

ANA PAULA MONTEIRO RÊGO

AUTISMO: DISCURSO MÉDICO E DISCURSO ANALÍTICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Charles Elias Lang

MACEIÓ

2016

ANA PAULA MONTEIRO RÊGO

AUTISMO: DISCURSO MÉDICO E DISCURSO ANALÍTICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas – IP/UFAL

Maceió, 14 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Charles Elias Lang, Universidade Federal de Alagoas
(Orientador)

Prof^a. Dr^a. Edilene Freire de Queiroz, Universidade Católica de Pernambuco
(Examinadora externa)

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes, Universidade Federal de Alagoas
(Examinador interno)

Prof^a. Dr^a. Susane Vasconcelos Zanotti, Universidade Federal de Alagoas
(Examinadora interna)

**À Manuela Fabrício (*in memoriam*)
e às crianças e famílias que buscam
ser compreendidas como singulares,**

DEDICO este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, minha maior referência de bravura e perseverança.

Ao meu marido, por tomar como seus todos os meus sonhos.

Aos meus filhos, razão de todas as minhas conquistas.

Aos demais familiares, que torceram para que eu conseguisse trilhar os caminhos que me conduziram ao final desta jornada.

Aos meus amigos, por ouvirem, incansavelmente, os desabafos acerca das pedras no caminho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Charles Elias Lang, que me favoreceu construir o percurso que me levou ao final deste estudo. Grata pelas listas de indicações bibliográficas que um dia me farão uma melhor profissional.

À Prof^a. Dr^a. Heliane de A. L. Leitão, que há muito me apresentou a pesquisa em Psicologia e por me encorajar a participar deste programa.

À Prof^a. Dr^a. Susane V. Zanotti, que a partir da disciplina de *Saúde, Clínica e Práticas Psicológicas*, tornou-se responsável por grande parte das referências deste estudo. A ela também sou grata pelas correções feitas na primeira apresentação deste trabalho.

Aos demais professores do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, por inquietarem a maior parte dos meus conceitos.

À Prof^a. Dr^a. Marta R. de L. D'Agord, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por ter cedido, gentilmente, material de leitura e contribuído com valiosos comentários ainda no início da construção deste.

Ao Prof. Ms. Almir Almeida de Oliveira, da área de Linguística da Universidade Estadual de Alagoas, por ter sido o primeiro leitor deste trabalho e ter feito considerações que ultrapassaram a proposta de uma correção gramatical. Mais que um leitor atento, foi um amigo.

Aos meus colegas de trabalho, que não precisaram de trâmites formais para colaborarem com a minha necessidade de dedicação a este trabalho. Grata por dividirem o tempo deles com algumas das minhas atribuições. Mais que amigos, foram irmãos.

O meu muito obrigado aos meus colegas de curso que se tornaram grandes companheiros nesta batalha. A presença de cada um deles tornou essa missão menos difícil.

A Deus, não o último a ser lembrado, mas que precisa estar no final por ser o maior de tudo e de todas as coisas. O responsável pela força que habita em mim, que me possibilitou a realização deste e que me permite continuar a jornada.

*Doce é a doutrina da Natureza;
Mas nosso intelecto sem cessar
Desfigura a forma e a beleza –
Matamos para dissecar.*

William Wordsworth, “Virando a mesa”

RESUMO

Este trabalho investiga o lugar do autismo na história dos transtornos psicopatológicos da infância e destaca a situação do autismo no cenário atual, a partir da perspectiva médica e da perspectiva da psicanálise. Nos últimos vinte anos, a incidência no número de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) aumentou em vinte vezes, estes números colocam o transtorno dentro em condição epidêmica, o que justifica a crescente diversidade de teorias e abordagens terapêuticas acerca do transtorno. Este estudo foi desenvolvido a partir de uma metodologia de investigação teórico-qualitativa, realizada a partir da leitura e releitura dos conceitos e leis das ciências médicas que fundamentam o TEA, apresentada como o discurso médico, e das teorias psicanalíticas lacanianas, que trouxemos como discurso analítico para compreender o autismo. A teoria dos discursos de Lacan (1969/1970) foi utilizada como principal referencial desta investigação e os pressupostos de Laurent (2012, 2013, 2014) baseados nos fundamentos lacanianos para a compreensão do autismo. Os resultados deste estudo apontam que quando o autismo é perspectivado a partir do discurso médico, o psiquismo é reduzido ao comportamento e há uma preocupação com o diagnóstico precoce para que os pais possam treinar condutas consideradas adaptativas. O discurso analítico permite que os sintomas autísticos sejam compreendidos como manifestações psíquicas e uma via de acesso ao sujeito. Por um lado, esta duplicidade de posicionamentos possibilita que as famílias que buscam assistência para crianças com o diagnóstico de TEA recebam orientações antagônicas e tenham dificuldades em compreender o que é o autismo. Por outro, a multiplicidade de compreensão sobre o TEA garante que posicionamentos unilaterais não atendem a singularidade dos casos de autismo. Por fim, nosso estudo possibilitou legitimarmos o autismo numa pluralidade de compreensões, numa verdadeira batalha.

Palavras-chave: Autismo; Psiquiatria infantil; Psicanálise.

ABSTRACT

This work investigates the place of autism in the history of psychopathological disorders of childhood and stresses the autism situation in the current scenario, from the medical perspective and the from psychoanalysis perspective. In the last twenty years, the impact on the number of diagnostic of Disorder of Autism Spectrum (TEA) was increased by twenty times, these figures put the disorder in at epidemic condition, which explains the growing diversity of theories and therapeutic approaches about the disorder. This study is developed from a methodology of theoretical and qualitative research, carried out from the reading and rereading of the concepts and laws of medical science underlying the TEA, presented as medical discourse, and Lacanian psychoanalytic theories, which brought as speech analytical to understand autism. The theory of the discourse of Lacan (1969/1970) is used as the main reference of this research and Laurent assumptions (2012, 2013, 2014) based on the Lacanian foundations for understanding autism. The results of this study indicate that when autism is envisaged from the medical discourse, the psyche is reduced to the behavior and there is a concern with early diagnostic so that parents can train behaviors considered adaptive. The analytic discourse allows autistic symptoms are understood as psychic manifestations and an access road to the subject. On the one hand, this duplicity placements allows families seeking assistance to children diagnosed with ASD receive antagonistic guidelines and have difficulty understanding what is autism. On the other, the multiplicity of understanding about ASD ensures that unilateral positions do not meet the uniqueness of autism cases. Finally, our study allowed legitimize autism a plurality of understandings in a real battle.

Keywords: Autism; Child psychiatry; Psychoanalysis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 METODOLOGIA DE RELEITURA EM PSICANÁLISE	16
2 OS DISCURSOS NA TEORIA LACANIANA	26
3 DISCURSO MÉDICO, DISCURSO ANALÍTICO E AUTISMO.....	38
3.1 Os Sistemas de Classificação Legitimando o Discurso Médico.....	45
3.2 O Autismo Fundado pelo Discurso Médico	59
3.3 O Autismo Posto em Perspectiva pelo Discurso Analítico	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	98

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem como tema o autismo no discurso médico e no discurso analítico. Com esta investigação estamos buscando responder como se funda o autismo a partir destes dois discursos.

O meu interesse em investigar o autismo não é recente, mas posso datá-lo de um momento em que a inquietação em saber do sofrimento humano era destituída de inquietação científica. Posso descrever esta minha inquietação em compreender o humano como uma marca de identidade. Foi esta mesma inquietação que me levou ao curso de psicologia, que norteou e norteia a minha trajetória profissional.

No momento em que as normas acadêmicas obrigam-me a explicitar as minhas justificativas para esta investigação, consigo visualizar, novamente, questões não acadêmicas e muito remotas que principiaram o meu interesse por este estudo. O meu primeiro encontro com crianças que apresentavam uma ordem diversa no desenvolvimento deu-se enquanto eu era, também, criança. Este contato possibilitou-me muitos questionamentos. Um deles ainda presente: o que acontece a essas crianças?

Esta minha pergunta inicial não ambicionava a amplitude do meu interesse com este estudo acadêmico, mas considero como semelhante em sua essência: compreender o sofrimento psíquico que impossibilita crianças de se desenvolverem em sua totalidade. As crianças que conheci na infância não foram diagnosticadas como autistas e os pais explanavam que elas nasceram portadoras de “retardo mental”. Só depois do curso de psicologia, consegui compreender que aquelas crianças nomeadas como “retardadas”, apresentavam manifestações autísticas.

Uma delas tinha o diagnóstico de síndrome de Down e dificuldades extremas de interação social. Passava o dia inteiro sentada na soleira de uma porta, a repetir gestos e sons. Esta menina tinha, também, complicações cardíacas, mas o médico considerava desnecessária qualquer intervenção, pois sendo gravemente deficiente a morte seria bem vinda e lhe chegaria antes da vida adulta. Nesta perspectiva, de que serviria um coração bom em uma

criança considerada “nascida doente”? Tanto as condutas repetitivas e quanto o isolamento era justificado como em função da síndrome genética. A menina faleceu no final da adolescência, após ter passado 18 anos numa rotina de sons, movimentos estereotipados e extremo isolamento.

Outra criança, esta bem próxima do meu dia-a-dia, não tinha diagnóstico genético e nem transtornos clínicos, apresentava ecolalias, movimentos estereotipados, distúrbios do sono, agitação psicomotora extrema, dificuldades de interação e outras condutas semelhantes aos pacientes autistas. Ficava em um dos cômodos da casa por todo o dia, utilizava psicofármacos e não foi submetida a nenhum tratamento que fizesse diminuir seus os sintomas. Ao contrário, a cada ano os sintomas eram descritos como mais graves. Atualmente, passa períodos em hospital psiquiátrico e outros períodos em casa, no mesmo cômodo. A minha pergunta da infância ainda é a mesma: o que houve com esta criança? O que poderia ter feito cessar o sofrimento dela e de sua família?

Estas questões, que nasceram da minha vivência pessoal, foram buscar respostas na graduação em psicologia, bem como, foram ser somadas a uma série de outros questionamentos que ao longo do curso surgiram acerca do autismo e das psicoses infantis. Durante o curso de psicologia, por vários momentos, tive a oportunidade de estar com pacientes com diagnóstico de autismo. E assim, as questões iniciais passaram a ser respondidas por diversas posições científicas. Melhor dizendo, desde as minhas primeiras leituras deparei-me com a multiplicidade de caminhos para se compreender o autismo.

Por dez anos de atendimento em serviço privado e em serviços públicos, tive a oportunidade de estar com crianças diagnosticadas com autismo e com suas famílias. Frequentemente, os pais destas crianças apresentavam inquietações a respeito de orientações recebidas por psiquiatras e neurologias que divergiam de abordagens acerca do autismo, bem como, não foram poucas as vezes que recebi textos impressos com “novidades” sobre o tratamento do autismo: dietas, medicamentos, técnicas de condicionamento, etc. Também, tive oportunidade de discutir esses atendimentos com profissionais de outros setores (fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, professores) que solicitavam o uso de testes padronizados e

indicavam técnicas com “respostas terapêuticas mais rápidas” que as de um atendimento em psicanálise.

Concomitante à experiência clínica, iniciei atividades no ensino superior em cursos nas áreas de educação e saúde, o que vem possibilitando leituras, discussões e o constante levantamento de novas e velhas questões acerca do autismo. A docência no ensino superior também permite a orientação de alunos que estão atendendo pessoas com o diagnóstico de autismo ou que também estão desenvolvendo pesquisas dentro do mesmo tema. Esses alunos solicitam-me respostas sobre o autismo, promovem eventos científicos acerca dessa temática e confrontam posições teóricas relacionadas ao assunto. Ou seja, a docência favorece a atualização da minha questão de pesquisa: como se constitui o autismo? Por que o autismo pode ser visto sob uma diversidade de perspectivas?

Quem investiga o autismo encontra modelos diversos de apreensão acerca da etiologia e patogenia do autismo. Estes modelos, também, determinam concepções terapêuticas que, na maioria das vezes, são adotadas com modalidades únicas de intervenção. Granã (1991, p.8) afirma que a partir do olhar que o terapeuta enfoca, a problemática do autismo, a terapia indicada “poderá se orientar, restritivamente, a um determinado escopo, num *setting* particular, privilegiando uma função específica”.

Atualmente, deparamo-nos com estudos que estabelecem o autismo de acordo com a classificação da *American Psychiatric Association*¹. Baseada nesta classificação a pessoa com autismo é diagnosticada como portadora do Transtorno do Espectro Autista – TEA (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM, na sua quinta versão). Embasado por esta perspectiva médica, o autismo é concebido como um transtorno do neurodesenvolvimento irreversível que deve ser tratado a partir de técnicas que favoreçam na redução dos sintomas autísticos. Os estudos baseados nesta concepção médica têm influenciado todos os setores de atendimento à pessoa com autismo e, mais gravemente, são determinantes na construção de uma identidade alicerçada em critérios biológicos.

¹ Associação Americana de Psiquiatria.

Há mais de cem anos, a psicanálise apresenta os sintomas de autismo em seus casos clínicos. Antes de Kanner definir o autismo como uma síndrome do contato afetivo em 1943, Melaine Klein, em 1929, já havia identificado sintomas de autismo em um paciente de quatro anos. Depois de Klein, dentro da própria psicanálise, o autismo foi investigado em diferentes perspectivas, entre estas podemos citar: Mahler (1983), Bettelheim (1987); Winnicott (1983, 1997, 2002,); Tustin (1984,1990); Laznik-Penot (1991,2004); Jerusalinsky (2011,2012); Rocha (2012); Tarufi (2003,2009)); Laurent (2012, 2013, 2014), e outras. No entanto, a psicopatologia da psicanálise não se apresenta em termos universais e nem biologicamente fundados. Logo, esse saber que inviabiliza comparações de sua eficácia clínica, tem difícil comercialização e determina que sua circulação se estabeleça de forma quase que restrita, ou seja, entre estudantes e profissionais que trabalham orientados pela teoria psicanalítica.

Queremos também destacar que as pesquisas que tratam o autismo a partir do saber médico fazem referências negativas à psicanálise. Nestes estudos, a psicanálise é mencionada como não oferecendo nenhuma ou quase nenhuma melhoria na conduta do paciente e está sempre associada a algum procedimento que se dá dentro de um ambiente fechado, sigiloso e que nunca irá alcançar dimensões sociais e/ou educacionais, logo a pessoa com autismo ainda enfrenta uma batalha clínica e conceitual.

Estas oposições teórico-clínicas relacionadas ao autismo são aqui perspectivadas como o saber médico e o saber da psicanálise. Para Laurent (2014), estamos diante da “batalha do autismo”. Esta batalha iniciou-se desde o momento em que o autismo foi descrito pela primeira vez e, nos dias atuais, vem tomando proporções bélicas por interesses mercadológicos.

Nesse estudo, interessa-nos compreender como o autismo é constituído no discurso médico e no discurso analítico e, destacadamente, perspectivar o autismo como estabelecido além de um transtorno; assim, estaremos demarcando nossa presença nesta histórica “batalha do autismo”. Nos termos lacanianos, interessa-nos o saber de senhor (1969-1970) representado pelo discurso médico. E, como o autismo é compreendido quando o lugar do saber é ocupado pelo próprio sujeito com autismo.

O desenvolvimento desta investigação se deu em quatro etapas. Na primeira etapa, que corresponde ao nosso primeiro capítulo, METODOLOGIA DE RELEITURA EM PSICANÁLISE, iremos discorrer sobre nossa metodologia de estudo. Apresentamos, como recurso metodológico principal desta investigação, a leitura e a releitura de textos a partir dos pressupostos teóricos de Garcia-Roza (1993, 1994), Bastos (1994, 2009), Figueiredo (1999) e Lang; Barbosa (2012, 2015). Neste capítulo, iremos apresentar as bases teóricas que fundamentam este método de estudo. Este estudo pode ser definido como estudo psicanalítico de cunho teórico e, nesta primeira etapa, demonstramos de que forma nos utilizamos das leituras no decorrer da pesquisa.

Na segunda etapa, OS DISCURSOS NA TEORIA LACANIANA, apresentamos os quatro discursos da teoria lacaniana: discurso do mestre, discurso histórico, discurso analítico e discurso universitário. Pautamo-nos no texto de Jaques Lacan, apresentado no *O Seminário, livro 17, - O avesso da psicanálise* (1992[1969-1970]) e nos textos *Os discursos e a cura* (VEGH, 2001) e *O psicanalista entre o Mestre e o pedagogo* (RABINOVICH; COUTO 2001).

No terceiro capítulo desse estudo, DISCURSO MÉDICO, DISCURSO ANALÍTICO E AUTISMO, apresentamos o autismo como um quadro psicopatológico compreendido por perspectivas distintas, que determinam posições e procedimentos diversos entre teóricos e clínicos.

Iniciamos este capítulo trazendo as concepções de Lacan, especificamente acerca do discurso médico em contraposição ao discurso analítico. Utilizamos o texto *O Lugar da psicanálise na medicina* de Lacan (1966) e a obra *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico* de Clavreul (1983), para evidenciar a aproximação entre o discurso do mestre lacaniano e o discurso médico em contraposição ao discurso analítico.

Como primeira seção deste capítulo, *Os Sistemas de Classificação Legitimando o Discurso Médico*, apresentamos a evolução dos sistemas de classificação dos transtornos mentais, o uso destes diagnósticos pela classe médica e não médica e questionamos os sentidos destas nomeações para a pessoa que passa a assumir uma identidade psicopatológica.

Na segunda seção deste terceiro capítulo, *O Autismo Fundado pelo Discurso Médico*, situamos o autismo em cinco momentos: o início do emprego

do termo “autismo”; o autismo como uma descoberta de Kanner; como uma rara patologia da infância; compreendido pelas primeiras teorias psicanalíticas; e o autismo considerado como uma epidemia do mundo contemporâneo. Finalizamos esta seção, apresentando as concepções de Laurent (2014) e as ações instituições (Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública - MPASP, da Escola Brasileira de Psicanálise - EBP da equipe do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem – CPPL) que questionam esse modelo médico que tenta se apresentar como modelo universal no atendimento a pessoa com autismo.

Na última seção deste capítulo, *O Autismo Posto em Perspectiva pelo Discurso Analítico*, utilizamos como referencial teórico as concepções lacanianas a partir de Laurent (2012, 2013, 2014) que apresenta a topologia particular do espaço próprio do sujeito autista nas especificidades do objeto ao qual está apegado, sendo este objeto apresentado como o que resta da pessoa quando não articulada à linguagem. Laurent apresenta os trajetos pulsionais da pessoa com autismo como ausentes e propõe uma hipótese relativa aos circuitos do objeto articulados ao corpo por bordas de gozo.

Por fim, no quarto capítulo, apresentamos as nossas considerações finais desta releitura acerca do autismo nestes dois discursos. Desejamos que esta investigação possa favorecer teoricamente aos profissionais e aos estudantes que se interessam pela temática do autismo e que possa ter repercussões efetivas na clínica psicanalítica do autismo.

1 METODOLOGIA DE RELEITURA EM PSICANÁLISE

Este é um estudo qualitativo de cunho teórico que foi desenvolvido a partir de uma metodologia de leitura. Nossa metodologia de investigação está pautada nos trabalhos de Garcia-Roza (1993, 1994), Bastos (1994, 2009), Figueiredo (1999) e Lang; Barbosa (2012).

Caracterizamos nossa pesquisa como um trabalho psicanalítico de cunho teórico. Neste estudo, fizemos uma releitura dos conceitos e leis das ciências médicas que fundamentam o autismo e de alguns textos que constituem uma teoria psicanalítica acerca da constituição do autismo. Antes de problematizarmos o que aqui nomeamos como pesquisa teórica em psicanálise, consideramos necessária uma breve apresentação acerca de como se constitui o saber em psicanálise.

Garcia-Roza (1993 p.118), ao discorrer sobre a pesquisa em psicanálise, inicia seu texto com a afirmação de Lacan: “não há metalinguagem”. E, se prolonga com a reflexão de que se não há “metalinguagem, não podemos falar sobre o inconsciente, mas apenas deixar falar o inconsciente”. E, imediatamente a esta afirmativa, apresenta a tese de que discurso psicanalítico tem aversão ao discurso universitário.

Para fazer uma reflexão acerca da pesquisa acadêmica em psicanálise percorremos essa tese de Garcia-Roza, a fim de esclarecer em quais pressupostos teóricos nos debruçamos para definir e justificar a modalidade de pesquisa que este estudo foi desenvolvido.

Lacan entre 1969 e 1970, ministrou os seminários que compõem o livro 17, *O avesso da psicanálise*, justificando esse avesso como “uma retomada pelo avesso” do projeto freudiano (p.10). Ele refere-se discurso a um discurso sem palavras:

É que sem palavras, na verdade, ele pode muito bem subsistir. Subsiste em certas funções fundamentais. Estas, literalmente, não poderiam se manter sem a linguagem. Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas [...] (LACAN, 1992, p.11).

Lacan (1992) apresenta a perspectiva do discurso como laço social, como um modo de uso da linguagem como vínculo. Para Quinet (2012), os discursos como laços sociais de Lacan estão em correspondência ao que Freud nomeou como as profissões impossíveis: governar, educar e psicanalisar. Eles são uma proposta de formalização dessas modalidades de vínculo entre as pessoas.

Em *O Averso da Psicanálise*, Lacan (1992) apresenta, após desenhar as quatro fórmulas no quadro que lhe era disponível, o discurso do mestre, o discurso da histérica e o discurso do analista e o discurso universitário, o discurso que seria o organizador dos laços entre o sujeito, o Outro, o saber e o objeto.

No discurso do analista é ao psicanalista demandado poder instituir o suposto saber no analisando. [...] “O que se espera de um psicanalista é, [...] que faça funcionar seu saber em termos de verdade. É por isto mesmo que ele se confina em um semi-dizer” (LACAN, 1992 p.55).

Na articulação do discurso universitário, o *a* (causa de desejo ou mais gozar) está no lugar do explorado pelo discurso universitário, que é o estudante. No discurso universitário, o saber inscreve-se no fantasma do saber como totalidade.

Para Garcia-Roza (1993), na perspectiva lacaniana, há uma divergência entre o saber do analista e o saber do universitário bem como, uma intrínseca relação entre esses saberes. A análise se funda no saber do analista e a pesquisa em psicanálise é fundamentada numa teoria, enquanto formação discursiva, que possui regras próprias de constituição de objetos, conceitos, temas, modalidades de enunciação, etc. Logo, a prática psicanalítica é considerada uma prática específica e irreduzível.

[...] O fato clínico, por si só, não é suficiente para conferir ao discurso que o atravessa o estatuto de discurso psicanalítico. Na verdade, a própria natureza de prática clínica é derivada de uma teoria que a constitui e orienta. Essa teoria pode ser mais ou menos elaborada, mais ou menos formalizada, mais não pode ser inexistente [...] (GARCIA-ROZA, 1993, p.118).

Garcia-Roza (1993) considera que o que pode ser legitimamente nomeado de discurso psicanalítico é o conjunto dos enunciados e suas enunciações presentes sob a transferência na experiência clínica. E, aponta para uma relação direta entre a pesquisa em psicanálise e a experiência analítica. Mas também, afirma que a pesquisa acadêmica em psicanálise não se restringe a reprodução da experiência clínica.

Para Garcia-Roza (1993), na universidade, a pesquisa em psicanálise é constituída por uma pesquisa teórica. Este tipo de pesquisa submete a teoria psicanalítica à uma análise crítica com a finalidade de verificar sua lógica interna, a coesão estrutural de seus conceitos e as condições de sua possibilidade.

Na pesquisa teórica apresentada por Garcia-Roza (1993), o trabalho do pesquisador difere do trabalho do epistemólogo. Este último preocupa-se com o rigor formal da teoria e estabelece uma conduta de reverência frente à teoria. E, na pesquisa teórica, que aqui estamos apresentando, o pesquisador se permite ultrapassar os limites do estabelecido na teoria e possibilita o surgimento do novo.

