

AUTISMO OU PSICOSE: NECESSÁRIA DISTINÇÃO DESDE A INFÂNCIA

AUTISM OR PSYCHOSIS: NECESSARY DISTINCTION FROM CHILDHOOD

AUTISMO O PSICOSIS: UNA DISTINCIÓN NECESARIA DESDE LA INFANCIA

Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira¹

Rosana Fantini²

Luciana Rodrigues Mossolin³

Francisco de Assis Xavier Neto⁴

Resumo: Este artigo discute a distinção entre autismo e psicose na infância a partir de duas perspectivas: a psiquiátrica, com ênfase na evolução nosográfica dos manuais DSM e CID, e a psicanalítica, destacando o estatuto estrutural do autismo e seus desdobramentos clínicos. Na psiquiatria, reconstrói-se o percurso que vai da vinculação histórica do autismo às psicoses infantis (DSM-I/II; CID-6 a CID-9) à separação atual como transtorno do neurodesenvolvimento (DSM-5; CID-11). Na psicanálise, argumenta-se que autismo e psicose não formam um contínuo, mas estruturas distintas, com diferenças quanto à relação entre linguagem e corpo, presença de alucinações, temporalidade de aparecimento e vontade de imutabilidade. Conclui-se que a diferença entre esses dois diagnósticos — autismo e psicose — é condição para a direção do tratamento e para a articulação ética entre clínica, pesquisa e formação.

Palavras-chave: Autismo. Psicose infantil. Psicanálise. Psiquiatria.

Abstract: This article discusses the distinction between autism and psychosis in childhood from two perspectives: the psychiatric, with an emphasis on the nosographic evolution of the DSM and ICD manuals, and the psychoanalytic, highlighting the structural status of autism and its clinical implications. In psychiatry, it reconstructs the trajectory from the historical linkage of autism to childhood psychoses (DSM-I/II; ICD-6 to ICD-9) to its current separation as a neurodevelopmental disorder (DSM-5; ICD-11). In psychoanalysis, it is argued that autism

¹ Psicanalista, escritora e professora do curso de Psicologia da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Possui mestrado e doutorado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB), pós-doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e graduação em Psicologia pela PUC-GO. ORCID: 0000-0002-8320-912X. E-mail: renatawirthmann@gmail.com

² Psicanalista e psicóloga com pós-graduação em Psicanálise com Crianças e Adolescentes pelo ESPE. É formada em Direito. Foi juíza do Trabalho de 1996 a 2018. ORCID: 0009-0003-2799-3380. E-mail: rosanafantini@gmail.com

³ Discente do curso de Psicologia da UFCAT. Também possui graduação em Ciências Biológicas e em Pedagogia, além de ser especialista em Arteterapia. ORCID: 0009-0001-2499-4201. E-mail: lu.rmossolin@gmail.com

⁴ Psicanalista e psicólogo pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com especialização em Saúde Mental pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa (CINTEP) e especialização em Psicanálise e Educação: A Prática da Inclusão nos Autismos pela Universidade Candido Mendes (UCAM). É coordenador do Grupo de Estudos Autismo, Psicanálise e Musicoterapia. ORCID: 0009-0003-4008-064X. E-mail: fxnneto@yahoo.com.br

and psychosis do not form a continuum but rather distinct structures, differing in their relation between language and body, the presence of hallucinations, temporality of onset, and the will to immutability. It concludes that the distinction between these two diagnoses — autism and psychosis — is a condition for guiding treatment and for the ethical articulation between clinical practice, research, and training.

Keywords: Autism. Childhood psychosis. Psychoanalysis. Psychiatry.

Resumen: Este artículo analiza la distinción entre autismo y psicosis en la infancia desde dos perspectivas: la psiquiátrica, con énfasis en la evolución nosográfica de los manuales DSM y CIE, y la psicoanalítica, que destaca el estado estructural del autismo y sus implicaciones clínicas. Desde la perspectiva psiquiátrica, el artículo reconstruye la trayectoria desde el vínculo histórico entre el autismo y las psicosis infantiles (DSM-I/II; CIE-6 a CIE-9) hasta su separación actual como trastorno del neurodesarrollo (DSM-5; CIE-11). El psicoanálisis argumenta que el autismo y la psicosis no forman un continuo, sino estructuras distintas, con diferencias en la relación entre el lenguaje y el cuerpo, la presencia de alucinaciones, la temporalidad de inicio y el deseo de inmutabilidad. Se concluye que la diferencia entre estos dos diagnósticos —autismo y psicosis— es una condición para la orientación del tratamiento y para la articulación ética entre la práctica clínica, la investigación y la formación.

Palabras clave: Autismo. Psicosis infantil. Psicoanálisis. Psiquiatría.

INTRODUÇÃO

O presente artigo resulta do projeto de pesquisa e extensão Saúde Mental na Infância e Adolescência, orientado pela prof.^a Dr.^a Renata Wirthmann G. Ferreira, da Universidade Federal de Catalão (UFCAT), que está em funcionamento desde 2016 até a presente data. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP — Parecer 1.705.702), tem suas atividades práticas realizadas no Centro de Estudos Aplicados em Psicologia (CEAPSI), da UFCAT.

No plano nosográfico, o artigo reconstitui o percurso histórico que vincula o autismo às psicoses infantis nas duas primeiras edições do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-I e DSM-II) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-6 à CID-9), até a sua inscrição atual como transtorno do neurodesenvolvimento (DSM-5 e CID-11), abordando a trajetória do transtorno desintegrativo da infância e os efeitos da retirada da categoria psicose infantil a partir da terceira edição do DSM (1980).

