



O SINGULAR DA CRIANÇA E A PADRONIZAÇÃO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS: CONTRIBUIÇÕES PARA A CLÍNICA DO AUTISMO

THE SINGULAR OF THE CHILD AND THE STANDARDIZATION OF DIAGNOSTIC CRITERIA: CONTRIBUTIONS TO THE CLINIC OF AUTISM

Tharso Peixoto Santos e Souza¹

RESUMO: Atualmente tem existido um predomínio do paradigma da ciência moderna que preconiza a classificação de sinais e sintomas a partir de manuais psiquiátricos ou escalas psicológicas, ocasionando na maioria das vezes um apagamento do sujeito – daquilo que é singular e subjetivo. Mas haverá algo para além disso, que possa orientar o processo de psicodiagnóstico nos casos referentes ao autismo e que considere a singularidade de cada sujeito sem ignorar as especificidades da condição autística? Este artigo objetiva descrever critérios diagnósticos que considerem todas as dimensões subjetivas e singulares de uma criança para além de uma lógica padronizadora. Sendo uma pesquisa de caráter qualitativo e bibliográfico, sustenta-se em algumas contribuições trazidas por autores orientados pela Psicanálise lacaniana. Seguindo estes autores, a Psicanálise compreende que o comportamento do autista é um modo da criança se defender contra a presença ameaçadora de um Outro conciso e invasivo, algo que remete ao primitivo processo de constituição do sujeito. Sendo assim, o autista defende-se dos objetos deixados por esse Outro: a voz, o olhar, a alimentação, as fezes. Vê-se um sujeito tentando se estabelecer como tal diante do Outro. E para isso trabalha intensamente – é o trabalho do inconsciente. Sendo assim, o psicanalista irá se ater à posição que o sujeito toma diante do Outro, a relação do sujeito com a linguagem e sua relação com o corpo, favorecendo que o sujeito apareça ainda que seja pela negativa. É preciso deixar advir o desejo e evitar toda prática clínica que busca padronizar os sujeitos na díade normalidade-anormalidade. Isso requer cuidado e cautela por parte do profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo; Sujeito; Psicanálise; Diagnóstico; Lacan.

ABSTRACT: Nowadays, there has been a predominance of the paradigm of modern science that advocates the classification of signs and symptoms from psychiatric manuals or psychological scales, causing in most cases a deletion of the subject - of what is singular and subjective. But is there anything beyond that which can guide the process of psychodiagnosis in autism cases and that considers the uniqueness of each subject without ignoring the specificities of the autistic condition? This article aims to describe diagnostic criteria that consider all the subjective and singular dimensions of a child beyond a standard logic. Being a qualitative and bibliographical research, it is based on some contributions brought by authors oriented by the Lacanian psychoanalysis. Following these authors, psychoanalysis understands that autistic behavior is a way for the child to defend against the threatening presence of a concise and invasive Other, something that refers to the primitive constitution process of the subject. Thus, the autistic one defends of the objects left by this Other: the voice, the look, the feeding, the feces. It is seen the subject trying to establish himself as such in front of the Other. And for this he works intensely - it is the work of the unconscious. Thus, the psychoanalyst will focus to the position that the subject takes in relation to the Other, the relationship of the subject to language and its relationship to the body, favoring that the subject appears even if it is negative. It is necessary to let it come the desire and avoid any clinical practice that seeks to standardize the subjects in the normality-abnormality dyad. This requires care and caution on the part of the professional.

KEYWORDS: Autism; Subject; Psychoanalysis; Diagnosis; Lacan.

1 INTRODUÇÃO

Considerando o crescente e desenfreado estabelecimento do diagnóstico de autismo em crianças que não se enquadram em certos protocolos de desenvolvimento e tendo como

¹ Psicólogo. Pós-graduado em Psicopatologia e Psicodiagnóstico Infantil (Unyleya), Pós-Graduando em Psicanálise: Clínica da Criança e do Adolescente (PUC Minas). tharsopeixoto@yahoo.com.br

base classificatória aspectos normativos dos manuais de psiquiatria, quais critérios devem ser utilizados para a realização de um psicodiagnóstico que considere a singularidade de cada sujeito, sem ignorar as especificidades do transtorno? O que se encontra por detrás do que tem sido chamado de “epidemia” de autismo? Inúmeros periódicos da mídia (PESQUISAS... 2016) ou científicos têm levantado a questão do aumento de crianças diagnosticadas com este transtorno. A tendência atual de se fiar num tipo de paradigma científico que estabelece o que venha a ser o padrão desejável de saúde mental para as pessoas também tem classificado crianças que por alguma razão escapam de tais critérios e acabam por receber o diagnóstico de autismo (MANIFESTO..., 2017).

Além disso, tem sido muito comum nomear certas debilidades infantis em seu desenvolvimento escolar através de algum diagnóstico psiquiátrico com o intuito de oportunizar àquela criança um processo de avaliação escolar com menor rigor ou mesmo a obtenção indevida de benefícios financeiros garantidos por lei para aqueles que, de fato, apresentam o transtorno. Na atuação profissional de um psicólogo encontram-se facilmente crianças que já trazem um diagnóstico de autismo, o qual funciona como um rótulo capaz de sanar as inquietações dos pais e professores a respeito daquilo que é considerado estranho no comportamento da criança, mas que não é necessariamente patológico. O impacto de um diagnóstico apressado e impreciso na vida da criança e da família é imensurável (CUNHA, 2000).

Muitas crianças são medicadas e passam a usar drogas potentes sem qualquer cuidado ou necessidade. Contudo, sabe-se que esse problema envolve questões mercadológicas, que se referem ao lucro advindo dele. Muitos se beneficiam da medicalização excessiva, lucros originados das avaliações psicológicas e compra e venda de remédios (VECTORE et al, 2018). Tal prática tem atropelado aquilo que é único em cada sujeito, sua singularidade, promovendo a massificação do ser, bem como a patologização daquilo que é diferente e único em cada criança (CAMPANÁRIO, 2008). Apesar das controvérsias, estima-se que exista 1 autista para cada 110 a 150 nascimentos no mundo. A estimativa mundial é de 70 milhões de autistas (FERREIRA, 2017). Números que indicam a necessidade de cautela por parte dos profissionais que lidam com essas crianças em se orientarem por critérios para um diagnóstico clínico, referenciando os manuais de psiquiatria e psicopatologia, porém sem perder de vista que a criança carrega consigo a complexidade da dimensão humana na singularidade de seu ser.