[...] a justificação lógica de uma teoria exige um *retorno* aos conceitos e leis que constituem o seu conjunto. Se uma teoria é um discurso, isto é, um conjunto de enunciados que pretende manter uma relação estrutural com o mundo empírico, ela tem que submeter-se a uma lógica interna que defina a coesão de sua estrutura conceitual (GARCIA-ROZA 1993, p. 119 grifo do autor).

Uma pesquisa teórica objetiva percorrer e compreender o que dizem os textos, favorecendo um retorno aos conceitos e leis que constituem uma teoria. No Brasil, a pesquisa teórica em psicanálise na universidade passou a ser reconhecida a partir do trabalho de psicanalistas que começaram a ocupar cadeiras nas principais universidades e a investigar e divulgar as possibilidades de realização de pesquisa em psicanálise na universidade.

Bastos (1994), para descrever estas possibilidades de investigação em psicanálise, cita os registros dos 1º e o 2º Encontros de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, realizados pelo Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, em 1991 e 1992. Para ele, foi relevante à contribuição

destes encontros para historiar através de suas atas, a voz de psicanalistas brasileiros sobre as possibilidades de pesquisa em psicanálise. Destacou nomes como: Birman (1994,1993 e 1991), Mezan (1994,1993), Garcia-Roza (1994), Copit e Hirschzon (1993), Herrmann (1994), Rezende (1993) e Lino da Silva (1993).

Para Bastos (1994), na universidade, o pesquisador depara-se com a possibilidade de desenvolver uma pesquisa do tipo teórico ou uma pesquisa experimental. Destaca que, dada à singularidade de seu objeto, a pesquisa em psicanálise tem mais condições de se efetivar pela perspectiva teórica podendo ser uma pesquisa de comentário ou uma pesquisa da releitura.

Bastos (2009) explanou, além destas, outras modalidades de pesquisa: pesquisa de leitura transferencial, desenvolvida a partir dos textos produzidos pela escrita psicanalítica que expressa a relação transferencial que fundamental o atendimento clínico; pesquisa do tipo histórico e crítico, onde os textos psicanalíticos são interpretados e problematizados; perspectiva estética e semiótica, relacionada a perspectiva da teoria de campos em psicanálise e pesquisa epistemológica, onde o pesquisador deve conseguir desvendar os sentidos do pensamento do autor dos textos.

Todas essas modalidades citadas por Bastos (1994, 2009) apontam que os estudos acadêmicos em psicanálise estão fundamentados em uma metodologia teórica. A pesquisa psicanalítica realizada de forma teórica favorece que a teoria psicanalítica investigada possa ser submetida a uma análise crítica, “visando à verificação de sua lógica interna e da estruturação de seus conceitos” Lang; Barbosa (2015, p.124). Explanaremos as modalidades de pesquisa teórica de comentário e da releitura para melhor definimos nossa metodologia.

“A pesquisa teórica de comentário relaciona-se com o desenvolvimento de um trabalho que tende à repetição e subscreve-se por uma forma menos criativa de se lidar com o objeto”. (BASTOS, 1994, p.18). Este tipo de pesquisa teórica tem como objetivo passar do abstrato do texto ao suposto concreto do discurso do comentário, não ambicionando dizer algo novo, mas apresentar o texto a partir do comentário do próprio pesquisador.

Em psicanálise, as pesquisas-comentários são produzidas a partir da leitura dos textos de grandes pilares da teoria psicanalítica, sem nada se

acrescer ao dito nestes escritos fundamentais, estas pesquisas apresentam a preocupação de não dizer além do que está escrito nos materiais já escritos.

Para Bastos (1994), tanto na universidade como em instituições, muitas investigações analíticas são desenvolvidas como pesquisa-comentário. Estas pesquisas são consideradas como relevantes para o desenvolvimento e divulgação das ideias psicanalíticas.

Garcia-roza (1993) acrescenta que na pesquisa-comentário, há um retorno à teoria sob a forma de comentário e não há um discurso que produza algo além do que já está posto no texto, algo novo. Desta forma, esta modalidade de pesquisa teórica não expressa o que se pretende sob o título de pesquisa acadêmica em psicanálise.

A pesquisa teórica de releitura parte do texto, mas não se reduz a ele. O texto é problematizado visando novas tentativas de escritura. Segundo Bastos (1994, p.19), não é repensado apenas a autoria do texto, como também a questão de um pluralismo ímpar, no qual, dentro do próprio texto, o pesquisador se depara com a descoberta de discursos singulares e com as diferentes ordens do discurso. Podemos, novamente, trazer Garcia-Roza:

[...] fazer uma pesquisa de releitura do texto é tentar trabalhá-lo pelo seu aspecto polifônico, sem medo do acaso e do acontecimento, observando o aspecto de textualidade, no sentido de que é possível dialogarmos com a sua potência de significante diante de múltiplos sentidos [...] (GARCIA-ROZA, 1993, p.19).

É apresentando as ideias de Garcia-Roza (1993) que Bastos (1994) afirma que uma pesquisa teórica não está fundamentada em uma posição que o pesquisador deva ter após a leitura do texto, essa forma de lidar com a leitura na busca do conhecimento, descaracteriza este modelo de investigação, e coloca em risco sua possibilidade de instrumento de pesquisa. A investigação teórica de releitura deve possibilitar o entrelaçamento entre a potência do significante e o discurso teórico fundamental.

Na releitura o pesquisador não se afasta das ideias centrais do texto e nem perspectiva corrigir ou negar estas ideias. Bem como, o pesquisador não

impõe ao texto a suas próprias questões, mas tenta identificar as questões propostas pelo texto.

Descreve Garcia-Roza (1993, p.120):

Há algumas décadas atrás, Jaques Lacan propôs um retorno a Freud através de uma releitura dos seus textos. A proposta guardava alguma semelhança com a dos epistemólogos: tratava-se, em parte, de uma leitura purificadora cujo objetivo era retirar a psicanálise dos desvios impostos pelo culturalismo, pela fenomenologia e por outras leituras que, na opinião de Lacan, deturpavam o projeto freudiano. Havia uma intensão ortopédica na proposta lacaniana. Este era, porém, o objetivo último do retorno a Freud. [...] *tratava-se, antes de tudo, de ler o texto de Freud como quem escuta a fala do analisando: não colocando por ele nossas questões, mas procurando identificar as suas (grifos do autor).*

Garcia-Roza (1993), descreve o que considera como boas releituras dos textos freudianos e pós-freudianos, não como recitativos textuais dos originais ou redobramento especular dos textos de Freud com fins doutrinários, e sim como produções a partir dos escritos freudianos, discursos. “A releitura se propõe não como reveladora, mas como transformadora, joga, sobretudo, com a **textualidade** do texto, e não com a **mesmidade** do texto” (p.120, grifos do autor).

Garcia-Roza (1993, p.120) apresenta o termo textualidade considerando-o a “potência do significante enquanto gerador de múltiplos sentidos”. E argumenta que este termo é empregado, sob várias perspectivas, por autores como: Bakhtine, Perelman, Ducrot, Derrida. E, sintetiza a ideia de textualidade como um apelo que o texto faz a novas tentativas de escritura.

Logo, se quisermos sintetizar o que já apresentamos sobre pesquisa teórica de releitura em psicanálise, poderíamos apresentar três afirmativas: a releitura é um método de investigação em que o pesquisador se utiliza de textos para produzir conhecimentos, a pesquisa teórica de releitura não é um método de leitura exclusivo da pesquisa em psicanálise e não seria qualquer leitura que pode ser caracterizada como uma releitura.

Para Lang; Barbosa (2012) é imprescindível que o pesquisador tenha claro como se utilizará dos textos para atingir os objetivos de seu estudo e que

se estabeleçam estratégias de leituras para se considerar a leitura um método de investigação.

Lang; Barbosa (2012) sugerem que as estratégias de leitura que serão utilizadas pelo pesquisador devem ser apresentadas no início da investigação. Para eles, a descrição do método de leitura teria a mesma importância para um estudo teórico que tem a descrição das etapas de investigação em uma pesquisa empírica.

Lang; Barbosa (2012, p.89) entendem que:

[...] a pesquisa teórica deve ter seus protocolos de leitura, implícitos e explícitos, que deve haver uma metodologia de leitura. Não se pode deixar a pesquisa teórica como sinonímia ou como pouco mais do que uma pesquisa bibliográfica, uma revisão da literatura ou uma pesquisa eminentemente teórica [...].

Como já mencionamos, na universidade, todas as investigações ou partes de um estudo teórico ou o material teórico é o próprio objeto de investigação (BASTOS, 2009). Neste estudo, também, faremos a leitura de textos que nos apresentam o autismo no discurso médico e no discurso analítico.

Para este estudo utilizamos as técnicas de pesquisa teórica em psicanálise propostas por Bastos (2009). Para este pesquisador, uma pesquisa teórica deve ser realizada em quatro etapas: leitura prévia ou exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa.

A primeira etapa desta investigação começou a ocorrer no segundo semestre de 2014, quando começamos a selecionar e ler textos relacionados ao autismo. E, para complementar esta etapa exploratória, em novembro de 2014, fizemos uma leitura exploratória dos materiais coletados a partir da base de dados LILACS - Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde². Acessamos esta base de informações utilizando descritores

² Compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde publicada nos países da América Latina, do Caribe e região a partir de 1982. Disponível em: <http://www.bvs.br>

relacionados à nossa temática de investigação: autismo *and* psiquiatria e autismo *and* psicanálise.

Encontramos cento e oito publicações entre 2000 e 2014. Nestas publicações observamos os itens: folha de rosto, índice, referências bibliográficas, prefácio e conclusões. Nosso objetivo era averiguar, dentre estes textos, quais atenderiam aos objetivos de nossa investigação. Identificamos publicações já indicadas pelo orientador desta pesquisa, outras já conhecidas por nós, na integra, e muitas inéditas para nós.

Na segunda parte deste estudo, fizemos uma leitura seletiva, quando selecionamos quais dos textos encontrados estariam, especificamente, relacionados à nossa temática. Nesta etapa seletiva da leitura, fizemos a leitura completa de alguns textos e de alguns capítulos de livros selecionados na etapa anterior. Esta leitura seletiva possibilitou a definição do material que foi utilizado nesta investigação. No entanto, posteriormente, acatamos na integra as sugestões de leitura dadas pelos examinadores iniciais deste estudo e alguns outros textos foram acrescentados.

A terceira etapa desta investigação correspondeu a uma leitura analítica dos textos selecionados. Bastos (2009) descreve que ao final de uma leitura analítica deveremos: conhecer os objetivos do autor com a publicação, a relação da obra com outras publicações, as categorias utilizadas pelo autor, a metodologia do estudo, a importância do estudo no campo em que este se encontra inserido e, por fim, temos que conseguir ter uma compreensão ampla do que foi lido, a ponto de podermos fazer uma avaliação crítica do material.

Por fim, realizamos a última, e mais complexa, etapa de leitura em pesquisa teórica descrita por Bastos (2009), a leitura interpretativa. Esta fase da investigação permitiu que a releitura fosse constituída efetivamente.

Turato (2013), quando apresenta a interpretação como recurso metodológico de pesquisa, menciona a importância da interpretação por ela possibilitar novas teorias e estabelecer novos conceitos e conhecimentos. Apresenta o conceito de hermenêutica, como uma palavra que vem sendo historicamente usada, no sentido da interpretação de textos filosóficos e bíblicos, em especial do que traz como simbólico e finaliza apresentando a desconstrução “como uma atitude filosófica e um método peculiar de interpretação” (TURATO, 2013, p.453).

Na desconstrução, há a inversão ou deslocamento da ordem de concepções de um texto, busca-se significados escondidos ou subentendidos, explicitando eventuais contradições dentro dele, fazendo o pesquisador falar de sentidos que estariam além ou diversos aos intencionados do autor (TURATO, 2013, p.453).

As leituras desconstrutivas têm um parentesco com a psicanálise. Estas leituras, em geral, assim como as psicanálises (em particular), atêm-se às zonas marginais do texto, às notas de pé de página, aos trabalhos pouco relevantes, aos lugares comuns, aos jargões, aos florões, às metáforas. Lugares em que a vigilância, o rigor e a atenção consciente de quem escreve é menor. É desse modo, que o marginal e o excluído são convertidos em centro, em que centro e margem se manifestam em um único território: o da textualidade (LANG; BARBOSA, 2015, p.135).

A desconstrução, como método de leitura e análise de texto, está fundamentada nos caracteres originais da filosofia de Derrida³. Figueiredo (1999), ao apresentar o que considera uma leitura próxima e desconstrutiva como forma de leitura de textos psicanalíticos, faz considerações acerca de interpretar e ler. Apresenta a interpretação de textos sendo possível dentro de um modelo clássico e a interpretação numa metodologia contextualizadora/descontextualizadora e recontextualizadora.

O modelo clássico de interpretação coincide com o que apresentamos anteriormente como uma leitura de comentário, uma leitura que objetiva apresentar apenas o que estaria posto no texto, teria o compromisso de repetir as teses do texto. Para este estudo, mais nos interessou o modelo proposto por Figueiredo (1999), onde o texto é visto como um outro para si mesmo, impossível de ser submetido a um exame empírico e que jamais poderia ser reduzido a uma homogeneidade de sentido.

Nesta perspectiva, utilizamos uma leitura interpretativa de textos para efetivar nossa pesquisa acadêmica. E, como mencionamos no início dessa seção, o modelo de interpretação que utilizamos foi baseado nos critérios

³ Jaques Derrida, nascido em 1930, pensador-filósofo francês, de origem argelina. Em 1966, em um Colóquio organizado pela *John Hopkins University*, sobre a controvérsia estruturalista, contestou-se os fundamentos do estruturalismo. Nesta ocasião, os estudiosos de literatura se deram conta da importância que suas ideias poderiam ter nos estudos linguísticos e literários.

referidos por Garcia-Roza (1993) e semelhantes à proposta de Figueiredo (1999) e Lang; Barbosa (2012,2015).

2 OS DISCURSOS NA TEORIA LACANIANA

Neste capítulo, pretendemos apresentar as formas de laço social propostas por Jaques Lacan no Seminário 17, *O avesso da psicanálise* (1969-1970). Este seminário é marcado pelos acontecimentos políticos e sociais da França do final dos anos de 1960. A capa tem uma foto de um líder estudantil da época, Daniel Cohn-Bendit, encarando um militar (CASTRO, 2009). Esta foto foi feita por Gilles Caron (1939-1970), um fotojornalista especializado em registrar manifestações políticas e cenários de guerra. Este fotógrafo registrou a revolução de 1968 na França e conflitos em diversas partes do mundo como: Oriente Médio, Vietnã, Chade, Irlanda do Norte, Camboja, etc. Seu último trabalho, em zona de conflito, foi no Camboja em cinco de abril de 1970 quando faleceu⁴.

Caron é apresentado como um dos maiores fotojornalistas da primeira metade do século XX, destacado pela realização de trabalhos fotográficos de repercussão mundial o que lhe concede reconhecimento até os dias atuais⁵. Caron foi singular ao captar rostos humanos expressando as mais diversas emoções em cenários de guerra, especificamente. Por isso, ficou conhecido como o fotógrafo dos grandes conflitos. Após a realização de grandes coberturas fotográficas, começou a voltar à câmara para si mesmo, ou seja, virou a câmara para o lado contrário, para o avesso, e começou a questionar o lugar de quem registra, de quem assiste a cena registrada. Essa posição de Caron foi mencionada como um conflito interno, uma crise moral. Seus questionamentos tiveram implicações sobre a vida profissional e pessoal deste fotojornalista e, mais ainda, sobre o cenário político-social da época (DESBENOIT, L. 2013).

A fotografia de Caron foi utilizada no *Seminário 17* pela possibilidade de representar registro de laços sociais; é uma imagem discursiva ou

⁴Informações acerca de Gilles Caron podem ser encontradas em <<http://www.fondationgillescaron.org/actualites.html>>

⁵ Em 21 de junho a 02 de novembro de 2014 ocorreu a exposição *Gilles Caron, le conflit intérieur*, Château de Tours, Tours, na França para apresentar a relevância da obra de Caron.

representativa dos discursos sem palavras Lacanianos. Nada mais pertinente que essa foto de Caron para apresentação do *Seminário 17*.

A ideia de laço social de Lacan ultrapassa a perspectiva da psicanálise clínica e apresenta uma dimensão contemporânea das relações que se estabelecem fora da clínica. A concepção de discurso como laço social fundamenta-se em suas leituras de Max (O Capital) e Hegel (Dialética Senhor-Escravo explicitada na Fenomenologia do Espírito). Explicitaremos alguns destes fundamentos ao longo deste texto.

Lacan inicia a comunicação de novembro de 1969 na Faculdade de Direito da *Universidade de Panthéo*, confirmando sua presença nas segundas e terceiras quartas-feiras dos meses de dezembro, janeiro, fevereiro, abril, maio e junho para as comunicações que comporiam o seminário XVII. Em seguida, agradeceu aos que foram ouvi-lo e principiou narrando que dias antes havia tido uma atitude considerada por ele como intempestiva. Iniciou esse seminário com a narrativa desse evento. Contou que uma pessoa o abordou na rua interessada em seus seminários; esta pessoa havia perguntado quando ele retomaria seu seminário e ele respondeu a este questionamento com a expressão: “*Aguarde e verá*”. Lacan justificou que naquele momento estava num certo estado de preocupação e que sua atitude fundava-se apenas em si mesmo, nos seus excessos. (LACAN, 1969, p.10, grifos do autor).

Após o relato deste encontro, anuncia o título desse seminário: A Psicanálise pelo avesso. Propondo uma retomada, ao avesso, do projeto freudiano, a partir do qual buscaria “distinguir o que está em questão no discurso como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional [...] é um discurso sem palavras” (LACAN, 1969, p.11).

Discursos de linguagem diferentemente de discursos de palavras, mas um discurso sem palavras subsistindo em relações fundamentais. Sendo essas relações subordinadas à linguagem, em que pela linguagem instaurariam relações fundadas além das enunciações efetivas. Nestas relações fundamentais, definidas como de um significante com um outro significante, há estruturas que determinam a emergência do sujeito (LACAN, 1969).

Segundo Vegh (1999), o conceito de discurso resolveria um erro do próprio ensino de Lacan, pois:

A maneira como o conceito de desejo era colocado no início conduziria a uma posição anarquista. O desejo, entendido como desprendimento absoluto dos mandamentos do gozo do Outro, levou muitos discípulos de Lacan e ele próprio, em alguns de seus escritos, a supor que afirmar o desejo como uma cifra singular, ímpar, implica uma impossibilidade absoluta do encontro com o outro (VEGH,1999, p.12)

Pela primeira vez Lacan explicita que falar de desejo implica uma forma de gozo que leva o sujeito ao encontrar-se com o outro e, encontrar-se com o outro é aceitar uma perda do gozo. O sujeito situa-se nesta perspectiva do desejo, do laço social, de um ato a dois. Sendo a posição dos sujeitos dentro deste laço, o que caracterizaria o próprio discurso, esta posição dentro de um laço social define o próprio discurso, pois indica o sujeito que fala, a quem fala e, sobretudo, de que lugar fala.

Identificar a posição de um sujeito num laço social favorece a clínica psicanalítica a demarcar o início de uma análise. E na clínica psicanalítica de crianças, a análise se inicia quando é possível ser identificado quem é o analisante (a mãe, o pai, ou a criança). A partir da palavra é determinada a posição do analisante. (FLESLER, 2001)

Lacan, no início deste seminário, já apresenta a experiência analítica como uma experiência de discurso e o discurso sendo um conceito organizado em torno de quatro lugares (agente, outro, verdade e produção). Estes lugares atendem a lógica de um quarto de giro e passam a representar a circularidade dos discursos lacanianos. Para Rabinovich e Couto (2001) estes lugares são quatro postos fixos, quatro significantes que circulam nesses mesmos postos e que determinam, nesse movimento, a emergência da trama discursiva. Esse movimento não se dá como escolha dos elementos dessa rede, cada significante ocupa o lugar determinado pela configuração do próprio discurso.

Os quatros lugares:

agente → outro
verdade ← produção

O agente é aquele que aparentemente organiza o discurso, domina o laço social e determina a possibilidade de alteridade; o outro é aquele a quem o

discurso é dirigido, existe a partir do agente e pode ser descrito, também, como a transmissão de um sentido de um sujeito a outro sujeito; a produção é como o efeito ou resultado do discurso; e a verdade é como o posto que fundamenta o discurso, lugar do semi-dizer, não pode ser totalmente dita, pois entre a produção e a verdade há a interdição (//) e para além de sua metade, nada pode ser dito (LACAN, 1969).

A verdade [...] é certamente inseparável dos efeitos da linguagem tomados como tais. Nenhuma verdade pode ser localizada a não ser no campo onde ela se enuncia como pode [...]. Portanto, é verdade que não há verdadeiro sem falso, pelo menos em seu princípio. Isso é verdadeiro [...] só se encontra o verdadeiro fora de toda proposição. Dizer que a verdade é inseparável dos efeitos da linguagem tomados como tais é incluir aí o inconsciente (LACAN, 1970, p. 64-65).

Foi com as letras constitutivas do discurso, S_1 , S_2 , $\$$ e a , que Lacan apresentou os discursos, ou seja, na teoria lacaniana, a depender da posição estrutural destes algoritmos, o laço social que eles representam pode ser desvendado.

O S_1 é o significante unário ou significante mestre, significante do gozo, o traço que representa o sujeito sempre para outro significante e surge no campo do Outro, ou seja, sendo o significante primeiro é o que identifica a articulação da cadeia significante. O S_1 representa o sujeito para o outro significante, o S_2 (LACAN, 1969).

O saber, S_2 , que liga os significantes em uma relação de rede, um significante S_1 com um significante S_2 . “É o significante binário, vem do campo do Outro, são as palavras do Outro, pelo qual o sujeito, antes de ser representado por esse significante unário, desaparece sob o efeito de afânise do S_2 , que são os significantes do outro” (VEGH, 1999 p.18).

O $\$$, sujeito marcado pela barra, sujeito da ordem simbólica, [...] “dividido por efeito da lógica do significante que foi descrita, dividida entre o saber e o gozo” (VEGH, 1999 p.18). Faz-se sujeito pela barra que o divide e o torna sujeito desejante de um objeto perdido e que se faz objeto de desejo.

A letra a é lida como objeto a , “mais gozar”, objeto causa do desejo e está relacionado com a repetição das fixações libidinais da psicanálise

freudiana em que no trajeto do quarto de giro, este objeto *a* é definido como uma perda.

A parcialidade, como marca do objeto pulsional, faz com que Lacan afirme que o conceito de pulsão em Freud é marcado de ponta a ponta pela falta do objeto. O recurso para nomear esse objeto faltoso que tem como função acionar o desejo é recorrer à primeira letra do alfabeto: objeto *a* (JORGE; FERREIRA, 2011 p.29).

Lacan historia neste seminário sua concepção desse objeto *a*. Esse termo teria sido introduzido por Lacan, em 1960, para designar o objeto desejado pelo sujeito, que se furta a ele a ponto de não ser representável.

Lacan aponta como lógica dos discursos, os laços sociais entre o sujeito e o outro e expressa essa lógica de forma algébrica através de matemas. Os matemas são utilizados como recurso de transmissão desta lógica. “[...] No campo psicanalítico é uma tentativa de transmitir o real da estrutura que o discurso suporta” (VEGH, 1999 p.15).

Antes de apresentar a lógica dos matemas lacanianos discorreremos como Lacan passou a usá-los para apresentar sua releitura psicanalítica.