No plano psicanalítico, explicitam-se diferenças estruturais entre autismo e psicose que incidem na direção do tratamento: modos de aparecimento da angústia, relação entre linguagem e corpo, estatuto das alucinações, temporalidade de instalação e economia de estabilização marcada pela vontade de imutabilidade. Essa distinção se articula a operadores clínicos como a noção de borda autística — duplo, objetos e ilhas de competência —, tomada aqui como orientação para construir vias de laço sem violentar a economia singular do sujeito. O texto também discute as consequências éticas e institucionais de diagnósticos imprecisos.

O presente artigo tem por objeto esclarecer, com base em fontes históricas, manuais diagnósticos e aportes da psicanálise, as diferenças entre autismo e psicose na infância e suas consequências clínicas. O percurso compreende, primeiro, a reconstrução histórico-nosográfica na psiquiatria (com foco em DSM e CID e na posição do transtorno desintegrativo da infância) e, depois, a explicitação dos critérios estruturais que distinguem autismo e psicose na psicanálise, culminando na discussão de implicações para a direção do tratamento. A metodologia consiste em revisão da literatura selecionada e debatida no eixo teórico do projeto desde 2016, incluindo textos clássicos de psiquiatria e psicanálise, e edições sucessivas dos manuais diagnósticos.

PSICOSE INFANTIL E AUTISMO NA PSIQUIATRIA

A história da psiquiatria infantil foi dividida por Bercherie (2001) em três momentos. No primeiro (primeiro quarto do século XIX), o foco era discutir a noção de retardamento mental e seu grau de irreversibilidade. Nesse período, não se supunha a ideia de haver a loucura na criança, pois a loucura seria, essencialmente, a idiotia.

No segundo tempo (segunda metade do século XIX), a clínica psiquiátrica infantil passou a utilizar como parâmetro a clínica para os adultos, como se não houvesse diferenças entre o período da infância e o da vida adulta (Cirino, 2015 apud Bianchi; Abrão, 2023). Portanto, nesse segundo tempo, era comum diagnosticar crianças não adaptadas sob os nomes de: depressão, fobia, mania, melancolia, obsessão, excitação, alucinação, delírio, loucura moral (perversão) e neurose. Marfinati e Abrão (2014) pontuam que é nesse momento que aparece a diferenciação entre as formas congênicas e as adquiridas no campo do retardamento e das demências infantis.

Por fim, o terceiro e último período, iniciado nos anos de 1930 e estendido até os dias de hoje, tem, como uma de suas características, a influência das ideias psicanalíticas na clínica infantil, somada ao desenvolvimento do modelo psicossomático na psiquiatria infantil. Tal influência permitiu a ampliação e a estruturação da clínica psicopatológica infantil.

Alguns nomes se destacaram na observação e avaliação de crianças na história da psiquiatria infantil. Dentre eles, Theodor Heller (Viena, 1869-1938), psicólogo austríaco ligado à educação especial, descreveu, em 1908, um quadro que chamou de *dementia infantilis* — após pelo menos dois anos de desenvolvimento considerado típico, crianças entre três e quatro anos apresentavam regressão global, com perda rápida de linguagem, sociabilidade, autocuidados e do brincar, frequentemente com humor lábil e desorganização marcante. Seu método foi essencialmente clínico-observacional em contexto educacional, com seguimento de casos e proposição de critérios descritivos para esse padrão regressivo; a série original incluiu seis crianças acompanhadas longitudinalmente. A síndrome de Heller, mais tarde denominada transtorno desintegrativo da infância (TDI) ou psicose desintegrativa, permaneceu por décadas em um limbo classificatório, apesar de sua caracterização precoce.

A trajetória nosográfica do TDI contrasta com a da demência precoce, conceito do médico alemão Kraepelin (1856-1926) para psicoses do fim da adolescência/início da vida adulta, renomeado como esquizofrenia pelo médico suíço Bleuler (1857-1939), em 1911. Enquanto Heller sublinhava uma regressão maciça do desenvolvimento em idade pré-escolar, Kraepelin e Bleuler descreviam uma psicose com delírios, alucinações e desorganização do pensamento cujo núcleo não é a regressão multissistêmica infantil. Essa diferença explicaria o destino desigual nos manuais: até meados do século XX, quadros autísticos e regressivos eram rotineiramente abrigados sob rótulos psicóticos amplos, especialmente “esquizofrenia infantil”.

Para Bleuler (1911), na realidade, haveria uma desintegração da personalidade, indicando a presença de uma cisão entre pensamento, emoção e comportamento. Ele não concordava com o progresso implacável da demência, portanto renomeou a demência precoce de esquizofrenia infantil, grupo de psicoses caracterizado “por uma alteração do pensamento, do sentimento e das relações com o mundo exterior de um tipo específico, e que não encontramos em nenhum outro lugar” (Tenório, 2016, p. 947). Bleuler aponta, como sintomas fundamentais da esquizofrenia infantil, as associações cindidas, o afeto inadequado ou embotado, a ambivalência e o autismo, termo novo cunhado por ele e que diz respeito a “uma tendência a colocar sua própria fantasia acima da realidade e a se retirar desta última” (Tenório, 2016, p. 947). Apesar de o termo “autismo” já aparecer em Bleuler, ele só começou a ser tratado como uma patologia diferenciada a partir do fim da Segunda Guerra Mundial.

