

FACULDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Dienifer Ferrão dos Santos

**O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AUTISMO E
PSICOSE NA INFÂNCIA: ELEMENTOS NORTEADORES DA
CLÍNICA PSICANALÍTICA NAS ENTREVISTAS INICIAIS**

Porto Alegre
2019

Dienifer Ferrão dos Santos

**O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AUTISMO E
PSICOSE NA INFÂNCIA: ELEMENTOS NORTEADORES DA
CLÍNICA PSICANALÍTICA NAS ENTREVISTAS INICIAIS**

Artigo apresentado à Faculdade São Francisco de Assis, como para dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em psicologia.

Orientadora: Prof^a. M^a. Mercês Sant'Anna Ghazzi.

Porto Alegre
2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço e dedico este trabalho a minha mãe Marisa Borque Ferrão (*in memoriam*), por sempre ter acreditado em mim, por vibrar com minhas conquistas e afirmar que eu sempre poderia ir mais além. Saudades.

Ao meu pai, Rogério Reis dos Santos, por toda a educação e aposta neste curso.

À minha irmã Anelise Ferrão Rosa, por ter-me transmitido desde pequena a importância dos estudos.

Ao meu companheiro Pedro Severino Santos, por ser a pessoa com quem eu amo partilhar a vida. Por toda sua paciência, apoio e incentivo.

Aos meus sogros Simone Severino Santos e Juarez Everton dos Santos, por sempre acreditarem no meu potencial e me apoiarem nos momentos de dificuldades.

À minha orientadora Prof^a. M^a. Mercês Sant'Anna Ghazzi, por disponibilizar de forma tão generosa e singular um pouco do seu saber. Por instigar dentro de mim ao longo deste percurso na psicologia, a paixão pela psicanálise. Por se fazer disponível na orientação deste trabalho.

A todas os professores do curso da Psicologia da Faculdade São Francisco de Assis, especialmente a prof^a. Dr^a. Márcia Aparecida Vitorello, por todos os ensinamentos partilhados até aqui de forma tão competente e apropriada.

RESUMO

Levando em conta o aumento vertiginoso de diagnósticos na infância e com isso a necessidade de tratamentos diferenciados para cada psicopatologia infantil, no presente artigo buscou-se discorrer sobre os elementos norteadores na clínica psicanalítica que podem ser preponderantes na diferenciação do diagnóstico de autismo e psicose infantil. Para respondermos as nossas indagações sobre o tema, mostrou-se importante averiguarmos de que forma a relação parental contribui no curso de uma estruturação psicótica ou autista. Bem como estabelecermos as diferenças existentes entre diagnóstico psicanalítico e diagnóstico psiquiátrico. Além disso, buscou-se discutir a importância da utilização de Indicadores Clínicos de Risco e da Avaliação Psicológica aos três anos de idade como ferramentas que auxiliam na identificação de psicopatologias na infância. Por fim, objetivou-se elucidar o conceito de transferência na infância e sua importância enquanto ferramenta essencial na elaboração de um diagnóstico e direção do tratamento. Para abordarmos estas questões, realizamos um estudo minucioso dos pressupostos psicanalíticos que levam em consideração o conceito de psicanálise em extensão, tendo como metodologia a pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa. Concluímos que a contemporaneidade traz consigo a necessidade de nomeações e posicionamentos, não ficando fora deste cenário o contexto da infância e os diagnósticos realizados neste período. Com a globalização do discurso do TEA e o grande guarda-chuva em que as patologias da infância foram englobadas, surge a necessidade cada vez maior para o campo da psicanálise de se posicionar no que diz respeito aos processos próprios da constituição psíquica e as diferenças colocadas entre as psicopatologias infantis, mais especificamente o autismo e psicose.

Palavras-chave: Autismo. Psicose. Diagnóstico psicanalítico. Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

Taking into account the dizzying increase of diagnoses in childhood and with this the need for differentiated treatments for each child psychopathology, this article sought to discuss the guiding elements in the psychoanalytic clinic that may be preponderant in the differentiation of the diagnosis of autism and child psychosis. To answer our questions on the subject, it has been important to find out how the parental relationship contributes in the course of a psychotic or autistic structuring. As well as establishing the differences between psychoanalytic diagnosis and psychiatric diagnosis. In addition, we sought to discuss the importance of the use of Clinical Indicators of Risk and Psychological Assessment at three years of age as tools that help in the identification of psychopathologies in childhood. Finally, the objective was to elucidate the concept of transference in childhood and its importance as an essential tool in the elaboration of a diagnosis and treatment direction. To address these questions, we perform a detailed study of the psychoanalytical assumptions that take into account the concept of extension psychoanalysis, having as methodology the bibliographical research of a qualitative approach. We conclude that contemporaneity brings with it the need for appointments and positions, not leaving out of this scenario the context of childhood and the diagnoses carried out in this period. With the globalization of the TEA discourse and the great umbrella in which the childhood pathologies were encompassed, there arises an increasing need for the field of psychoanalysis to position itself with regard to the processes of the psychic constitution and the differences placed between childhood psychopathologies, more specifically autism and psychosis.

Keywords: Autism. Psychosis. Psychoanalytic diagnosis. Clinical indicators of child development risk.

1 INTRODUÇÃO

O campo da psicanálise há muito vem discutindo a diferenciação entre as possíveis formas de estruturação psicopatológicas na infância. A problematização acerca do Outro no autismo e psicose é vista como uma questão central para o entendimento da dinâmica de funcionamento psíquico de crianças que, junto com suas famílias, chegam ao atendimento psicológico em busca de um diagnóstico e concomitante a isso, um tratamento.

Sabemos que quando falamos em psiquismo infantil e as possíveis psicopatologias, estamos de frente a um assunto complexo, e que para tanto, a diagnose neste campo precisa ser tomada com certa cautela, levando sempre em consideração a posição que o Outro ocupa frente à criança. É preciso atentarmos também para o aumento vertiginoso dos diagnósticos errôneos, que não levam em conta os elementos clínicos que auxiliam na diagnose e muito menos em consideração a plasticidade que cada criança apresenta em seu desenvolvimento psíquico. O diagnóstico feito a partir de critérios nosológicos, desconsidera a questão relacional, fundamenta-se apenas por sinais e sintomas, pautando seu atendimento clínico pela ingerência da normatização e classificação do sujeito. Estes diagnósticos para o campo da psicanálise podem, como nos apontam Ferreira e Vorcaro (2017), gerar efeitos desastrosos sobre as crianças e suas famílias, predestinando um lugar para elas.

A partir do exposto acima, o presente artigo tem como objetivo identificar os elementos norteadores que na clínica psicanalítica são preponderantes para a diferenciação do diagnóstico de autismo e psicose infantil, evitando a possibilidade de erros diagnósticos que possam incidir sobre o futuro da criança. Buscar-se-á remarcar a importância de um trabalho endereçado aos amplos aspectos estruturantes do sujeito, como por exemplo, os modos de estabelecimento da relação parental nos primeiros anos de vida.

Além disso, o trabalho tem como intenção investigar a importância da utilização de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e da Avaliação Psicanalítica aos três anos de idade para se pensar uma hipótese diagnóstica mais acurada, facilitando uma intervenção clínica que preconize a questão estrutural, podendo assim viabilizar o resgate ou a construção do sujeito psíquico. O trabalho se propõe também a analisar o papel da transferência como o

principal fenômeno na realização de um diagnóstico diferencial, pois esta começa a estabelecer-se a partir dos primeiros encontros do profissional com a criança e sua família, surgindo, desde o primeiro momento, elementos que o guiarão na sua construção diagnóstica.

Para responder a estas indagações a respeito da problemática sobre a qual discorreremos ao longo deste escrito, foi realizado um estudo minucioso das ideias e conceitos psicanalíticos como método de compreensão dos conteúdos, através do conceito de psicanálise em extensão. Como aponta Soares (2009), a psicanálise em extensão orienta sua ética pela intenção de um fazer adequado à determinada época. Como nos diz o autor, as práticas em psicanálise ultrapassam a noção de setting convencional, sendo possível ir além do que se anuncia como incurável. Lacan (1967, p. 261) refere que “é no próprio horizonte da psicanálise em extensão que se ata o círculo interior que traçamos como hiância da psicanálise em intenção.”