A palavra matema foi proposta por Lacan em 1971 e não pertence ao ramo da matemática, sendo criada a partir do mitema de Claude Lévi-Strauss e do termo grego *mathema* (conhecimento). Lacan usou a loucura do matemático Georg Cantor (1845-1918), apresentando-a como à própria incompreensão matemática, como a resistência provocada por um saber julgado incompreensível. Comparou seu ensino ao de Cantor: “seria a incompreensão em que esbarrava esse ensino um sintoma?” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.503).

Foi para responder a esta pergunta que Lacan concebeu o matema. Em 1972 e 1973, forneceu diversas definições dele, passando do singular ao plural e, depois, do plural para o singular. Prioritariamente, definiu como decorrentes do matema os quatro discursos com que havia organizado a lógica do seminário que veio a ser chamado de *O avesso da psicanálise* de 1969, 1970.

[...] recusando-se a concluir pela separação dos incompatíveis, tentou arrancar o saber do inefável e lhe conferir uma forma

integralmente transmissível. Essa forma é justamente o matema, porém o matema não é sede de uma formalização integral, uma vez que pressupõe sempre o resto que lhe escapa. [,,,] o matema inclui os matemas, isto é, todas as fórmulas algébricas que pontuam a história da doutrina lacaniana e permitem sua transmissão [...] (ROUDINESCO; PLON,1998, p.503).

No *Seminário XVII*, Lacan utilizou-se de quatro matemas para representar os quatro discursos⁶. No princípio de cada encontro, registrava em uma lousa as estruturas algébricas que seriam exibidas naquele dia para discorrer a cerca da sua releitura dos conceitos teóricos e clínicos da psicanálise freudiana.

Ainda no início do primeiro seminário, apresentou o discurso do mestre. Depois, explanando um quarto de giro, lançou o discurso da histérica seguido pelo discurso do analista. Neste primeiro momento, não apresentou o quarto discurso, apesar de defini-lo com um discurso completamente atual, com o argumento que se o mencionasse, imediatamente junto aos já referidos, provocaria mal-entendidos.

No encontro seguinte, registrou os quatros matemas para se referir aos discursos; cada matema sendo composto por quatro estruturas algébricas (a, \$, S_1 , S_2). A partir de um dos discursos podem ser obtidos os outros três, mediante a função um quarto de volta ou mudança de posição. Os discursos ordenam-se em oposição pela circularidade desse movimento que os caracterizam. Segue a representação dos quatros discursos feitas neste encontro:

⁶ Em uma conferência em Milão, em 1972, Lacan menciona um quinto discurso, que teria sido citado muito rapidamente no seminário de 1969-1970, o discurso capitalista. Neste, contrariamente aos outros discursos, os termos não são isolados; há uma relação em cadeia entre os quatro lugares. No discurso capitalista, o proletário é despossuído do saber e o senhor desse discurso é o próprio capital. Lacan menciona este discurso, também, apoiando-se em Hegel (precisamente na *Dialética Senhor-Escarvo*) e na leitura de Marx.(ZILIOOTTO, 2004). Neste estudo, trabalharemos, apenas, com os discursos apresentados por Lacan entre 1969-1970.

Discurso do Mestre	Discurso Universitário
$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$	$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$
Discurso da Histórica	Discurso Analista
$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$	$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$

F1- Os quatro discursos (LACAN, 1969).

A circularidade não dá a nenhum dos discursos o *status* de ser mais ou menos respeitável. Nesta trama não existe hierarquia, apenas singularidade. Os discursos descritos por Lacan (1969) podem ser concebidos como a releitura do axioma freudiano das profissões impossíveis: governar, educar e psicanalisar. E, dessa releitura, Lacan apresenta uma quarta impossibilidade: se fazer amado, que corresponde ao discurso da histórica.

Na escrita algébrica dos matemas que registram os quatro discursos abaixo de cada letra há uma barra de divisão que escreve a operação de recalque. Nos discursos cada sujeito de relação é sujeito do inconsciente; as palavras destes sujeitos não dizem tudo, esse ser falante encontra-se castrado. (VEGH,1999)

O discurso do mestre ou do senhor tem como aparato algébrico o S_1 , o significante, a função de significante sobre a qual se apoia a essência do senhor, o campo próprio do escravo, o saber, S_2 . Fundamenta-se nos testemunhos da vida antiga e cita o texto de Aristóteles, *Política*, para considerar o escravo como uma função inscrita na família (Lacan,1969).

[...] O escravo de que fala Aristóteles está tanto na família como no Estado, e ainda mais em uma que no outro. Está lá porque é aquele que tem um *savoir-faire*, um saber fazer. Antes de saber se o saber se sabe, se se pode fundar um sujeito na perspectiva de um saber totalmente transparente em si mesmo, é importante saber enxugar o registro do que é originalmente *saber-fazer* (LACAN,1969, p.20, grifos do autor).

E sugere a leitura de Platão para os ouvintes daquele seminário para que possam compreender que a filosofia designa “[...] o roubo, o rapto, a subtração de seu saber à escravaria, pela operação do senhor” (LACAN, 1969, p.20).

Para explicitar esse saber de senhor, Lacan (1969) arremete-se a Platão e imerge na palavra episteme, definindo-a como a situação de colocar-se em boa posição, posição que permite que o saber se torne um saber de senhor. A função da episteme, especificada como saber transmissível, estaria sempre tomada por inteiro das técnicas artesanais, dos servos; e o que estaria em questão seria “extrair sua essência para que esse saber se torne um saber de senhor” (LACAN, 1970, p.21).

Lacan (1969) menciona que o saber do senhor tem duas faces do saber, a primeira uma face articulada a esse saber-fazer, aparentado ao saber animal, mas no escravo não está absolutamente desprovido desse aparelho que faz dele uma rede de linguagem das mais articuladas. E a segunda face, o aparelho articulado e que pode ser transmitido. O saber no discurso do mestre é um saber que se opõe ao qualquer saber mítico, daí esse saber poder ser assemelhado ao saber da ciência.

Para Lacan (1969), o discurso do mestre tem sua relevância frente aos outros três discursos tanto por sua determinação histórica quanto por se enunciar a partir de um significante que representa um sujeito para outro significante. O lugar do outro é ocupado pelo escravo. E o trabalho deste escravo constitui, invisivelmente, um inconsciente não revelado.

Podemos trazer o discurso do mestre como comportando uma verdade oculta, sem com isso dizer que o discurso se oculte ou se esconda. “[...] Há algo comprimido, que é como uma sobreimpressão, algo que exige ser desdobrado para ficar legível” (LACAN, 1970, p. 82).

No discurso do senhor, o saber tem seu lugar primordial no nível do escravo. Esse escravo, representado pelo, é aquele que sabe. Sabe, por haver perdido o seu corpo que quisera conservar em seu acesso ao gozo. Produz o objeto “a”, o mais-de-gozar,

[...] O escravo sabe muitas coisas, mas o que sabe muito mais ainda é o que o senhor quer, mesmo que este não o saiba, o que é o caso mais comum, pois sem isto ele não seria um senhor. O escravo o sabe, e é isto sua função de escravo [...] (LACAN, 1969, p.32).

Lacan (1969) apresenta como se articula a posição do escravo com relação ao gozo, considerando que o mestre arrebatou do escravo sua função no plano do saber, sendo o gozo não apenas privilégio do mestre, mas também do escravo. Estando este mestre reduzido a um único significante. Neste discurso o \$ está no lugar da verdade, como sujeito dividido, incompleto e que não pode se fazer Um para o significante mestre.

Quando Lacan menciona o discurso histórico, não o faz num sentido nosológico, mas refere-se ao discurso do analisante. Sendo a escuta deste discurso do analisante, o inconsciente, o grande achado de Freud. O discurso é concebido como histórico e o sintoma que solicita a interpretação é o dominante deste discurso. Nas palavras de Lacan: “[...] É em torno do sintoma que se situa e se ordena tudo o que é do discurso da histórica” (LACAN, 1970, p. 45).

No discurso histórico, a divisão do sujeito, \$, encontra-se no lugar de agente, agente que se apresenta com um sintoma a ser decifrado pelo outro, S_1 . “É nessa posição, de mestre, que ela tentará colocar e, em seguida, tirar o analista quando demanda uma resposta dele” (COELHO, 2006).

Este discurso histórico guarda e preserva o impossível de se fazer desejar. Foi na escuta do discurso histórico que Freud fundou a psicanálise e o seu conceito central: o inconsciente. No lugar da produção é colocado o S_2 fundando um saber, provocando a produção de um saber. O objeto a está no lugar da verdade, da provocação do sujeito dirigida ao outro.

O que descobrimos na experiência de qualquer psicanálise é justamente da ordem do saber, e não do conhecimento ou da representação. Trata-se precisamente de algo que liga, em uma relação de razão, um significante S_1 a um outro significante S_2 (LACAN, 1969, p.30).

Na experiência psicanalítica, o saber é posto no centro e o analista toma o lugar para desencadear o movimento de investimento do sujeito suposto

saber e favorecer a transferência, fazendo-se de causa do desejo do analisante. “[...] o que se espera de um psicanalista é [...] que faça funcionar seu saber em termos de verdade. É por isto mesmo que ele se confina em um semi-dizer” (p. 55). A posição do psicanalista é feita substancialmente do objeto *a*. O analista tem que representar o objeto *a* (LACAN, 1970).

[...] a psicanálise não se transmite como qualquer outro saber. O psicanalista tem uma posição que eventualmente pode ser a de um discurso. Ele não transmite um saber – não porque não tenha nada a saber, ao contrário do que imprudentemente se diz, isto é o que está posto em questão – a função, na sociedade, de um certo saber, aquele que lhe transmitem. Ele existe (LACAN, 1970, p.208).

O discurso do analista, através da associação-livre, faz emergir o recalcado, provoca a queda do saber suposto, para que possa produzir outros saberes ou dê um lugar diverso ao que já possui. O analista que está no lugar do saber não possibilitaria a análise e o analista institui o analisante como sujeito suposto saber, daí a transferência, a análise.

[...] Se o analista trata de ocupar esse lugar no alto e à esquerda que determina seu discurso, é justamente porque de modo algum está lá por si mesmo. É lá onde estava o mais-degozar, o gozar do outro, que eu, na medida que profiro o ato analítico, devo advir”. (LACAN, 1970, p.55)

Podemos dizer que o discurso psicanalítico, que tem como objetivo a produção do inconsciente, é exatamente o avesso do discurso do mestre. Ou melhor, o contraponto do discurso do mestre é o próprio discurso analítico. Lacan (1970) considera esses discursos em uma simetria e, no mesmo instante, apresenta os contrapostos entre esses dois discursos; simetria não em relação a uma linha ou plano, mas em relação a um ponto. E podendo esse contraponto, ser obtido pelo arremate do discurso do mestre.

A disposição de, S_1 , S_2 , $\$$ e *a*, apresenta a simetria em relação “a um ponto que faz com que o discurso psicanalítico se encontre precisamente no polo oposto ao discurso do mestre”, o mestre no lugar oposto ao lugar do psicanalista (LACAN, 1970, p.93).

Ao final deste seminário, Lacan (1970) responde onde estaria à impossibilidade no discurso analítico. Faz referência a consideração de Freud de que psicanalisar é uma função impossível, destaca que todos os dias Freud exercitava essa função, o que garante que a impossibilidade não estaria na função, mas do ser do psicanalista.

O discurso universitário é apresentado como o discurso onde a ciência se alicerça. Da mesma forma que o discurso do mestre, o discurso universitário é um discurso de domínio. O S_2 está no lugar do agente, o saber do mestre/professor, baseado em grandes textos e teoria. “O S_2 tem aí o lugar dominante na medida em que foi no lugar da ordem, do mandamento, no lugar primeiro ocupado pelo mestre que surgiu o saber [...]” (LACAN, 1970, p.109).

Contrariamente ao discurso da histórica que é onde se produz o saber, no discurso universitário o S_2 ocupa o lugar de produto, dá-se a transmissão de um saber. A formação dos estudantes depende de textos e do saber dos mestres, o estudante é um sujeito barrado, $\$$, incompleto, que precisará recorrer ao saber do mestre. O S_1 aparece no lugar da verdade que impõe a busca continua pelo saber. “É impossível deixar de obedecer ao mandamento que está aí, no lugar do que é a verdade da ciência – *Vai, continua. Não para. Continua a saber sempre mais*” (LACAN, 1970, p.110, grifos do autor).

Neste seminário de 1969/1970, Lacan ao expor os discursos está propondo uma nova maneira de apresentar as estruturas clínicas e qualifica a histeria como um modo de vínculo social. A procura por uma análise é compreendida como uma demanda de análise. O analisando irá situar-se, ignorando a razão de seu sofrimento, supondo a produção de um saber, S_2 (COELHO, 2006).

O S_2 é um conjunto de significantes que forma uma rede e essa rede forma um saber, um saber sem sujeito. O inconsciente é uma cadeia signifiante que não pertence a ninguém; o sujeito só pode existir em relação ao Outro, que lhe é prévio. A histórica procura um saber. De um lado ela quer saber, mas do outro não quer chegar a saber, pois esse saber é sobre o gozo (COELHO, 2006, p.118).

O gozo faz barreira ao saber, pois se chegasse as últimas consequências na procura do saber, apareceria a castração do Outro, o

encontro com o objeto causa de desejo, *a*, e a angústia inevitável. Para Coelho (2006), o objetivo maior do *Seminário 17* é pensar sobre o quanto de saber é preciso na experiência histórica para que esse saber possa ser questionado no lugar da verdade.

Podemos finalizar trazendo o que Coelho (2006) destaca como as duas maiores contribuições de Lacan com esse seminário de 1969/1970: o aprofundamento da discussão sobre o objeto *a* e as implicações clínicas da teoria dos discursos. “A teoria dos discursos nos mostra que psicanálise é a possibilidade de o sujeito mudar de posição frente ao Outro, recuperar sua dignidade e ser infinitamente diferente do que é” (COELHO, 2006, p.119).

3 DISCURSO MÉDICO, DISCURSO ANALÍTICO E AUTISMO

Como mencionamos no início deste estudo, a possibilidade diversa e, às vezes, até antagônica de compreender e tratar o autismo foi definida como nossa linha de interesse para esta investigação. É acerca de um quadro psicopatológico compreendido por perspectivas distintas, que determinam entre os teóricos e clínicos, posições e procedimentos os mais diversos, que nos propusemos investigar. Neste capítulo, apresentaremos como se constitui o autismo a partir do saber das ciências médicas e do saber da psicanálise.

Iniciamos esta seção fazendo um comentário acerca de um vídeo sobre autismo que tivemos oportunidade de assistir e que aqui pode ser mencionado para perspectivar os caminhos que pretendemos percorrer neste estudo. Trata-se de um vídeo que circula nas redes sociais e nos foi enviado por alguém⁷ que conhece o autor deste, que é o pai de uma criança com diagnóstico de autismo. O vídeo apresenta fotos e uma música que foi escrita e cantada por este pai em homenagem a este filho. No vídeo, o pai menciona características do autismo; apresenta a ideia de que a criança precisa de rotina para se organizar e descansar⁸ e um refrão que, curiosamente, diz assim: “não sei por que você nasceu assim, só sei, só sei que você nasceu para mim”⁹. Nesta canção, o autismo é anunciado a partir do discurso médico, que nos interessa, e revela as implicações desta perspectiva.

O encontro com um diagnóstico de autismo traz implicações para a família e para o próprio paciente. A família passa a interpretar de maneira diferente as condutas da criança¹⁰, logo a relação com este sujeito passa a ser balizada pelo diagnóstico e, conseqüentemente, esta criança passa a se perceber como tendo que atender a demanda desta nomeação. Não há mais uma criança, há um autista que deve se apresentar ao mundo como todos os

⁷ Enviado por uma mãe de duas crianças com diagnóstico de autismo, sendo nestas crianças diagnosticadas quadros diferentes (uma delas considerado mais severo e outro mais leve). Essa mãe refere-se aos filhos como o meu Autista e o meu Asperger.

⁸ Terminologias que indicam que a criança é assistida no modelo cognitivo-comportamental.

⁹ Uma canção para Davi. Roberto Amorim de Menezes. Publicado em 16 de out. de 2015. Disponível em < https://www.youtube.com/watch?v=xGBfyl_P4pY> Acesso em 20 de out. de 2015.

¹⁰ Referimo-nos à criança porque o diagnóstico de autismo, na maior parte dos casos, é dado na infância.

outros emoldurados nesta categoria. O pai desse vídeo indicou que seu filho apresenta as características de autismo estabelecidas nas classificações, que segue orientações da terapêutica comportamental e que não há nada que se possa fazer, além de amar o filho que “nasceu assim”. Podemos dizer que estamos diante da força do discurso médico, e nos interessa, neste estudo, apresentar um contraponto a esse saber.

O poder e a impotência do discurso médico foram amplamente apresentados por Jean Clavreul em *A ordem Médica: poder e impotência do discurso médico* em 1983. Clavreul (1983) apresenta o exercício da medicina como sendo um discurso, discurso que se assemelha ao discurso do mestre para Lacan. Caminharemos nesta perspectiva do discurso médico como semelhante ao discurso do mestre de Lacan e com avesso deste discurso, o discurso do analista, para apresentar a problemática do autismo.

Jorge (1983) em apresentação a edição brasileira da obra de Clavreul (1983), menciona o texto de Freud *Sobre a psicopatologia da Vida Cotidiana* (1970[1901]), como apresentando uma ruptura da psicanálise em relação ao saber médico, assinalando a impossibilidade de considerar dentro do discurso médico, uma psicopatologia do cotidiano.

Freud (1970[1901]) aponta que a natureza do objeto de investigação inaugurado por ele, por si só, já se opõe ao saber médico. Nesta obra, Freud apresenta, de forma redundante, inúmeros casos de esquecimentos, erros, atos falhos, lapsos (fala, da leitura, da escrita), chistes, atos casuais e sintomáticos, erros de memória e demais manifestações do gênero para afirmar que, tanto quanto os sonhos, apenas pela via da análise esses fenômenos podem ser desvendados.

Freud (1970[1901]) estava certo de que essas manifestações não seriam resultados de estados patológicos de funcionamento dos processos psíquicos, logo estes pacientes não seriam beneficiados por tratamentos médicos e sim, analíticos. A apresentação destas manifestações pelo paciente durante o tratamento analítico favoreceu Freud (1970[1901]) para que reafirmasse a influência do inconsciente sobre a totalidade da vida consciente.

Lacan, em sua releitura da psicanálise freudiana, reafirma que o discurso do analista é o avesso do discurso mestre. Comparando a representação dos matemas do discurso do mestre e do discurso do analista,

podemos conferir essa ideia de avesso de Lacan (1992[1969-1970]) na figura abaixo:

Discurso do Mestre	Discurso Analista
$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$	$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$

Figura 2 – O discurso do mestre e do discurso do analista

Para apresentar o autismo na perspectiva do discurso médico, vale considerar que o diagnóstico de autismo é dado, na maior parte das vezes, por categorias especializadas como psiquiatras ou neurologistas. Esses profissionais ocupam o lugar do mestre, S_1 , e proferem o discurso da ciência para obter a confiança do paciente. Ao mesmo tempo em que, quando proferem esse saber de mestre mantém o paciente na posição do escravo de seu saber, S_2 . A medicina invoca a ciência como sendo esta representante da verdade.

Atualmente, os quadros de autismo ainda suscitam diversos questionamentos, apesar de há mais de setenta anos o autismo ser alvo de pesquisas envolvendo diversos saberes, permanece sendo considerado como um enigma a ser desvendado que atrai uma legião de investigadores. Logo, faz-se objeto de desejo, também, para o médico.

Uma das formas que a medicina encontrou de dominar a realidade do autismo é nominá-la e categorizá-la por sua ordem a partir de sistemas diagnósticos. De certa forma, o autismo encontra-se enquadrado dentro desse saber, mas ainda não deixou de ser objeto de seu interesse, pois, ainda, há muito que ser desvendado e apresentado pela ótica dessa ordem médica.

Como já mencionamos, o autismo ordenado pelo saber médico, é apenas uma das possibilidades de compreensão. A tentativa de encerrá-lo neste discurso é tão frágil, quanto à tentativa histórica de se encerrar a discussão acerca de qualquer outro sofrimento psíquico por este saber.

Antes de apresentarmos, especificamente, o autismo como fundado no discurso médico e, ainda, também, mantido neste discurso, explanaremos o

que aqui compreendemos como discurso médico e as implicações deste discurso nos quadros de sofrimento psíquico de uma maneira geral.

Para Clavreul (1983, p.119):

O desejo do médico tem por objeto a doença, porque é esta que o constitui como tal. Mas é o discurso médico que constitui a doença como causa. Causa do sofrimento do doente e a causa da intervenção do médico. O efeito está na repercussão do homem doente enquanto homem [...] aí está o efeito do discurso médico.

Médico é o sujeito que sabe, em oposição ao analista que ocupa o lugar de sujeito suposto saber (SsS). A ciência visa a fundar a realidade do objeto, logo o objeto *a*, na fórmula do discurso do mestre está no lugar do produto. O doente se apaga, enquanto indivíduo, e o médico, enquanto pessoa, também se apaga diante das exigências do seu saber. [...] “A relação “médico-doente”, é substituída pela relação “instituição médica-doença” [...] (CLAVREUL, 1983, p.49).

O único sujeito do discurso médico é o próprio médico, ele o anuncia. Esta enunciação se faz em sua prescrição e em seu prognóstico afirma sua posição de saber neste laço social. O médico “[...] anuncia o futuro e, pelo fato mesmo de constituí-lo, contribui para criá-lo. [...] modifica o curso da doença, mesmo fora de qualquer intervenção [...], pois modifica a relação do doente com sua doença” (CLAVREUL, 1983, p.96).

O médico ocupa o lugar do sujeito do saber e o de objeto do desejo do doente numa relação transferencial. O desejo dirigido ao médico se confunde com o desejo que o paciente tem de se “apropriar de seu saber ou, antes, dos benefícios desse saber [...]” (CLAVREUL, 1983, p.115). O objeto para o médico é a doença, porque ele constitui-se como tal. O diagnóstico médico aprisiona o doente nesta relação, colocando-o no lugar de servo desse mestre. O médico abre mão de sua subjetividade e também da de seu paciente.

Se em algum momento do contato do médico com seu paciente esta subjetividade insurgir, podemos considerar que o tratamento médico já tenha sido interrompido, pois este médico se encontrou com a pessoa do doente e não com a doença. Diferentemente do discurso analítico, onde a condição

primordial para que se dê uma análise seja a existência de uma relação transferencial.

O conceito de transferência foi introduzido por Freud e Ferenczi entre 1900 e 1909, para nomear um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual “os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocando na posição desses diversos objetos” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.767).

A transferência como instrumento de cura no processo psicanalítico foi apresentada por Freud na ocasião da análise de *Dora*, em 1905, sendo este um dos principais instrumentos da clínica psicanalítica e o que a difere de qualquer outra modalidade de terapêutica (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Em 1909, Ferenczi considerou que na análise, o paciente colocava inconscientemente o terapeuta numa posição parental e Freud, na mesma época, em sua exposição da análise de um caso de neurose obsessiva¹¹, considerou os sentimentos inconscientes do paciente para com o analista como manifestações de relação recalcada com as imagos parentais (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Em 1912, Freud escreve texto exclusivamente dedicado à transferência, *A dinâmica da Transferência*, e distingue a transferência positiva, feita de ternura e amor, da transferência negativa, carregada de sentimentos hostis e agressivos e transferências mistas, que reproduzem sentimentos ambivalentes da criança em relação as figuras parentais (ROUDINESCO; PLON, 1998). Em *Mais-além do princípio de prazer*, em 1920, Freud relacionou a transferência ao complexo de Édipo e concluiu que a neurose original era substituída, na análise, pela neurose de transferência. Em *Dois Verbetes de enciclopédia: (A) Psicanálise, (B) Teoria da Libido*, ele afirma que a relação transferencial é o que permite que a análise aconteça (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Lacan, em sua releitura do *Caso Dora, Intervenções sobre a transferência* (1951), definiu a relação transferencial como uma sequência de

¹¹ Freud, S. (1909). Notas sobre um Caso de Neurose Obsessiva/ Caso do Homem dos Ratos

inversões dialéticas, onde essas inversões favoreceriam que o analisando se posicionasse em direção à verdade (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Em 1953-1954, em *O Seminário, livro 1, Os escritos técnicos de Freud*, Lacan apresenta o percurso dado por Freud ao conceito de transferência, *Übertragung*, [...] “Os melhores sonhos que nos traz Freud, os mais ricos, os mais belos, os mais complicados, são os que ocorreram ao longo de uma análise e tendem a falar do analista” (Lacan, 1993[1954],p.279).

