentro do campo teórico-clínico da Psicanálise, por exemplo: uma criança considerada autista que passa a apresentar um discurso delirante, por exemplo, seria realmente autista e haveria realizado uma passagem para a psicose ou seu diagnóstico estaria equivocado desde o princípio? Em outro caso, se uma criança com traços típicos de autismo inicia o tratamento psicanalítico e passa a apresentar modificações tais como aceitação do Outro, estabelecimento da transferência e não mais a recusa e o alheamento do início, poderia-se falar em evolução do seu quadro dentro do espectro do autismo ou seria mais um caso de neurose ou psicose infantil tomada por autismo? São esses os questionamentos que deram origem a essa pesquisa, articulada a outras pesquisas em curso no Programa de PósGraduação (Campos, 2019), especialmente, na Linha de Pesquisa Teorias e Práticas da Psicanálise, e é em torno dessas questões que essa investigação se também se justifica. A partir da dimensão política do Programa CEPC, participamos de eventos e reuniões de articulação política

atuando, por exemplo, junto à Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM). Deste modo, consideramos que essa pesquisa poderá fortalecer nossa participação, bem como subsidiar e orientar a elaboração de políticas públicas no âmbito da saúde mental infanto-juvenil, ao refletir criticamente sobre a predominância da perspectiva diagnóstica do espectro do autismo e a hegemonia da terapêutica de medicalização pedopsiquiátrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O encaminhamento metodológico proposto no projeto, assim como a análise dos riscos e benefícios demonstram observância aos aspectos éticos a serem considerados na execução de pesquisas na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória encontram-se em conformidade com as exigências do Comitê de Ética.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.159.781

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar o relatório final ao concluir a pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1567405.pdf	26/06/2020 08:41:10		Aceito
Declaração de Pesquisadores	concordancia_assinado_renata.pdf	23/06/2020 19:27:31	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	concordancia_assinado_camila.pdf	23/06/2020 19:25:20	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	concordancia_assinado_Ricardo_Pinheiro.pdf	23/06/2020 19:23:57	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_dados.pdf	23/06/2020 18:40:53	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Outros	curriculo_lattes.pdf	23/06/2020 18:39:28	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Outros	declaracao_fiel_depositario_assinado.pdf	23/06/2020 18:27:22	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	carta_apreciacao.pdf	23/06/2020 18:22:59	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/06/2020 18:21:23	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento.pdf	23/06/2020 18:20:08	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	23/06/2020 18:18:42	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	23/06/2020 18:15:10	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada.pdf	23/06/2020 18:11:05	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	concordancia_myrella.pdf	30/05/2020 02:50:40	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3388-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.159.781

Declaração de Pesquisadores	concordancia_juliana.pdf	30/05/2020 02:50:02	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	concordancia_cristiane.pdf	30/05/2020 02:47:49	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_instituicao.pdf	30/05/2020 02:46:52	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito
Cronograma	cronograma_assinado.pdf	30/05/2020 02:41:45	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 17 de Julho de 2020

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3368-8344

E-mail: comepe@ufc.br