Para a construção deste artigo, foi realizada também, uma pesquisa bibliográfica, através da análise de documentos, como artigos científicos indexados em plataformas, livros, enciclopédia e dicionários, a fim de se obter maiores propriedades sobre o tema discutido e responder às perguntas que surgiram neste processo de construção e análise do tema. Esta pesquisa compreende uma abordagem qualitativa de estudo, pois como afirma Godoy (1995) o contato do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada se faz essencial. “Sendo um fenômeno mais bem observado e compreendido a partir do contexto que ocorre e do qual faz parte.” (GODOY, 1995, p. 60).

2 DIAGNÓSTICO PSICANALÍTICO VERSUS DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NO CAMPO DAS PSICOPATOLOGIAS DA INFÂNCIA

Então, uma vez Lacan disse sobre um paciente: “Qual é o problema dele?”. O residente falou: “Não consigo diagnosticá-lo.” E, Lacan disse: “Ele é absolutamente normal”. Todo mundo deu uma “risadinha” e Lacan acrescentou, o que deixou uma espécie de frio entre nós: “De todos os diagnósticos, a normalidade é o diagnóstico mais grave, porque ela é sem esperança.” (CALIGARIS apud SOHSTEN, 2016, p. 55).

“O diagnóstico carrega em si a pretensão de dar um veredicto, enunciar uma verdade sobre o sujeito.” (FINELLI; MENDONÇA, 2015, p. 50). No âmbito das práticas psiquiátricas, o trabalho diagnóstico orienta-se em classificar variáveis

observáveis, em que a regularidade, ou, a repetição das ocorrências, determinam o tipo de intervenções, a partir de uma relação causa/efeito. O diagnóstico psiquiátrico é feito a partir da avaliação de um quadro de sinais e sintomas clínicos a serem observados e quantificados, e com base nessas manifestações, classifica-se o sujeito dentro de um vasto leque de categorias, com identificação de critérios diagnósticos comuns a determinadas patologias. Diferentemente da psicanálise, sabemos que a diagnose médica não se interessa pela lógica do inconsciente do sujeito, nem sobre o que os conflitos relacionados a ele querem dizer. Embora os primeiros manuais do CID e do DSM tivessem influência da corrente psicanalítica, no decorrer das edições, as terminologias referentes à Neurose, Psicose e Perversão começaram a cair para dar lugar à noção de Transtorno. Como aponta Romaro (1999), o estabelecimento de um diagnóstico pautado pelos parâmetros nosológicos é balizado por técnicas e instrumentos que permitam um exame direto e observável, objetivando determinar a natureza da afecção e localizá-la em nível da patologia. Bernardino (2010) irá dizer que a proposta dos manuais classificatórios como o CID e DSM preconiza quadros nos quais predominam questões cognitivas em detrimento das questões relacionadas à personalidade dos sujeitos. “De fato, é bem verdade que os comportamentos cognitivos são observáveis, enquanto que a organização da personalidade requer uma dedução”. (BERNARDINO, 2010, p. 113).

A noção de transtorno indica um estilo de tratamento diferente daquele indicado pela noção de sintoma. Podemos mesmo dizer que a noção de transtorno implica não um estilo da clínica, mas um estilo educacional/instrumental que, quando passado à clínica, torna-se brutalização do sujeito. (CALAZANS; MARTINS, 2007, p. 163).

De acordo com Finelli e Mendonça (2015), no diagnóstico psicanalítico o saber é construído ao longo de uma atividade, a criação de uma aliança terapêutica, sendo a ênfase colocada na interação entre dois sujeitos, no qual o terapeuta dispõe de apenas um instrumento - a escuta analítica - na dimensão do discurso do analisando, para delimitar o campo de investigação - que é a estrutura do sujeito-, o que implica em uma avaliação subjetiva. Dor (1994) postulou que é no dizer que algo da estrutura do sujeito é localizável. É com este algo que se conta para construir o diagnóstico. Finelli e Mendonça (2015, p. 56) referenciam que “o diagnóstico diferencial só se coloca em psicanálise como função de orientação e condução do tratamento”. “Pela forma em que se dispõe a fazer um diagnóstico

pode-se colaborar para desconstruir as categorias psicopatológicas, e adentrar na gênese da formação dos processos e na dinâmica dos mecanismos clínicos.” (FINELLI; MENDONÇA, 2015, p. 50). Pavone e Rafaeli (2011, p. 35) afirmam que “para a psicanálise os fenômenos não têm o mesmo valor de verdade que têm para as ciências empíricas, ou seja, o dado clínico não é o único critério de verdade para afirmar um diagnóstico ou o tratamento”.

Bebendo da fonte criadora da teoria psicanalítica, recorremos a Freud; para pensar, desde os primórdios da psicanálise, as diferenças colocadas entre o paradigma médico e psicanalítico no que tange à problemática do diagnóstico. O pai da psicanálise em seu arcabouço teórico postulou que existem manifestações sintomatológicas que não se enquadram e nem sequer são desvendadas pelo saber médico - aquele que busca biologicamente enquadrar uma série de manifestações em um quadro patológico -. Freud (1970[1901]) estava certo de que as manifestações de esquecimentos, paralisias, atos falhos e formações sintomáticas estavam aquém dos processos psicopatológicos, e sim, a serviço das manifestações do inconsciente. Rêgo (2016, p. 38) afirma que “somente pela via da análise é que estes fenômenos podem ser desvendados.”

Partindo desta problemática de diferenciação diagnóstica, colocamo-nos a pensar sobre as “miscelâneas” existentes em torno das psicopatologias infantis, mais especificamente no que diz respeito ao autismo e psicose. Atualmente, com o alargamento do Transtorno do Espectro Autista, muitos quadros divergentes entre si foram englobados, e com esse grande “guarda-chuva aberto”, o TEA passa a abranger desde os autismos típicos até quadros de psicoses não decididas na infância. “Essa hipótese aparece como uma das tendências da psiquiatria atual que tem pautado a etiologia das afecções em critérios orgânicos.” (PAVONE; RAFAELI, 2011, p. 34). Na perspectiva das autoras, não apenas o autismo e a psicose, mas diversas patologias estão relacionadas à causalidade biológica. De acordo com Bernardino (2010, p. 112): “Uma das características mais marcantes desse manual, no que se refere à psicopatologia da infância, é o desaparecimento do termo psicose para nomear uma patologia que faz parte da clínica dos problemas graves da infância [...]”. Como afirma Sibemberg (2015, p. 98), “a substituição dos termos ligados às psicoses infantis se deu em razão da mudança de paradigma epistemológico dentro da psiquiatria infantil que passou a ser marcadamente neuro-desenvolvimentista.”

De acordo com Bernardino (2010), as referências usadas atualmente para retratar os quadros de autismo e psicose infantil estão intimamente relacionadas aos transtornos invasivos do desenvolvimento, estando enquadrados sintomas como: prejuízos na área do desenvolvimento, inabilidade de interação, movimentos estereotipados entre outros. “São habilidades e comportamentos que se desviam da norma, sem que haja qualquer referência ao lugar ocupado pela criança, à sua identidade ou personalidade.” (BERNARDINO, 2010, p. 113). Sibemberg (2015) aponta que a “abertura do guarda-chuva” patológico se deu em consideração a pouca relevância dos diagnósticos especificados, como é o caso da psicose infantil diante do espantoso e crescente número de diagnósticos de autismo na contemporaneidade. Ferreira e Vorcaro (2017, p. 69) colaboram dizendo que “essas inscrições e nomeações e, com elas, a expansão do diagnóstico de autismo, tiveram como consequência, com o obscurantismo que carregam, o aumento exorbitante do número de casos de autismo.”

Portanto, como os clínicos não vinham “separando o joio do trigo”, partiu-se da premissa de que isto não era necessário. O que antes era diagnóstico diferencial, passou a ser catalogado numa mesma categoria, estando a diferenciação assinalada pela intensidade dos sintomas no comportamento repetitivo e estereotipado, bem como os distúrbios da linguagem. (SIBEMBERG, 2015, p. 99).

Entretanto, como aponta Sibemberg (2015), para a psicanálise ainda permanece a diferenciação estrutural entre psicose e autismo. A respeito disso, Jerusalinsky (1993, p. 63) afirma dizendo que: “tratam-se de duas estruturas diferentes [...] entre psicose e autismo não há nenhuma identidade de estrutura, porque num caso se trata da foraclusão e no outro se trata da exclusão.”