Do DSM-I (1952) ao DSM-II (1968), casos hoje lidos como autismo ou TDI eram tipicamente classificados como “reação esquizofrênica, tipo infantil” (DSM-I) ou “esquizofrenia, tipo infantil” (DSM-II), categorias que explicitamente mencionavam “comportamento autístico” e retraimento como centrais. Não havia, portanto, um lugar próprio para a síndrome de Heller, que ficava diluída no espectro das psicoses infantis. A virada ocorre com o DSM-III (1980), que abandona a noção de “esquizofrenia infantil” e introduz os transtornos globais do desenvolvimento (TGD), reconhecendo o autismo infantil como entidade distinta. Ainda assim, o TDI não ganha categoria própria nesse momento (nem no DSM-III-R, de 1987).

A primeira inclusão formal do TDI nos manuais da Associação Americana de Psiquiatria (APA) dá-se no DSM-IV (1994), que o situa entre os TGD ou, na sigla em inglês, PDD (*Pervasive Developmental Disorder*), ao lado de autismo, síndrome de Rett, síndrome de Asperger e TGD-NOS ou no inglês PDD-NOS (*Pervasive Developmental Disorder — Not Otherwise Specified*), posição que é mantida no DSM-IV-TR (2000).

Em 2013, o DSM-5 extinguiu as subcategorias de TGD e as fundiu no transtorno do espectro do autismo (TEA); com isso, o TDI deixou de existir como diagnóstico separado. O texto do DSM-5 preserva a noção de regressão como curso possível dentro do TEA (uma minoria das crianças perde habilidades previamente adquiridas), mas sem um rótulo próprio para a síndrome de Heller; registra-se clinicamente a história de perda de habilidades e os especificadores usuais do TEA. Em síntese, a descoberta de Heller ingressa tardiamente (DSM-IV) e é absorvida (DSM-5), ao passo que a demência precoce de Kraepelin segue outro trilha e participa da história da esquizofrenia, mas não da história dos transtornos do neurodesenvolvimento.

Já entre as décadas de 1940 e 1950, as psicoses infantis ou a esquizofrenia foram campos com evidente desorganização diagnóstica: “Mais frequentemente se fala de esquizofrenia infantil quando não se compreende muito bem o que se passa” (Lacan, 2009, p. 124).

Em meio a todas essas investigações acerca dos quadros de psicopatologia da infância, alguns pesquisadores se destacaram. Dentre eles, Leo Kanner (1943), pioneiro na publicação do termo “autismo” como uma patologia, denominou o autismo infantil de distúrbio autístico do contato. Ele observou o caso de 11 crianças que apresentavam características como isolamento precoce, perturbações nas relações afetivas (seria uma incapacidade inata), dificuldade em responder a determinados estímulos, incapacidade na utilização da linguagem de maneira significativa e extrema insistência na preservação da mesmice (Marfinati; Abrão, 2014).

Outro psiquiatra importante foi Hans Asperger (1944), que propôs a definição de um distúrbio que ele denominou psicopatia autística. A APA, em 1980 (DSM-III), reconheceu oficialmente o autismo como uma categoria distinta, inicialmente nomeada como autismo infantil. A psiquiatra Lorna Wing, em 1981, reacendeu a pesquisa sobre o trabalho de Asperger e renomeou a psicopatia autista como síndrome de Asperger. Os primeiros critérios diagnósticos para a síndrome de Asperger foram propostos em 1989.

Enquanto o DSM foi criado pela Associação Americana de Psiquiatria com o objetivo de padronizar os critérios de diagnóstico dos transtornos mentais, facilitando assim a comunicação entre profissionais de saúde, clínicos e pesquisadores, a OMS (Organização Mundial da Saúde) criou o CID. Atualmente, o CID está em sua décima primeira edição. Os manuais são o sustentáculo da psiquiatria moderna, que trabalha com sistemas classificatórios, com o objetivo de padronizar os diagnósticos. Já a psicanálise segue um caminho teórico e prático distinto, partindo do sujeito do inconsciente e do sintoma como uma produção subjetiva a ser escutada.

Em relação ao CID, de acordo com Bosa (2002, p. 28 apud Bianchi; Abrão, 2023), o autismo não foi mencionado nas primeiras edições. No CID-6, foi inserido na categoria “perturbações esquizofrênicas”, mantendo-se associado à esquizofrenia até o CID-9 (1979),

com a nomenclatura “psicose infantil” ou “síndrome de Kanner”. Já no CID-10 (1993), aparecem os transtornos globais do desenvolvimento (TGD), que incluem: autismo infantil; autismo atípico; síndrome de Rett; outro transtorno desintegrativo da infância; transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados; síndrome de Asperger; transtornos globais não especificados do desenvolvimento. Por fim, no CID-11 (2019), estabeleceram-se critérios diagnósticos do TEA semelhantes aos do DSM-5.

Ao longo da história, o conceito de autismo, em relação à sua distinção com a psicose e a esquizofrenia infantil, mostrou-se problemático e controverso, como se pode notar na evolução histórica dos manuais diagnósticos.

PSICOSE INFANTIL E AUTISMO NA PSICANÁLISE

O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE

Na psicanálise, o diagnóstico funda-se na relação do sujeito com a linguagem e, consequentemente, com a realidade psíquica, entendida como efeito do inconsciente que emerge na fala e orienta o trabalho clínico. Freud apresenta a formulação de que o inconsciente é a verdadeira realidade psíquica, tão inacessível quanto o mundo externo aos dados imediatos da consciência; daí a centralidade de ouvir o que dessa realidade comparece em palavras e atos. Nessa perspectiva, a clínica se inicia na própria palavra do sujeito e se faz sob transferência, pois o observador não está fora do campo observado, mas marca, desde o começo, os instrumentos de diagnóstico e de tratamento.