Este estudo tem como objetivo principal descrever critérios diagnósticos que considerem todas as dimensões subjetivas e singulares de uma criança para além de uma lógica padronizadora. Para isso, critica a influência dessa padronização no desenfreio estabelecimento de diagnósticos de autismo e suas razões; discute normalidade e doença no desenvolvimen-

to infantil a partir da singularidade da construção do eu; e aponta, de modo não exaustivo, algumas contribuições da Psicanálise no estabelecimento de critérios diferenciais para o diagnóstico de autismo.

Considerando a problemática que norteia esta pesquisa e sua complexidade, a saber, da descrição de tais critérios diagnósticos sustentados não numa lógica padronizadora, mas sim na singularidade e subjetividade da criança, é que este projeto de pesquisa assume seu caráter qualitativo. Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória, transversal e de caráter bibliográfico, sendo utilizados textos psicanalíticos de Freud e de alguns autores de fundamentação teórica na obra de Lacan, bem como de outros autores que tratam da questão da criança e da psicopatologia infantil. Ademais, o presente artigo possibilitará aos profissionais de saúde a oportunidade de uma análise da conduta ética de cada um e do impacto que isso pode promover no serviço prestado, a saber, humanizando o olhar do profissional que lida com a criança promovendo assim seu desenvolvimento como sujeito autônomo, criativo e único.

2 A “EPIDEMIA” DE DIAGNÓSTICOS DE AUTISMO E SEU EFEITO MERCADOLÓGICO SOBRE A CRIANÇA

Desde os estudos de Kanner (1943, apud CAMPANÁRIO, 2008) na primeira metade do século XX, o autismo tem sido definido como uma série de perturbações de três ordens, a saber: interação social, comunicação e comportamento. Tais alterações impedem a criança de manter um desenvolvimento afetivo com outros, em muitos casos, podendo ser detectadas nos primeiros meses de vida. Inúmeros critérios de classificação são apontados pelos estudiosos para fins da detecção do autismo, sendo que nos anos 90 surge a expressão “transtorno do espectro autista” designando graus diferentes de comprometimento (CAMPANÁRIO, 2008). Junto com a nova nomenclatura sugerem-se também tratamentos medicamentosos específicos e terapias de ênfase cognitiva evidenciando a emergência do paradigma neurobiológico nas ciências do comportamento.

Muito esforço tem sido feito a fim de haver um diagnóstico preciso do autismo utilizando-se, muitas vezes, apenas de um arcabouço tecnobiológico que fundamenta os critérios classificatórios. Recentemente no Brasil foi aprovada a lei 13438, que cria um protocolo visando a detecção precoce do autismo em crianças, o qual deve ser utilizado nos serviços de saúde (SUS..., 2017). Críticas têm sido feitas a respeito desse procedimento, cuja alegação consiste na exclusão de outros saberes advindos de campos que lidam com as crianças e no

perigo de enquadrá-las num diagnóstico do transtorno do espectro autista por não haver conformidade com o padrão tido como normativo (MANIFESTO..., 2017).

Considerando a possibilidade real de um risco assim, autores, sobretudo de orientação psicanalítica, questionam a prática diagnóstica que se pauta unicamente nos critérios classificatórios dos manuais de psiquiatria, tornando-os a única possibilidade para uma prática científica (CIRINO, 2015; LIMA, 2015). Mas seriam esses critérios suficientes para a determinação de um diagnóstico e a condução de um tratamento?

Enquanto o discurso médico-biológico cresce de modo hegemônico, há um esforço conjunto de inúmeros segmentos que atuam junto a criança por uma prática respaldada em maior cautela na construção diagnóstica e uma postura ética do profissional que contemple, além dos aspectos teóricos e técnicos de seu fazer, também a essência do sujeito que se apresenta para ser avaliado, como exemplificado no Manifesto “Stop DSM”² e na “Carta sobre a Medicalização da Vida”³.

É oportuna a reflexão trazida por Larrosa (2002) ao considerar a singularidade do encontro de sujeitos humanos, como se pode experimentar numa prática clínica cuja ética se volta para o sujeito em questão:

requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (LARROSA, 2002, p.05).

Seguindo nessa direção, a Psicanálise de orientação lacaniana defende que não se deve supor os atrasos no desenvolvimento infantil como déficits, mas sim como produções da criança, podendo ser estas produções algo criado por ela para ter um efeito de suplência. Sendo assim, o diagnóstico deve surgir a partir da investigação do sujeito e suas relações com aquilo que produz (SANTIAGO, 2003). Portanto, para a Psicanálise lacaniana há uma neces-

² Os profissionais envolvidos criticam a prevalência desse manual como obrigatório na assistência pública, em convênios e seguros médicos. Além disso, contestam a exacerbação de uma ciência que se apresenta como “a-teórica, a-histórica e a-doutrinária” (CIRINO, 2015, p.33), uma vez que exclui a prática clínica propriamente, que investiga com cautela, que envolve a família e o contexto social, que considera como fontes de conflito aspectos subjetivos ao paciente e de sua experiência de vida.

³ Trata-se do movimento que houve entre profissionais da saúde e da educação argentinos e brasileiros entre 2011 e 2012, cujo resultado foi a “Carta sobre a Medicalização da Vida”, na qual denunciam o abuso dos diagnósticos e medicalização que reduzem ao aspecto bioquímico inúmeros transtornos infantis, isolando-os das vivências subjetivas dos pacientes e de seus ambientes familiares e escolares (CIRINO, 2015).

sidade de se considerar o lugar de onde o sujeito responde frente a seu sintoma e que ele – o sujeito – não se reduz à exterioridade do seu suposto transtorno.

Essa prática difere do usual meio de estabelecimento de diagnósticos infantis que se vê multiplicado atualmente, quando se utiliza exclusivamente (ou prioritariamente) as classificações psiquiátricas, como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Por que sua prevalência na prática clínica? Pode-se seguir as evidências do que está envolvido nessa tendência. A última versão desse manual, lançado em 2013 - o DSM-V - incluiu 450 categorias diagnósticas, sendo que sua versão anterior – DSM-IV de 1994 - contava com 297 categorias (LIMA, 2015). A crítica que se faz é que esse aumento de nomenclaturas e caracterização de novos transtornos, na maioria dos casos representa a patologização de aspectos comuns da vida cotidiana.