Nestes embaraços em torno do diagnóstico de autismo e psicose, Kupfer (1999, p. 102), salienta que “diante do discurso médico, o psicanalista deverá demonstrar que é sensato o suficiente para não desconsiderar o corpo em sua dimensão de limite, e não de causa, mas precisará sustentar a posição segundo a qual não haverá corpo se não houver sujeito”. Como apontam Ferreira e Vorcaro (2017, p. 70): “Supor que o sujeito não esteja na raiz dos transtornos que apresenta é colocá-lo numa posição de impotência, quiçá de vítima de seus genes, do seu cérebro, dos efeitos do meio ambiente sobre ele.”

O enigma encontrado às voltas sobre o autismo e psicose é colocado em questão pelo paradigma psicanalítico; dicotomicamente dos manuais de classificação diagnósticos, “a psicose infantil refere-se a um quadro clínico que não deixou de existir com a simples retirada do termo da nosografia atualmente tomada como referência globalizada.” (BERNARDINO, 2010, p. 113). É importante aqui salientar também, como afirma Ansermet e Giacobino (2013, p. 31) “que o autismo continua refém desses movimentos de ampliação ou restrição dos critérios, de diminuição ou elevação do limiar diagnóstico”. Ferreira e Vorcaro (2017, p. 71) apontam que “é no ponto nodal desses embaraços que a psicanálise ousa - na contramão do intuito de ver consolidadas as bases genéticas únicas para todos encontrar sujeito e sua singularidade.”

3 A RELAÇÃO PARENTAL NO CERNE DOS IMPASSES DA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: DO COMPLEXO DE ÉDIPO À PSICOPATOLOGIA DA INFÂNCIA

Para compreendermos os elementos clínicos que logo se apresentam nas entrevistas iniciais com crianças autistas ou psicóticas e seus pais, é importante de antemão entendermos o processo de estruturação psíquica que ocorre desde o nascimento do bebê e consolida-se na adolescência. De acordo com Bernardino (2010, p. 116) para a abordagem psicanalítica, “a constituição do sujeito depende do lugar que a criança vai ocupar no interior de uma estrutura que é preexistente e determinante de uma posição”. Não basta nascer com um corpo humano, é necessário ser esperado e antecipado em um lugar simbólico determinado, dentro da estrutura familiar.

O caminho de estruturação normal segue em constituição passando pelo circuito pulsional, o estágio do espelho, a passagem edípica, a queda do lugar fálico, a inscrição da falta, o desejo colocado em movimento. Kupfer (1999) afirma que o bebê ao nascer nada mais é do que um organismo biológico; é a partir do olhar do Outro que o conduzirá em direção à linguagem e dará sentido aos seus reflexos que o bebê passará a caminhar para a condição de sujeito. Desta forma, o bebê, ao nascer, não se encontra ainda na condição de sujeito, mas sim de assujeitado ao Outro (LACAN, 1957-58/1999). Como é sabido, para a psicanálise, o que está em voga é o sujeito do inconsciente. É através do trabalho do agente materno e do banho de linguagem que a criança recebe, que passará a emergir o sujeito do

psiquismo. Laznik (2004) refere o esquema ótico como a fase na qual o Olhar do outro se faz primordial na unificação e sustentação do sujeito. “Trata-se aqui do olhar no sentido da presença; o olho sendo o signo de um investimento libidinal, muito mais que o órgão suporte da visão.” (LAZNIK, 2004, p. 50). É, - a partir do olhar do Outro-, que haverá uma relação especular, a partir da qual o bebê passará a enxergar-se como um corpo unificado. A respeito deste momento, Dor (1989, p.79) trará a noção de Estádio do espelho proposta por Lacan: “o estágio do espelho ordena-se essencialmente a partir de uma experiência de identificação fundamental, durante a qual a criança faz a conquista da imagem de seu próprio corpo”. “A identificação primordial da criança com esta imagem irá promover a estruturação do “EU”, terminando com essa vivência psíquica singular que Lacan designa como fantasma do corpo esfacelado.” (DOR, 1989, p. 79). Como afirma Laznik (2004, p.52) “para que o infans possa se ver, ele próprio, Lacan propõe algumas modificações nesse esquema inicial, e aí introduz especialmente um espelho plano, ilustrando então o estágio do espelho.”

O espelho, isto é, este momento da primeira relação consigo mesmo que é irremediavelmente, e para sempre, uma relação com o outro, só representa uma fase privilegiada na medida em que tem um valor exemplar para toda a sequência de um desenvolvimento; não é um estágio destinado a ser superado, mas uma configuração insuperável. (OGILVIE, 1991, p.112).

Avançando ao Complexo de Édipo, Dor (1989) referencia este momento como contemporâneo ao Estádio do Espelho, onde a criança encontra-se às margens de uma identificação e alienação simbiótica à figura materna. Essa relação identificatória e alienada junto a mãe, se dá em função de uma posição imaginária, onde a criança supõe identificar-se com o objeto de desejo materno. Como afirma Dor (1989, p. 81): “Esta identificação é amplamente facilitada e até induzida, pela relação de imediação da criança com a mãe, a começar pelos primeiros cuidados e a satisfação das necessidades”. A proximidade dessas trocas e cuidados nos momentos iniciais da vida do bebê faz com que a criança acredite tamponar aquilo que falta à mãe, fazendo-se objeto do que falta no Outro. A este caminho, Lacan denominou de primeiro tempo do Édipo, onde como aponta Dor (1989, p. 81) “o desejo da criança fica radicalmente assujeitado ao desejo da mãe.”

O segundo momento da dialética Edipiana diz respeito, como referencia Dor (1989), à imersão da criança na castração através da “entrada” de uma terceira

figura neste processo, o pai. É através da entrada da figura paterna que a criança encontrar-se-á no dilema edípico de privação da mãe. Ela cai do lugar de objeto fálico para ocupar a posição de castrado. O pai “priva a mãe”, ela é dele e não da criança. Como aponta Dor (1989, p. 83):

No que concerne enfim, a castração, a falta que ela interpela, é uma falta simbólica, na medida em que ela remete a interdição do incesto, que é a referência simbólica por excelência. É por isso que a função paterna é operatória, determinando para a criança, seu próprio acesso para o simbólico. A falta significada pela castração, é antes de mais nada, uma dívida simbólica. Mas, na castração, o objeto faltante é imaginário, e em nenhum caso pode ser um objeto real.

Por fim, chegamos ao terceiro tempo de Édipo em Lacan (mãe-filho-pai-falo). De acordo com Sales (2008) neste tempo, o pai “deixa de ocupar” o lugar de falo e a criança passa então a perceber simbolicamente que o pai tem o falo. É o momento do declínio do Complexo de Édipo. Este momento é o tempo da simbolização da lei. Como aponta Cabas (1982) a criança já tem a lei internalizada, ou seja, a proibição ao incesto; ela renuncia a ser o falo da mãe através de uma lógica identificatória ao pai, portanto, a figura paterna que anteriormente era visto como um rival passa a ser objeto de identificação para a criança. Ele identifica-se ao pai, para posteriormente ter o falo assim como a figura paterna hipoteticamente o tem. Este terceiro momento é estruturante para a criança, pois permite que ela entre na lei simbólica, reorganizando a posição fálica. Desta forma, a passagem pelo Complexo de Édipo é que definirá a posição do sujeito em relação ao falo e ao desejo do Outro. Dor (1991, p. 24) nos diz que “é em função dos amores edipianos que se constitui, para todos, a entrada em cena de uma estrutura psíquica, ou, como assinalava Freud, a “escolha” da sua própria neurose”. “Esses amores edipianos nada mais são que o desenvolvimento, com estardalhaço, da relação que o sujeito trava com a função fálica, ou seja, com a função paterna.” (DOR, 1991, p. 24). Sendo assim, é através da compreensão deste “processo” denominado Complexo de Édipo que pode-se clarear as formas de como se dão os diferentes modos de estruturação psíquica.

Bernardino (2004, p. 75) irá dizer que “a constituição de um sujeito vai ser inaugurada por uma escrita, marca de antecipação deste sujeito, ligada ao seu traço - unário - de reconhecimento”. De acordo com Kupfer (1999), este percurso de estruturação psíquica, nem sempre se dá de forma linear e contínua; nesta passagem de inscrições e nomeações, o *infans* sofre vários impasses, que marcarão

seu processo constituinte. “As primeiras marcas, que deveriam passar por diferentes tempos para se constituírem como marcas eficazes e capazes de produzir o sujeito, sofrem uma espécie de aborto.” (KUPFER, 1999, p. 105). Bernardino (2004, p. 78) aponta que “a estrutura do sujeito não é um dado a priori, nem produto de um momento de definição único e cristalizado, mas é o resultado de vários tempos, que primeiro se instauram e depois são retomados diferentemente.”