Em contraste, a psiquiatria trabalha com diagnóstico nosológico (DSM/CID), derivado de descrições fenomenológicas padronizadas e construídas de fora da transferência. Lacan acompanhou os DSMs I e II, mas os considerou tributários do mesmo método descritivo da psiquiatria clássica; por isso, tomou as categorias psiquiátricas à luz dos postulados psicanalíticos, reduzindo-as a grandes campos (neurose/psicose) e, depois, aos modos de amarração dos registros, em vez de proliferar rótulos. O ponto decisivo, então, não é apenas o que o paciente apresenta, mas como se amarra à linguagem, o que recoloca o valor dos tipos descritivos na direção do tratamento.

Daí a distinção entre estrutura e categoria: a estrutura não é uma classe nosográfica, mas um modo de funcionamento que decorre da linguagem e produz efeitos de sujeito (neurose, psicose, perversão e autismo). A estrutura se diferencia das categorias por se interessar mais por como se dá a amarração do sujeito com a linguagem.

Embora a psicanálise possua o diagnóstico estrutural e não fenomenológico, seria incorreto pensar que ela não se utiliza dos fenômenos. Para Vieira (2001), é a partir dos fenômenos que podemos ter acesso à estrutura do sujeito, auxiliando no estabelecimento do diagnóstico estrutural. Enquanto isso, a psiquiatria trabalha com a descrição de fenômenos.

No diagnóstico em psicanálise, consideramos que a “doença” ocupa um sentido para o sujeito, que está afastado de sua consciência, mas inserido na trama de seu desejo. A associação livre deve assumir um papel de extrema importância para a escuta desse sujeito, pois é a partir dela que poderemos ter acesso aos seus desejos inconscientes (Prizskulnik, 1998 apud Loures; Fernandes, 2015, p. 286).

Tanto os psicanalistas quanto os psiquiatras recebem, em seus consultórios, sujeitos queixosos de seus sintomas e sofrimentos que o mal-estar produz. Entretanto, nesse momento, cada área toma sua direção, segundo sua proposta de diagnóstico e tratamento. Na psicanálise, o trabalho do analista segue a direção de levar o analisando a transformar a queixa em demanda de análise, interrogando-o acerca de suas queixas.

AS PSICOSES INFANTIS NA PSICANÁLISE

A questão das *psicoses na infância* pressupõe a compreensão das estruturas clínicas teorizadas por Lacan, tendo como referencial a sua concepção do inconsciente freudiano estruturado com linguagem e a ideia da constituição psíquica do sujeito como efeito de linguagem, produzida a partir do seu encontro com o Outro.

Lacan, em seu *Seminário 3: as psicoses* (1981) e no texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses* (1998), dos *Escritos*, promoveu o resgate da doutrina freudiana das psicoses e, em diálogo com a psiquiatria clássica, produziu a elaboração dos fenômenos elementares da psicose à luz da teoria dos significantes, inaugurando, assim, a causalidade significativa da psicose (Barroso, 2014).

[...] o estado do sujeito S (neurose ou psicose) depende do que se desenrola no Outro A. O que nele se desenrola articula-se com um discurso (o inconsciente é o discurso do Outro), do qual Freud procurou inicialmente definir a sintaxe relativa aos fragmentos que nos chegam em momentos privilegiados, sonhos, lapsos, chistes (Lacan, 1998, p. 555).

Analizando o adulto neurótico, Freud concluiu que o sujeito se constitui desse encontro traumático com a castração, que o mantém ligado, em sua fantasia, à criança que ele foi um dia (Barroso, 2014). No mesmo sentido, os efeitos desse encontro com o discurso do Outro são promotores das demais estruturas psíquicas: psicose, perversão e autismo. Assim como a neurose traz, na condição de mecanismo fundador, o recalque, na psicose opera-se a forclusão; o desmentido, na perversão; e a elisão, no autismo.

Freud tomou emprestado da mitologia a saga de Édipo para teorizar a constituição psíquica dos sujeitos neuróticos, marcados pela castração e pelo complexo de Édipo. Lacan fez a passagem do mito à lógica, introduzindo os operadores “desejo da mãe” (DM) e “nome do pai” (NdP) na constituição da estrutura, marcando, assim, a importância para qualquer sujeito tanto do lugar real daqueles que ocupam as funções materna e paterna quanto do fato de ter sido desejado pelos pais (Flesler, 2012).

Centrada na lógica do desejo, a função materna realiza a “antecipação de um sujeito por vir”; trata-se de uma operação essencial para o sustento narcísico e todas as suas consequências. Para o sujeito, é um tempo que irá se transformar dialeticamente numa bivalência: ser ou não ser o falo (Flesler, 2012).

Ainda segundo Flesler (2012), Freud identificou o momento fundador para o filhote humano em sua entrada no mundo através de uma equivalência simbólica significativa para outro ser humano, mas foi Lacan quem estabeleceu uma diferença essencial entre o falo como significante, peça elementar da lógica de incompletude na dinâmica da relação mãe-filho, e o falo imaginário capaz de recobrir a primeira falta original que provocou na mãe o desejo de ter um filho.

O desejo do pai tem a sua relevância como promotor de uma operação nominante que efetiva o enlace do sustento narcísico (imaginário) com a ordem significante e o real que um filho representa (Flesler, 2012). Quando não se verifica essa operação de inscrição da metáfora paterna, ou seja, quando os operadores DM e NdP não produzem esses efeitos de alienação e separação, podemos dizer que não houve a inscrição do S1, o significante-mestre, no corpo significante.

Eis o mecanismo fundamental que supponho na base da paranoia. Trata-se de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é o dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo de significante. É no interior desse corpo primordial que Freud supõe se constituir o mundo da realidade, como já pontuado, já estruturado em termos significantes (Lacan, 1981, p. 174).