Em *O Seminário, livro 2 de 1954-1955, O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, Lacan (1995[1955],p.311) descreve sobre a transferência:

Durante toda a duração da análise, mas unicamente com a condição de o eu do analista aceitar não estar aí, unicamente com a condição de o analista não ser um espelho vivo, porém espelho vazio, o que se passa, passa-se entre o eu do sujeito – é sempre o eu do sujeito quem fala, aparentemente – e os outros. O progresso todo da análise consiste no deslocamento progressivo desta relação, que o sujeito, a todo momento, pode apreender, para além do muro da linguagem, como sendo a transferência, que é dele e onde ele não se reconhece [...] A análise consiste em fazê-lo tomar consciência de suas relações não para com o eu do analista, mas para com todos estes Outros, que são seus verdadeiros fiadores, que respondem por ele, e que ele não reconheceu. Trata-se de o sujeito descobrir progressivamente a que Outro ele verdadeiramente se endereça, apesar de não sabê-lo, e de ele assumir progressivamente as relações de transferência no lugar onde está, e onde, de início, não sabia que estava.

Lacan (1995[1955], p.311) refere que ao final da análise, o sujeito deve estar com a palavra, “e entrar em relação com os verdadeiros Outros”. Em 1960-1961, em um seminário dedicado à transferência, Lacan considerou o desejo do psicanalista como capaz de esclarecer a verdade do amor transferencial. Em 1961-1962, no seminário dedicado a identificação, traz a transferência como a materialização de um engano onde o analisando coloca o analista no lugar de um saber absoluto, ou como o sujeito suposto saber (SsS) (ROUDINESCO; PLON, 1998).

No *Seminário, livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan trás a transferência como um destes conceitos, juntamente com os conceitos de inconsciente, repetição e pulsão; neste seminário definiu a

transferência como a encenação da realidade do inconsciente possível através da experiência analítica (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Em o *Lugar da psicanálise na medicina* (2001[1966], p.32), Lacan afirma:

[...] Se o inconsciente não é uma coisa monótona, mas ao contrário uma fechadura tão precisa quanto possível e cujo manejo não há nada além de não abrir quilo que está além de uma cifra da maneira inversa de uma chave, esta abertura só pode servir ao sujeito em sua demanda de saber. O inesperado é que o próprio sujeito confesse sua verdade e a confesse sem sabê-lo.

Quando uma pessoa procura um médico não quer dizer que esta pessoa esteja procurando a cura. O paciente põe à prova o saber médico como via de modificar sua condição de doente, já que esta condição de estar doente pode apenas ser modificada, mas não abolida. Muitas vezes, o paciente necessita que o médico autentique sua doença ou o mantenha bem instalado nela. (LACAN, 2001[1966]). Muitos pacientes ao melhorarem de um quadro clínico apresentam novas queixas clínicas, pois o adoecer é a via de manifestação destes sujeitos. Mesmo movimento se estabelece em um ambiente familiar, quando um elemento da família manifesta sinais de melhora, outro elemento daquele meio familiar adoece. A doença é uma via de manifestação daqueles sujeitos, em tempos diferentes.

Lacan (2001[1966], p.11) interroga a estrutura da falha que existe entre a demanda e o desejo. Sugere o termo epistemo-somática para assinalar “o efeito que terá o progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. [...] a situação da medicina é subvertida a partir de fora [...]”. E o que é excluído da relação epistemo-somática é o que o corpo em seu registro vai propor à medicina.

O discurso médico constitui os signos em significantes, e de sua ordenação se extrai uma significação, que é a existência de uma doença. A realização de um diagnóstico é um ato de mestre. Neste ato os sinais clínicos ou signos apresentam uma doença ao médico e o médico, por sua vez, considera esses signos em relação a outros signos, formando um conjunto de

sinais clínicos que caracterizarão a existência de uma síndrome. [...] “o médico ordena os signos numa cadeia significativa” [...] (CLAVREUL, 1983, p.169).

Esta ordenação impõe uma normatividade. O discurso do mestre é normativo e as normas são ditadas pelo saber do mestre. É este mestre quem define o que deve ser submetido o seu servo. “Desenvolvendo seu discurso que tem como objeto as doenças, a medicina contribui, portanto, para construir o estatuto do homem ‘normal’ ”[...] (CLAVREUL, 1983, p.74 grifo do autor).

Maior representação desta normatividade seriam os manuais de classificação de transtornos mentais. Estes manuais, apoiados em uma média estatística, definem normalidade como regularidade, considerando normais todos os comportamentos que se enquadram nessa média, e anormais e patológicos todos os que dela se desviam.

Essa normatividade, representada a partir destes manuais de classificação, pode ser historiada em paralelo a evolução da própria medicina. Os manuais de classificação dos transtornos mentais foram desenvolvidos com o intuito de classificar doenças; possibilitar que haja maior comunicação e integração entre os profissionais; permitir a padronização de diagnósticos, procedimentos e tratamento; e facilitar a pesquisa. Uma forma de compreender essa normatividade, que sustenta o discurso médico, é investigar a evolução dos sistemas de classificação diagnóstica.

3.1 Os Sistemas de Classificação Legitimando o Discurso Médico

A medicina define e delimita o que é doença e o que não é doença. Esta indicação de normalização da condição humana arremete a necessidade de alguma intervenção. A história da medicina escreve diversas formas de intervenção até se chegar ao saber médico contemporâneo com sua forma de prever, diagnosticar, tratar e atestar a morte.

Quando consideramos a diversidade nas manifestações comportamentais, a história da medicina também registra todos os lugares ocupados pela pessoa que apresentava comportamentos fora da uma ordem estabelecida em determinados universos culturais e sociais. A obra de Foucault

(1978) é a mais clássica apresentação da história dos transtornos mentais. Aqui partiremos das classificações que ocorreram a partir do século XVIII como demarcadoras de uma medicina que se apropria do território da loucura até chegarmos a atual classificação dos transtornos mentais.

No início do século XIX, o campo da loucura se torna território exclusivo da medicina e psiquiatria surge como especialidade médica, apoiada sob dois paradigmas: o clínico-descritivo, presentes na nosografia de Pinel¹² e Esquirol¹³ e o paradigma etiológico-anatômico, baseado nas obras de Morel¹⁴, Karlbaum¹⁵ e Griesinger¹⁶. Só na metade do século XX, os nomes de Freud e de Kraepelin¹⁷ começam a se fazer presente em discursões que buscavam desvendar os transtornos mentais. As ideias de Kraepelin são consideradas como base para as classificações contemporâneas e as concepções freudianas como fundadoras e constitutivas da psicanálise. Até o final da II Grande Guerra, eram esses os dois pilares da psicopatologia. Surgiriam depois, as concepções da fenomenologia existencial de Karl Jaspers¹⁸, Eugene Minkowski

¹² Até o século XVIII as pessoas com transtornos mentais não recebiam tratamentos e ficavam acorrentadas em instituições semelhantes a prisões. Philippe Pinel (1745-1826), médico francês, considerava a doença mental um fenômeno natural passível de tratamento por meio de método da ciência natural. Pinel retirou as correntes dos pacientes e passou a ouvi-los. Os transtornos passaram a ser vistos como doença e a pessoa com uma doença mental como em um estado de sofrimento. (SCHULTZ; SCHULTZ, 2005).

¹³ Na primeira metade do século séc. XIX. Étienne Esquirol, psiquiatra francês, desenvolveu um trabalho de continuação da obra de Pinel, marcando sua atuação pela utilização sistemática da observação que lhe permitiu grande aprofundamento do trabalho clínico e uma delimitação precisa de quadros nosográficos da nascente psiquiatria contemporânea. Vivendo na época de grandes transformações sociais, pós- Revolução Francesa, uma de suas maiores contribuições foi consideração dos transtornos sociais como desencadeantes de doenças mentais (PACHECO, 2003).

¹⁴ Entre 1840 e 1850, dedicou-se a estudar sobre a história das doenças mentais. Em 1860, propõe uma nova classificação das loucuras, considerando critérios etiológicos. Para ele, toda loucura teria uma causa orgânica, mesmo que seja uma hipotética hereditariedade.

¹⁵ Kahlbaum (1828 -1899), psiquiatra alemão que em 1870, pela primeira vez, distingue grupos de sintomas, que hoje chamamos síndromas e unidades de doença.

¹⁶ Griesinger (1817-1868), neurologista e psiquiatra alemão. Superou as teorias humorais prévias, buscando o estabelecimento de relações clinicamente significativas entre o cérebro e determinados estados mentais. Contribuiu para o desenvolvimento da primeira psiquiatria biológica, que encontraria seus limites nos impasses constituídos pela teoria da degeneração. Seu famoso *Tratado sobre patologia e terapêutica* das doenças mentais, publicado em 1845 constitui um marco na história da psiquiatria (PEREIRA, 2007).

¹⁷ Kraepelin (1856-1926) entendia que a loucura podia resultar de causas endógenas, cerebrais ou não, mas também de causas exógenas. Estas causas exógenas podem, também, ser estritamente orgânicas ou emotivas como traumas emocionais. Considera a existência de uma predisposição geral para o transtorno mental. Publicou o *Compêndio* em 1883. Essa obra foi ampliada e reeditada várias vezes com o nome de *Tratado de Psiquiatria* (PESSOTTI, 1999).

¹⁸ Karl Jaspers (1883-1969), um dos principais autores da psicopatologia moderna. Para Jaspers (1931), os limites da ciência em psicopatologia consistem em nunca poder reduzir o

e Kurt Schneider. Apesar do desenvolvimento dessas teorias ainda não existiam classificações de uso sistemático (BEZERRA JR, 2014).

A medicina isola seu objeto, que é a doença, e passa a tratar a todos os que manifestam tal doença como semelhantes. O médico, como o mestre, precisa ter condutas análogas frente ao seu objeto, a doença. Essas condutas precisam ser pautadas no discurso da ciência, num saber que sustenta o médico no lugar do mestre. O surgimento e o desenvolvimento de classificações diagnósticas em psiquiatria garantiram a cientificidade da psiquiatria junto à própria medicina.

Bezerra Jr. (2014) traz a perspectiva individualista libertária de Szasz (1991[1974]), para apresentar a psiquiatria como a negação institucionalizada da natureza trágica da vida; a psiquiatria como um dispositivo social de controle e domesticação da existência social, que compreende experiências de angústia e sofrimento como doenças que clamam por diagnósticos e intervenção em nome de uma cura. Cura como ausência de manifestação clínica dos sintomas diagnosticados.

[...] Ao nomear a angústia de existir por meio de categorias patológicas, a psiquiatria transforma uma condição ontológica essencial num espaço a ser regulado por discursos e intervenções de roupagem técnica, cuja vocação moral normatizadora mal se esconderia por trás das reivindicações de objetividade e neutralidade científica (BEZERRA JR, 2014, p.9).

Para Szasz, o diagnóstico de uma doença só poderia ser empregado diante de marcadores biológicos, sendo esses insuficientes ou inexistentes em pessoas diagnosticadas como doentes mentais, logo esse diagnóstico era considerado para este autor como uma metáfora, um mito. Considera as classificações como tendo como objetivo apenas “[...] degradar e segregar socialmente o indivíduo identificado como paciente psiquiátrico [...]” (SZASZ, 1977 [1970], p.223). Essas concepções de Szasz, datadas há quase meio

ser humano a conceitos psicopatológicos. A ciência psicopatológica é tida como uma das abordagens possíveis do homem mentalmente doente, mas não a única e exclusiva (DALGALARRONDO, 2000).

século, são atuais à medida que possamos compreender que esses sistemas classificatórios criticados por ele, ainda não foram superados e sim, estão sendo, cada vez mais ampliados dentro da mesma perspectiva reducionista.

Entre os anos de 1960 e 1970, Szasz e outras personalidades de vários campos do saber compuseram o então movimento anti-psiquiátrico¹⁹ que vislumbrava uma análise psico-político-social do sofrimento mental. Esse movimento pôde ser caracterizado como o início de uma linha de resistência às concepções biológicas centradas na psicopatologia (BEZERRA JR, 2014).

Nos dias atuais, esse saber das ciências biológicas do início do movimento antipsiquiátrico foi suplantado por princípios que giram em torno da plasticidade cerebral e da epigenética, mas estes estudos recentes ainda não deram conta de indicar os tais marcadores biológicos reclamados na década de 1960 e 1970 para justificar ou delimitar as doenças mentais. A psiquiatria sempre esteve entre duas vocações: a do conhecimento e a do cuidado (BEZERRA JR, 2014).

Esse duelo entre perspectivas acerca do doente e da doença mental é considerado como amplo espaço de interesse acerca do sofrimento humano e terreno fértil para o desenvolvimento, não apenas da psiquiatria, mas dos mais diversos campos de conhecimento.

A história das teorias e práticas na psiquiatria está ligada aos contextos sociais, culturais, epistêmicos, políticos e tecnológicos em que elas se dão. Desta forma, os conceitos psiquiátricos foram e são historicamente gerados, por diferentes campos de saber, em determinado espaço e tempo. Os sistemas de classificação diagnóstica podem ser considerados como sintomas, [...] “no sentido freudiano de revelarem de forma deslocada a verdade de um conflito que não se deixa apreender imediatamente pela consciência de seu tempo” (BEZERRA, JR, 2014, p.12).

As classificações

¹⁹ [...] movimento surgido nos anos 50 do século passado. Esse movimento não estava em oposição apenas às práticas asilares — o eletrochoque, o uso de psicofármacos e outras restrições de liberdades infringidas aos doentes internos — mas, sobretudo, contra os princípios nos quais se assentava toda a "medicina mental", a começar pela distinção entre "louco" e "normal" (DELACAMPAGNE, 2004, p.29, grifos do autor).

[...] permitem agrupar experiências, seres e objetos, estabelecendo mapas que permitem demarcar fronteiras normativas entre elas. Como todo mapa, eles necessariamente operam a partir de alguma forma de redução da paisagem mapeada. Implicam escolhas, exclusões, privilégios, que são decididos pragmaticamente em função de interesses presentes no contexto de sua criação [...] (BEZERRA JR, 2014, p.14).

Logo, podemos considerar que cada momento histórico tem sua(s) patologia(s) epidêmica(s). Podemos trazer a histeria e a neurastenia como as grandes patologias do final do século XIX; e estamos assistindo a depressão, o TDAH e o autismo [...] “como chaves de interpretação dos imperativos e dilemas que assolam os sujeitos do início do século XXI” (BEZERRA JR, 2014 p.12).

Estas patologias deixam de ter o caráter extraordinário e passam a serem consideradas doenças de grande incidência, expostas em programas de televisão de forma sucinta, bem como determinam a existência de uma infinidade de comunidades virtuais formadas por pessoas diagnosticadas e os familiares destas. Para Goldenstein (2014, p.153) “[...] as entidades diagnósticas se naturalizaram de tal maneira que passaram a ser vistas como realidades concretas e inequívocas” [...]. Essas entidades são fundamentadas nos manuais de classificação, que por sua vez são instrumentos transitórios e perspectivados, apenas, por uma ordem de saber, o saber médico.

A primeira classificação psiquiátrica oficial nos Estados Unidos da América, EUA, surgiu depois do censo de 1840. Nesta classificação aparecem duas categorias: insanidade e idiotia. Em 1880, outra classificação oficial lista sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Em 1917, registra-se uma classificação voltada para a produção de estatísticas hospitalares (GAINES,1992 *apud* BEZERRA JR, 2014).

Ao final da II Guerra Mundial nos EUA existiam três classificações que abrangiam diagnósticos médicos de toda ordem. No entanto, havia uma enorme pressão dos veteranos para que o estado americano reconhecesse as mazelas produzidas pela guerra e garantisse, ou tornasse economicamente possível, a reinserção deles na sociedade; para isto, careciam de um sistema classificatório que pudesse categorizá-los de acordo com essas patologias geradas pela guerra. Essa situação de urgência levou a Associação Americana

de Psiquiatria-APA, a desenvolver a proposta de estabelecer uma classificação psiquiátrica homogênea independente do instrumento utilizado pela Organização Mundial da Saúde- OMS, a Classificação Internacional de doenças - CID, já então na sua sexta versão, mas considerada insuficiente para contemplar o então panorama pós-guerra (BEZERRA JR, 2014).

Este primeiro manual da APA é datado de 1952, primeira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM I, e nele existiam 106 categorias diagnósticas, descritas em estilo narrativo e sob a influência psicanalítica. As doenças mentais eram consideradas como reação a situações existenciais às quais os indivíduos demonstravam condutas não adaptadas, de modo que quanto maior o comprometimento adaptativo maior seria a gravidade do transtorno, neurótico ou psicótico. Os sintomas tinham uma dimensão simbólica e relacional e o médico deveria desvendar esses sentidos, para poder estabelecer as estratégias terapêuticas (BEZERRA JR, 2014).

O DSM II, publicado em 1968, aumentou o número de diagnósticos para 180, mas permaneceu tendo as psicoses e as neuroses como nomenclaturas centrais. Foi um instrumento que não teve grande controle sobre a prática clínica, pois estava mais relacionado a questões administrativas. A influência dos pressupostos teóricos da psicanálise pôde ser identificada nessa classificação quando os sintomas foram concebidos como tendo uma natureza simbólica que clamava em ser desvendada. Essa segunda versão do manual dos transtornos mentais foi um instrumento sem repercussão internacional, seu uso pôde ser considerado como tendo sido restrito à sociedade psiquiátrica americana (BEZERRA JR, 2014).

Nesta segunda versão do manual dos transtornos mentais, apareceram pela primeira vez, os transtornos comportamentais na infância e na adolescência e os desvios de natureza sexual que incluíam a homossexualidade como patologia. Estes últimos foram politicamente contestados e, em 1970, representantes e simpatizantes do movimento contra a patologização das condutas homossexuais invadiram o congresso da APA, impediram a entrada de psiquiatras e exigiram mudanças na classificação dos desvios desta natureza. Esta mobilização levantou uma discussão que resultou, após os trabalhos de uma comissão e a votação entre os membros da

APA, na retirada da categoria na sétima edição do DSM II (BEZERRA JR, 2014).

Em 1980, houve a publicação do DSM III que apresentou 265 patologias psiquiátricas e estabeleceu um rompimento com os princípios que norteavam o DSM I e II. Em 1987, essa versão foi revisada e passou a apresentar 292 patologias. Tanto na primeira versão desta terceira edição como na edição revisada, foi adotada uma categorização puramente descritiva; o diagnóstico passou a ser dado a partir da observação do comportamento observável e não mais pensado [...] “como uma chave de entendimento de conflitos ou desarranjos intrapsíquicos ou relacionais por trás do sintoma” [...] (p.21). Logo, esse modelo de classificação segue uma perspectiva totalmente divergente da psicanálise e se intitula como um modelo a-teórico (BEZERRA JR, 2014).

O DSM III rejeitava hipóteses etiológicas concernentes ao conceito de neurose, o que fez com que a teoria psicanalítica viesse a reagir com estranhamento a toda tentativa de classificação presente nestes manuais. A partir desta terceira edição “[...] A psicanálise estaria excluída do debate científico porque sua psicopatologia não consegue se apresentar em termos universais e transmissíveis, impedindo comparações de sua eficácia e eficiência clínica” (DUNKER, 2014, p. 69).

A psicanálise não pôde manter-se num terreno onde a pragmática de cura exige que sejam considerados como patológicos apenas os que as medicações podem tratar. Neste contexto, a narrativa que favorece ao conceito clínico de diagnóstico de sofrimento foi suplantada pelo discurso anônimo regulado por escalas de qualidade de vida, padrões de estilo ou hábitos e inventários de atitudes (DUNKER, 2014).

O ponto de vista de um diagnóstico compreensivo que pudesse ultrapassar a superfície da fala e o que se poderia identificar como comportamento do paciente foi abolido do DSM III. Logo, todos os processos psicológicos, normais e anormais passaram a ser considerados como dependentes das funções cerebrais. Esta mudança radical na forma de se conceber o sofrimento psíquico determinou o avanço no desenvolvimento da psicofarmacologia, maior segregação dos pacientes com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos e o registro de incapacidade mental justificando o rompimento destes pacientes a todos os seguimentos sociais.

Concomitantemente a publicação do DSM III, lançou-se o programa acadêmico da psiquiatria biológica, movimento da psiquiatria americana que teve expressivos representantes como: Samuel Guze, famoso por seu artigo de 1989: *Psiquiatria biológica: Existe outra?*; e Nancy Andreasen que, em 2006, redime-se publicando o artigo: *O DSM e a morte da fenomenologia na América: um exemplo de consequências não intencionais*. Este movimento fomentou a então chamada “década do cérebro”, nos anos 1990, e ambicionou a produção concreta de fármacos e de tecnologias diagnósticas obtidas com abordagens neurobiológicas de fácil aceitação mercadológica. Intervenções de outra ordem eram consideradas desinteressantes, já que esbarravam no limite da comprovação empírica dos resultados clínicos (RAMOS, 2014).

A tal década do cérebro passou e o que foi encontrado como resposta funcional não respondeu a quase nada acerca dos transtornos psiquiátricos, mas mesmo sem as tais comprovações biológicas, a leitura dos achados é divulgada como atendendo a todas as questões sobre o adoecer psíquico; as respostas não são colocadas como possibilidades, mas sim, como verdades únicas. E, dessas hipóteses, nasceu uma série de substâncias com efeitos singulares, mas que são prescritas a todos os que apresentam o mesmo sintoma. E, quando o sujeito não responde a tal fármaco, é diagnosticada a gravidade do quadro, fazendo surgir à necessidade de outro fármaco.

Como consequência desse olhar médico-biológico sobre o sofrimento psíquico

[...] as “terapias pela palavra” caíram em desgraça. Palavras, em geral, não são patenteáveis com as tecnologias diagnósticas e os produtos farmacêuticos, salvo se gerarem técnicas psicoterapêuticas ou escalas de avaliação padronizáveis sob a forma de manuais protegidos por *copyright* [direitos autorais]. Daí, sem dúvida, o cultivo crescente na prática clínica das terapias cognitivo-comportamentais (TCC) [...] não podemos esquecer que os “manuais” mais rentáveis para a psiquiatria norte-americana, em termos de direitos editoriais, foram e continuam sendo as sucessivas edições do DSM, a partir da terceira (RAMOS, 2014, p.217, grifos do autor).

Para Bezerra Jr. (2014), o DSM III é responsável pela configuração do cenário psiquiátrico atual à medida que: favoreceu o crescimento do número de diagnósticos, possibilitou a “patologização da vida cotidiana” (p.15), patrocinou a expansão do paradigma biológico ou cognitivista em detrimento de concepções psicodinâmicas, possibilitou que a prática clínica passasse a ser orientada a partir das necessidades da indústria farmacêutica e popularizou o vocabulário psicopatológico entre profissionais da área médica e não médica.

Zorzanelli (2014) apresenta as edições do DSM como objetos culturais. Fundamenta esta concepção nas ideias de Allen Frances, ex-diretor da revisão do guia de referência mundial para doenças psiquiátricas, que denuncia a atuação da indústria farmacêutica sobre os elaboradores do DSM. Para Frances (2013), o DSM III é responsável pela ocorrência de uma inflação diagnóstica e, graças a essa inflação, assistimos a extensão da psiquiatria a campos que poderiam ser tratados sem a intervenção desta. Estaríamos vivendo a medicalização da normalidade.