Essa proliferação de diagnósticos se sustenta numa lógica clínica que prioriza os aspectos cognitivos e na qual a normalidade ou a anormalidade se referem aos processos bioquímicos e fisiológicos do corpo humano, especialmente o cerebral. Promete-se explicar tudo ou quase tudo a partir dessa concepção. A emergência desse novo paradigma coincide com os avanços e descobertas laboratoriais, como a sintetização da clorpromazina no fim dos anos 50 e da imipramina, no início dos anos 60 (CIRINO, 2015).

Pesquisadores da Universidade da Virgínia apontaram o crescente aumento do número de diagnósticos de autismo nos últimos anos (PESQUISAS..., 2016). Segundo os pesquisadores, esse incremento se deu em razão do aperfeiçoamento dos critérios de investigação e classificação. Comumente pensa-se que o efeito desse “aperfeiçoamento” tenha sido positivo, uma vez que auxilia na determinação precisa de um diagnóstico e imediato início de tratamento. Mas não é só isso que está em questão. O psiquiatra norte americano, Dr. Allen Frances, que coordenou a versão do DSM-IV, denuncia que há uma grande influência da indústria farmacêutica sobre esse sistema classificatório, que acaba definindo o diagnóstico com base no tratamento oferecido (CIRINO, 2015). “Vários transtornos são inventados ou reinventados e lançados como ‘novas mercadorias’” (CIRINO, 2015, p.35). Sendo assim, novas categorias são estabelecidas com seus tratamentos medicamentosos igualmente pré-definidos, os quais são considerados indispensáveis e a única forma de conduzir qualquer terapêutica, reduzindo-se “problemas subjetivos a transtornos” (LIMA, 2015, p.273).

Os procedimentos terapêuticos se tornam mais complexos dentro de uma lógica “biogenético-ambiental”, na qual se valoriza a remissão de sintomas, reeducação cognitiva e a adaptação da criança com o intuito de auxiliá-la a superar seu “déficit” ou controlar seu “excesso”. Contudo, há casos em que o estabelecimento do diagnóstico e do tratamento oferecido

a partir dele – como um rótulo – define o destino da criança: camufla deficiências na escola, bem como os diversos tipos de transtornos mentais (que não o autismo) cuja representação social é negativa, além da já citada apropriação indevida de benefícios do governo. Também devem ser incluídos nesta relação de consequências, o lucro proporcionado a alguns profissionais desqualificados e os laboratórios que os financiam (GRAEFF; VAZ, 2008). São os ganhos secundários da doença.

Constata-se aí uma tendência ao emudecimento das singularidades subjetivas, na medida em que as pessoas passam, cada vez mais, a ser definidas por um conjunto de sintomas e patologias determinadas que, como tais, têm por efeito a homogeneização das experiências individuais. Generaliza-se o sofrimento, o mal-estar, a angústia, o “desafino”, destituindo-os da significação particular que estabelecem em cada existência. (MARIOTTO, 2015, p.289).

Esse descuido com o singular de cada pequeno paciente se torna mais cruel quando se analisa o efeito de um diagnóstico sobre a criança, a família e a sociedade em geral. Porém, a questão é que, imbuídos pelo desejo legítimo de ajudar seus filhos, os pais aderem a necessidade de um diagnóstico e à política de medicalização esperando resultados rápidos para situações que consideram desgastantes e difíceis de lidar. Algumas vezes, a escola também se alia nessa transferência de responsabilidade exigindo um laudo médico, um diagnóstico e que a criança esteja devidamente medicada (LIMA, 2015). Tanto a criança quanto seus pais ficam numa espécie de *indefinição diagnóstica definida*, isto é, o diagnóstico parece ser bem preciso, mas deixa a criança e seus pais “à deriva de uma identidade, engolidos por um vazio” (MARIOTTO, 2015, p.295) posto que não se reconhecem a partir desse novo lugar. Assim a família passa a enfrentar esse dano psicológico, de tentar se arranjar diante do desconhecido que se incorporou em sua identidade. Isso tanto para a criança que irá lidar com um diagnóstico de uma doença que não reconhece, quanto para os pais que são convocados a responder diante da nomeação do transtorno do filho, uma nomeação que não pode dizer totalmente do que sofre a criança (MARIOTTO, 2015).

Certamente é um grande problema quando um diagnóstico é estabelecido sem a consideração do contexto social e familiar da criança. A criança precisa falar nesse processo. Sobre este aspecto, é preciso considerar: “o autista encerrado no espectro encontra a condição da deficiência e, como tal, fica sujeito a incontáveis prescrições normativas diante da impossibilidade de uma escuta e do apagamento subjetivo” (FERREIRA, 2017, p.11).

Por isso, é preciso questionar a postura profissional que esvazia o sujeito e o enquadra num molde classificatório, “desumanizando” o processo do psicodiagnóstico. Nenhuma cri-

ança ou qualquer pessoa deveria ser tratada simplesmente com o rótulo do diagnóstico. Uma clínica humanizada se caracteriza por valorizar a dimensão da singularidade de cada paciente, uma vez que cada sujeito traz consigo elementos únicos de sua história e de seu sofrimento – informações subjetivas e sentimentos que devem ser considerados.

Enquanto o estabelecimento de diagnósticos cresce atualmente e isso tem sido considerado um avanço nos marcos e critérios científicos para este fim, sendo algo celebrado e apoiado pela grande popularidade que as neurociências conquistaram, outros campos da ciência com seus saberes ficaram de fora do debate. Isso significa que questionar o incremento dessa prática e o excesso de medicalização infantil tem sido considerado algo retrógrado e adesão ao obscurantismo (LIMA, 2015). Pensando no conceito de transdisciplinaridade, que é o compartilhar de múltiplos saberes com o intuito de construir algo novo, vê-se que não se deseja construir nada que seja novo e imprevisível. Pelo contrário, as verdades são estabelecidas como absolutas e inquestionáveis.