A forclusão do nome do pai, mecanismo fundador da psicose, encontra-se na origem da constituição psíquica do sujeito psicótico, de modo que não se pode admitir qualquer entrave ao reconhecimento das psicoses na infância. Entretanto, notam-se grandes resistências a essa hipótese diagnóstica na clínica com crianças, especialmente quando o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais optou por excluir até mesmo a categoria da esquizofrenia infantil de seus quadros nosológicos, desde sua terceira edição em 1980, adotando, em substituição, a categoria genérica dos transtornos globais do desenvolvimento. Com isso, reforçou-se uma tendência histórica de confundir a psicose infantil com a debilidade física ou cognitiva.

Além da posição da psiquiatria infantil, contribui para o mascaramento das estruturas freudianas da psicose na infância a resistência de profissionais da saúde e da educação que optam por tratar distúrbios da linguagem e do corpo, tais como as descoordenações motoras, as agitações, o disfuncionamento dos órgãos de nutrição e de excreção típicos da psicose, com terapias fonoaudiológicas e ocupacionais, fisioterapias e reeducações diversas, sem a menor consideração ao sujeito (Barroso, 2014).

Tais terapias buscam a maior adaptação possível a um modo neurotípico de ser, agravando o sofrimento do sujeito psicótico e dificultando a construção de uma metáfora delirante que lhe dê contornos mínimos de sustentação para ser e estar no mundo a seu modo.

Cumprir observar que a própria clínica da psicose na infância possui os seus entraves, pois a infância tem suas especificidades que não podem ser desconsideradas. Embora o inconsciente não tenha idade, a constituição psíquica observa seus tempos próprios, como o tempo de ser ou não ser o falo e o primeiro despertar sexual; o tempo de ser ou ter o falo, quando o Outro se duplica e o sujeito passa a responder sim ou não, instaurando-se uma redistribuição do gozo; para só então iniciar-se o período de latência ou o tempo de compreender, com as primeiras teorias infantis sobre a sexualidade e o funcionamento do mundo, com a instauração do simbólico (Flesler, 2012).

Em geral, o fenômeno do desencadeamento se mostra mais evidente a partir do segundo despertar sexual. Com a entrada na puberdade, a criança já se encontra munida de muitos significantes que lhe permitem buscar um sentido para aquilo que a atravessa e a angustia. O que chamamos de drama puberal do neurótico encontra seu similar nos sujeitos psicóticos, com a diferença de que o que não foi simbolizado retorna no real, sob a forma de alucinações e delírios.

O sujeito psicótico está na linguagem, porém não traz a inscrição da metáfora paterna, ficando foracluído o que chamamos de significante-mestre, o S1, não simbolizado e, assim, “tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real” (Lacan, 1981, p. 21).

Para além da precariedade das construções delirantes, na criança, a casuística psicanalítica apresenta hipóteses em que a linguagem se mostra reduzida ao caroço de palavras, “estado nodal da palavra” (Lacan, 2009, p. 142), sem qualquer endereçamento ao Outro ou função de comunicar. Nesses casos, o corpo assume o caráter de resposta privilegiada da criança à sua condição de objeto condensador de gozo para o Outro, impondo-se a necessidade de ampliar a concepção do desencadeamento para incluir os distúrbios do corpo que escapam à noção lacaniana clássica do desencadeamento (Barroso, 2014).

É preciso romper barreiras e desafiar tabus, pois essa espécie de apagamento das psicoses infantis não contribui para o tratamento, induzindo hipóteses diagnósticas equivocadas, além de ser prejudicial ao avanço da pesquisa e dos estudos clínicos, em especial da clínica com crianças.

O AUTISMO PARA A PSICANÁLISE

O autismo não é mais uma psicose. A diferenciação entre autismo e psicose, decisiva tanto na clínica quanto na pesquisa, sustenta-se em elementos clínicos e estruturais distintos. Na tradição psicanalítica, essa distinção não decorre de meras diferenças de intensidade, mas de modos diversos de laço com a linguagem, com o corpo e com o Outro. A nosografia contemporânea reforça essa separação ao situar o autismo no campo dos transtornos do neurodesenvolvimento, sem que isso esgote a questão do seu estatuto subjetivo.

Um primeiro ponto de contraste concerne ao modo de aparecimento da angústia. Maleval (2015) observa que, ao contrário do que se verifica em muitas psicoses infantis, a criança autista não converte a angústia em “medos designáveis ligados a forças vivas”. Não predominam temas persecutórios ancorados em figuras humanas ou intenções atribuídas a pessoas (“alguém manda ondas”, “há alguém debaixo da cama”). As representações tendem a se organizar em torno do sensorial e do inanimado; eventos físicos e cósmicos podem ser vividos como ameaçadores, mas sem uma amarração interpretativa que personalize a ameaça: “Se o ambiente físico é descrito como ameaçador e se qualquer acontecimento, relativo ao cosmos, o perturba (tempestade, tremor de terra, tsunami), ele não liga essas ameaças a determinadas pessoas” (Maleval, 2015, p. 3).

A segunda diferença se dá na relação entre linguagem e corpo. Segundo Éric Laurent, tal como citado por Maleval (2015, p. 3), “o cálculo da língua, ao qual esses sujeitos se dedicam, aparece completamente separado do corpo”. Nas psicoses, ao contrário, os acontecimentos de linguagem tocam o corpo e podem produzir efeitos intrusivos e invasivos, como testemunha o caso Schreber, no qual a significação delirante encarna-se como experiência corporal e voz que se dirige ao sujeito (Freud, 2010). No autismo, a atividade sobre a língua tende a se manter apartada do corpo, sem a colagem somática característica de certos fenômenos elementares psicóticos.