Podemos assistir esta crescente inflação diagnóstica com os números apresentados no DSM IV que foi publicado em 1994 e sua edição revisada, DSM V-R, em 2000, que considerou 297 categorias de transtornos mentais. E o atual DSM, versão V, publicado em 2013 que conta com mais de 300 patologias diagnosticadas.

Os efeitos dessa patologização tornam-se maiores na área da infância e da adolescência. Graças as edições e reedições do DSM assistimos à proliferação de diagnósticos de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH, transtorno Obsessivo Compulsivo – TOC, Transtorno Bipolar e Espectro Autista. Esses diagnósticos têm sido dados não apenas por neurologistas, psiquiatras e pediatras, mas também por professores, psicólogos escolares, familiares, vizinhos ou pelos próprios pais após terem assistidos programas de TV e rádio ou acessado alguma página na internet que disponibiliza uma lista dos sintomas que precisam estar presentes em seus filhos para que o diagnóstico seja confirmado (ROCHA; CAVALCANTI, 2014).

Há um crescente conflito de interesse a cada edição do DSM. Este conflito deixa claro quais os objetivos deste instrumento de classificação. Frances (2014) destaca que 48% dos profissionais responsáveis pela

construção do DSM IV teriam relação com a indústria farmacêutica e este número passa para 69% na elaboração da atual classificação. Estamos diante da força do “complexo médico-industrial” da saúde mental como determinante na hegemonia dos DSM’s. Essa última seria uma tese de Sadler (2013), *mental health medical-industrial complex* - MHMIC, destacada por Zorzaneli (2014).

A expressão “complexo médico-industrial” tem sido usada no Brasil desde os anos de 1980 no intento de destacar “as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os demais setores da economia” (VIANA, 2002, p. 376) Apontamos a repercussão destas relações na clínica psiquiátrica para atentar para condição do sujeito que é classificado como tendo um transtorno mental a partir de uma ótica, sobretudo, mercadológica.

Elucidando esta perspectiva mercadológica, que paira sobre os diagnósticos psiquiátricos, Frances (2014) afirma que o diagnóstico de hiperatividade tem rendido à indústria farmacêutica imensos lucros; cita que nos EUA a incidência do diagnóstico de hiperatividade em crianças varia de 2% a 3% na população infantil, mas que essa incidência chega a 11% em função dos atuais critérios de avaliação. Considera como mais grave o fato de que 10.000 crianças diagnosticadas receberiam tratamento medicamentoso e teriam menos de três anos de idade. Essa incidência chega a 20% quando se trata de adolescentes, o que é agravado pela ocorrência de que metade deste número de adolescentes seria tratada com fármacos, o que transforma a hiperatividade juvenil em um transtorno epidêmico.

[...] Ao longo dos últimos 20 anos, passamos por três modismos imprevistos, parcialmente precipitados pelo DSM-IV: um aumento de 20 vezes no Transtorno do Espectro Autista, a tipificação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e a duplicação de Transtornos Bipolares. O modismo mais perigoso é um aumento de 40 vezes em Transtornos Bipolares infantis, estimulado não pelo DSM-IV, e sim pelo marketing enganoso e imprudente das indústrias farmacêuticas. Da população dos Estados Unidos, 20% estão tomando um medicamento psicotrópico; 7% estão dependentes de um; e overdoses com medicamentos legais agora causam mais internações em serviços de emergência do que overdoses com drogas ilegais (FRANCES, 2015, p.5).

Os pacientes tradicionais da psiquiatria, com quadros mais graves e de menor prevalência não tem sido alvo desta psiquiatria mercadológica. Esta se interessa cada vez mais pelos novos pacientes, que apresentam quadros de maior prevalência, e conseqüentemente, com maior valor de mercado (RAMOS, 2014). Podemos apresentar a ideia uma rede gerada pela formalização de uma patologia, a necessidade de um tratamento médico, investimento em pesquisas médico-farmacêuticas, circulação de produtos e por fim, números que revelam epidemias e que reforçam a ideia de tipificação de uma patologia, a fim de que a indústria possa produzir a especificidade de cada patologia.

Ramos (2014) denuncia que investimentos da indústria farmacêutica em estratégias de *marketing* são maiores do em pesquisa e desenvolvimento de produtos e aponta que em 2007, a maior parte dos investimentos, cerca de 90%, foram direcionados à promoção de produtos diretamente aos médicos. E que, desde 1997, nos EUA, foi autorizada a divulgação comercial direta ao consumidor dos medicamentos psiquiátricos. O que, no seu ponto de vista, faz do médico apenas um intermediário entre a indústria farmacêutica e o consumidor.

A brevidade com que se consegue fazer um diagnóstico a partir dos manuais de classificação patrocina um grande número de diagnósticos equivocados e prescrições inadequadas ou desnecessárias. Esse panorama é agravado pela duração de uma consulta indicada pelos planos de saúde, que é em média de 15 minutos, e pela situação da rede pública, onde a demanda de pacientes é grande e o profissional tem que estabelecer um tempo mínimo de contato com o paciente para atender a todos que compõe seu agendamento diário (RAMOS, 2014).

No Brasil, as burocracias médicas e judiciais são pautadas no CID 10 e no DSM V, o que impulsiona a expansão da popularidade desses instrumentos diagnósticos e exige que o profissional seja criterioso e persiga categorias diagnósticas bem distantes das “Não Especificadas”. O profissional deve ser preciso e basear-se em um referencial respeitado por todos, mesmo que, efetivamente, este referencial seja desconhecido pela maioria dos que o acatam os diagnósticos que partiram dele. Frances (2014) apresenta o DSM

como a bíblia da psiquiatria americana, uma bíblia que ultrapassa, e muito, as fronteiras americanas.

A partir da década de 1960, a instituição psiquiátrica e seus instrumentos, geridos por esses sistemas classificatórios, passaram a ser contestadas mundialmente. Os laudos psiquiátricos sustentaram a existência de centenas de grandes hospitais psiquiátricos, determinaram o isolamento de milhares de pessoas e, em algumas situações não muito raras neste modelo, foram responsáveis pela morte destes então diagnosticados²⁰. O Brasil ainda avança lentamente no processo de erradicação de atendimento psiquiátrico em grandes instituições. Apesar das críticas a esse modelo já terem quase perdido o fôlego, mudanças efetivas ainda não se deram. Contamos com novos sistemas classificatórios, mas ainda permanecemos com a mais iatrogênica medida terapêutica.

Atualmente, podemos contar como avanços, a implantação de serviços extra hospitalares como as novas modalidades de assistência. No entanto, todas essas novas modalidades de atendimento, que emergiram há mais de 50 anos e continuam sendo ampliadas, seguem o modelo médico e definem como possibilidade de acesso aos serviços o enquadramento em sistemas classificatórios. O paciente com sofrimento psíquico ainda necessita de um diagnóstico psiquiátrico, conforme um sistema médico de classificação, para poder ser aceito nas mais diversas redes de atendimento médico e não médico²¹.

Apresentamos o percurso trilhado por estes diagnósticos para destacar que os mesmos sintomas são concebidos como entidade clínica diversa ao longo da história dos manuais. Para Pessotti (2001), são os diversos nomes da loucura, ou seja, o paciente que tem uma nomeação diversa para o mesmo sofrimento psíquico a depender do olhar que paira sobre este sujeito, a depender do lugar que ele ocupa num circuito de saber.

Essas frequentes mudanças das categorias diagnósticas evidenciam a fragilidade dessa nomeação que reduz manifestações humanas a diagnóstico

²⁰ A exemplo do maior hospício do Brasil, o Colônia, situado na cidade mineira de Barbacena – MG, onde pelo menos 60 mil pessoas morreram. Ver ARBEX, D. **O holocausto Brasileiro**. São Paulo; Geração, 2013.

²¹ Instituições educacionais (escolarização formal ou informal, atividades esportivas, atividades artísticas) e assistenciais de várias categorias (psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia)

médico e concebe as categorias diagnósticas como entidades concretas em si mesmas e não como formas de representação convencional da realidade (BANZATO; PEREIRA, 2014).

Podemos afirmar que, de certo modo, as mudanças são muito bem vindas e aceitas por profissionais e pacientes. Há uma associação entre a verdade e a novidade; a classificação anterior passa a ser considerada ingênua, pois as recentes classificações são pautadas em uma ciência que as classificações anteriores não dominavam (novos mapeamentos genéticos, novos recursos diagnósticos de imagem, novas substâncias que compõem os fármacos) e baseadas no saber que está acima do saber do médico que está de frente com o paciente. O médico se curvará a cada novo discurso da ciência, tomará como seu esse saber e se fará senhor para o seu paciente que o concebe como empossado desse saber.

O médico, nesta posição de saber, apresenta os novos diagnósticos e as novas terapêuticas. Essa novidade garante a sua posição de domínio e desqualifica os que ainda permanecem utilizando às antigas classificações e os tratamentos tradicionais. Neste panorama, a divulgação dos resultados de pesquisas empíricas e a produção acadêmica favorecem outra relação de poder/saber: a de um mestre sobre os mestres.

Banzato; Pereira (2014) chamam atenção para a centralidade que diagnósticos psiquiátricos podem assumir na vida de pacientes e nos mais diversos grupos sociais. Esses diagnósticos ganham uma popularidade variável e passam a ser usados como forma de descrição de estados de ânimo; como autoconceito; como bordão de telenovelas ou de programas de humor; ou seja, ultrapassam qualquer enquadramento profissional.

Se o diagnóstico se tornou instrumento popular, ocorreu também a popularização da auto prescrição. Pessoas comuns chegam a identificar alguns hipnóticos, ansiolíticos ou antipsicóticos e saem em busca dessas “porções mágicas” que têm efeito rápido, mas curtíssima duração. Logo, estarão sempre precisando retornar ao médico ou “dar um jeito de conseguir as tais pílulas”. Neste cenário, problemas não médicos tornam-se médicos.

Rodinesco (2000) apresenta a importância desse saber médico no atual estado dos diversos transtornos *psi* no mundo contemporâneo e descreve o desenvolvimento desse saber como associado ao desenvolvimento da

psicofarmacologia. Põe a psicanálise como em concorrência com a psicofarmacologia, e aponta os próprios pacientes como submetidos ao que nomeia de biopoder²², pois estes pacientes passam a exigir que seus sintomas psíquicos tenham uma causalidade orgânica.

Para Rodinesco (2000), a psicofarmacologia mudou a forma de tratar a loucura, pois os remédios esvaziaram os manicômios e substituíram a camisa-de-força e os tratamentos de choque. Em 1952, foram postos em circulação por dois psiquiatras, Jean Delay e Pierre Deniker, os primeiros neurólépticos. Esse remédios devolveram a fala aos loucos e permitiram sua reintegração na cidade. E os ansiolíticos e os antidepressivos, trouxeram aos neuróticos uma diminuição do sofrimento aparente.

Podemos afirmar que o avanço das ciências médicas garantiu a cura para várias categorias de doentes, exceto para as pessoas que vivenciam o sofrimento como psíquico. Há mais de um século são manipuladas substâncias para tratar o psiquismo, mas, ainda, não contamos com a cura medicamentosa de nenhuma doença mental. No entanto, podemos afirmar que mesmo não havendo nenhuma substância química que tenha sido responsável pela cura das doenças mentais ou nervosas, os psicofármacos revolucionaram as representações do psiquismo (RODINESCO, 2000).

Receitados tanto por clínicos gerais quanto pelos especialistas em psicopatologia, os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar significação (RODINESCO, 2000 p.21).

Para Rodinesco (2000), o discurso médico que promete o fim do sofrimento psíquico através da ingestão de pílulas, nunca faz mais do que suspender sintomas ou transformar a personalidade do usuário. O sujeito, mesmo medicado, não se dá por satisfeito, não se vê como curado do sofrimento que vivia. Podemos considerar que, na melhor das hipóteses, o

²² Conceito de Biopoder como terminologia utilizada por Michel Foucault para indicar uma política que pretende governar o corpo e a mente em nome de uma biologia erigida em um sistema totalizante, e que assume o lugar de religião (RODINESCO, 2000). FOUCAULT em sua aula do dia 17 de março de 1976 apresenta entre outros temas: *Do poder da soberania ao poder sobre a vida e Fazer viver e deixar morrer* onde discute a amplamente este conceito.

sofrimento do paciente passa a ser vivido junto ao seu médico na busca por uma dosagem mais eficaz de seu medicamento.

Toda essa discussão a respeito do diagnóstico médico como uma marca identificatória pode ser arremetida clínica psicanalítica, e neste estudo, em especial, à clínica psicanalítica infantil. É comum, em algum momento deste atendimento, os pais chegarem apresentando laudos feitos por profissionais de outros complexos médicos, considerados por eles como “mais aparelhados”; estes laudos, em sua maioria, apresentam a identificação de Transtorno do Espectro Autista (TEA)²³, e são apresentados seguidos da fala: “doutora, agora nós descobrimos o que ele/ela tem”. Diante de tal achado, resta ao profissional continuar perseguindo o que não pode ser identificado pelos laudos, o que escapa ao discurso médico, não que o sujeito “tem”, mas o que lhe falta e aos pais.

3.2 O Autismo Fundado pelo Discurso Médico

O lugar da pessoa com autismo no discurso médico não diverge do lugar ocupado por qualquer outro sujeito com sofrimento físico ou psíquico. Este sujeito é, então, categorizado pela psiquiatria ou qualquer outra especialidade e passa a pertencer à ordem médica. As categorizações possibilitam o diagnóstico médico nomeando o paciente a partir da descrição de sintomas.

No discurso do mestre o objeto *a*, está no lugar do produto e interessa à medicina a realidade do objeto. A medicina perpetua a alienação do sujeito aos significantes de um outro, sendo a doença o seu objeto. A medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é o próprio doente no enunciado do sofrimento. A entrada do sujeito no discurso médico é semelhante à entrada da criança na língua materna (CLAUVEUL, 1983).

“[...] a ordem se impõe por ela mesma. Ela está sempre presente em nossa vida, desde o nosso nascimento em uma maternidade até nossa morte no hospital, desde os exames pré-natais até a verificação, na autópsia...” (CLAUVEUL, 1983 p. 40).

²³ De acordo com DSM -5; conforme com o CID 10 Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD)

Para compreender o poder dessa ordem médica, quando se trata de autismo, faz-se necessário: resgatar os conceitos que o fundaram enquanto doença; elencar as classificações que o acompanham enquanto categoria nosológica; apresentar o universo social em essas classificações se estabeleceram e, por fim, elucidar o que esta ordem médica prevê, enquanto discurso que produz o futuro do autismo como uma patologia.

Os textos que trazem a história do autismo apresentam sua associação à história da pedopsiquiatria. Consideramos necessário resgatar a história das psicoses infantis e do autismo para então compreendermos como o autismo, na atualidade, é concebido por uma pluralidade de concepções. Para este percurso histórico nos pautaremos nos textos de: Roudinesco; Plon (1998), Mazet; Lebovici, (Org.) (1991), Berquez (1991), Jerusalinsky (2012), Marfinati ; Abrão (2014) e Laurent (2014). Nestes trabalhos, a história do autismo é apresentada a partir da evolução histórica das psicoses infantis nas quais o autismo está inserido.

Roudinesco; Plon (1998) nos apresenta o termo autismo, como tendo sido, desde o princípio, pertencente ao vocabulário médico. A palavra autismo foi utilizada pela primeira vez por Bleuler²⁴, em 1907. O termo é derivado do grego autos (o si mesmo), para designar o ensimesmamento psicótico do sujeito em seu mundo interno e ausência de qualquer contato com o exterior, podendo chegar, até mesmo, ao mutismo. Traz-se o autismo como adjetivo, quando este termo é utilizado para indicar alguém afetado pelo autismo e ainda apresenta a variante autístico, para ser utilizado para tudo o que caracteriza o autismo.

Ainda em Roudinesco; Plon (1998), encontramos esta historicidade do autismo no berço das ciências médicas. Os autores detalham que foi numa carta de Yung à Freud, de maio de 1907, que foi registrado como Bleuler empregou o termo autismo. Este se recusava a utilizar a palavra auto-erotismo, utilizada por Ellis²⁵, e retomada por Freud, por considerar seu conteúdo por

²⁴ BLEULER, Eugen (1857-1939) Grande pioneiro da nova psiquiatria do século XX e um reformador do tratamento da loucura. Contemporâneo de Sigmund Freud, fundador do bleulerismo; uma escola de pensamento que marcou o conjunto do saber psiquiátrico até aproximadamente 1970, data a partir da qual se generalizou em todos os países do mundo um novo organicismo, nascido da farmacologia (RODINESCO; PLON 1998 p.78).

²⁵ Médico, contemporâneo de Freud. Escritor inglês e um dos fundadores da sexologia. Em 1890, começou a redação de sua grande obra: Estudos de psicologia sexual. Freud adotou a

demais sexual. Bleuler fez uma contração de auto com erotismo e adotou a palavra autismo. Em 1911, em *Dementia praecox* ou Grupo das esquizofrenias, Bleuler designou por esse termo um distúrbio típico da esquizofrenia e característico dos adultos.

A conceituação do autismo como entidade nosológica diferenciada dos quadros das demências infantis só ocorrerá a partir de 1940, mas os primórdios da psicanálise de crianças datam de 1920. Em janeiro de 1929, Melaine Klein²⁶ (1960) iniciou o tratamento de uma criança, na ocasião diagnosticada com esquizofrenia infantil, que, segundo os critérios diagnósticos empregados na atualidade, poderia ser identificada como autista (MARFINATI; ABRÃO, 2014).

Em *A importância da formação de símbolos para o desenvolvimento do ego* (1930/1996), Melaine Klein relatou o caso dessa criança de quatro anos de idade com o pseudônimo de Dick, cujas características eram similares àquelas que Kanner apresentará em 1943 como características do autismo (MARFINATI; ABRÃO, 2014).

Em 1943, o psiquiatra norte-americano Leo Kanner²⁷ (1894-1941), emigrado judeu e originário do antigo Império Austro-Húngaro, apresentou novamente o termo como descrição da doença e classificação do doente. Para Berquez (1991), Kanner é considerado o inventor da síndrome do Autismo Infantil Precoce (AIP).

Berquez (1991) cita os dois artigos de Kanner que o fizeram ser considerado como o inventor do autismo. O primeiro deles, em 1943, foi publicado em uma revista de neuropsiquiatria da criança, *Nervous Child*, e

noção de auto-erotismo de Ellis e lhe prestou homenagem nos três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *ibid.*, p.176-177.

²⁶ Melaine Klein foi o principal expoente do pensamento da segunda geração psicanalítica mundial. Deu origem a uma das grandes correntes do freudismo, o kleinismo. Transformou totalmente a doutrina freudiana clássica e criou não só a psicanálise de crianças, mas também uma nova técnica de tratamento e de análise didática. Sua obra é composta de cerca de 50 artigos e de um livro. *A psicanálise de crianças* foi traduzida em quinze línguas e reunida em quatro volumes.

²⁷ “Leo Kanner Nasceu em 1894 em Klekotow, na Áustria. Estudou medicina na Universidade de Berlim. Em 1948, tornou-se professor adjunto de pediatria, na John Hopkins University, de Baltimore. Em 1957, foi nomeado professor de psiquiatria infantil. É um dos membros-fundadores do *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, e o essencial de seus artigos consagrados ao Autismo Infantil Precoce (AIP) se encontra reunido num livro intitulado *Childhood Psychosis*” (BERQUEZ, 1991. p.20-30)

intitulado como *Austistic disturbances of affective contact*²⁸. E o segundo, um ano mais tarde, numa revista de pediatria, *Journal of Pediatrics*, e com o título de *Early Infantile Autism*.²⁹ Este último é a publicação que vai dar seu nome à síndrome.

Pesquisas de diversas linhas de investigação (medicina, educação, psicologia, psicanálise, terapia ocupacional, fonoaudiologia, etc.) mencionam estes estudos iniciais de Kanner, ou melhor, partem dele para apontar perspectivas teóricas ou metodologias de investigação ou terapêuticas. Dada à importância deste texto inicial de Kanner, Rocha (2012), apresentou uma tradução em língua portuguesa do texto inicial de Kanner feita por Monica Seincman³⁰, demonstrando a importância do resgate aos estudos para a compreensão das concepções atuais acerca do autismo.

Berquez (1991) propõe um levantamento dos principais registros de Kanner para compreendermos as concepções atuais acerca do autismo. As publicações de Kanner sobre o autismo iniciam em 1943 e se seguem até 1970.

Em sua primeira publicação, *Austistic disturbances of affective contact*, Kanner (1943) difunde a descrição da síndrome. O texto é iniciado com uma curta introdução. Kanner apresentou o quadro clínico de seus pacientes como uma “novidade fascinante”:

Desde 1938 nossa atenção foi atraída por um certo número de crianças cujo estado difere tão marcada e distintamente de tudo o que foi descrito anteriormente, que cada caso merece – e espero que acabe por receber – uma consideração detalhada de suas fascinantes particularidades [...] (KANNER, 1943, p.111).

Após a descrição do quadro clínico de onze crianças (oito meninos e três meninas), o autor descreveu a síndrome como rara e de caráter inédito:

²⁸ “KANNER, L. *Austistic disturbances of affective contact*, *Acta Paedo-Psychiatrica*, 1968, 35, 98-136, publication Originale in *Nervous Chuil*, 1943. 2, 3, p.217-230” (BERQUEZ, 1991, p.29).

²⁹ “KANNER, L. *Early Infantile Autism*. **Journal of Pediatric**, 1944, 25, p.211-217”

³⁰ Tendo como base a tradução francesa feita por Rosenberg, M. e publicada em *Neuropsychiatrie de l'enfanceet de l'adolescence*, 1990. V.38, n.1-2, p. 65-84. (Rocha, 2012)

O distúrbio fundamental mais surpreendente, “patognômico”, é a incapacidade destas crianças de estabelecer relações” de maneira normal com as pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas. [...] Não se trata, como nas crianças ou adultos esquizofrênicos, de uma ruptura de relações previamente estabelecidas; não se trata de um “retraimento” sucedendo uma participação. Existe, inicialmente *um fechamento autístico extremo* que, sempre que possível, faz com que negligencie, ignore ou recuse tudo o que vem do exterior [...] (KANNER, 1943, p.156, grifos do autor).

Nos comentários finais deste artigo, Kanner encarregou-se de resumir a sintomatologia, diferenciá-la da esquizofrenia infantil:

O autismo extremo, os traços obsessivos, a estereotipia e a ecolalia combinados estabelecem o quadro global em relação a certos fenômenos tipicamente esquizofrênicos [...]. As primeiras manifestações observáveis foram precedidas por dois anos, pelo menos, de desenvolvimento normal [...] (KANNER, 1943, p.169).

Por fim, propõe uma etiologia, citando aspectos psicoafetivos e aspectos de natureza biológica:

[...] Em todo o grupo, raros são os pais e mães realmente calorosos. Na maioria dos casos, os pais, avós e colaterais são pessoas muito preocupadas com coisas mais abstratas, sejam elas de natureza científica, literária ou artísticas, e limitadas no interesse autêntico que têm para as pessoas [...]. O fechamento autístico extremo destas crianças, desde o princípio de sua vida, torna difícil atribuir todo este quadro exclusivamente ao tipo de relações parentais precoces de nossos pacientes. [...] Devemos, portanto, supor que estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com as pessoas, biologicamente previsto [...]. Pois aqui parece que temos exemplos “puros” (*pure-culture*)³¹ de *distúrbios autísticos inatos do contato afetivo* (KANNER, 1943, p.170, grifos do autor).

Na tradução francesa há o registro de que esta observação acerca dos pais das crianças com autismo anuncia outros trabalhos posteriormente

³¹ Em nota da tradução francesa: “puros” em vez de *pure-culture*. A expressão original *pure-culture* refere-se a uma noção de “cultura pura” dos bacteriologistas para isolar um germe (ROCHA, 2012).

escritos por Kanner, em que ele denuncia os traços patológicos dos pais de crianças autistas (ROCHA, 2012).