Entendido o Complexo de Édipo para Lacan, trata-se agora de pensarmos os impasses na constituição psíquica das crianças psicóticas e autistas que apresentam como cerne a relação parental. De acordo com Bernardino (2004, p. 80) “há casos em que, excepcionalmente, a posição da criança em relação aos significantes se cristaliza de modo forclusivo, produzindo uma barragem à função simbólica do Outro, impedindo que as operações psíquicas ocorram, definindo uma psicose”. A autora aponta três tempos cruciais na constituição do sujeito: O instante do olhar; o tempo para compreender e o momento de concluir. “É nos hiatos entre um tempo e outro, que o sujeito emerge, é nestes intervalos que temos também a possibilidade que o sujeito não emerga.” (BERNARDINO, 2004, p. 82).

Na psicose, temos uma falha no tempo de separação, que impede a instalação do Recalque. O Outro não aparece como faltante, barrado em seu gozo, tampouco suas palavras se invertem para permitir ao sujeito receber dele sua própria mensagem, desconhecendo sua alienação. Instala-se, pelo contrário, uma não inscrição do elemento terceiro, a forclusão que denota a falta dos significantes organizadores da cultura fálica. (BERNARDINO, 2010, p. 117).

Através das colaborações de Pavone e Rafaeli (2011) damos-nos conta de que, na relação inicial mãe-bebê, é necessário que haja uma suposição de um sujeito por parte do agente materno em relação à criança. É através das nomeações e suposições que a mãe irá unificando o que antes era “um pedaço de carne” cheio de pulsões parciais - *perverso polimorfo*¹ -. Contudo, como vimos até aqui, a entrada de um terceiro mostra-se primordial. “A disparidade é necessária para, enfim, pensar a relação mãe e filho, que não é somente especular, pareável. Sem essa suposição de dois Outros e dois sujeitos, a relação seria estritamente imaginária, vivida

¹ Termo designado por Freud no seu escrito - Um caso de Histeria, Três Ensaio sobre a sexualidade e outros trabalhos (1901[1905]) para designar as diversas formas de satisfação sexual dos bebês por meio de zonas erógenas espalhadas pelo seu próprio corpo.

somente no eixo a-a'. Conceber dois sujeitos e dois Outros torna necessário o recurso ao simbólico." (PAVONE; RAFAELI, 2011, p. 42).

No caso das psicoses infantis, nota-se como sendo clara a não entrada da função paterna, ou seja, a não entrada de um terceiro que barre essa relação dual entre mãe-bebê. A criança fica presa ao imaginário, colada ao discurso materno. Há uma indistinção entre eu/outro. Como afirma Jerusalinsky (2002, p. 62) "pode-se dizer que o fundamento de uma estrutura psicótica reside na forclusão do Nome - do - Pai."

Em relação ao autismo, o autor aponta que trata-se de uma exclusão. "Se na psicose a defesa se faz pela não inscrição simbólica do pai, no autismo o que estaria em jogo seria um impedimento na articulação simbólica e imaginária do desejo materno com a criança". (SIBEMBERG, 2015, p. 99). "A diferença entre essas duas posições subjetivas pode ser constatada a partir da relação que a criança tem com a linguagem e o compartilhamento com o discurso social." (SIBEMBERG, 2015, p. 99).

Levando em consideração os primeiros momentos da constituição psíquica, retomemos o conceito de Estádio do Espelho para pensarmos o autismo. Jerusalinsky (1993) nos diz que a criança autista não tem reconhecida sua imagem no espelho. Para Laznik (2004, p. 56) "esta ausência de imagem do corpo terá pelo menos uma outra consequência prejudicial: bloqueará a reversibilidade possível da libido do corpo próprio àquela do objeto". "Os objetos não se acharão colocados nesta borda do vaso que simboliza, o continente narcísico da libido". (LAZNIK, 2004, p. 56). A criança autista nem sequer entra no primeiro tempo do Édipo, onde se coloca e é colocada na posição de objeto de desejo da mãe. Ela não se amarra ao circuito pulsional, desta forma ficando ausente sua entrada no narcisismo primário. Para Collete Soler apud Laznik (2004, p. 56) "o que fracassa na constituição do sujeito no autista, é o tempo da alienação, enquanto que no psicótico seria o da separação". De acordo com Kupfer (1999, p. 106) "o autista está fora do campo da linguagem, enquanto o psicótico está na linguagem, mas fora do discurso."

De acordo com Magalhães (2006, p. 103) "O corpo humano depende, portanto para sua subsistência de outro, já que a criança quando nasce é imatura, e sem o Outro não conseguirá constituir um corpo subjetivado". Como aponta a autora, o agente materno toma seu bebê em uma posição de desejante e ao cuidar de seu corpo, libidinizá-lo, faz de si mesmo a vivência única de satisfação do bebê. Como colabora Queiroz (2006, p. 601) "O olhar materno banha de erotismo o corpo

do filho, transformando o corpo sensitivo em corpo erógeno”. No autismo, muitas vezes há uma falha neste momento de suposição de sujeito, o agente materno não coloca a criança em uma posição desejante, não direciona a ela o olhar, encarregando-se apenas com os cuidados corporais. Levin (2002) acredita que para constituir um corpo que deseja, a criança deverá colocar-se como objeto de desejo materno, identificando-se com uma imagem especular; mas também deverá separar-se dela. Para que isso aconteça, ela precisará diferenciar-se do corpo materno. Como cita Magalhães (2006, p.104) “através do brincar de presença e ausência, a criança finalmente encontrará uma porta de entrada aberta para separar-se do corpo materno. Haverá uma passagem de um domínio imaginário do corpo a um domínio simbólico”. Na psicose, percebemos que este momento não acontece, não há entrada no domínio simbólico, a criança encontra-se presa em uma constante relação especular com a figura materna.

4 INDICADORES DE ALERTA: FERRAMENTAS NORTEADORAS PARA A IDENTIFICAÇÃO DE PSICOPATOLOGIAS NA INFÂNCIA

De acordo com Jerusalinsky et al (2010) muitos psicanalistas costumam, nas avaliações clínicas de crianças, guiar-se por alguns indicadores que podem assinalar se o processo de estruturação psíquica está ocorrendo pelo caminho certo. Uma das ferramentas usadas para a identificação de possíveis entraves neste processo são os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIS), que, como afirma Campanário (2013) dizem respeito a um estudo multicêntrico realizado em dez capitais do Brasil, com o objetivo de sinalizar possíveis problemas no desenvolvimento psíquico de crianças de zero a dezoito meses de idade.

Este método de investigação, de acordo com Pesaro e Kupfer (2016), tem em suas bases a busca pela validação do sujeito do inconsciente e do desejo, o que, para a psicanálise, representa a organização do corpo do bebê para além dos sentidos e coordenações biológicas. Para tanto, sabemos que o surgimento de um corpo banhado de significações depende dos adultos que estão responsáveis não só pelos cuidados relacionados à sobrevivência do bebê, mas por todo o processo de tessitura de uma rede de significantes que farão com que o infans emerga no campo da linguagem. Neste sentido, Jerusalinsky et al. (2010) referem que o instrumento de

avaliação IRDI foi pensado de acordo com as operações formadoras do psiquismo da criança - Suposição de um Sujeito, Alternância Presença/Ausência, Estabelecimento da Demanda e Função Paterna.

A respeito da Suposição de um sujeito, Jerusalinsky et.al (2010) corroboram dizendo que trata-se da antecipação, no discurso da mãe, sobre o que o bebê é e quer. A criança, mesmo pequena, tenta corresponder ao que é esperado dela. O bebê coloca-se a serviço do Outro. “É precisamente desse modo que a subjetividade - que não é inata - pode efetivamente construir-se.” (JERUSALINSKY, et al., 2010, p. 11).

O eixo Estabelecimento da Demanda, como apontam novamente Jerusalinsky et al. (2010) diz respeito à demanda que a mãe endereça ao filho como se fosse dele próprio.

[...] Quando a mãe interpreta que ao chupar o próprio dedo seu bebe está lhe pedindo para lhe dar de mamar, em verdade é a mãe mesma quem quer dar o peito a seu filho; é ela quem demanda de seu filho que ele a deseje e inverte sua própria demanda transformando-a em demanda do filho. (JERUSALINSKY, et al., 2010, p. 11).