A terceira diferença, no campo das alucinações, também é nítida. Se se toma a alucinação verbal como importante critério para a psicose, é preciso reconhecer que ela é rara no autismo. Alucinações podem ocorrer em neuróticos e psicóticos; no autismo, não constituem o eixo do quadro nem organizam a experiência do sujeito (Maleval, 2015).

Um quarto traço diferencial é a vontade de imutabilidade. Maleval descreve um “desejo todo-poderoso de solidão e de imutabilidade” (2015, p. 6) — o sujeito autista trabalha, por meio de regras e rotinas, para construir um mundo estável. A imutabilidade revela que o autista é um sujeito que trabalha para assegurar um mundo experimentado, apartado do mundo regularmente reconhecido como caótico, barulhento ou inquietante. Esse vetor de estabilização contrasta com a ironia esquizofrênica e com a mobilidade dos sistemas delirantes, que não obedecem a uma economia de conservação similar.

Por fim, uma quinta e clara diferença: o autismo não desencadeia. A psicose desencadeia. A psicose se desencadeia, enquanto o autismo estaria presente desde o nascimento. Acentua-se ainda que a maior parte das entradas nas esquizofrenias se dá na adolescência, enquanto o autismo se manifesta quase sempre desde os primeiros anos. Isso leva à constatação de uma clara diferença em relação à temporalidade. Na psicose, fala-se em desencadeamento: uma irrupção clínica frequentemente situada na adolescência ou no início da vida adulta, ainda que haja formas de início precoce. No autismo, ao contrário, não há desencadeamento no mesmo sentido: trata-se de um modo de funcionamento presente desde muito cedo, com sinais que se manifestam nos primeiros anos, antes da idade em que são esperadas eclosões psicóticas típicas (Maleval, 2015; Kanner, 1943).

Daqui decorre a pertinência de pensar o autismo como estrutura. Em primeiro lugar, porque o diagnóstico exclusivamente comportamental nas idades muito precoces é incerto, dado o repertório limitado de condutas (Maleval, 2015, p. 11). Em segundo, porque, como

sublinham Rosine e Robert Lefort, a estrutura psicótica apresenta plasticidade de quadros (esquizofrenia, paranoia, estados melancólicos, episódios maníacos) sob uma mesma lógica estrutural; já o autismo evolui dentro do autismo, indo da síndrome de Kanner à de Asperger, sem produzir a mesma diversidade de “postulados passionais” que se observam na psicose (Lefort; Lefort, 2017). O caso Schreber, canônico para a compreensão da estrutura psicótica, ilustra precisamente essa multiplicidade fenomenológica com unidade estrutural (Freud, 2010). Nada equivalente se verifica no autismo, cujo eixo de funcionamento se mantém (Lefort; Lefort, 2017; Maleval, 2015, p. 13, 15).

Os testemunhos dos próprios autistas corroboram a hipótese estrutural. Jim Sinclair (1993) afirma que o autismo não é algo que a pessoa “tem”, separável do sujeito: trata-se de “uma forma de ser”. Temple Grandin (1995), em entrevistas e relatos pessoais, insiste no mesmo ponto: se pudesse “deixar de ser autista”, não o faria, pois isso a desvincularia de quem ela é. Esses testemunhos orientam a clínica ao indicar que a intervenção não visa retirar o autismo, mas ampliar vias de laço e de invenção que façam borda ao real que angustia.

As implicações clínicas dessa diferenciação são diretas. Em vez de buscar normalizar e padronizar a partir de protocolos de treino, a direção de tratamento considerará os dispositivos de borda descritos por Maleval (2017): o duplo, os objetos autísticos e as ilhas de competência. A borda autística funciona como fronteira protetiva e, ao mesmo tempo, como possibilidade de aproximação ao laço social; pode ainda operar como captador e organizador do gozo, protegendo o sujeito autista de estímulos invasivos e lhe permitindo conviver, de um modo menos desgastante, com a vida cotidiana. Desse modo, quando um interesse específico (ilha de competência) se transmuta em competência social, o encapsulamento inicial dá lugar a formas de circulação mais amplas sem que se viole a economia singular do sujeito (Maleval, 2017).

Para detalhar os três elementos da borda, podemos descrevê-los da seguinte forma: o duplo consiste em uma imagem que não se impõe ao sujeito e o permite se manter numa solidão tranquilizadora. De modo paradoxal, o duplo, ao cumprir a proposta da borda de tranquilizar, mantém o autista distante da interação, pois tudo que o duplo lhe oferece é uma enunciação artificial, não vinculada ao gozo, que não sintoniza suas ações com seus sentimentos e que o fará, posteriormente, passar da tranquilidade para uma angústia cada vez maior.

Os objetos autísticos visam, segundo Tustin, “impedir o desenvolvimento do grau de consciência da separação corporal. Eles forjariam uma proteção contra um ‘buraco negro’ angustiante [...]” (1990, p. 132). Desse modo, os objetos autísticos simples são utilizados como se fossem parte do corpo do autista, proporcionando-lhe calma e suprimindo a invasão do meio, enquanto os objetos autísticos complexos, apesar de buscarem essas mesmas sensações, fazem com que o gozo do sujeito seja afastado do corpo para inseri-lo em uma borda que o liga à sociedade.