A definição clínica do autismo como distúrbio relacional é aceita internacionalmente, os problemas relativos à patogenia e etiologia, é que, ainda, permanecem como objeto de inúmeras polêmicas. Estas polêmicas estão inscritas na própria definição de Kanner, pois este, no decorrer de seus estudos, variou enormemente as concepções etiopatogências da síndrome (BERQUEZ,1991).

Kanner apresentou inicialmente uma abordagem psicopatológica, passou a uma aproximação funcional e em seguida conclui com a afirmação de que o autismo tem uma etiologia biológica. Berquez (1991) apresenta estes três pontos de vistas de Kanner.

Inicialmente, considerando o ponto de vista psicológico, Berquez (1991) destaca que a síndrome singular de 1943, foi, em 1944, difundida por Kanner como uma síndrome psicopatológica com a terminologia de autismo infantil precoce. Em *Early Infantile Autism*, Kanner apresenta um segundo ponto de vista acerca do autismo infantil, considerando-o como possível de ser conduzido por estudos genéticos e psicodinâmicos. Termina esse segundo texto com a discussão sobre o papel dos pais na origem do autismo.

Em 1949, seis anos após o artigo inaugural de 1943, Kanner escreveu outro artigo³² e destacou mais uma vez o aspecto psicoafetivo do autismo. Neste texto, Kanner considerou que a leitura das atitudes e comportamento dos pais como podiam esclarecer a dinâmica da condição de manifestação do autismo infantil precoce (BERQUEZ,1991).

Considerando os aspectos psicoafetivos na etiologia do autismo, Jerusalinsky (2012) faz referência ao texto Kanner de 1951³³, o qual se refere descritivamente as características dos pais das crianças com autismo infantil precoce. No *Tratado de Psiquiatria infantil* de 1951, Kanner menciona o caráter “intelectual e obsessivo” com “ares formais”, e “pouco carinhosos” dos pais (KANNER, 1951, p.771 *apud* JERUSALINSKY, 2012 p.47, grifos do autor).

³² “KANNER, L. *Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism*, *Am. J. Orthopsychiat*, 1949, 19, 416-426” (BERQUEZ, 1991. p.30).

³³ KANNER, L. **Tratado de psiquiatria Infantil**. Santiago: Zig-Zag, 1951

Comentando os efeitos das publicações, que enfatizam o aspecto psicoafetivo de Kanner, Jerusalinsky (2012) destaca que a culpabilização das mães ficou, assim, estabelecida. A psiquiatria, por sua orientação positivista que favorece o estabelecimento de causa-efeito, passou a indicar condutas que as mães deveriam ter para que o autismo não acometesse seus filhos, ou condutas que as mães de crianças autistas deveriam ter para minimizar os sintomas autísticos.

Kanner; Eisenberg em 1955 no artigo: *Comentários sobre os estudos longitudinais de crianças autistas*³⁴, a referência psicopatológica é abandonada para ser utilizada uma definição estritamente clínica. “No nível etiopatogênico, Kanner reintroduz o lado biológico do autismo, ao lado da dimensão psicológica” (BERQUEZ, 1991, p.23).

Doze anos mais tarde, em 1968, Kanner publica um artigo, *Early infantile autismo revisited*, em que propõe uma revisão acerca do autismo. Neste texto apresenta uma posição muito clara contra os pontos de vista psicodinâmicos e psicopatológicos, destacando que não existe psicogênese interacional no autismo infantil (BERQUEZ, 1991).

Kanner apresenta suas ideias contra o ponto de vista psicodinâmico no livro *Em defesa das mães*, de 1974. Neste livro, Kanner reage contra todo o tipo de conselhos psicológicos que possam ser dados às mães de crianças autistas, mas ao longo de seu texto, faz o que indica não fazer: aconselha mães de crianças autistas. É também neste texto, que apresenta uma crítica à psicanálise com o intuito de desqualificá-la como campo de saber e não favorecer o lugar desta na compreensão do autismo (JERUSALINSKY, 2012).

Para apresentar o ponto de vista funcional, Berquez (1991) destaca o artigo: *Comentários sobre os estudos longitudinais de crianças autistas* de 1955, citado anteriormente. Neste texto, Kanner analisa a dinâmica relacional pais-filhos a partir de três pontos de vista: o primeiro considera o comportamento parental como uma reação às particularidades da criança que existem *a priori*, o segundo considera os pais, sobretudo a mãe, como a fonte básica da patogenicidade do autismo infantil e o terceiro expõe a criança autista como dotada de uma incapacidade inata de estabelecer relações, sendo

³⁴ “KANNER, L.; EISENBERG, L. *Notes on the follow-up studies of autistic children, Psychopathology of Childhood*, 1955 p.227-239” (BERQUEZ, 1991. p.29).

essa incapacidade agravada pela personalidade particular de seus pais. Esse último ponto de vista, seria concebido como um distúrbio funcional de origem psicopatológica.

Segundo Berquez (1991), num segundo artigo de Kanner, publicado com Eisenberg, *Early infantile autism* de 1956, a referência funcional aparece ainda mais nítida. Só que, neste texto, os distúrbios funcionais não são mais considerados como tendo origem psicopatológica, mas de origem bioquímica.

Neste texto de 1956, o autismo foi compreendido como “uma total desordem psicobiológica; o que é necessário é um estudo da compreensão da disfunção em cada etapa da interrogação, biológica, psíquica e social” (KANNER; EISENBERG, 1956 p.556-566 *apud* BERQUEZ 1991, p.24).

O ponto de vista biológico está presente de forma clara desde o texto de 1943. Mas, considerando o percurso histórico traçado por Berquez (1991), durante doze anos, Kanner não levou adiante a perspectiva biológica. A etiologia de ordem biológica só reapareceu nos trabalhos de 1955³⁵ e 1956³⁶. No texto de 1955, ele declarou a dificuldade de conceber uma origem orgânica para o autismo. E, na publicação de 1956, como dito, anteriormente, mencionava que o autismo seria desordem de caráter psicobiológico.

Na década de 70, Kanner retoma o ponto de vista biológico, no artigo, *Follow-up studies of eleven autistic children originally reported in 1943*, publicado em 1971 descrevendo a evolução de nove das 11 crianças apresentadas em seu artigo inaugural. Neste texto, considerou que as explorações bioquímicas, já realizadas naquele período, poderiam responder sobre a natureza fundamental da síndrome autística.

Ainda considerando o ponto de vista biológico, Kanner, em *Infantile autism and schizophrenias* de 1965, considerou as psicoses da criança e os antecedentes de reserva emocional como relacionados a uma origem biológica ou genética comum. E, neste texto, registra que os pais das crianças autistas lhes pareciam ser autistas como os filhos, e que, apenas, haviam escapado das disposições psicóticas (BERQUEZ, 1991).

Cavalcanti; Rocha (2007, p.55), quando apresentam as implicações das publicações de Kanner, referem que as concepções de Kanner produziram a

³⁵ Comentários sobre os Estudos Longitudinais de Crianças Autistas

³⁶ *Early infantile autism*.

pessoa com autismo como “um estranho sem mundo psíquico”. E destacam que os traços adotados pela psiquiatria infantil como sintomas indicadores do autismo levam a conclusão de que as crianças com autismo não são gente,

[...] pois não têm linguagem, não falam e quando falam são papagaios: suas falas são repetitivas e não têm sentido, não mantêm relações com as pessoas e nem com o próprio mundo, não mantêm contato afetivo, não reconhecem seus próprios pais [...] não entendem [...] (CAVALCANTI; ROCHA, 2007, p.55).

As narrativas que são construídas para descrever as incapacidades destas pessoas são marcadas pela “certidão de batismo”, dada por Kanner, que definiu o autismo como um distúrbio que impossibilita o contato afetivo, o desenvolvimento da linguagem e do pensamento. Sendo a afirmação conclusiva de Kanner, de que no autismo há uma incapacidade inata para estabelecer contato afetivo, determinante para que o autismo carregue marcas que funcionam como uma “*logomarca*” do autismo: “uma estranha incapacidade de ser um semelhante” (CAVALCANTI; ROCHA, 2007, p.57 grifos das autoras).

Da mesma forma que na clínica de adultos, na clínica infantil os sintomas têm sido tomados, invariavelmente, como sinais de desvios de uma norma estatisticamente estabelecida, totalmente desvinculados da dinâmica pessoal das crianças. Esses sintomas são agrupados e passam a compor uma entidade psicopatológica denominada transtorno que, cada vez mais, têm sido usados pelas pessoas como consistentes descrições de si mesmas. Profissionais que atendem a infância passam a desconsiderar a normalidade de muitos dos sintomas infantis. Com isso, perde-se a oportunidade de compreender o que a criança diz de si através desses sintomas, “além de privá-la de uma experiência real de amadurecimento, numa idade apropriada” (ROCHA; CAVALCANTI, 2014, p. 234).

Rocha; Cavalcanti (2014), a partir dos pressupostos de Winnicott (1982), apresentam, especificamente, o autismo infantil, como uma “enfermidade normal” considerando que existam situações em que crianças apresentam os

sintomas como sinais de alerta, um pedido de socorro que convoca o analista à compreensão da história da relação desta criança com o seu meio ambiente.

Rocha; Cavalcanti (2014) mencionam duas visões de normalidade para apresentar o autismo: a naturalista, que corresponde ao modelo em que foram e são construídos os DSM's a partir de sua terceira edição e a visão normativista, que compreende que viver é valorar. Ser normal é ser normativo, ou seja, ter a “capacidade de recriar normas de vida frente às exigências colocadas pelo ambiente” (p.235).

O que foi por Kanner descrito como sendo a síndrome autística compõe os atuais manuais de diagnóstico e caracterizam a pessoa com autismo como portadora de uma patologia incurável. E, quando são identificadas melhoras em alguma pessoa diagnosticada com autismo a partir de tratamento psicanalítico são colocadas dúvidas sobre o diagnóstico de autismo (CAVALCANTI; ROCHA, 2007).

Comentando essa observação anterior de Cavalcanti; Rocha (2007), podemos considerar que a dúvida acerca do diagnóstico de autismo, conduzia a outro diagnóstico: o diagnóstico de Síndrome de Asperger. Essa dúvida, baseada em critérios classificatórios, circulava em seminários, sessões de supervisão, grupos de estudos e aulas em diversas áreas da graduação e pós-graduações. Asperger ou Autismo? Esta questão também mobilizou muitos pais a peregrinarem por diversos profissionais e a recorrerem a diversas modalidades de investigação.

O diagnóstico de Síndrome de Asperger foi fruto do trabalho de um psiquiatra vienense contemporâneo de Kanner. Em 1944, Hans Asperger expôs quadros clínicos semelhantes ao autismo no que se refere à perturbação existente no contato afetivo. No entanto, a obra de Asperger não teve grande repercussão na época, visto que sua publicação ocorreu em língua alemã e ao término da Segunda Guerra Mundial (MARFINATI; ABRÃO, 2014).

A Síndrome de Asperger ou Psicopatia Autística era diagnosticada quando o paciente manifestava comprometimentos no desenvolvimento da linguagem por volta dos quatro/cinco anos de idade, diferentemente do descrito por Kanner, que o quadro já estaria instalado até os 36 meses. O paciente era diagnosticado com a síndrome de Asperger, quando não apresentava grande prejuízo na área da linguagem e cognição quanto o paciente de autismo

(MARFINATI; ABRÃO, 2014). O diagnóstico de Asperger era dado seguido de prognósticos menos desfavoráveis. Agora, de acordo com a nova classificação (DSM-5), todas as crianças são enquadradas dentro do Transtorno do Espectro Autista.

O DSM-5 apresenta uma fusão de transtorno autista, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento no transtorno do espectro autista. No prefácio desta edição³⁷ encontramos as justificativas dessa fusão.

Os sintomas desses transtornos representam um *continuum* único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de construir transtornos distintos. Essa mudança foi implementada para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de transtorno do espectro autista e para identificar alvos mais focados de tratamentos para os prejuízos específicos observados (KUPFER; REGIER, 2014, p.xlii, grifo dos autores).

No início da década de 40, por certo, nem Kanner, nem Asperger podiam prever as consequências da identificação de uma patologia da infância isolada dos demais transtornos mentais. O que foi identificado por ambos como transtorno raro, hoje é considerado como epidêmico e de interesse em todas as áreas de atendimento à infância. Melhor dizendo, estamos falando de uma desordem que ganhou até data específica para ser lembrada. O dia dois de abril tornou-se o Dia Mundial da Conscientização Sobre o Autismo ou Dia Mundial do Orgulho Autista.

A Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu este dia em conformidade com a *Aspies for Freedom*, instituição criada em 2004, nos Estados Unidos. A *Aspies for Freedom*, luta pelos direitos civis das pessoas com autismo, leva informações ao público em geral sobre a questão e oferece apoio às famílias. O Brasil também instituiu o dia dois de abril como a data em que acontecem mobilizações de vários setores em benefício da pessoa com

³⁷ Assinado por M.D David J. Kupfer e por M.D., M.P.H. Darrel A. Regier, respectivamente, Presidente e Copresidente da Força-tarefa desta edição.

autismo e seus familiares (Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública-MPASP)³⁸.

O autismo descoberto por Kanner e a patologia descrita por Asperger aguardaram um pouco para aparecer nos manuais de classificações e a cada atualização destes manuais de classificação essas desordens sofrem modificações significativas quanto à nomenclatura e a quanto aos critérios classificatórios.

Untoiglich (2013) comenta que, em 1952, no Manual de Diagnóstico e estatística de transtornos mentais (DSM I), o autismo não foi mencionado. Na publicação deste manual, Kanner já havia definido o autismo como patologia diversa da psicose, mas as crianças com características compatíveis às descritas por ele eram diagnosticadas como Reação Esquizofrênica de Tipo Infantil.

As primeiras edições da Classificação internacional de Doenças (CID) não fazem referência ao autismo. A 8ª edição o traz como uma forma de esquizofrenia, a nona agrupa-o como uma psicose infantil. A partir da década de 80, assiste-se a uma verdadeira revolução paradigmática no conceito, sendo o autismo retificado da categoria de psicose no DSM III (American Psychiatric Association) e no DSM III-R [...] (BOSA, 2002, p.28).

No DSM-IV, publicado em 1994, os pacientes podiam ser diagnosticados em quatro níveis de comorbidades diferentes: Autismo Clássico, Síndrome de Asperger, Transtornos Desintegrativos da Infância ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) sem outra especificação. No DSM-IV-TR (2003), houve alterações textuais, entre elas, a modificação do termo usado para classificar o autismo, sendo ele nomeado como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs).

Na CID 10, o autismo é identificado como um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) e no DSM-V (2014), atual publicação da *American Psychiatric Association*, o autismo é identificado como Transtorno do Espectro Autista (TEA).

³⁸Disponível In:<<http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/informcoes-uteis/>

O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (APA/ DSM –V.5, 2014, p.53).

Andrade (2014), em estudo que, também, questiona a patologização do autismo, traz a palavra distúrbio como tendo um significado muito semelhante ao da palavra transtorno.

[...] Etimologicamente, a palavra distúrbio vem acompanhada do prefixo *dis* e do radical *turbare*. O prefixo *dis* tem como significado alteração anormal, patológica. O radical *turbare* quer dizer alteração da ordem natural das coisas, no sentido de perturbação mental. Podemos concluir que o significado de distúrbio não se distancia do significado da palavra transtorno, mostrando-nos que tanto distúrbio quanto transtorno designam uma perturbação mental, mas que não se adequam ao sentido de doença. [...] (ANDRADE, 2014, p.104 grifos da autora).

Laurent (2014) comenta que desde a publicação do DSM-IV, a quantidade de casos associados a esse grupo progride em ritmo epidêmico e alerta que em vinte anos, a quantidade de itens agrupados sob a categoria de “autismo” multiplicou-se por dez. Para ele, esses números além de justificar o que chama de epidemia do autismo, justificam uma diversidade de teorias que tentam demarcar a quem pertence o autismo, quem melhor pode nomeá-lo e quem melhor pode tratá-lo. Estando, a partir desta perspectiva, configurada o que nomeia como a “batalha do autismo”.

Éric Laurent, psicanalista e psicólogo publicou na França, em 2012, *La bataille de l'autisme – De la clinique à la politique*, o livro tem como proposta oferecer um painel de seis décadas da psicanálise do autismo. Esta obra foi traduzida no Brasil, em 2014, por Claudia Berliner com o título: *A batalha do autismo – Da clínica à política*.

Laurent (2014) considera as modificações às quais nos referimos quanto à categorização do autismo nas classificações como “instabilidade” e uma das “lutas” enfrentadas pelo autismo. Menciona os conflitos ocorridos em função

dos trabalhos preparatórios do DSM-5 que indicavam suprimir a síndrome de Asperger dessa nova classificação e que, apesar de duras críticas, a publicação atual retirou esta categoria dos diagnósticos da infância.

A retirada da síndrome de Asperger no DSM-V provocou uma rejeição por parte dos diagnosticados como portadores e seus familiares. Na perspectiva do DSM-5, o autismo é, com efeito, transformado em Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). O TEA ampliou-se tanto que a quantidade de sujeitos supostamente diagnosticados multiplicou-se por dez em apenas vinte anos, até atingir a frequência de uma criança em cada cem. E, se incluirmos nos TEA, os considerados não especificados, esse número cresce ainda mais. “Em escala mundial, o número de autistas pode, assim, dobrar em função dos itens considerados pertinentes. Um especialista calculou que, nesse ritmo, uma criança em cada cinquenta logo será considerada autista” (LAURENT, 2014 p. 66).

As associações de sujeitos ditos Asperger, apresentaram insatisfação pela retirada do item Asperger dos transtornos não especificados para reintroduzi-lo no espectro dos autismos. Entre o que foi reivindicado por familiares e portadores da síndrome de Asperger, podemos descrever a insatisfação por considerarem a especificidade da síndrome e, por não aceitarem serem incluídos em uma desordem que não atenta para o potencial cognitivo dos portadores de Asperger (LAURENT, 2014).

Araújo; Lotufo Neto (2014), em publicação com orientação cognitivo-comportamental, consideram que o DSM-V tem como proposta “lançar um olhar longitudinal sobre o curso dos transtornos mentais” (p.70). Justificam esta afirmativa com a exclusão do capítulo: Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência e a reedição de parte deste extinto capítulo, como: Transtornos do Neurodesenvolvimento. A proposta da APA está relacionada à eficiência do clínico em diagnosticar os TEA não dando margem a qualquer perspectiva diversa sobre este paciente.

A mudança refletiu a visão científica de que aqueles transtornos são na verdade uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas: Déficit na comunicação e interação social; Padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014 p.72).

A publicação de Laurent (2014) apresenta este lugar de conflito que o autismo de Kanner e a síndrome de Asperger ocupam em termos epistemológicos e clínicos terapêuticos ao longo dos anos. E, descreve a crescente batalha, inaugurada por Kanner, entre explicações etiológicas de base orgânica ou psicogênica para o autismo.

Vieira; Silva (2014), em nota nesta obra de Laurent, situam o leitor acerca de qual “batalha” fala Laurent. Mencionam que o Brasil vive “batalha” semelhante à francesa quando se trata de autismo. Referem-se à “luta” contra o autismo ser concebida, apenas, sob a luz de classificações universais e tratada, unicamente, com técnicas comportamentais.

Vieira; Silva (2014) dão provas dessa afirmativa quando citam que no dia 04 de setembro de 2012, foi publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, a partir da Coordenadoria de Regiões de Saúde – um Edital de Convocação Pública, convocando para credenciamento de “Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”, para eventual celebração de contrato ou convênio.

Só seriam atendidos por estas intuições, quando então credenciadas, pacientes que portassem laudo médico com diagnóstico de TEA dado por especialista em neurologia ou psiquiatria. O referido edital, também, exigia que o responsável pela instituição garantisse que os serviços prestados pela mesma, tivessem orientação cognitivo-comportamental.

Mais constrangedora ainda era a exigência de que houvesse uma “declaração do responsável legal de que utilizará métodos cognitivos-comportamentais validados na literatura científica, tais como PECS (Picture Exchange Communication System) – Sistema de Comunicação por Figuras; ABA (Applied Behavior Analysis) – Análise do Comportamento Aplicada; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and [Related] Communication Handicapped Children) – Tratamento e Educação de Crianças Autistas [e Afins] com Desvantagem na Comunicação” (VIEIRA; SILVA, 2014 p. 13, grifos dos autores).

Em função deste edital, profissionais de psicologia, psicanalistas e mais uma variedade de instituições envolvidos na assistência a pessoa com autismo e suas famílias iniciaram uma luta contra essa tentativa de impor uma única forma de compreensão do autismo.

O Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) iniciou um trabalho epistêmico, clínico e político em torno do autismo, envolvendo diversas instituições de psicanálise por todo o Brasil (VIEIRA; SILVA, 2014).

Este trabalho do MPASP resultou numa petição pública que foi favorável ao cancelamento do edital. Este movimento continua atuante e integrando mais de cem instituições e mais algumas centenas de profissionais que atendem autistas no Brasil. Tem como proposta divulgar discussões estabelecidas na temática do autismo e atentar para qualquer ação que não favoreça a pessoa com autismo e sua família.

O MPASP e a Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) continuam a “batalha” favorecendo o debate acerca da assistência ao autismo à luz da psicanálise em Jornadas, artigos, revistas e livros (VIEIRA; SILVA, 2014).

Essa nossa luta é semelhante a que Laurent descreve no prefácio de seu livro. O interesse por esta publicação no Brasil seria o resultado de uma luta mundial para que a o autismo seja concebido e tratado não apenas com medicamentos e técnicas de controle de comportamento. Para Laurent, a “batalha” do autismo na França,

[...] se precipitou quando o autismo recebeu, na França, o rótulo de “Grande Causa Nacional”, em janeiro de 2012. Em vez de reunir os espíritos em torno de uma causa justa, uma campanha midiática virulenta desencadeou fortes enfrentamentos na esfera pública (LAURENT, 2014 p. 17 grifo do autor).

Mas, antes dessa recente campanha de 2012, Laurent (2014) cita que, já em 2005, na França, uma circular, de oito de março de 2005, relativa à política de atenção a pessoas afetadas pelo autismo e de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) demarcava esta “batalha”. Esta circular afirmava que as causas do autismo decorreriam da intervenção de múltiplos fatores genéticos, descartava a possibilidade de fatores etiológicos de caráter psicogênico e indicava como prioridade terapêutica educar as pessoas com autismo ou TID.

Laurent (2014 p.17) associa os termos “batalha e/ou luta” às dificuldades encontradas pelos pais de crianças ou adolescentes autistas na luta por atendimento que possam diminuir, efetivamente, o sofrimento destes e de seus

filhos. Bem como, destaca que o autismo, desde a identificação e o diagnóstico, é motivo de grandes batalhas. Para ele, a questão das causas envolve discursões descritas como apaixonadas. Sendo a busca pela identificação de fatores que possam responder o que determina o autismo, se fatores inatos ou fatores ambientais, o que pode ser identificada como a maior batalha.

Para Laurent (2014), a batalha do autismo, também, remete ao modo como os partidários de uma linha científica querem utilizar os resultados obtidos pelas ciências médicas para responder acerca da etiologia do autismo e *para* “invalidar qualquer abordagem relacional inspirada na psicanálise” (p.19) E, ainda, denuncia que a assistência apoiada apenas no condicionamento do comportamento pode ter consequências desastrosas para os sujeitos autistas.

Propõe que tanto para as pessoas autistas quanto para os pais destas, é necessário manter uma pluralidade de abordagens, bem como diversas formas de se compreender e apresentar o autismo.

A pedra angular dessa batalha consiste em permitir que cada criança elabore, com seus pais, um caminho próprio, e prossiga nele na idade adulta. [...] trata-se, pois, de uma batalha pelo respeito à diversidade (LAURENT, 2014 p. 19).