Esta suposição de demanda guiará toda a inserção do sujeito na linguagem e sua relação com o Outro.

Sobre o eixo Alternância Presença/Ausência, Jerusalinsky et al. (2010) apontam que se refere à capacidade de suportar a ausência da mãe, “substituindo-a” por outros objetos. Essa capacidade representativa abre espaço para o surgimento do campo simbólico no psiquismo do bebê, inteirando-o na linguagem.

O último eixo diz respeito a “função paterna” que ocupa o lugar de instância reguladora do gozo da mãe sobre o bebê. De acordo com Jerusalinsky et.al (2010, p.11):

Trata-se do registro que a criança tem progressivamente da presença de uma ordem de coisas que não depende da mãe embora essa ordem possa ser transmitida por ela. Esse lugar terceiro é facilmente atribuível ao pai já que ele se faz presente como um “intruso” na paixão mãe-filho. Essa “ordem terceira” toma para a criança, e também para a mãe, a forma de regras e normas que introduzem a negativa [...].

Estes quatro eixos investigados pelos IRDI proporcionam ao profissional da psicologia, bem como a outros profissionais da área da saúde, uma vasta possibilidade de identificação de sinais de risco no desenvolvimento e estruturação

psíquica de bebês. Tratando-se do primeiro eixo exposto neste estudo - Suposição de sujeito - sabemos que, a mãe, passa a supor algo em seu bebê. Ela é responsável por retirar o bebê de sua condição inicial de organismo, entrelaçando cada manifestação dele à condição social e cultural, apresentando-lhe as leis.

O problema ocorre quando essa função de suposição não opera por parte da mãe, seja porque a mesma está deprimida, ausente, ou, por simplesmente não conseguir fazer laço com o bebê. Neste sentido, a criança não encontra amarras em seu desenvolvimento, fica às voltas de um abismo, sem saber quem é e por onde guiar-se. Como aponta a psicanalista Laznik (2004), quando não identificada pelo instrumento de avaliação a presença da suposição de sujeito, podemos estar em frente ao risco de instalação dos quadros de autismo infantil. De acordo com a autora, isso se revelaria na ausência do olhar, na não inscrição do Outro, na falta da representação dos representantes, ou seja, da formação de redes entre as inscrições psíquicas.

Há também, a possibilidade de se observar os sinais de risco para psicose infantil, através da não instalação da função paterna e da incapacidade de suportabilidade da ausência da figura materna. A lei não foi apresentada à criança, não há um corte de separação entre mãe/bebê, ficando a criança colada ao discurso materno, sem possibilidades de avançar a constituir-se como um ser de desejos e vontades próprias.

A partir deste levantamento, percebe-se a importância da utilização dos IRDIS como ferramentas que auxiliam o profissional na detecção precoce de sinais de risco em bebês. De acordo com Pesaro e Kupfer (2016, p. 63) “considera-se que a utilização dos indicadores para a apreensão dos efeitos da constituição psíquica é um caminho interessante para a precoce detecção, para uma atuação cuidadosa e implicada com o sujeito”. Este instrumento objetiva também alertar os profissionais que trabalham com crianças para aquilo que é esperado em determinados períodos da vida do pequeno sujeito, despertando um sinal de alerta quando algo do esperado se encontra ausente.

A partir da criação e implementação dos Indicadores Clínicos de Risco, foi desenvolvido outro instrumento, denominado Avaliação Psicanalítica aos três anos (AP3), que, de acordo com Paolo, Lerner e Kupfer (2009) foi elaborado com base nos eixos teóricos do IRDI, tendo como ênfase a identificação de sintomas clínicos no desenvolvimento da criança. Objetivou-se a investigação de novos eixos, sendo

eles: brincar e fantasia; corpo e sua imagem; manifestação diante de normas e posição frente à lei; fala e posição na linguagem. Estas, diretrizes de investigação procuram em suas bases verificar se o psiquismo da criança está conseguindo estruturar-se dentro do esperado para sua faixa etária e estruturação psíquica.

Em seu contexto geral, Paolo, Lerner e Kupfer (2009) referem que a AP3 objetiva investigar a posição da criança no contexto familiar, ou seja, como lhe é conferido um lugar na família, lugar que não é só um quarto ou um berço, mas uma posição subjetiva. “Posição esta que vai se inscrevendo, paulatinamente, na família, na cultura, na linguagem, numa combinatória que construirá a sua história, compondo a sua subjetividade, seu próprio desejo.” (PAOLO; LERNER; KUPFER, 2009, p. 9).

Em suma, estes instrumentos de alerta, como os IRDIS e a AP3 apresentam grande potencial diagnóstico, possibilitando a verificação de riscos para o desenvolvimento infantil. Dutra e Bernardino (2008) afirmam que o profissional da psicologia que realiza entrevistas iniciais com crianças deve atentar para alguns sinais que podem indicar a ocorrência de uma psicopatologia estrutural, levando sempre em consideração o laço relacional através da observação da criança e a partir de todos os aspectos citados neste capítulo.

5 A TRANSFERÊNCIA: FENÔMENO CRUCIAL NAS ENTREVISTAS INICIAIS PARA A ELABORAÇÃO DA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E DIREÇÃO DO TRATAMENTO

Deixamos claros até o momento os elementos norteadores na clínica psicanalítica que nos possibilitem identificar as diferenças colocadas entre um caminho de estruturação autista e psicótica, remarco aqui que me refiro a caminho, pois, como sabe-se, na infância não há um processo conclusivo de estruturação. Nos dirigiremos agora a pensar sobre o papel da transferência nas entrevistas iniciais como uma ferramenta valiosa para embasar os elementos de diferenciação diagnóstica e a direção do tratamento.

O termo transferência é tomado pela primeira vez por Freud em 1888 no seu escrito sobre a Histeria. Alguns anos depois, Freud o cita novamente em vários dos seus trabalhos, como Estudos sobre a Histeria (1985) e Interpretação dos Sonhos (1900), Dinâmica da transferência (1912), e, Recordar, Repetir e Elaborar (1914),

entre outros textos ao longo de sua obra. O pai da psicanálise toma a transferência como “[...] reedições, reprodução das moções e fantasias, que durante o avanço da análise, soe despertar-se e tornar-se consciente, mas com a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico [...]” (FREUD, 1905 [1901], p. 111). Na clínica com adultos, o psicanalista passa a usar da transferência como método que o auxilia na condução do tratamento e no desmonte das resistências que surgem durante o percurso, conduzindo o paciente a trabalhar a partir da interpretação, suas revivescências do Complexo de Édipo. Como afirma Freud, o analista deve:

[...] fazê-lo reexperimentar alguma parte de sua vida esquecida, mas deve também cuidar, por outro lado, que o paciente retenha certo grau de alheamento, que lhe permitirá, a despeito de tudo, reconhecer que aquilo que parece ser realidade é, na verdade, apenas reflexo de um passado esquecido. Se isto puder ser conseguido com êxito, o sentimento de convicção do paciente será conquistado, juntamente com o sucesso terapêutico que dele depende. (FREUD, 1922 (1920), p. 29).

No contexto do atendimento com crianças a transferência se estabelecerá através do brincar, Gueller (2011, p. 17) irá dizer que “as crianças brincam e é no brincar que lemos o seu dizer e os empecilhos que encontram para se dizer”. A criança, diferentemente do adulto não atua na transferência, nem transfere coisas do passado há muito recalcadas para a figura do analista. Como postulou Anna Freud (1926), no atendimento de crianças, não há o estabelecimento de uma neurose de transferência, pois, a criança ainda está vivenciando a relação com seus pais e não se encontra apta a produzir edições de suas relações edípicas, visto que seus objetos de desejo (seus pais) ocupam um lugar ativo e presente como objetos de amor para a criança. A transferência neste caso ocorre no presente, a partir do estabelecimento da relação com o terapeuta no brincar. De acordo com Adelino (2010, p. 83) “através da transferência, se revela a partir da posição que o sujeito coloca o analista, a posição do sujeito frente ao Outro.”