Outra borda autista pode se expressar na forma de ilhas de competência, as quais compreendem a construção de um conhecimento resultante de uma escolha singular que pode “possibilitar um crescimento afetivo, cognitivo e social, imbricando tais áreas em uma solução original, possibilitando uma mudança subjetiva” (Bialer, 2014, p. 157). Nesse funcionamento, o Outro se apresenta rígido devido ao sujeito autista não ter flexibilidade com os significantes, mas constituirá, ainda assim, o melhor, dentre os elementos da borda, facilitador para permitir e ampliar o contato do autista com o mundo exterior.

Do ponto de vista ético, trata-se de não impor ao sujeito uma semântica que o intimide ou o invada. Lacan (2016) assinala que, para certos sujeitos, o peso das palavras é muito sério e que insistir nelas pode acentuar o retraimento. Daí o interesse de vias mediadas, como a música enquanto endereçamento não intimidador — por intermédio da música, por exemplo, o autista pode vir a ter a experiência de ser endereçado sem ser intimado (Vivès, 2012). Como lembra Lévi-Strauss, a música é linguagem menos o sentido, o que explica sua potência de borda quando a incidência de demanda simbólica exacerba a angústia. Nessa perspectiva,

o trabalho clínico consistiria em apoiar e refinar a borda e seus elementos (duplos, objetos, interesses específicos) para fazer furo no encapsulamento e permitir deslocamentos possíveis, mas sem jamais destruir a borda e respeitando seus elementos.

Em síntese, a diferença entre autismo e psicose não se limita a um contínuo de gravidade. Ela envolve modos distintos de laço com a linguagem e com o corpo, uma temporalidade diversa (presença precoce *versus* desencadeamento) e economias próprias de estabilização. Essas diferenças legitimam, na psicanálise, a tese de que o autismo constitui uma estrutura distinta, o que converge com a separação nosográfica atual na psiquiatria e orienta práticas de tratamento centradas na invenção singular do sujeito.

As teorias, em psicanálise, se modificam conforme a clínica avança. Se o diagnóstico do autismo e da psicose é um diagnóstico eminentemente clínico, será a própria clínica que vai nos orientar acerca do diagnóstico diferencial. O psicanalista, com sua posição ética, oferece, portanto, uma escuta ao sujeito autista, mesmo que ele não fale, e aposta que o saber está do lado dele e não de quem o trata, e que, por isso, não cede às tentações dos protocolos, mas sim aos efeitos de um encontro. Em psicanálise, não há previamente um método a ser aplicado; o clínico terá, sempre, a difícil tarefa de pensar e construir suas intervenções a cada encontro, nunca antes deles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo sustentou, portanto, que autismo e psicose na infância não compõem um contínuo de gravidade, mas remetem a lógicas distintas de laço com a linguagem, com o corpo e com o Outro. No plano nosográfico, mostrou-se o deslocamento histórico que separa o autismo das psicoses infantis e o inscreve, hoje, entre os transtornos do neurodesenvolvimento (DSM-5; CID-11), ao passo que a psicose mantém sua referência a eixos delirantes-alucinatórios. No plano psicanalítico, argumentou-se que a diferença inclui a forma de aparecimento da angústia, a relação entre linguagem e corpo, a raridade de alucinações verbais no autismo, a temporalidade sem desencadeamento e a vontade de imutabilidade como estratégia de estabilização.

Do ponto de vista clínico, a consequência central é a diferença do diagnóstico. Tratar um psicótico como autista ou um autista como psicótico orienta intervenções inadequadas, empobrece a direção do tratamento e produz efeitos éticos e institucionais danosos. Muitas crianças psicóticas também têm sido diagnosticadas como autistas devido à presença dos sintomas negativos e iniciais das psicoses que, somente pela fenomenologia, assemelham-se muito ao autismo. Contudo, é importante destacar que nenhum diagnóstico é sem consequências. E é imprescindível e ético denunciar que o diagnóstico equivocado levará a graves consequências.

Da perspectiva da clínica psicanalítica, o manejo é orientado pela escuta do sujeito e, no autismo, essa escuta se apoia nos elementos da borda autística (duplo, objetos, ilhas de competência) para ampliar vias de laço sem violentar a economia singular. Já nas psicoses infantis, a referência central é a concepção lacaniana do inconsciente como discurso do Outro e da constituição do sujeito como efeito de linguagem.

A diferenciação estrutural, para a psicanálise, entre neurose, psicose, perversão e autismo decorre dos diferentes modos de defesa: na psicose, a forclusão (*Verwerfung*); na neurose, o recalque (*Verdrängung*); na perversão, o desmentido (*Verleugnung*); e no autismo, a elisão (*Vermeiden*). No presente artigo, decidimos pelo recorte da diferença entre autismo e psicose, especialmente na infância.

Nas psicoses infantis, a referência central é a concepção lacaniana do inconsciente como discurso do Outro e da constituição do sujeito como efeito de linguagem. Clinicamente, é decisivo distinguir a lógica do déficit da lógica da produção. A primeira reduz a psicose a falhas adaptativas; a segunda interpreta os fenômenos (delírios, alucinações, perturbações do corpo e da linguagem) como tentativas de reconstrução, recursos de amarração e invenções do sujeito. Na infância, os marcadores podem aparecer como *caroços de palavra* sem endereçamento,

distúrbios do corpo e respostas ao gozo do Outro, o que recomenda ampliar a noção de desencadeamento para além da irrupção típica da adolescência e incluir manifestações corporais precoces. A retirada da psicose infantil das classificações e o predomínio de protocolos reeducativos tendem a mascarar a estrutura e a deslocar o tratamento para metas de normalização, agravando o sofrimento e obstaculizando a construção de metáforas e amarrações possíveis.