Destacadamente, Laurent (2014, p.21) defende “a conveniência da abordagem psicanalítica do autismo batalhando contra os que a recusam”. Justifica a psicanálise como campo de saber capaz de abarcar o autismo pela exigência de um olhar que atenda particularidades dos sujeitos. E, apresenta a abordagem do autismo à luz dos ensinamentos de Lacan.

A psicanálise não se estabelece no modelo causa-efeito e não tem como propósito indicar a causa físico-química ou de apontar um culpado. Para Laurent, a psicanálise tem mais a intenção de passar do:

É por causa de... para um Que cada um se faça causa da fala do Outro, do que pode se construir como borda, das possibilidades de deslocamento dos limites do que foi encapsulado como modo de defesa contra a ameaça encarnada pelo Outro (LAURENT, 2014 p. 132).

Mas, este modelo causa-efeito, no autismo, clamou por se estabelecer e conseguiu seu lugar de acordo com a psiquiatria moderna. Laurent (2014) comenta que a própria psiquiatria, que até então praticava o estudo da relação que os sujeitos estabelecem entre si, a partir dos anos 70 passou a ser reincorporada pela medicina.

Neste movimento a psiquiatria perdeu sua condição singular, para se tornar uma disciplina estritamente biológica centrada no corpo reduzido ao organismo.

E o autismo, caracterizado pelo déficit extremo de relação, tinha a vantagem de ser diferenciado dos transtornos da fala e da linguagem, ao passo que a esquizofrenia e a paranoia se mantinham como um transtorno ou desordens do laço social. O autismo podia, portanto, ser considerado uma afecção cerebral pura, livre das exigências da linguagem na relação com o Outro. Tratava-se, pois, de promover a categoria no maior número de casos possível, em detrimento da categoria de psicose, alegando erros de diagnósticos (LAURENT, 2014 p. 63).

Para Laurent (2014), o século XX foi o da descoberta da extensão da neurose e do conflito psíquico, O fim do século passado foi marcado pela revelação da extensão e da frequência da psicose e da depressão, dando-lhes sua condição ordinária. E, aponta o século XXI como o da evidência de uma condição ordinária do autismo.

Laurent (2014) acrescenta que o diagnóstico de autismo veio atender a solicitação dos pais que precisavam de uma definição sobre a condição de seus filhos, a fim de que estes pudessem frequentar instituições de ensino especializadas. O diagnóstico de autismo esteve associado ao diagnóstico de esquizofrenia até 1979; essa associação, por exemplo, na Grã-Bretanha, enquadrava os pacientes diagnosticados como autistas na categoria de ineducáveis. A pessoa com diagnóstico de autismo passou a ser vista não como doente, mas como deficiente, ou seja, educável.

O diagnóstico de autismo passou a ser preferível ao diagnóstico de psicose infantil. E, como já referimos, essa mudança na nomenclatura favoreceu uma epidemia de autismo. Laurent (2014) mencionou esta alarmante progressão no registro de casos de autismo e justificou sua afirmativa citando a

Califórnia, onde quantidade de crianças que receberam cuidados assistenciais especiais em função do diagnóstico de autismo triplicou de 1987 a 1998 e dobrou nos quatro anos seguintes.

A afirmação de uma epidemia de autismo pode ser constatada com os números do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta nos Estados Unidos que, em março de 2012, apresentou a frequência do autismo estimada de uma criança para cada 88, ou seja, um menino para cada 54, dada a dissimetria de sensibilidade entre os sexos. Isso indicando um aumento de 23% desde 2006 e de 78% desde 2000-2002, período que esta instituição iniciou essas avaliações estatísticas (LAURENT, 2014).

A epidemia do autismo é considerada como determinante para os avanços nas pesquisas neuroquímicas e genéticas e para justificar o grande investimento da indústria de medicamentos. Bem como, justificar o amplo desenvolvimento de classificações e subclassificações (LAURENT, 2014).

Esse movimento de crescimento é também identificado em outras desordens da infância. Em dez anos, o número de crianças diagnosticadas com algum transtorno psicopatológico aumentou 35 vezes. Mas, seria no campo dos espectros do autismo que esse aumento é considerado mais expressivo. Bem como, por conta deste aumento, muito se tem investido em remédios que possam abater os sintomas, mas quase nenhuma resposta terapêutica tem sido, efetivamente, registrada (LAURENT, 2014).

Essa epidemia, também justifica o número de pesquisas que estão sendo desenvolvidas para atender a hipótese etiológica de uma desordem de caráter orgânico. Marcelli; Cohen (2010) apresentam os resultados de estudos cromossômicos, estudos anatômicos, estudos eletroencefalográficos, estudos bioquímicos, investigação sensorial e estudos envolvendo hipóteses bioquímicas ou enzimáticas, mas, nenhuma destas pesquisas apresentou resultados que pudessem ao menos reduzir o crescente número de diagnósticos de autismo ou indicar alguma abordagem terapêutica adequada.

Podemos trazer uma pesquisa da Escola de Cambridge que aponta o autismo como relacionado a um excesso de testosterona, o que justificaria a prevalência em meninos. O excesso de testosterona dificultaria a boa transmissão das mensagens no cérebro via os neurotransmissores. No entanto, um estudo inglês desconsidera essa investigação, com alegações

apoiadas na perspectiva de que as mulheres teriam maior capacidade de sociabilidade, sendo esta característica aprendida socialmente (LAURENT, 2014).

Laurent (2014), também, cita que partir de 1998, pesquisadores formularam a hipótese de uma taxa de oxitocina anormalmente baixa nos autistas do sexo masculino e testes concluíram que o uso da oxitocina favoreceria a interação social e a compreensão dessa interação. E comenta,

[...] é evidente que todas essas tentativas de oferecer um tratamento chocam-se com um grande problema: o próprio modelo que consiste em prescrever um tratamento, constatar seus efeitos e, depois, dizer que a doença é um déficit da molécula incluída no medicamento é um impasse (LAURENT, 2014, p.69).

Estas pesquisas são confrontadas com a multiplicidade de condutas apresentadas pelas pessoas autistas; o impasse se dá em conseguir uma explicação ou uma dose terapêutica que possa intervir do mutismo extremo a excentricidade dos autistas *savants* (prodígio). Esta multiplicidade de quadros de autismo nos aproxima de Rocha (2012), ao trazer o autismo como *autismos*.

Desta forma, podemos trazer, mais uma vez, a “batalha do autismo”. De acordo com Laurent (2014), as atuais investigações garantiriam uma multiplicidade de mutações genéticas, que contribuiriam para uma perspectiva de singularidade dos quadros de autismo. Favorecendo a compreensão da diversidade dos quadros de autismo e justificando a multiplicidade de saberes em que o autismo pode ser considerado.

Laurent (2014) destaca a abordagem clínica de Rosine e Robert Lefort, considerando-os pioneiros na aplicação da psicanálise aos casos de autismo e de psicose grave na criança depois da Segunda Guerra Mundial.

Rosine Lefort desenvolveu uma abordagem terapêutica inovadora com crianças acolhidas num orfanato público que atendia a todo tipo de crianças órfãs, traumatizadas, abandonadas à própria sorte e a patologias mal diferenciadas, vítimas da guerra, etc. E, após trinta anos de realizados esses tratamentos, Rosine publicou os registros de sua prática clínica. Desenvolveu,

assim, uma abordagem clínica para atendimento à psicose e ao autismo (LAURENT, 2014).

Laurent (2014) destaca que Rosine e Robert Lefort desenvolveram uma abordagem terapêutica para o autismo a partir de discussões, entre eles, desses casos atendidos por Rosine e “para exporem seu verdadeiro *work in progress*, guiaram-se pela consideração cada vez mais estrita da categoria do real no ensino de Lacan, e das consequências que ela implica na prática” (p. 37, grifos do autor).

Laurent (2014) descreve sua compreensão do autismo a partir da perspectiva Lacaniana. Para ele,

Esforçar-se para entrar em relação com um sujeito autista, confrontar-se com esse impossível, com esse real, a partir de uma perspectiva psicanalítica, supõe apelar à invenção de uma solução particular sob medida. Com efeito, a invenção é o único “remédio” do sujeito autista e deve incluir, a cada vez, o *resto*, ou seja, o que permanece no limite de sua relação com o Outro: seus objetos autistas, suas estereotípias, seus duplos (LAURENT, 2014 p.78 grifos do autor).

Ampliaremos os resultados desta investigação de Laurent, na subseção seguinte, como nosso principal aporte teórico para a compreensão do autismo; mas não podemos deixar de mencionar outras contribuições da psicanálise para este sofrimento psíquico da infância. Podemos aqui citar os fundamentos teóricos-clínicos de: Mahler (1983); Bettelheim (1987); Winnicott (1983, 1997, 2002,); Tustin (1984,1990); Laznik-Penot (1991, 2004); Jerusalinsky (2011, 2012); Rocha (2012) e outros.

Para Kupfer (1999), em psicanálise não há a necessidade de um consenso sobre o autismo, todas as referências teóricas foram e são construídas a partir do olhar de cada um destes teóricos na relação com seu paciente no enfrentamento do autismo. Ou seja, as concepções acerca do autismo desenvolvem-se dinamicamente, a própria nomenclatura do autismo vem sendo modificada. Esta diversidade na nomenclatura e nos construtos teóricos dentro da própria psicanálise é, por nós, compreendida como um processo de expansão do interesse na investigação do adoecer psíquico da infância e no

desenvolvimento da compreensão acerca do autismo dentro da própria psicanálise.

Queremos destacar o trabalho de Costa (2003) que adota a expressão “sofrimento psíquico grave” para apresentar o autismo.

[...] para designar não só tudo aquilo que está sob o domínio da definição de psicose, mas para apontar alguns desafios filosóficos: a) buscar superar a classificação nosográfica, empiricista, categorial e sintomatológica das classificações psiquiátricas, que, por si só, se pretendem ateóricas (o que é um equívoco); b) apontar mais para fenômenos existenciais, fenomenológicos, de cunho interno, relacional e dinâmico, que falam da angústia humana, das contradições da estruturação psíquica, do sofrimento (psíquico, afetivo, emocional, relacional), para além do sintoma e c) tentar resgatar, portanto, a dimensão “normal”, “natural”, “inerente” de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos. Neste sentido, o qualificativo “grave” se refere tão somente à intensidade do sofrimento e não a uma classificação específica, buscando resgatar a dimensão contígua de todo sofrimento humano, de um extremo (“suportável”) a outro (“desorganizador”) (COSTA, 2003, p.13)..

Januário; Tarufi (2009) também apresentam o autismo dentro desta perspectiva de sofrimento psíquico objetivando impedir que o determinismo que vem das classificações das estruturas de base (neurose, psicose e perversão) e das classificações psiquiátricas emoldure precocemente crianças, já que as manifestações do autismo apresentam-se na primeira infância.

Para Costa (2006) a perceptiva de sofrimento psíquico está diretamente relacionada à angústia vivida pelo sujeito pela sua forma de relacionar-se consigo mesmo e com o mundo “[...] em sua dimensão de real inapreensível e das possibilidades e/ou impossibilidades do sujeito fazer frente ao insuportável, sem um anteparo, sem máscaras que dissimulem a disjunção [...] entre o real e a verdade, entre o desejo e o gozo [...]”

Costa (2006) define o sofrimento psíquico grave aproximando-o do conceito clássico de psicose, ou seja, como um afeto insuportável, que desorganiza o sujeito em sua forma básica de ser e de funcionar consigo mesmo e com todos os demais possíveis seguimentos relacionais.

Laurent (2014) atenta para a necessidade dos profissionais de orientação psicanalítica recolher e difundir as experiências da prática com esses sujeitos e expor os resultados obtidos em publicações. Para Laurent, esse é o caminho para que o saber psicanalítico possa também chegar aos que ocupam postos de decisão no que se refere às políticas de assistência à pessoa com autismo.

Laurent (2014) cita como ações importantes nesta batalha o:

Fórum de Barcelona sobre o autismo, organizado em caráter de urgência em junho de 2010. O governo da Catalunha estava prestes a promulgar uma lei sobre o autismo. O lobby cognitivo-comportamental queria que seus métodos figurassem ali como a referência fundamental do tratamento do sujeito autista. Foi quando se organizou esse Fórum para mostrar que existia uma posição, determinada e fundamentada, por parte dos profissionais da “saúde mental” orientados pela psicanálise (LAURENT, 2014, p. 130).

Laurent (2014), também, faz referência à ação da *Escola da Causa Freudiana* que realizou Jornadas em outubro de 2012, dedicadas à abordagem psicanalítica do autismo. E, reafirma a necessidade de atuação da psicanálise, no intuito de mudar a redação de textos e leis cujos efeitos possam ser “devastadores” para as pessoas com autismo e seus familiares.

Estamos num momento em que o autismo tem sido tema de inúmeras investigações de cunho médico, resultando o fato de que num curto espaço de tempo são apresentadas explicações bioquímicas e genéticas para a manifestação do autismo e, graças a estes achados, prescritas ações terapêuticas clínicas e farmacológicas.

Este tipo de investigação científica, rapidamente, também, é divulgado para além de sessões científicas. Esses achados compõem informativos de associação de pais e de familiares da pessoa com autismo e, são manchetes de programas de rádio e televisão, publicados em jornais e revistas de grande circulação e de uma forma incontrolável estão sendo divulgados eletronicamente.

Neste mundo globalizado, onde o capitalismo e as falsas ciências imperam, vivemos à mercê do mercado, das pseudoverdades científicas e do

poder da mídia. A mídia divulga a cada dia uma nova descoberta da medicina para justificar os sintomas autísticos e segue apresentando uma terapêutica universal para pôr fim às manifestações autísticas (VIERA E SILVA, 2014).

Podemos reafirmar que estamos diante da “batalha do autismo”, referida por Laurent (2014), quando nos deparamos com esta circulação muito grande de materiais que divulgam pesquisas médicas relacionadas à etiologia, tratamento e até mesmo a cura do autismo.

Podemos ilustrar esta “batalha” do saber médico sobre o saber da psicanálise com a nota de esclarecimento da equipe do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL)³⁹ sobre a publicação do dia doze de novembro de 2014, da matéria na Folha de São Paulo, impressa e digital, intitulada: *Em laboratório, cientistas curam neurônio autista*. Esta publicação descreve o uso de uma medicação antiga, a hiperforina⁴⁰, que teria sido capaz de corrigir más formações de neurônios causadas por uma mutação no gene TRPC6 correlacionada ao autismo, in vitro.

A equipe do CPPL, em sua nota de esclarecimento a comunidade acadêmica e a todos os interessados na causa do autismo, afirma a importância de se investir em pesquisas e tratamentos que aliviem os sintomas e ajudem as pessoas diagnosticadas com autismo, mas alerta para o cuidado e a responsabilidade na divulgação e na argumentação teórico-científica destas informações. Especificamente, atentam que o título da matéria vende a impressão de que existem neurônios autistas e que foi possível curá-los em laboratório, dando a impressão que a cura do autismo estaria próxima.

Esta mesma nota de esclarecimento também, cita outra manchete do mesmo jornal, esta, então, de cinco de dezembro de 2014 e intitulada: *Causas do autismo seriam genéticas e ambientais na mesma proporção*, atenta para outras possibilidades de compreensão do autismo além das explicações médicas.

³⁹Fundado em Recife em 1980 por um grupo de profissionais com um projeto comum de trabalhar com crianças autistas. Atualmente, agrega profissionais de todo o Brasil e de várias partes do mundo para encontros na temática do autismo. Sua equipe tem publicações relevantes para o estudo do autismo e funciona como um espaço para atendimento clínico, ensino e consultoria em gestão. Disponível em: <<http://cppl.com.br>> Acesso em: 2 nov. 2014

⁴⁰Hipérico ou *Hypericum perforatum L* ou Erva-de-São-João. É uma planta que nas últimas décadas tem sido utilizada em preparações farmacêuticas para o tratamento da depressão. In: <<http://www.ufrs.br/boletimcimrs/hiperico>> Acesso em: 20 dez.2014.

A proposta dessa comunicação do CPPL é alertar sobre os efeitos que divulgações de estudos como os citados nesta nota podem gerar em famílias com crianças diagnosticadas autistas. Para Rocha (2014), a divulgação da ideia de que a cura do neurônio autista trará a cura do autismo poderá ter graves consequências:

Esse entendimento equivocado suscitado pela manchete pode trazer efeitos perigosos para as famílias envolvidas, por lhes dar a falsa expectativa de cura breve, desmentida no corpo do texto, gerando frustrações e reforçando o fatalismo que acompanha o autismo. Pode, também, ter um efeito nefasto sobre a crença nas pesquisas em desenvolvimento sobre o autismo levando-as ao descrédito pelos leitores comuns, sobretudo a essa importante pesquisa da matéria por não realizar a cura “prometida” no anúncio (ROCHA, 2014)⁴¹.

É pertinente consideramos o crescimento das bioidentidades, fundadas na biologia, e o enfraquecimento das antigas referências identitárias oferecidas por narrativas, como psicanalítica, por exemplo. Pautado na ciência, o saber do médico passa a ser considerado como inquestionável, [...] “no desamparo produzido pelo vácuo deixado pelas antigas certezas – religiosas, políticas, entre outras -, a verdade científica tomou o lugar da única que não pode ser contestada” [...] (ROCHA; CAVALCANTI, 2014, p. 234).

Neste cenário, possuir uma identidade, mesmo que seja diagnóstica, proporciona a esses indivíduos a experiência de pertencer a grupos que se organizam em torno dessas marcas identitárias. Os defensores do DSM apontam que graças a essas identidades coletivas patológicas foi, e é possível, marcharem juntos em busca de direitos sociais, assistência em diversos setores da saúde e espaços em diversos seguimentos sociais.

Rocha; Cavalcanti (2014) avultam que, tanto na clínica como na vida cotidiana, algumas pessoas expressam que receber o diagnóstico psiquiátrico garantiu um conforto, a resposta ao que buscavam e que, graças ao diagnóstico puderam ressignificar as experiências e própria vida. Apresentam

⁴¹Rocha, P.S. **Nota de esclarecimento** – Disponível em: < <http://cppl.com.br.>>. Acesso em: 11 dez.2014

essa condição como singulares, como todas as outras que envolvem sofrimento psíquico.

Consideramos que este referido benefício desaparece quando se pensa que engrossando as fileiras de diagnosticados, garante-se, a já referida, extrema lucratividade da indústria farmacêutica e de diversos setores na área da saúde. Neste estudo, questionamos a permanência desses pacientes no lugar que foram colocados pelo discurso médico e contestamos o modelo de assistência que os mantenha nesse lugar. Para finalizarmos essa subseção, consideramos que o paciente seja o que menos se beneficia deste modelo médico-classificatório, mas de seu lugar não pode enxergar isto.

3.3 O Autismo Posto em Perspectiva pelo Discurso Analítico

Frequentemente, a família tem a partir do discurso médico o primeiro encontro com o autismo. Mesmo tendo sido o professor, ou outro profissional que tenha inicialmente questionado ou apontado “condutas diferentes” na criança, a família vai buscar o diagnóstico médico. O diagnóstico médico favorece a compreensão de todos diagnosticados com TEA como portadores de determinados déficits, criando generalizações e respostas reducionistas.

Recentemente, ouvimos o relato de que após a realização do diagnóstico de TEA, para evitar mal-entendidos, a família é orientada a passar por um treinamento de pais, “um curso para pais de portadores de TEA”, curso que tem como objetivo ensinar aos pais a controlarem os sintomas autísticos das crianças.

A psicanálise não se propõe a educar crianças diagnosticadas com autismo e nem, tampouco, capacitar pais a eliminarem as manifestações autísticas. O analista não nega qualquer manifestação descrita no DSM, mas se utiliza de todas elas para encontrar o que está sendo comunicado pela criança e pela família através da criança.

[...] entrar em relação com um sujeito autista, confrontar-se com esse impossível, com esse real, a partir de uma perspectiva psicanalítica, supõe apelar à invenção de uma solução particular sob medida. Com efeito, a invenção é o único

“remédio” do sujeito autista e deve incluir [...] o que permanece no limite de sua relação com o Outro: seus objetos autistas, suas estereotípias, seus duplos (LAURENT 2014, p.72).

Laurent (2012) traz o testemunho do Presidente Schreber (FREUD, 1911), como o caso mais importante para as primeiras gerações da psiquiatria, e apresenta que, atualmente, temos uma diversidade de biografias de sujeitos considerados autistas como uma preciosa fonte de investigação sobre o autismo. Nestas auto declarações, que foram construídas por eles mesmos ou com a ajuda de pais ou jornalistas, temos uma diversidade de um espectro de testemunhos de autistas em nome próprio, que nos apresentam como foram suportes de medicação ou, como precisaram desenvolver arranjos, (como por exemplo, inventarem máquinas) [...] “para tratar o insuportável do que viviam. Há certo uso da instância da letra em sua relação com o campo da palavra que é particular a esses sujeitos, distinto do campo da psicose” (p.21).

Laurent (2012) considera superada a sua compreensão dos anos 90, de ‘autismo com encapsulação’, como sendo uma borda estranha que parecia estabelecer o limite do universo de alguns sujeitos autistas e estar na superfície do corpo e quase duplicando-o. Ele deveria ser considerado como um modo de retorno do gozo, mas não no corpo (como ocorre na esquizofrênia), ou no Outro (como na psicose paranoica), “mas sim especificamente em uma borda do corpo, especificamente essa borda” (p.27). Agora, após sua leitura de Miller⁴² do último ensino de Lacan, considera esses fenômenos de borda como acontecimentos de corpo peculiar em casos de autismo (LAURENT, 2014).

Laurent (2014) apresenta como detectável o fato dos sujeitos autistas estarem imersos no real e que o efeito desta imersão no real seria o acesso a uma dimensão terrível em que nada falta, já que nada pode faltar. Não havendo furo, nada pode ser extraído para ser posto neste furo, que, de fato, não existe.

Essa falta do furo é nomeada por Laurent (2014) como forclusão⁴³ do furo, e justifica as crises de angústia vividas por crianças diagnosticadas como

⁴² Um de gozo no ensino de Lacan

⁴³ Termo introduzido por Lacan, na última parte do *O Seminário, livro 3, As psicoses*, de 1956. Assinala um mecanismo específico da psicose, através do qual “se produz a rejeição de um

autistas quando, por exemplo, estão no banheiro e não conseguem se separar de suas fezes. “Essa forclusão torna o mundo invivível e leva o sujeito a operar um furo por forçagem, via uma automutilação, para encontrar uma saída para o excesso de gozo que invade o corpo”. [...] (p.80, grifo do autor) O mundo cheio do sujeito não permite incluir a falta, é preciso produzir a falta. Há uma “intolerância ao furo” nestes sujeitos. (p.81)

Essa intolerância ao furo coincide com a ausência de borda, sendo a borda uma zona fronteira, possível de ultrapassagem, lugar que garante a ocorrência de trocas efetivas. O sujeito diagnosticado com autismo defende-se das manifestações do Outro com essa borda. Na clínica, é preciso de certo tempo para que essa borda se desloque, constituindo então um espaço, que não é nem do sujeito nem do Outro, onde essas trocas de um tipo novo sejam possíveis onde, durante o processo, o analista torna-se um sujeito menos ameaçador. Traz uma diferenciação entre os fenômenos de borda e os acontecimentos de corpo e como resultado dessa diferenciação, há uma clínica original, que pode ser intitulada de clínica do circuito, inspirada nas expressões de Lacan: “circuito de demanda” e “circuito de letra” para apresentar o laço entre o desejo e a letra. (LAURENT, 2014)

Os sujeitos sem limites e sem borda devem ser favorecidos na construção de uma cadeia de significantes, ações, objetos e jeitos de fazer. Ou melhor, a borda pulsional será construída a partir desses materiais e garantirá a interação entre esse sujeito e o analista. A possibilidade da interação do corpo do analista com o corpo da criança através de objetos foi apresentada por Rosine Lefort⁴⁴. Fragmentos de sua clínica nos dão claras demonstrações desta via de interação de crianças com autismo. (LAURENT, 2014)

Rosine Lefort introduziu, na clínica com crianças, objetos que podiam unir-se ao corpo como mamadeiras, bacias, sacos que possam colocar objetos e retirá-los. Se os objetos forem extraídos ou separados do corpo, dar-se-á um acontecimento do corpo, [...] “a ser considerado não como efeito de significação, mas como extração de gozo – o sujeito consegue ceder um pouco de gozo que afeta seu corpo e, isso sem que essa cessão de gozo lhe seja

significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Quando essa rejeição se produz, o significado é forcluído” [...] (ROUDINESCO; PLON, p.245)

⁴⁴ O trabalho desta psicanalista também é referido na seção anterior

insuportável demais”. [...] (LAURENT, 2014, p. 84). Há uma relação de corpo a corpo entre a criança e o analista, que favorece a intrusão e a extração de objetos.