É importante destacar que a pesquisa diagnóstica com o estabelecimento de critérios mais precisos e o surgimento dos psicofármacos trouxeram conjuntamente mais conforto e qualidade de vida aos pacientes que deles necessitam de fato. Não se trata de combater os diagnósticos ou de abolir as classificações, mas tê-las como uma referência ao sujeito em questão sem impedi-lo de expor sua singularidade, bem como o singular de seu sofrimento. Contudo, ainda assim, não se deve considerar, no cuidado com crianças que sofrem de algum sofrimento mental e/ou emocional, que um diagnóstico irá explicar tudo da condição da criança (LIMA, 2015). É preciso alcançar outras dimensões daquele sujeito, escutá-lo, escutar sua família, oportunizando a irrupção do desejo infantil. Não qualquer desejo, mas o desejo do sujeito inconsciente.

3 NORMALIDADE E DOENÇA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL A PARTIR DA SINGULARIDADE DA CONSTRUÇÃO DO EU

Conta-se na mitologia grega a história de Procusto, um bandido perverso que vivia na Serra de Elêusis e que tinha em casa uma cama de ferro construída de seu próprio tamanho. Ao chegar um visitante, Procusto convidava-o a dormir na cama, contudo tinha em mente uma regra áurea: quem dormisse na cama de ferro deveria ser do exato tamanho que ela comportava. Assim, o cruel assassino amputava os membros de um visitante que fosse maior que a cama ou esticava-o até que atingisse o tamanho padronizado no caso de alguém de estatura menor (BULFINCH, 2006). O mito grego ilustra a contemporânea e obstinada busca da ciên-

cia por padronizações. A este processo denomina-se normatização. Ou seja, normatizar indica a necessidade de adequação de algo àquilo que é tomado como um padrão. Mas o que é ser normal? Por exemplo, quando se pensa no comportamento infantil, o que poderia ser considerado normal ou anormal, tendo em mente toda efusão de movimentos, palavras e sentimentos típicos da criança? Nem sempre a resposta a essa questão é algo simples.

Com isso, tenta-se aplacar um estado de *não saber* qual resposta deve ser dada diante de tal comportamento. Comumente, são os pais e as autoridades do meio escolar que primeiramente fazem tal solicitação ao psicólogo infantil. O problema existe quando nessa tentativa de sanar a ignorância, tomam um padrão de comportamento como medida para todos, reduzindo as múltiplas expressões do sujeito em questão. Não encontrar um diagnóstico, indica para alguns dentro dessa lógica, inúmeras vezes, que a criança não tem nada ou que o profissional não possui a perícia adequada a esta investigação (PIRES, 2016).

Há uma grande e antiga discussão sobre o que vem a ser considerado normal e patológico. Comumente se pensa nesses parâmetros a partir dos seguintes pontos de vista: normalidade como ausência de doença, ou como a média estatística, ou como ideal a ser alcançado, ou como capacidade individual de reestabelecer o equilíbrio (MARCELLI; COHEN, 2010). Contudo, tais critérios definidores não são suficientes para abarcar todos os aspectos relacionados ao termo normalidade, principalmente no campo da saúde mental da criança.

Por esta razão, a fim de auxiliar o profissional deste campo, faz-se necessário compreender, analisar e correlacionar quatro aspectos oriundos da avaliação clínica do paciente infantil. Cabe sempre se perguntar a respeito do comportamento que é tido como estranho ou inadequado, a partir da observação desses quatro critérios, a saber: “reconhecer o sintoma, avaliar seu peso e sua função dinâmica, tentar situar seu lugar dentro da personalidade da criança [...], e, finalmente, examinar essa personalidade no quadro de sua evolução diacrônica e em ambiente particular” (MARCELLI; COHEN, 2010, p.17). Verifica-se a partir desse referencial que a escuta e a observação cuidadosas da criança são imprescindíveis ao estabelecimento de qualquer diagnóstico e tratamento.

Sobre a identificação e compreensão do sintoma, Marcelli e Cohen (2010) explicam que não basta apenas a descrição semiológica para se classificar aquele comportamento como normal ou patológico. Segundo os autores, “deve-se acrescentar a isso uma avaliação dinâmica e econômica” (p.17), ou seja, o quanto que tal comportamento compromete o desenvolvimento maturativo da criança, bem como se apresenta eficiente no tratamento de angústias e capta dos investimentos do eu.

Classificar um comportamento como normal ou patológico é uma tarefa secundária para a Psicanálise, em razão de ser sua preocupação maior conhecer como aquele sujeito tem lidado com sua dinâmica pulsional. Obviamente, a Psicanálise reconhece o elemento patológico, mas não o separa da normalidade como sendo de uma outra ordem. Ao contrário disso, Freud e Melanie Klein, por exemplo, compreendiam que é a partir da ação das pulsões no psiquismo infantil, dos pontos de fixação e represamentos que certos comportamentos patológicos surgem. Dentro da normalidade há a patologia e vice-versa, demonstrando assim que não se trata de uma distinção qualitativa, mas sim quantitativa (MARCELLI; COHEN, 2010).

Portanto, na árdua tarefa de diferenciar aquilo que é patológico do que não é deve-se considerar o ambiente onde transita a criança. Nenhum sintoma responde unidirecionalmente a partir de uma dada situação. Faz-se necessário conhecer “o grau de interiorização dessa conduta e seu poder patogênico para a organização psíquica atual da criança” (MARCELLI, COHEN, 2010, p.22). Isso irá promover a escuta, a partir do ambiente da criança, a respeito de suas relações e dos sentidos codificados de seu comportamento.

Por esta razão, é importante que cada profissional que atua com crianças, bem como os serviços de saúde, considerem as particularidades do desenvolvimento infantil. Um mau comportamento, ou uma reação indesejada, ou mesmo um adoecimento no corpo não pode ser tratado apenas como algo pontual, dentro de uma lógica de causa e efeito direta. É preciso investigar com atenção e paciência a história da criança e seus modos de estabelecer o laço social com a família, amigos, escola, uma vez que tais alterações são meios encontrados pela criança de simbolizar algo de si mesma (ROCCO; SANTOS, 2016). O que dizem suas ações ou o que não há em seu comportamento? Por quê?

Tais questões podem se balizar – principalmente na clínica do autismo - pelo que diz a Psicanálise lacaniana acerca da constituição do eu como uma construção subjetiva, particular, única de cada sujeito. Esta experiência envolve um reconhecimento por parte da criança: primeiramente da unidade de seu ser e também em ser distinto do mundo (LACAN, 1998 [1949]). É dessa singularidade que jamais deve se apartar o psicólogo infantil na atenção à saúde da criança.