Para a direção do tratamento, impõe-se sustentar a categoria clínica de psicose na infância, operar com diagnóstico estrutural e orientar a intervenção pela escuta e pela função de invenção do sujeito, evitando confundir quadros psicóticos com deficiência, inibição ou transtornos do neurodesenvolvimento. Reconhecer a temporalidade própria da infância e o papel de viradas maturacionais (como a puberdade) permite situar melhor os fenômenos elementares e decidir por dispositivos que apoiem, em vez de quebrar, as soluções singulares que o sujeito produz para habitar o laço.

Na orientação adotada neste artigo, o autismo é concebido como quarta estrutura. Não se trata de doença a ser curada, mas de um modo de existência e de laço; por isso, nenhum tratamento deve visar curar alguém do seu autismo, sob pena de apagar o sujeito, mas permitir que cada criança elabore, com seus pais, um caminho próprio e o prossiga na vida adulta (Laurent, 2014). Longe de estar fora da linguagem, o autista não abdica da língua: pode operar um domínio singular sobre ela, inclusive pela recusa de arriscar-se a falar (Maleval, 2017), e amarra sua possibilidade de amor e de singularidade a partir desse funcionamento.

Na psicanálise, a hipótese estrutural do autismo, formulada nos anos 1990 por Rosine e Robert Lefort (2017), apoia-se, entre outros pontos, em três marcas: (1) retenção inicial dos objetos pulsionais (recusa do olhar, da voz e de certas trocas); (2) primado do signo, com correlações literais e evitamento de polissemias; e (3) aparelhamento do gozo pela borda. Essa borda autística se compõe, de modo articulado, de objetos autísticos (que intermediam o contato e protegem do excesso do Outro), de um duplo (semelhante previsível que apazigua e serve de apoio) e de interesses específicos (focos de saber e invenção que podem se converter em competências sociais). Esses elementos orientam a direção do tratamento, que não busca normalizar, mas sustentar e ampliar, com o mínimo de intrusão, as vias singulares pelas quais o sujeito autista faz laço e habita o mundo.

O presente estudo apresentou a natureza teórica da distinção diagnóstica entre o autismo e a psicose na infância. Como desdobramentos, sugerimos pesquisas clínicas com documentação sistemática de processos e resultados, estudos comparativos entre serviços e a continuidade da articulação entre formação, assistência e extensão universitária. Em síntese, a distinção conceitual e clínica entre autismo e psicose é condição para decisões terapêuticas responsáveis e para a construção de dispositivos de cuidado ajustados à singularidade de cada sujeito.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais — DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-III-R*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-I*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-II*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
- ASPERGER, Hans. “Die Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, v. 117, p. 76-136, 1944.
- BARROS, Rogério de Andrade; FERNANDES, Mariana Martins; SILVA, Beatriz de Souza. A (dis)função do diagnóstico: uma leitura psicanalítica sobre o DSM. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 11, e4136, 2022.

- BARROSO, Suzana Faleiro. *As psicoses na infância: o corpo sem a ajuda de um discurso estabelecido*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014.
- BERCHERIE, Paul. A clínica psiquiátrica da criança. In: CIRINO, Oscar (Org.). *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 129-144.
- BIALER, Marina. *Ilhas de competência: clínica e autismo*. São Paulo: Escuta, 2014.
- BIANCHI, Vilma Aparecida; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. A construção histórica do autismo. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, [S. l.], v. 2, p. 5260-5277, 2023.
- BLEULER, Eugen. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke, 1911.
- CIRINO, Oscar. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- FLESER, Alba. *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia paranoides) [1911]. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- GRANDIN, Temple. *Thinking in pictures*. New York: Vintage, 1995.
- KANNER, Leo. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, v. 2, p. 217-250, 1943.
- LACAN, Jacques. Conferência na Universidade de Columbia 01 de dezembro de 1975 (1975). In: *Lacan in North America*. [recurso eletrônico] / Frederico Denez, Gustavo Capobianco Volaco (Orgs.) - Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2016.
- LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 531-590.
- LACAN, Jacques. *Seminário 1: os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- LACAN, Jacques. *Seminário 3: das psicoses (1955-1956)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- LAURENT, Éric. *A batalha do autismo: da clínica à política*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- Lefort, R., & Lefort, R. (2017). *A distinção do autismo* (A. L. Santiago & C. Vidigal, trad.). Belo Horizonte, MG: Relicário Edições. (Trabalho original publicado em 2003).
- LOURES, Natália Raquel Pereira; FERNANDES, Paula Brant. A soberania da clínica: além do diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 279-295, ago. 2015.
- MALEVAL, Jean-Claude. *O autista e a sua voz*. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.
- MALEVAL, Jean-Claude. Por que a hipótese de uma estrutura autística? *Opção Lacaniana online nova série*, ano 6, n. 18, nov. 2015.
- MARFINATI, Anahi Canguçu; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 244-262, maio/ago. 2014.
- PRISZKULNIK, Raquel. Diagnóstico e estrutura em psicanálise. In: COSTA, Jurandir Freire (Org.). *Psicanálise e medicina: uma nova visão do sujeito na saúde mental*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 67-77.
- SINCLAIR, Jim. *Don't mourn for us*. 1993. Disponível em: https://www.autreat.com/dont_mourn.html.
- TENÓRIO, Fernando. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1185, out./dez. 2016.
- TUSTIN, Frances. *Estados autísticos na criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- VIEIRA, Marcus André. Dando nome aos bois: sobre o diagnóstico em psicanálise. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org.). *Psicanálise: pesquisa e clínica* (v. 1). Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001. p. 171-181.
- VIVÈS, Jean-Michel. *A voz na psicanálise e fora dela*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2012.

Artigo recebido: 6 de agosto de 2025

Artigo aceito: 10 de setembro de 2025