Como aponta Mrech (2002), a teoria psicanalítica leva sempre em consideração a palavra e o brincar, pois é através do brincar que a criança poderá expressar seus fantasmas, angústias e fantasias, podendo falar sobre si mesma. O autor aponta que o brincar não é apenas um ato espontâneo da criança, ele traz a história do pequeno sujeito, revelando quais foram os efeitos da linguagem e da fala e as consequências da falta dessas marcas na constituição da criança. Sabemos

que no tratamento psicanalítico com crianças é essencial como aponta Vorcaro (1999), localizá-la na temporalidade de sua estruturação. Para isso, devemos nos indagar qual a posição em que a criança está colocada perante ao Outro. Ou seja como aponta Bernardino (2015) em que lugar esta criança está colocada na fantasia dos pais. Seria um lugar de sujeito? Onde “seu processo de constituição subjetiva está ocorrendo e seus sintomas são sinal disto, ou seja, de que tem condições de responder de modo próprio às demandas que recebe do Outro”? (BERNARDINO, 2015, p. 60). Ou, a criança está colocada na posição de objeto onde estabelece uma relação simbiótica com o Outro? Ou, ainda, a criança está à margem da linguagem, recusando a entrada no campo do Outro? Essas três perguntas a respeito da posição da criança neste enredo constituinte, guiarão o psicanalista na construção da relação transferencial e na condução do tratamento.

Nos propomos a pensar como acontece o estabelecimento da transferência quando a criança está tomada na posição de objeto no enredo familiar, ou seja, está trilhando caminhos em direção ao autismo ou psicose. Sabemos que, mesmo nestes casos, onde não há o brincar simbólico, é possível que o psicanalista adentre na lógica de seu jogo, procurando compreender como está excluída das trocas linguageiras e do discurso simbólico. Ferreira e Vorcaro (2017) dizem que são as próprias crianças em risco na constituição psíquica que nos trazem elementos para pensarmos o que atravessa sua vida inicial.

Freire e Bastos (2004) dizem que nos casos de crianças autistas, que em geral não demandam e nem colocam o analista na posição de Sujeito Suposto Saber, deve-se conduzir o tratamento, como aponta Lacan (1970, p. 122): “Através da associação livre e da transferência em que o analista ocupa o lugar de agente que causa o desejo no sujeito”. De acordo com Maleval (2015, p.17): “A criança autista utiliza do adulto como um prolongamento de si mesma tomando lhe a mão para servir-se dela como uma ferramenta para alcançar o objeto cobiçado”. Ela não está assujeitada ao desejo do adulto, nem se coloca como objeto causa de desejo para o Outro, o adulto é tomado nessa relação como um objeto autístico que propicia para a criança a satisfação de seu próprio desejo. Como conceituam Freire e Bastos (2004) a transferência com crianças em curso de uma estruturação autística deve se dar através de objetos, pois é através deles que o autista pode se abrir para o mundo que o terapeuta está tentando apresentar. Outro ponto importante, é a capacidade do terapeuta em poder emprestar seu próprio corpo,

tornando-o em primeiro momento uma extensão do autista, para posteriormente ir aos poucos fazendo significações e conduzindo-o a endereçar demandas.

Como comenta Maleval (2009), a criança escolhe objetos denominados como autísticos, os retém para si e constrói uma borda entre ela e o outro, tudo isso em função de proteger-se da angústia de castração. É, a partir deste ponto, que o analista em transferência irá trabalhar para atribuir significações a estes objetos autísticos desinvestidos de simbolismo. A transferência com crianças autistas como diz Vocaro (1999) se dá em ato. Desta forma, Freire e Bastos (2004) apontam que o tratamento psicanalítico busca através da transferência, articulações possíveis para que se esboce algum sinal de demanda por parte da criança. Ao emprestar seu corpo que, à priori servia de objeto ou extensão de si, o analista vai compondo uma borda que enlaça o sujeito dentro de alguns significantes. O analista, através da transferência, vai resignificando e dando sentido a o que era então um objeto inanimado ou sem sentido para o autista. “Isto implica atravessar, distinguindo, separando o continuum do fluxo da criança por meio do exercício da operação significante, intervindo sobre o organismo, para ali criar uma borda ao real capaz de contorna-lo.” (VORCARO, 1999, p. 67).

Assim, o primeiro passo do tratamento requer que o analista se identifique literalmente com os automatismos dos autistas, em continuidade com ele, única repetição até aí em que o autista ‘se reconhece’. Mas, não para recompor uma identidade perdida, senão, muito pelo contrário, para, do interior mesmo dela, adquirir a possibilidade de quebrá-la: uma tênue, mas firme descontinuidade traçada na pequena distância que permita ao autista percebê-la na dimensão de esboço de um estranhamento. Um estranhamento que, pela primeira vez não passa pelo aleatório dos objetos que se precipitam como um meteoro: mas que passa pela arbitrariedade do outro que, a partir daí, lê essa marca como letra. (JERUSALINSKY, 2010, p.3).

Nos casos de psicose, Cassenote (2014) nos diz que os corpos se apresentam às voltas com um gozo sem limites, pois não há operação significante, não há nada que nomeie e costure estes corpos desbordados. Neste sentido, o trabalho do analista seria aquele que permite que a singularidade de cada criança possa emergir a partir da costura que o analista faz dos laços afetivos que cria com a criança, norteando estes corpos desbordados em direção ao surgimento do desejo. Como afirmam Freire e Bastos (2004) o psicanalista deve a partir da transferência, localizar o gozo até então invasor e suscetível de transbordamento para ir circunscrevendo-o aos poucos e atrelando satisfação pulsional à palavra. De

acordo com Campanário (2013, p. 33) “O *infans*, para aceder à linguagem e se subjetivar, deve perder o gozo mítico e sem limites, ganhando vida psíquica na alienação à linguagem e no gozo dosado pela lei simbólica [...]”.

Na clínica, trata-se precisamente de contar com a incidência do sujeito da pulsão, para aí reconhecer um trajeto, fazendo incidir o corte do significante na substância de gozo, cartografando-a e dando-lhe outra extensão! Seria esse um caminho possível para a orientação do tratamento dessas crianças numa outra via de separação, numa lógica posicional em que a rede significante da linguagem aparelhe o organismo, balizando as condições de gozo, de modo que elas possam, assim, laçar o intervalo desejante. (VORCARO, 1999, p. 70).

Nos casos de estruturação autística e psicótica, Ansermet (2003, p. 81) irá dizer que o que está em jogo na clínica psicanalítica “é apreender se e como o sujeito pode emergir de tal situação extrema, para além das restrições eventualmente determinadas por seu organismo”. Freire e Bastos (2004) ressaltam que o que sustenta a transferência na clínica é o desejo do analista, em supor, para além de seu discurso a emergência do sujeito. Como diz Vorcaro (1999), em uma clínica ao avesso que percorre o caminho do real até chegar no campo do simbólico. “É preciso não ceder do desejo de apostar na existência do sujeito ali onde tudo permite esquecê-lo tão facilmente.” (FREIRE; BASTOS 2004, p. 64).

Bernardino (2015) irá dizer que o psicanalista, já nas entrevistas iniciais, deve fazer uma leitura guiada por sua escuta clínica dos sintomas existentes no percurso de constituição psíquica, pois, como nos diz Gueller (2011, p. 17): “As manifestações sintomáticas da criança são respostas ao que ela interpreta que o Outro quer dela”. Portanto, como contribui a autora, os sintomas devem ser compreendidos pelo psicanalista como dizeres singulares do *infans*. Campanário (2013) diz que é, a partir da transferência que o psicanalista poderá operar a fim de produzir a alienação e separação, propondo uma antecipação do sujeito.

Vorcaro (1999) colabora dizendo que, para que se inicie o trabalho psicanalítico com crianças em risco na estruturação psíquica e que ele seja frutífero, é necessário, de antemão o estabelecimento do laço transferencial com os pais. “A transferência na clínica com crianças incide na particularidade da relação com o outro como transferência por estrutura, desde que os agentes parentais legitimem tal laço.” (VORCARO, 1999, p. 67).

O discurso parental, como nos aponta ainda Vorcaro (1999), coloca a criança autista e psicótica em uma posição na qual cabe ao analista identificá-la, nomeá-la e reposicioná-la. Mrech (2002) aponta que a transferência, vivida com a criança e seus pais, demonstra os laços tecidos no ambiente familiar. Já dizia Mannoni (1980, p.32) “a criança que trazem até mim está situada numa família e carrega o peso da história de cada um de seus pais”. Deste modo é sabido que a história de um sujeito se inicia antes mesmo de seu nascimento e que seu processo de constituição psíquica vai sendo tecido através das primeiras marcas deixadas pelas figuras parentais. Bernardino (2004) diz que a estrutura psíquica é resultado de um processo de construção composto por diversas ações, e não se estabelece em um momento único, deste modo, as informações acerca da relação conjugal entre os pais, o desenvolvimento da criança e a história clínica de seus sintomas, são diretrizes para o psicólogo num processo de investigação que geralmente se dá nas entrevistas iniciais.