O nascimento do eu, segundo Lacan (1998 [1949]), se dá de modo concomitante ao reconhecimento, por parte da criança, de seu corpo como sendo uma unidade. A criança reconhece diante do espelho que a imagem reflete o seu corpo – um corpo unificado, que celebra ao mesmo tempo a organização interna daquilo que se encontra desalinhado e em desordem de sua vida pulsional. Esse eu, agora constituído sob a forma de um eu ideal, é a sede do narcisismo e o cerne da ilusão de completude (SOUZA, 2017).

Esse eu da ilusão de completude diante do corpo dominado pela dinâmica pulsional sugere algo que encobre o desamparo frente a um corpo sem coordenação motora, do qual não tem domínio. “É de modo tal que podemos dizer que o resultado da operação é uma matriz em que o real – isto é, a turbulência das demandas pulsionais – encontra seu correlato numa imagem virtual de contornos imprecisos, mesmo assim antecipatória” (CABAS, 2009, p. 119). A experiência de reconhecimento de si mesma é construída diante de um Outro, portanto trata-se de algo que se estabelece de fora para dentro. Nessa experiência, a criança se vê olhada pelo Outro – um olhar que é por ela interpretado como investido de um desejo. A partir disso, passa ocupar ilusoriamente o lugar do desejo do Outro, do ideal parental. É o desejo do Outro que possibilita esta captura imaginária: a posse daquela imagem como sendo sua, seu ideal (LACAN, 1998 [1949]). Começa a se esboçar então sua própria individualidade subjetiva. Esta imagem capturada será a matriz do sujeito a ser constituído.

Como essa experiência é capaz de modificar a relação da criança consigo mesma, com os outros e com o mundo? Lacan (1998 [1949]) descreve os dois momentos importantes nesse processo: a captura de uma imagem de si a partir de sua própria celebração do eu ideal e da imagem investida pelo desejo parental como um ideal de eu. Essa dupla referência àquilo que se encontra em si e fora de si vai constituir não apenas o que a criança compreende ou não de si mesma, do que reconhece ser ela, como também dos modos de enlaçamento que marcarão sua existência social, inclusive seus inúmeros comportamentos. Esse processo de subjetivação é caracterizado pela crescente diferenciação de si mesmo e do Outro. “É nessa imagem do outro que a criança então se localiza, reconhece seu próprio desejo. É por ela se identificar com esse outro que seu desejo aparece como o desejo do outro” (POULICHET, 1995, p. 60). Deste modo, o eu se revela como núcleo do sujeito desejante.

Atendo-se à teoria psicanalítica da constituição do eu, pensar em subjetividade e sujeito desejante no quadro clínico do autismo se tornou desafio olímpico, uma vez que as concepções teóricas, que reduzem a criança autista a um cérebro com um certo modo de funcionamento ou ao resultado de uma combinação genética, parecem ganhar cada vez mais popularidade: “[...] desprezam toda e qualquer subjetividade posta em jogo, fazem desaparecer o sujeito” (FERREIRA; VOCARO, 2017). Assim, o mito de Procrusto se atualiza cada vez mais, tornando a clínica – em seu sentido mais restrito – uma prática incomum.

Até mesmo o autismo possui sua singularidade. Comumente, usa-se o termo no plural – autismos – para acentuar que há diferentes tipos e etiologias desse transtorno, inclusive pondo em dúvida que o diagnóstico sele um destino final daquela criança. Um exemplo disso pode ser indicado nos casos de crianças autisticizadas nos campos de concentração nazistas,

isto é, cujo autismo se desenvolveu devido a situação de extremo abandono (FERREIRA; VOCARO, 2017).

Na clínica dos autismos, o sujeito irá surgir pela negativa, ou seja, pode-se ou não testemunhar de seu surgimento (CAMPANÁRIO, 2008). No processo de subjetivação, o autista permaneceu num estado de “congelamento”, tendo seu organismo afetado por inúmeras e complexas restrições. A clínica psicanalítica dos autismos questiona como emergirá o sujeito a partir dessa situação de extrema restrição, muitas vezes manifestas no corpo da criança (CAMPANÁRIO, 2008). Ainda sugere que seja possível suportar o enigma que cada criança faz e os inúmeros modos de estar no mundo (FERREIRA; VOCARO, 2017).

Apesar da crescente pressão em se classificar sintomas que confirmam alguma precisão diagnóstica, os autismos ainda parecem carecer de alguma precisão. Doença ou deficiência? Ou diferença? Normal ou patológico? Para a Psicanálise de orientação lacaniana, como foi exposto, tais questões são secundárias, ainda que sejam permanentes nos debates sobre o tema. O que convém notar é que o autista realiza um vigoroso trabalho (FERREIRA; VOCARO, 2017). Um trabalho feito como resposta ao Outro, tido como invasivo. Desse trabalho surgem as produções, cuja consideração é essencial na clínica psicanalítica. Sendo assim, o isolamento, a recusa de alimento, de olhar e ser olhado, recusa de palavras se constituem o trabalho do autista frente a esse Outro invasivo e do qual se defende e que tem que lidar no seu cotidiano (FERREIRA; VOCARO, 2017).

Nessa onda de normatização do comportamento, ignora-se aquilo que o autista pode dizer de si, ainda que sem palavras, através de suas produções. Ignora-se também que aquela criança marcada com a tarja da anormalidade tenha algo de um desejo seu a manifestar, tornando o tratamento universal, sendo a medicalização e as técnicas de modificação do comportamento consideradas as únicas vias possíveis (FERREIRA; VOCARO, 2017). Haveria alguma possibilidade de ampliar-se o fazer clínico com autistas, tratando a questão do sujeito? Essa é uma tarefa árdua, mas que pode contribuir para um novo olhar sobre os autismos.

4 AS CONTRIBUIÇÕES DA Psicanálise NO ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

A Psicanálise já nasce sob o estatuto da escuta. Quando Freud teve contato com o sofrimento das histéricas, às quais eram tratadas com a violência do encarceramento e da medicação que lhes retirava a consciência e a autonomia, ele optou pela escuta (SOUZA, 2011).

Era preciso escutar aquelas mulheres. Atualmente, o mesmo desejo de silenciar os sintomas como solução para o problema do sofrimento mental se impõe dominante.

Enquanto algumas abordagens clínicas se esmeram em tentar eliminar os comportamentos considerados inadequados ou excessivos, muitas vezes se utilizando de técnicas de adestramento, a Psicanálise compreende o autismo e seus atos como um modo do sujeito se haver com aquilo que se apresenta a ele como devastador: o real, aquilo que não se inscreve no simbólico da linguagem. Sendo assim, os atos incompreensíveis ou bizarros se constituem construções do autista que lhe servem para um certo apaziguamento de seu sofrimento e que possibilitam algum reparo – precário – na árdua tarefa de se constituir plenamente sujeito diante do Outro (FERREIRA; VOCARO, 2017). Ouvir o autista, em primeira mão, não é necessariamente escutar aquilo que ele possa dizer de si, uma vez que pode haver um comprometimento na comunicação, mas significa estar atento a sua produção como aquilo que ele oferece ao psicólogo enquanto possibilidade de acesso a seu ser (SANTIAGO, 2003).

Pensando nisso, quando um psicólogo tenta forçar uma criança a olhar para ele, ou parar de girar um objeto, ou parar de gritar pela necessidade que vê de modificar seu comportamento, não estaria cometendo uma agressão, uma violência? Ao contrário disso, “a Psicanálise nos convoca a buscar, em qualquer ato do autista, mesmo naqueles aparentemente sem sentido, o sujeito e sua singular maneira de lidar com aquilo que o acomete e aprisiona”. (FERREIRA; VOCARO, 2017, p.77).

Como já foi apontado acima, o autismo é um modo da criança tratar aquilo que a invade que é da ordem do real, do Outro maciço, o qual se apresenta diante dela com sua voz, seu olhar, seus objetos. Citando o depoimento de um autista escritor, Ferreira e Vocaro (2017) exemplificam de modo notável o trabalho inconsciente do autista: “balançar as mãos na frente do rosto permite que a luz entre em nossos olhos de forma agradável, filtrada. [...] Já a luz direta, ‘sem filtro’, meio que ‘alfineta’ às vistas dos autistas [...]” (p.79). Retirar ou impedir que a criança autista utilize do recurso criado para se defender dessa invasão a deixa completamente à mercê do sofrimento.

Desse modo, parece imprescindível evitar a formatação de todos os autistas num mesmo molde, universalizando o autismo em padrões comportamentais bem conhecidos e para os quais já se tem a oferta adequada de tratamento. Longe disso, o psicólogo, orientando-se pela Psicanálise, se constitui aquele *menos um* que não ameaça o autista, mas que ocasiona-lhe a possibilidade de construir novas saídas (FERREIRA, 2017).

Ainda seguindo Ferreira e Vocaro (2017), encontra-se uma interessante análise a respeito do termo “espectro” na conhecida nomenclatura do TEA (transtorno do espectro autis-

ta). As autoras apontam para dois aspectos que se desdobram a partir desse termo. O primeiro se refere ao sentido da palavra “espectro”, o qual significa além de “diversidade”, “fantasma”, “coisa vazia”. O peso desse sentido sobre a criança poderá produzir seus efeitos na medida que for tratada como deficiente, incapaz, um pequeno humano animalesco a ser domesticado – alguém que não está vivo no mundo dos humanos normais. Esse sentido advindo do termo já denota o lugar de vazio, ou melhor, de esvaziamento do sujeito – um cérebro sem sujeito (FERREIRA; VOCARO, 2017).

Um segundo aspecto do uso do termo “espectro” se refere aos “graus” de autismo, comumente utilizado no sentido de variações dos comprometimentos da criança. Observa-se o quanto a criança apresenta menor ou maior abertura ao Outro (PIMENTA, 2003). Mas se há uma diversidade de autismos, como atuar sobre todos eles do mesmo modo? A ciência moderna responde: “através da padronização do método de intervenção”, que é a prática dominante na clínica do autismo e que tem sido alimentada por uma propaganda feroz de ineficiência de tudo que não seja a modificação cognitivo-comportamental da criança. De blogs de mães de autistas a artigos científicos, encontra-se essa corrente manifestação a favor das técnicas de modelagem do comportamento. Diante disso, cabe uma questão: a quem mais incomoda o comportamento autístico? A universalização das técnicas de tratamento privilegia uma padronização dos sujeitos, excluindo, inclusive das famílias, o direito de escolha de outras abordagens clínicas, ignorando o fato de que não há o autismo simplesmente, mas sim autismos (no plural)⁴.

Jerusalinsky (2011) identifica três tipos de autismos: a) o autismo essencial ou primário; b) o autismo secundário que se deriva de déficits sensoriais, complicações neurológicas ou em decorrência de deficiência mental; c) autismo decorrente de abandono ou maltrato ativo. Essa distinção aponta para a realidade de que um diagnóstico de autismo pode assumir um caráter temporário e que os comprometimentos vividos pela criança podem desaparecer quando fatores de diversas ordens são considerados – não apenas aqueles de ordem biológica. Não se pode ver todo autista como permanentemente autista. Isso só poderia ser desconsiderado quando se desconsidera conjuntamente seus aspectos históricos e subjetivos.

⁴ Temple Grandin, em seu livro “Uma Menina Estranha: Autobiografia de uma Autista”, revela algo importante a respeito de como a negligência no lidar clínico do autismo tem um efeito avassalador: Nos últimos tempos tenho lido o suficiente para saber que ainda existem muitos pais – e também, muitos profissionais – para os quais “uma vez autista, sempre autista”. Esse aforismo se traduziu em vidas tristes e desalentadas para muitas crianças que, como eu, receberam diagnóstico de autistas. Para estas pessoas – pais e profissionais – é inconcebível que as características do autismo possam ser modificadas e controladas. No entanto, estou fortemente inclinada a julgar que sou a prova viva do contrário (GRANDIN; SACRIANO, 1999, p.18 apud FERREIRA; VOCARO, 2017, p.61).

Ligado a isso, uma grande polêmica se dá a respeito da natureza do autismo. Estrutura, psicose ou outra ordem? Apesar da discussão se o autismo se enquadra no campo das psicoses, parece mais apropriado pensar como sendo algo de outra ordem, uma vez que há ausência de delírio e de alucinações verbais, não há desencadeamento como nas psicoses, o autismo não evolui para outra estrutura além do próprio autismo, há retenção da voz e o primado do signo, dentre tantas outras especificidades do autismo que o diferenciam das psicoses e que indicam uma direção do tratamento (FERREIRA; VOCARO, 2017).