Volnovich (1991) refere que em psicanálise a transferência de crianças é sempre atravessada pela transferência dos pais. Desta forma, o psicanalista atua no sentido de criar um laço transferencial com os pais para que eles possam fazer parte ativa no tratamento, impedindo a criação de resistências e boicotes ao tratamento de seus filhos. Casssenote (2014, p. 12) afirma que “para que o trabalho tenha continuidade e ocorra da melhor maneira possível, é necessário uma intervenção com os pais a partir da interpretação de seus elementos inconscientes”. Mannoni (1980) indica que durante as entrevistas iniciais devemos sempre considerar que os pais compõe, junto de seus filhos uma transferência compartilhada; por este motivo, a intervenção com as figuras parentais se torna fundamental, pois eles ocupam um lugar de inscrições simbólicas no psiquismo da criança , possibilitando assim, mudanças. “É preciso sustentar, através da transferência, que o conteúdo recalcado compareça, além de tudo aquilo que nunca esteve em curso no desenvolvimento da criança.” (CASSENOTE, 2014, p.12).

Assim, a partir do exposto acima, vemos que é tarefa do psicoterapeuta, sustentar a relação transferencial com a criança e seus cuidadores, acompanhar a subjetividade que está sendo formada, refletir e buscar novos caminhos clínicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho discorremos sobre a problemática dos diagnósticos massificados, que incidem sobre as crianças e suas famílias muitas vezes na forma de normativas sobre os possíveis caminhos a serem trilhados. Vivemos atualmente em uma sociedade que fica às voltas de um narcisismo excessivo, onde o olhar do Outro e a busca pelo o que é belo operam como instâncias reguladoras da normalidade. Neste sentido, o campo da psiquiatria moderna e os diagnósticos realizados em crianças ganham cada vez mais força no atual contexto, pois trazem a possibilidade de encontrar um lugar para a patologia infantil à partir de nomeações e classificações que justifiquem e “concertem” o que está fora de um padrão social contemporâneo.

O problema surge na medida em que os diagnósticos massificados passam a falar mais sobre a criança do que o próprio momento estruturante, deixando de lado a noção de infância e conseqüentemente a este tempo, suas produções e sintomas próprios. O diagnóstico, realizado precocemente, opera sobre um saber próprio que passa a desconsiderar o que os pais apresentam como saber sobre seus filhos, ficando as figuras parentais destituídas dessa condição. Estes apontamentos nos fazem constatar a fabricação de uma necessidade cada vez maior de nomear, tratar e diagnosticar aquilo que não vai bem. Como nos diz Freud (1897, p. 287) “sempre se é filho da época em que se vive, mesmo naquilo que se considera ter de mais próprio”. Em uma sociedade, marcada pelo imediatismo e pelas nomeações, nem mesmo as crianças podem ficar de fora deste modo de operar, balizado cada vez mais pelo consumo, pelo estigma e pelas classificações dos sujeitos dentro da dita normalidade.

As crianças são diagnosticadas cada vez mais cedo, padronizadas para atuarem de acordo com o que a sociedade exige. Muitas vezes, na maioria dos casos, são crianças que nem sequer são autorizadas a brincar. As medicações na infância, como os antipsicóticos, por exemplo, atuam com alto potencial de regulação de um comportamento que não pode, de forma alguma, apresentar deslizes. Crianças cada vez menores chegam aos espaços de atendimento com laudos médicos, marcadas imaginariamente por números que classificam as patologias nos manuais diagnósticos, como, por exemplo, o F.84.0.

É na contramão deste circuito, regido pela lógica do diagnóstico e das nomeações, que a ética da psicanálise torna-se atuante. Como vimos no decorrer do trabalho, há uma série de elementos clínicos que podem auxiliar o psicólogo na diferenciação diagnóstica das psicopatologias infantis, mais especificamente o autismo e a psicose. Estes elementos funcionam, para o campo psicanalítico, como processos estruturantes que em nada normatizam o sujeito. Servem como pontos norteadores para se pensar como estão ocorrendo os movimentos estruturantes na criança para com isso poder executar um trabalho regido pela lógica do desejo.

Conclui-se então, que, no decorrer deste trabalho, adentramos nos pressupostos da psicanálise para podermos pensar o sujeito para além de um estigma, ou um diagnóstico, abrindo assim, inúmeras possibilidades de surgimento do desejo em crianças que, em muitos casos encontram-se em risco em sua estruturação psíquica, sem a possibilidade de sair do emaranhado patológico que foram enquadradas. Como aponta Campanário (2013, p. 32).

Simplemente ao ouvi-las e ao falarmos com elas, antecipando um sujeito, criamos a possibilidade de contenção de gozo “mapeando” seu corpo e seu universo através de nossa fala, gesto e atos, já submetidos à estrutura da linguagem, e localizando o comparecimento do que nos parece inusitado, que poderá vir a servir de “*locus*” do sujeito.

A partir das pesquisas realizadas para a construção deste artigo, nos ficou clara a importância de um olhar inquieto a respeito dos diagnósticos na infância. Na psicanálise, há sempre o movimento de buscar os elementos que se apresentam como primordiais em uma estruturação e com isso devemos a partir do olhar e da escuta clínica, compreender os caminhos trilhados singularmente por cada criança e sua família nos períodos constituintes. O saber psicanalítico no campo dos diagnósticos na infância ocupa-se de ir muito mais a fundo que a apresentação e descrição do sintoma.

É por este viés, que, na construção do trabalho, buscamos problematizar o que está sendo colocado quando se produz um diagnóstico em uma criança que está em processo de aquisição de elementos preponderantes de sua personalidade; sabemos que neste período, nada se estabelece à priori e nada se torna pronto e engessado, é um momento de construções, aquisições e aprendizagens constantes. O profissional da psicologia, que segue sua linha de pensamentos pelo viés psicanalítico, deve atuar em uma via contrária a do enquadre e entidades nosológicas. Deve buscar sempre compreender as diferenças colocadas entre uma

patologia e outra e como se operou a dinâmica edípica em cada caso, para assim, poder guiar a condução de seu tratamento. Remarcamos que é importante sempre estarmos atentos, pois vincular um sujeito a determinada psicopatologia, nomeando-o enquanto tal, pode produzir identificações pouco flexíveis, não dando ao sujeito possibilidade de produzir novas narrativas ou identificar-se de diferentes maneiras.

Neste sentido, concluímos que há ainda muitos trabalhos a serem feitos neste âmbito, e muitas pesquisas a serem trilhadas para pensarmos o autismo e a psicose, cada um com suas especificidades. A psicanálise se expande, justamente na sua possibilidade e desejo de alcançar cada vez mais horizontes, desenvolver cada vez mais pensamentos que se entrelacem na lógica do desejo, operando em favor do desmonte da lógica dos diagnósticos em massa.

REFERÊNCIAS

ADELINO, C. M. Diagnóstico na infância: alguma conclusão possível? **Rev. Psic.**, v. 19, n. 1, 2010. São Paulo. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/5221>>. Acesso em: 31 out. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANSERMET, F. **Clínica da origem**: a criança entre a medicina e a psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.

BERNARDINO, L. M. F. Mais além do autismo: a psicose infantil e seu não lugar na atual nosografia psiquiátrica. **Rev. Psicologia Argumento**, v. 28, n. 61, 2010.

BERNARDINO, L. M. F. **As psicoses não decididas da infância**: um estudo psicanalítico: os momentos chave na definição da estrutura. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2004.

BERNARDINO, L. M. F. O psicanalista e as psicopatologias de infância. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R. M. M.; VOLTOLINI, R. **Por uma nova psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

BERGÈS, J.; BALBO, G. **Psicose, autismo e falha cognitiva na criança**. Porto Alegre: CMC, 2003.

CABAS, A. G. **Curso e discurso da obra de Jacques Lacan**. São Paulo: Moraes: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1982.

CALAZANS, R.; MARTINS, C. R. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. **Rev. Estilos da clínica**, São Paulo. v. 12, n. 22, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282007000100009>. Acesso em: 14 out. 2018.