A Psicanálise lacaniana aponta como causa do autismo o fracasso em duas operações ligadas à constituição do sujeito, a saber: o não reconhecimento da imagem unificada de seu corpo como visto no estágio do espelho e o processo de separação do Outro (CAMPANÁRIO, 2008; FERREIRA; VOCARO, 2017). Sendo assim, “o corpo da criança fica à deriva, sem a passagem do real ao imaginário – com a construção da imagem corporal – e ao simbólico – com as marcas significantes. Diante dessa condição, a criança organizaria defesas vigorosamente maciças” (FERREIRA; VOCARO, 2017, p.73).

Considerando aquilo que Lacan demonstra em seu texto “O estágio do espelho como formador da função do eu” (1998 [1949]), o eu da criança autista não se torna coeso e unificado, deixando-a à deriva de um Outro que o aliena em seus significantes, constituindo-se uma ameaça a seu ser. Como Lacan posteriormente propôs, apenas com a operação da separação é que a criança consegue deixar de estar alienada aos significantes maternos, renunciando ao sentido, mas preservando seu ser. Contudo, no caso do autismo, essa segunda operação – a separação – se dá de modo precário impossibilitando o aparecimento do sujeito. Há variações na compreensão dos psicanalistas sobre a posição do autista neste processo, porém parece interessante pensar que o autista se encontra numa posição de borda – limite – entre a alienação e a separação, mantendo-se numa espécie de congelamento subjetivo (CAMPANÁRIO, 2008; FERREIRA; VOCARO, 2017).

Essa compreensão teórica auxilia, na clínica com autistas, a construção de um fazer que possibilite que a criança avance em seu processo de subjetivação, criando seus próprios significantes através de uma relação transferencial com esse Outro que é o analista. Contudo, é necessário que cada analista atente à posição que cada criança está nesse processo, individualizando o tratamento e favorecendo a emergência do sujeito (FERREIRA; VOCARO, 2017).

Diante do exposto, vê-se que antes de qualquer técnica, a Psicanálise é uma ética que sempre privilegia o sujeito. Sendo assim, para o analista vale promover as devidas condições para que a criança autista possa, através de uma nova ação psíquica, construir um corpo sem ser pela via especular. Para a Psicanálise, a proposta de estabelecer um diagnóstico de autismo

se encontra apoio em três pressuposições: a) a posição do sujeito diante do Outro; b) a relação do sujeito com a linguagem; c) a relação do sujeito com o corpo (PIMENTA, 2003).

Alguns objetos podem ser o meio de estabelecer uma conexão social e não somente barrar o Outro (PIMENTA, 2003; FERREIRA; VOCARO, 2017). Os comportamentos estereotipados amenizam o estresse sensorial que os acomete, ou seja, traz alívio. Sendo assim, não se deve retirar ou modificar esses comportamentos, uma vez que funcionam como organizadores psíquicos até que o autista construa novas saídas durante o tratamento (FERREIRA; VOCARO, 2017).

Quanto à relação da criança com a linguagem, o que se procura é o modo como ela lida com o objeto libidinal “voz”. Muitos podem falar, contudo se recusam a pronunciar qualquer palavra. Comumente privilegiam um modo de linguagem “verbosa”, isto é, uma língua privada que não possui a intenção de comunicar, de estabelecer laço social. Algumas vezes, reproduzem o que pensam, como um pensar em voz alta. Em outras podem enunciar frases espontâneas sem conexão com o contexto. Em todos os casos, há um primado do signo no modo de linguagem autística. Muitos permanecem mudos. Não há fala porque há um impedimento, o qual não é biológico. Alguns entendem que falar é como perder algo de si, uma mutilação. Nos casos de bebês com suspeita de autismo percebe-se que os gritos são monotônicos e não se constituem num chamado ao outro (PIMENTA, 2003).

No campo do imaginário, o autista busca formas de fazer-se corpo, instituindo alguma borda. Por não assumir uma imagem unificada, o autista carece de uma representação psíquica de sua própria imagem corporal. Isso ocasionará a construção dessa redoma invisível que possa trazer alguma consistência a seu ser, que pode ser as roupas, objetos ou mesmo a “concha protetora” do fechamento autístico. Pode utilizar-se de objetos ou um duplo, que é uma pessoa, um animal ou personagem, como mediação para estabelecer contato com o mundo externo. Não apenas rejeita o objeto escópico, mas todos os objetos advindos dos pais são rejeitados: a voz, o alimento, as fezes (PIMENTA, 2003; FERREIRA; VOCARO, 2017). O analista, então, se utilizará das brechas deixadas pela criança como possibilidade de aceder ao sujeito. É assim que permitirá que a criança se utilize do seu próprio corpo como elemento mediador com a realidade (FERREIRA; VOCARO, 2017).

A Psicanálise defende a escuta dessas crianças, ainda que sua fala não seja articulada. Trata-se de como esta criança se encontra diante daquilo que enuncia, seja em palavras ou em gestos, e de como enfrenta a presença/ ausência de um Outro. Sua luta não se constitui apenas numa defesa, mas também num trabalho em que procura criar uma cadeia significativa de um modo muito particular. “Enquanto uma criança passa horas do seu dia picando papéis, outra

pode se concentrar por muito tempo fechando e abrindo portas” (RIBEIRO, 2013, p. 45). É esse elemento peculiar, único e indissociável do ser daquela criança que deve ser captado pelo profissional numa avaliação e atendimento – o quanto que se oferece ao Outro ou não.

5 CONCLUSÃO

Atualmente o predomínio do paradigma da ciência moderna, que preconiza como aceitável e confiável a classificação de sinais e sintomas a partir dos manuais psiquiátricos ou escalas psicológicas, ocasionou uma forte padronização dos conceitos de normalidade e anormalidade, o que resulta num apagamento dos sujeitos – daquilo que lhes é singular e subjetivo. Reduz-se toda a complexidade da constituição humana a um termo, o qual como um rótulo, passa a ser o destino daquelas crianças assujeitadas a uma ideia de espectro.

Nesse trabalho levantou-se a questão se haveria algo para além dessa padronização que pudesse orientar o processo de psicodiagnóstico nos casos referentes ao autismo e que considerasse a singularidade de cada sujeito sem ignorar as especificidades da condição autística. Inicialmente foi discutido que por detrás da lógica padronizadora está uma lógica mercadológica com suas soluções farmacêuticas, bem como a pressão da família e da escola que buscam dar um corpo a angústia de não saber do que sofre o sujeito nem o que fazer com aquela criança “estranha”, “barulhenta” e “agitada”. Sendo assim, um diagnóstico - um nome, um rótulo - acaba servindo como acalento e direção.

Desse modo, no tratamento de crianças autistas, é preciso ir além da lógica do normal ou patológico, uma vez que o sujeito se manifestará pela negativa, sendo indispensável considerar o seu modo de existir no mundo, conhecer de qual lugar ele responde ao Outro do laço social e o que se produz a partir disso. Todo fazer clínico aponta para o essencial de não anestesiar um sujeito que já se encontra num estado de apagamento, mas de favorecer seu irrompimento, ainda que modo precário, sendo considerado o comportamento da criança como uma construção possível em seu enfrentamento daquilo de que se defende: o Outro conciso e invasivo.

Contudo, também se faz importante considerar, nesse fazer profissional, aquilo que os manuais diagnósticos trazem a respeito do autismo e seu efeito sobre a criança, dando a atuação do psicanalista uma referência técnica, ainda que esta não possa esgotar o saber do sujeito. É necessário agregar às informações dos manuais aquilo que se pode saber sobre a família da criança e seu contexto, como se constituem suas relações sociais na escola e em outros

ambientes que frequenta, bem como aquilo que a própria criança comunica de si mesma. Cada tratamento é único ao lidar com o singular de cada autista.

A partir dos achados desta pesquisa, pode-se avançar no sentido de conhecer mais de perto as técnicas utilizadas pelos psicanalistas de orientação lacaniana no tratamento de crianças autistas. Uma vez estabelecidos os critérios diagnósticos numa orientação psicanalítica, haveria uma prática comum a estes profissionais? Que atividades ocorrem nos atendimentos a estas crianças? Existiria alguma contraindicação do método psicanalítico a alguns casos de autismo? Perguntas que se originam na presente discussão e que podem nortear futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- BULFINCH, T. **O Livro de Ouro da Mitologia: Histórias de Deuses e Heróis**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.
- CABAS, A. **O Sujeito na Psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2009.
- CAMPANÁRIO, I. S., **Espelho, Espelho Meu: A Psicanálise e o Tratamento Precoce do Autismo e outras Psicopatologias Graves**. Salvador: Editora Ágalma, 2008.
- CIRINO, O. Genealogia da Psiquiatria da Infância. In: KAMERS, M. et al (orgs). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015, p.19-40.
- FERREIRA, T.; VORCARO, A. **Tratamento Psicanalítico de Crianças Autistas: Diálogo com múltiplas experiências**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- GRAEFF, R; VAZ, C., Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**, v.19 n.3 São Paulo set. 2008.
- JERUSALINSKY, A. O autismo como exclusão significativa. In: Autismo: intervenção, clínica e pesquisa. Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba, n.22. Curitiba: Juruá Editora, 2011.
- LACAN, J. O Estádio do Espelho como Formador da Função do Eu (1949). In: LACAN, J. **Escritos**. Editora Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.
- LIMA, R. Notas sobre a medicalização na infância. In: FAZZI, R. et al (orgs). **Infâncias e adolescências: cidadania em construção**. Belo Horizonte: FUMARC, 2015, p.271-279.
- MANIFESTO contra a Lei 13.438. **Escola Brasileira de Psicanálise**, 28.09.2017. Disponível em: <<http://autismoepsicanalise.blogspot.com.br/2017/08/manifesto-contralei-13438.html>>. Acesso em: 27.03.18.

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e Psicopatologia**. ArtMed. Porto Alegre: 2010.

MARIOTTO, R. Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomedicalização. In: KAMERS, M. et al (orgs). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015, p.289-312.

PESQUISAS mostram o porque do aumento dos casos de Diagnóstico de TEA. **Neurosaber**, 28.07.2016. Disponível em: < <https://neurosaber.com.br/artigos/pesquisas-mostram-o-porque-do-aumento-dos-casos-de-diagnostico-de-tea/>> Acesso em: 25.08.2017.

PIMENTA, P. **Autismo: Déficit Cognitivo ou Posição do Sujeito?** Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo. 2003. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. Disponível em: < http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-96TKC6/disserta__opaulapimenta2003.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15. Mai. 18.

PIRES, M. Precisamos falar com as crianças: observações sobre o tratamento e diagnóstico na infância. **Tempo Freudiano**: 12.mai.16. Disponível em: <<http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/precisamos-falar-com-as-criancas/>>. Acesso em: 22.abr. 18.

POULICHET, S. O Conceito de Narcisismo. In: NASIO, J. **Lições sobre os 7 conceitos cruciais da Psicanálise**. Editora Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1995. cap.3.

RIBEIRO, J. M., **A Criança Autista em Trabalho**, 2ª ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2013.

ROCCO, T. Z.; SANTOS, G. R., Psicodiagnóstico infantil: uma visão além do brincar. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 37, n. 1, p. 93-102, jan./jun. 2016.

SANTIAGO, A. L. (2003) Psicose e surto na adolescência: por que os adolescentes surtam tanto?, in GUERRA, Andréa Máris Campos e LIMA, Nádia Laguárdia de. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento. Uma contribuição no campo da Psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, p.75-89.

SOUZA, T. P. S. O Lugar Do Desejo Feminino Frente À Violência. **Revista Reverso** (Círculo Psicanalítico de Minas Gerais, Belo Horizonte), v.62, p.85 - 90, 2011.

SOUZA, T. P. S. Função Paterna e Agressividade do Comportamento do Adolescente Autor de Ato Infracional. **Revista Leitura Flutuante**, v.9, n.2, 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/article/view/36294>>. Acesso em: 09.mai.18.

SUS deverá adotar protocolo para identificar autismo até os 18 meses de idade. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 03.07.2017. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sus-devera-adotar-protocolo-para-identificar-autismo-ate-os-18-meses-de-idade/>> . Acesso em 27.03.18.

VECTORE, C. et al. “Ele foi orçado, mas não planejado!”: a infância na contemporaneidade. **Revista.CES Psicologia** (Universidade de São Paulo), 11(2), p 37-52, 2018.