CAMPANÁRIO, I. S. **Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo: uma clínica ao avesso?** 2013.178 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós- Graduação em Psicologia - Faculdade de Filosofia e de Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010273952013000100006> Acesso em: 29 out. 2018.

CÁRDENAS, M. H. A prática lacaniana e a psicanálise aplicada, **Opção Lacaniana**, n. 38, 2003.

CARLESSO, J. P. P; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco Para o desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/1693/169331137017/>>. Acesso em: 01 maio 2019.

CASSENTE, L. M. **Marcas em quem cresce: as particularidades do tratamento psicológico de crianças**. 2014.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**: evolução e desafios. **Rev. Portuguesa de Educação**, v. 16, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/374/37416210/>>. Acesso em: 02. Nov. 2018.

DOR, J. **Estrutura e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus, 1991.

DOR, J. **Introdução a leitura de Lacan**: o inconsciente estruturado como uma linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DUTRA, F. G.; BERNARDINO, L. M. F. A avaliação psicanalítica na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil.

KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

ECHEVARRIA, R. Práticas psicanalíticas: o dualismo entre extensão e intensão. **Correio APPOA**, 2017. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/correio/educacao/268/praticas_psicanaliticas_o_dualismo_entre_intensao_e_extensao/486>. Acesso em: 02 nov. 2018.

FERREIRA, T.; VORCARO, A. **O tratamento psicanalítico de crianças autistas**: dialogo com múltiplas experiências. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

FINELLI, L. A. C.; MENDONÇA, A. S. M. Diagnóstico clínico x diagnóstico em psicanálise: a importância da escuta na construção do diagnóstico diferencial. **Rev. Bionorte**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.revistabionorte.com.br/>>. Acesso em: 17 set. 2018.

FLORES, R. M; SMEHA, L. M. Bebês com risco de autismo: o não olhar do médico. **Rev. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 16, p. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982013000300010&script=sci_arttext> Acesso em: 01 maio 2019.

FRERE, A. B.; BASTOS, A. Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a prática entre vários. **Rev. Estilos da Clínica**, v. 9, n. 17, p. 84-93, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2019.

FREUD, A. **O tratamento psicanalítico de crianças**. (1926). Rio de Janeiro: Imago, 1971.

FREUD, S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupos e outros trabalhos. (1922), In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas de Sigmund Freud – Além do Princípio do Prazer parte II (1920-1922)**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 18.

FREUD, S. A Interpretação dos sonhos. (1900), In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 5.

FREUD, S. O caso Schereber, Artigos sobre a Técnica e outros trabalhos. (1913). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas de Sigmund Freud - A dinâmica da transferência (1912 – 1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.7

FREUD, S. Recordar, repetir, elaborar. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). (1914), In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.7

FREUD, S. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.6

FREUD, S. Três ensaios sobre a Sexualidade (1905), In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas de Sigmund Freud – Um caso de Histeria, Três ensaios sobre a Sexualidade e Outros Trabalhos (1901-1905)**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.7

FREUD, S. Um Estudo sobre a Histeria. (1895), In: FREUD S. **Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas de Sigmund Freud. (1893 – 1895)**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.2

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. Rae**, v.35, n. 2, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2018.

GUELLER, A. **Atendimento psicanalítico de crianças**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

IZAGUIRRE, M. O autismo e os limites da psicanálise. **Rev. Marraio - Formações Clínicas do Campo Lacaniano. Autismo, o Último Véu**, n. 2, p. 37-44, 2001.

JERUSALINSKY, A. Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem. **Boletim da Appoa**, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 62-73, 1993.

JERUSALINSKY, J. **É possível prevenir ou só resta remediar?:** precocidade e prevenção na intervenção com bebês. Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, A. Quem analisa crianças?. **Correio da APPOA**, Porto Alegre, n.134, abr. 2005. Disponível em: <http://www.apboa.com.br/download/correio134.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

JERUSALINSKY, A. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 1, p. 31-52, 2010.

JERUSALINSKY, A. Considerações preliminares a todo tratamento possível do autismo. **Rev. Psicologia Argumento**, v. 28, n. 61, p. 121-125, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19695>> Acesso em: 01 maio 2019.

KUPFER, M. C; FARIA, C.; KEIKO, C. O tratamento institucional do outro na psicose infantil e no autismo. **Rev. Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.59, n. 2, p. 156-166, 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2290/229017529006.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

LACAN, J. **O seminário, livro 16, de um outro ao outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1970.

LACAN, J. **O seminário, livro 5, as formações do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. (trabalho original publicado em 1957-58).

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 1, p. 31-52, 2010.

LACAN, J. **O saber do psicanalista** - seminário 1971-72, 2001.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 248-264.

LAZNIK, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Agalma, 2004.

LEVIN, E. **A infância em cena: Constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor**. Petrópolis, 2003.

MAGALHÃES, D. D. M. Constituição do sujeito X Desenvolvimento da criança: Um falso dilema. **Rev. Estilos da Clínica**, v. 11, n. 20, p. 92-109, 2006.

MALEVAL, J. C. Os objetos autísticos complexos são nocivos? **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 2, p. 223-254, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n2/v15n2a14.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2019.

MALEVAL, J. C. Por que a hipótese de uma estrutura autística. **Opção Lacaniana online**, v. 6, n. 18, p. 1-40, 2015. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_18/Por_que_a_hipotese_de_uma_e_strutura_autistica.pdf>. Acesso em: 07 maio 2019.

MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise**. 22.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

MRECH, L. M. **Além do sentido e do significado**: a concepção psicanalítica da criança e do brincar: o brincar e suas teorias, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

OGILVIE, B. **Lacan**: a formação do conceito de sujeito (1932-1949). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

PAOLO, A. F.; LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Avaliação psicanalítica aos 3 anos**: desdobramentos e novas contribuições: formação de profissionais e a criança-sujeito, 2009. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100017&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 04 maio 2019.

PAVONE, S.; RAFAELI, Y. M. Diagnóstico diferencial entre psicose e autismo: impasses do transativismo e da constituição do outro. **Rev. Estilos da Clínica**, v. 16, n. 1, p. 32-51, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46106>>. Acesso em: 12 set. 2018.

PESARO, M. E; KUPFER, M. C. M. Um lugar para o sujeito-criança: os indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) como mediadores do olhar interdisciplinar sobre os bebês. **Rev. Analytica**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 58-68, 2016. Disponível em: <<file:///D:/Users/User/Downloads/2048-7159-1-SM.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2019.

PIZZANI, L. et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf.**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 53-66, jul./dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>>. Acesso em: 22 set. 2018.

PRADA, F. M. et al. Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **Audiology Communication Research**, v. 19, n. 4, p. 345-351, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acr/2014nahead/2317-6431-acr-2317-64312014000300001392.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2018.

QUEIROZ, E. F. O olhar do outro primordial. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141547142006000400598&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 22 out. 2018.

RÊGO, A. P. M. **Autismo**: discurso médico e discurso analítico. 2016. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.

ROHENKOHL, C. **O questionamento da prevenção em psicanálise e a possibilidade de antecipação como forma de uma intervenção analítica com profissionais de outras áreas**. Apresentado nos Estados Gerais de Psicanálise, 1999.

ROMARO, R. A. O estabelecimento do diagnóstico em psicanálise. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 3, n. 2, p. 23-37, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 17 set.2018.

SALES, L. S. Consistência do Édipo na psicanálise Lacaniana: símbolos zero para o desejo. **Fractal Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 209-220, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/36/22>>. Acesso em: 14 out. 2018.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 4.ed. Rio de Janeiro, RJ: DP&A, 2001.

SIBEMBERG, N. Atenção com o diagnóstico: a suspeita de autismo nem sempre se confirma. In: JERUSALINSKY, A. (org.). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 96-105.

SOARES, E. **A psicanálise em extensão e sua intensão**. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_08/artigo_07_port.html>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SOHSTEN, P. V. **O lugar do diagnóstico na psicanálise de orientação Lacaniana**: da generalidade à singularidade. 2016. Dissertação de Mestrado.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde pública**, v. 39, p. 507-514, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 02 nov. 2018.

VOLNOVICH, J. A psicanálise de crianças hoje. In: VOLNOVICH, J. **Lições introdutórias à psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991, p.9-42.

VORCARO, A. M. R. Transferência e interpretação na clínica com crianças autistas e psicóticas. **Rev. Estilos da Clínica**, v. 4, n. 7, p. 52-72, 1999. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/60767/63816>>. Acesso em: 07 maio 2019.