O objeto na criança autista pode atender os limites do corpo, protegendo-o da angústia de intrusão. Compatível com a concepção de Lacan de “*em-fôrma*, tal como as fôrmas de sapatos que constituem em-fôrmas para conservar, de dentro, o vazio dos calçados e impedi-los de se deformar, de desabar” (LAURENT, 2014, p.88, grifos do autor). Ou o objeto pode ser vivido como extraído do corpo e, graças a isso, pode ser utilizado como objeto de troca social.

[...] chamamos de “objeto” esse acomodamento dos restos, dos dejetos, deixados pelo encontro com o Outro da língua que vem perturbar o corpo, seja qual for o substrato biológico do funcionamento ou da disfunção de tal corpo. O objeto é essa cadeia heterogênea, feita de coisas descontínuas (letras, pedaços do corpo, objetos tirados do mundo...), organizada como um circuito, munida de uma topologia de borda e articulada ao corpo [...] (LAURENT, 2014, p.89, grifo do autor).

Antes de apresentarmos essa topologia do espaço pulsional, consideramos necessário explorar o trecho da citação anterior em que Laurent (2014) destaca que “seja qual for o substrato biológico do funcionamento ou da disfunção” da criança com autismo, a esta será possível o enlace a partir de objetos. Compreendemos que se reporta àquelas situações onde as manifestações autísticas do sujeito são atreladas a alguma patologia neurológica considerada de base. Ou seja, casos em que, seguidos de um diagnóstico neurológico qualquer (sequelas de meningite, encefalites, etc.) são identificadas manifestações de autismo. Nestes pacientes, os sintomas autísticos são frequentemente considerados tão biológicos quanto o quadro neurológico. Logo, se não se pode curar a patologia neurológica, não se espera que o sujeito possa sair da posição de autista.

Podemos ilustrar trazendo casos em que os pacientes com a síndrome de Down apresentam manifestações de quadros autísticos. Surpreendentemente, ouvimos o relato de pais sobre a correlação feita, por algum neurologista, entre autismo e síndrome de Down. Já que o sujeito

apresenta a trissomia do par 21, a essa trissomia tudo é arremetido. O sujeito como portador de dois diagnósticos associados fica impedido de se apresentar como um sujeito além dos diagnósticos. Foge de um emolduramento, cai em outro.

No autismo, o real impõe uma topologia que não é a de um corpo circunscrito, que determina um dentro e um fora, em relação ao qual o objeto poderia ser êxtimo relacionado ao que nos é mais próximo, embora nos seja externo. Topologia do fundo central do toro, aquele que conecta o dentro e o fora, o outro furo permanecendo interior ao próprio toro. [...] “O toro se apresenta como tendo dois furos, em torno do que algo consiste, isso é uma simples evidência” (LAURENT, 2012, p 90).

O espaço se estrutura em cada sujeito de forma singular. E, no autismo, a topologia do espaço subjetivo deve ser levada em consideração, incluindo o campo da visão e o que está fora do campo de visão, fazendo limites entre ambos os campos. Nos casos de autismo, o sujeito tem que operar, sem a ajuda de nenhuma imagem estabelecida, para construir um espaço que permita reconstruir o espaço fora da visão e o campo da visão. Para conseguir este espaço, “o sujeito fabrica para si instrumentos originais a partir de dispositivos centrados nos modos de aparecimento e desaparecimento do corpo [...]”, (LAURENT, 2012, p 97) construindo uma continuidade a partir deste espaço topológico.

Na psicose, há uma ruptura dos mecanismos de mensagem entre um e outro significante, S_1 , S_2 . No autismo, não temos essas interrupções, [...] “é mais a repetição de um *Um* separado de um outro, que não reenvia a um outro, e que, ao mesmo tempo, produz um efeito de gozo”. (LAURENT, 2012, p 27).

No autismo, o *Um* de gozo não pode ser apagado; tendo sido nomeado o corpo não apaga sua inclusão no campo da linguagem. E, [...] “esse não apagamento do *Um* marca o corpo como um corpo que goza de si mesmo, num para além do Princípio do Prazer” (p.28). O sujeito autista encontra-se numa zona de gozo. E as manifestações dessa zona de gozo podem ser descritas como situações em que o sujeito é invadido por um pleno de gozo e situações em que tentam extrair algo do corpo (LAURENT, 2012).

A “inscrição do banho de linguagem no corpo” (p.104) é um acontecimento originário, traumático no qual todos os equívocos podem

ocorrer; é um nível da língua que Lacan, aproximando-o da lalação da criança, denominou de *lalíngua*. O sujeito autista tenta reduzir essa proliferação “lalativa” ao Um da letra que se repete, incluída ou não no campo da fala, vocalizada ou repetida sem sons. “Ora, o Um se repete, mas sem conseguir tratar a proliferação dos “equivocos reais” da língua”. (LAURENT, 2014, p.105, grifos do autor). Podemos trazer uma possibilidade dessa emissão de “frases espontâneas”, de maneira repetitiva e que dão imediato lugar ao silêncio.

[...] Essas frases são consequências do trauma do encontro com o Outro da linguagem produz no corpo – um corpo que, [...] torna-se, então “falasser”, lugar de uma letra que será falada ou não. Estas frases espontâneas não são mensagens interrompidas. São, antes, holofrases radicais, para retomar uma palavra forjada por linguistas para designar, nas línguas, palavras-frases aparentemente fora da sintaxe (LAURENT, 2014, p.105, grifos do autor).

Uma frase espontânea ou uma vocalização isolada é uma situação de corpo tomada em seu conjunto, nas dimensões real, simbólica e imaginária. “[...] São emitidas como se estivessem perdendo partes de si mesmo, são emissões do corpo, pedaços de gozo, uma espécie de automutilação [...]” (LAURENT, 2014, p.106). O retraimento no caso de autismo pode ser considerado também como uma forma de emissão, um retraimento no interior de uma neoborda que cerca e delimita o corpo.

Essas emissões do corpo podem ocorrer a partir das mais diversas formas de manipulação, inquietações e reclusões. Surpreende-nos a posição de alguns profissionais que baseados em concepções puramente educativas mostram-se incapazes de escutar o que o sujeito com autismo comunica com este corpo, com autoestimulações, maneirismos e rebuscamento de condutas motoras. Iatrogenicamente, estes profissionais sobrepõem ao diagnóstico de autismo, com o diagnóstico de hiperatividade, “autista e hiperativo”. Diante deste quadro, lança-se mão de medicações para conter a “agitação do corpo”, bem como são indicados recursos terapêuticos no intuito de impedir que o corpo possa expressar angústia.

Um dos exemplos mais ilustrativos dessa emissão pode ser visto estudo no caso clínico apresentado por Oliveira (2000): *Jeremias, criança, luta contra*

o autismo, a esquizofrenia e a paranoia. As manifestações autísticas da criança foram utilizadas como via de acesso a ela mesma, e o quadro de autismo compreendido como um recurso de proteção contra ameaça da esquizofrenia de sua família, ao mesmo tempo, que uma forma de revelação e encontro com esta ameaça.

Aparentemente, o sujeito autista não se dirige ao outro, mas só aparentemente. No entanto, é muito comum essa ser uma das condutas consideradas capitais para o diagnóstico de crianças com autismo. Se essa afirmativa fosse verdadeira seria impossível haver benefícios no tratamento psicanalítico com crianças. Para justificar esta “manifesta dificuldade da criança dirigir-se ao outro”, frequentemente surgem pesquisas que tentam encontrar complicações auditivas para justificar a suposta incapacidade do sujeito dirigir-se ao outro.

Laurent (2012) também comenta que desestimulou colegas a continuar uma pesquisa na área da otorrinolaringologia com crianças autistas. Estes pesquisadores precisaram de três anos de investigação sobre a sensibilidade auditiva para afirmarem que não havia nenhuma evidência de que essas crianças tinham uma maior ou menor sensibilidade auditiva. [...] “A sensibilidade não é auditiva; a sensibilidade está no lado alucinatório, como dizia Lacan. Trata-se de uma alucinação particular: não é o mesmo registro alucinatório que se dá na psicose, mas outro regime de funcionamento alucinatório” (LAURENT, 2012, p.24).

Laurent (2012) fala-nos da relação transferencial no atendimento de crianças autistas, apresentando os casos de autistas que se tornaram famosos por seus relatos de como se relacionavam com os outros e com eles mesmos. De acordo com suas observações acerca destes casos, esses autistas utilizavam todos os registros possíveis da letra, da cifra da letra e do congelamento da palavra para suportar os registros da letra: “a letra como escritura, a letra como cifra e a letra como inscrição da palavra [...]” (p.35). A transferência dependeria de condições que favorecessem uma relação com os dispositivos de tratamento da instância da letra, os mais amplos possíveis.

O atendimento à criança com autismo é favorecido pela capacidade do analista de encontrá-la e ser continente dessa, podendo até mesmo utilizar a letra como uma forma de apaziguamento. O uso da letra e de todos os

registros possíveis desta deve ser compreendido como maneiras de aceitar os tratamentos do insuportável do Um da língua sobre o corpo (LAURENT, 2012).

No atendimento a pessoa com autismo orientado pelo cognitivo-comportamental, diferentemente do atendimento analítico, se uma criança tem um uso da letra, ela é levada à aprendizagem da leitura. Existe a preocupação com a especialização das aprendizagens, “das maneiras de conceber a relação do sujeito com a instância da letra”. (LAURENT, 2012, p.36)

[...] numa prática de orientação analítica especialmente lacaniana, sabemos o particular dos registros das letras como tal, do nó com o qual o sujeito pode enodar-se à instância da letra. Para proteger-se disso, em sua verdade, necessitamos de um âmbito em que se desespecifiquem e se desespecializem os registros. [...] acolher a maneira como se apresentou para ele seu acontecimento de corpo, mas, ao mesmo tempo, tentar afrouxar essa especialização, para permitir um registro da letra o mais amplo possível, que possibilite ao sujeito uma entrada na dimensão do simbólico a mais ampla possível, a partir do acontecimento do corpo (LAURENT, 2012, p.36).

A transferência só se dá num enquadramento totalmente oposto ao da especialização. Num enquadramento em que seja possível um manejo da instância da letra, “da letra-tronco, ou letra *in status nascendi*” (p.37), antes de toda diferenciação possível, ou seja, a maneira como o sujeito respondeu, com o seu corpo ao terror do encontro com o Outro. (LAURENT, 2012)

Na psicose, o saber se encontra no próprio sujeito psicótico, não há o Outro do saber; é ele mesmo quem sabe do funcionamento de seu sintoma. Da mesma maneira, no autismo não se dá uma transferência ao sujeito suposto saber, não ocorre um amor ao saber. A transferência se dá com a produção dessa instância da letra-tronco, o que permitirá “[...] desfazer o que foi essa interação infernal de um modo específico da letra, tentando ampliar o acesso ao mundo da letra diversificado em seus registros [...]” (LAURENT, 2012, p.37).

O interesse do analista não está nos cálculos ou nos pensamentos dos pacientes com autismo, mas sim nas contingências do que foi o acontecimento de corpo, dos motivos que determinaram as fixações autistas com o intuito de “construir um objeto sofisticado [...] que tira as consequências do

acontecimento de corpo, o enriquece, o realiza no mundo [...]” (LAURENT, 2012, p.42).

Laurent (2012), cita vários relatos feitos por esses pacientes considerados autistas que indicam que criavam sistemas na tentativa de reduzir a língua a um cálculo ou à repetição de letras, como recursos utilizados por estas pessoas como maneira de fazer os equívocos da própria língua, “ou, se posso dizer assim, silenciar o ruído da língua enquanto equívoca sem parar. [...]” (p.23).

Esses cálculos ou repetições de letras não se realizam sem o gozo neles implicados. Esses arranjos são separados do corpo e não funcionam como um delírio psicótico, “já que este sempre implica algo do imaginário do corpo”. Nestes relatos, esses pacientes testemunham dificuldades em estabilizar a relação deles mesmos com o próprio corpo (LAURENT, 2012, p.23).

Maleval (2012) questiona o porquê de serem divulgadas imagens de crianças tampando as orelhas como crianças autistas. O próprio Kanner, em 1943⁴⁵, confirmou que as crianças com autismo também aprendem a falar e podem compreender a linguagem. Dos 11 autistas apresentados por Kanner (1943) como casos clínicos, oito falavam e compreendiam a linguagem, estes pacientes só não utilizavam a linguagem para conversar. Há uma tendência a se compreender que o autismo está enraizado na articulação do sujeito com a linguagem. “O mutismo condensa a intuição do alcance dessa articulação, sugerindo um enodamento que não se efetuará” (MALEVAL, 2012, p.45).

Apoiado, também, na biografia de pessoas diagnosticadas como autistas Maleval (2012) esclarece que essas pessoas não são incapazes de desenvolverem linguagem. E, da mesma forma que sujeitos não diagnosticados, apresentam singulares formas de manifestação. A imagem da criança tampando as orelhas comunica que ela esteja se protegendo do verbo que comunica alguma coisa a ela. Essa escuta funda o autismo na clínica psicanalítica.

Podemos finalizar essa seção apresentado as observações de Stevens (2000), após anos de experiência com o tratamento de crianças psicóticas realizado na Le Cortil⁴⁶, instituição que atende crianças psicóticas e neuróticas

⁴⁵ Artigo inaugural referido na seção anterior deste estudo

⁴⁶ Instituição belga, fundada em setembro de 1982 por Alexander Stevens.

graves. Afirma que a criança com autismo está inserida na linguagem, mesmo quando não se inscreva como sujeito do discurso. Sobre os sintomas autísticos acrescenta:

A petrificação significativa que a atinge e a ausência de colocação em função do desejo do Outro, do Outro onde ela está situada por falta de mediação da metáfora paterna, destinam a criança psicótica a um gozo a rédeas soltas onde se traduz de múltiplas maneiras sua submissão à fantasia do outro. [...] a criança reage, às vezes, por um negativismo que toma as cores de uma violenta rejeição de toda intrusão, visa a destruição do outro ou ainda arrancando um fragmento de seu corpo ou do corpo do outro para tentar constituir um órgão para o gozo separado da continuidade de seu corpo em relação à continuidade do outro (STEVENS, 2000, p. 2).

Stevens (2000), também, destaca que há uma pobreza de historicidade nestas crianças. A história dessas crianças é demarcada pelos pais de forma confusa. E, a depender da escuta, é possível acreditar que, especificamente, as mães são capazes de detalhar a história de seus filhos, mas uma escuta analítica consegue apreender, rapidamente, que estes relatos estão situados apenas em torno das manifestações clínicas.

Exemplifica sua afirmativa apresentando o caso de uma paciente que a mãe havia feito um diário da filha até a adolescência. Os registros do diário estavam relacionados à estrita função orgânica: temperatura, quantidade e estado das fezes, alimentação, indicações médicas, etc.

[...] a ausência de história ou ao contrário, uma história dos órgãos – retornam ao mesmo. Elas são as expressões de uma mesma estrutura, aquela onde é “como correlativo de um fantasma que a criança é o interesse” e que nesse fantasma da mãe “a criança realiza a presença do objeto a”. Para a criança, a consequência dessa posição, na qual o desejo do outro não é interrogável, é a ausência de história, ao menos história enquanto desejo. (STEVENS, 2000, p. 5, grifos do autor).

O processo de “re-historicização” da criança se dá na experiência analítica da criança e de sua família, pois a análise é a via de significação dos

sintomas autísticos para a criança e sua família. Essa perspectiva contesta tudo o que está posto pelo discurso médico através dos manuais de classificação. Estamos, novamente, diante da batalha do autismo. Permanecer nesta batalha é a maior contribuição que a psicanálise possa dar contra concepções reducionistas e autoritárias acerca do autismo ou de qualquer outra manifestação humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O autismo, inaugurado por Kanner (1943) a partir do discurso médico há mais de meio século, permanece sendo interesse de várias áreas de conhecimento. O não saber sobre o autismo o faz permanecer como objeto de interesse das ciências médicas, da psicologia, da pedagogia, da fonoaudiologia e de tantos outros ramos de investigação. No entanto, constatamos que, mesmo frente a essa diversidade de saberes, todas as perspectivas de investigação acerca do autismo parte da ordem médica, para depois apresentar um ponto ou um contra ponto a essa ordem. Nosso estudo, também, partiu do saber do médico ou saber do mestre, para apresentar o contraponto da psicanálise a esse discurso da medicina.

Não tivemos o intuito de avultar ou decrescer o mestre, pois não se trata de uma hierarquia de saberes, mas sim de apresentar uma diversidade. Nosso intuito foi destacar o lugar do analista num ponto oposto ao ponto do médico frente ao autismo, mas ambos com a possibilidade de estarem frente ao autismo. A psicanálise abona o autismo numa diversidade de saberes.

Essa diversidade garante que haja uma singularidade na forma de cada criança expressar o sofrimento psíquico. Uma singularidade que não pode ser perspectivada nos manuais que apresentam critérios descritivos, prevalências, terapêuticas e prognósticos. Não atentar para a singularidade, é valorizar o que já está previsto sobre aquele quadro clínico e emoldurar ou não este paciente naquela codificação. O mestre tem que ser capaz de dominar seu escravo, logo o fracasso de qualquer intervenção médica é não identificar de que sofre o paciente e, conseqüentemente, não poder trata-lo e não poder apresentar uma mudança na condição do paciente. O TEA mostra-se como um grande desafio à medicina.

No autismo, na maioria das vezes, o começo da intervenção se dá pelo olhar do médico e, muitas vezes, o paciente segue sob esse olhar para qualquer tipo de assistência ao longo da vida. É como se fizesse parte dos protocolos de atendimento referir que aquela pessoa, que está sendo então assistida, pertence a um grupo, a uma categoria. Ela não pode ser tida como singular, pois faz parte de uma categoria, a categoria dos TEA. Nesta

categoria, o saber médico, ou saber do mestre, é colocado sobre o saber do sujeito.

Esse saber médico vem legitimando o crescente número de crianças com TEA, critérios cada vez mais amplos dão conta de abarcar cada vez mais um maior número de casos. Assistimos a uma epidemia de TEA. Nesta perspectiva, resta-nos identificar o que tem feito as disposições genéticas aumentarem nos últimos vinte anos ou conformarmo-nos com a ideia de que só agora é possível termos os diagnósticos que antes do DSM, nas versões IV e V, eram realizados de forma equivocada ou não eram feitos.

O mais grave diante desta epidemia de TEA, é o crescente número de pesquisas em psicofarmacologia e a medicalização da infância. Os transtornos mentais na infância também passaram a movimentar o mercado financeiro.

A história da psiquiatria moderna coincide com o desenvolvimento da psicofarmacologia e com a assistência asilar a pessoas com transtornos afetivos considerados graves. No entanto, a medicalização da loucura não garantiu, até hoje, que as pessoas vítimas de diagnósticos médicos de doença mental pudessem sair do controle de instituições com barreiras físicas e químicas. Ainda assistimos uma luta pela derrubada de muros e desmantelamentos de correntes, agora, químicas. O mais grave, as correntes químicas acompanham as pessoas para além de qualquer espaço geográfico e impregnam o corpo dos dependentes de substâncias químicas.

A psiquiatria infantil aponta o uso de fármacos como uma garantia de controle de condutas para que a criança vá à escola, participe de atividades sociais e tenha uma vida o mais perto do que é identificado como “comum à infância”. As crianças saíram do isolamento de suas casas para uma convivência social controlada por fármacos, dietas, manuais de controle e comandos considerados universais. No entanto, mesmo diante dessas “amarras”, muitas apresentam um agravamento ou uma permanência das condutas consideradas autistas.

Daí que surge o apelo pela escuta, o apelo das famílias por serem ouvidas e para terem seus filhos assistidos como singulares. Resta à psicanálise fazer-se presente em diversos espaços de atendimento e apresentar-se como capaz de atender a demanda de um sujeito que através de condutas consideradas autistas afirma sua singularidade.

A teoria lacaniana, apresentada por Laurent para a compreensão do autismo, é uma das possibilidades de situarmos essas condutas autistas como uma resposta destes sujeitos a suas primeiras e mais primordiais experiências de vida. Não atentar para essas manifestações e não conseguir possibilitar que elas emergjam é destituir o saber deste que a manifesta, é negá-lo como sujeito.

A teoria lacaniana, apresentada por Laurent (2012, 2013, 2014) para a compreensão do autismo, é uma das possibilidades de situarmos essas condutas autistas como uma resposta destes sujeitos a suas primeiras e mais primordiais experiências de vida. Não atentar para essas manifestações e não conseguir possibilitar que elas emergjam é destituir o saber deste que a manifesta e negá-lo como sujeito.

Laurent (2012, 2013, 2014) propõe que o encontro do analista com o sujeito autista favoreça uma invenção a partir dos objetos autistas, das estereotípias e de seus duplos. Estes objetos estariam no limite da relação com o outro, atentar para estes objetos seria atentar para as demandas desse sujeito. Os sujeitos autistas estariam imersos no real e o efeito desta imersão seria o acesso a uma dimensão em que nada falta.

A análise desses pacientes deve possibilitar a produção de uma falta, a produção de espaço de trocas. Laurent persegue a ideia da possibilidade de construção de uma borda pulsional a partir desses objetos que surgem entre o corpo do sujeito autista e o corpo do analista.

Por fim, queremos mencionar a transferência na análise desses pacientes e, a partir dessa transferência, poder afirmar a efetividade da psicanálise na assistência ao sujeito autista. Diferentemente das concepções médicas que concebem o sujeito autista como incapaz de estabelecer comunicação ou relação, atentamos para a singularidade do sujeito que apresenta sintomas autistas como uma forma de manifestação do que não pode ser expresso de outra forma, a menos que encontre alguém que possa ajudá-lo a fazer isso.

REFERÊNCIAS

- ARBEX, D. **O holocausto Brasileiro**. São Paulo; Geração, 2013.
- ANDRADE, L.C.L. **O autismo como invenção da psicopatologia moderna**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para transtornos mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Vol. XVI, n. 1, p. 67 – 82, 2014.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-III**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Manole, 1980.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-III-R**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Manole, 1987.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV-TR**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-V**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BANZATO, C.E.M.; PEREIRA, M.E.C. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.p. 35-54.
- BEZERRA JR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.p. 9-31.
- BERQUEZ, G. O autismo infantil e kanner. In: MAZET, P.; LEOVICI, S. (Org.) **Autismo e psicoses da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BOSA, C. Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In: BATISTA, C.R. e BOSA, C. (Org.) **Autismo e Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, p.19-39.

CALAZANS, R; MARTINS, C.R. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. **Estilos da Clínica**, São Paulo, VI. XII, n. 22, p.142-157, 2007.

CAVALCANTI, A.E.; ROCHA, P. S. **Autismo: construções e desconstruções**. 3 ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CAMPOS, E.B.V.; COELHO JR, N.E. Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. In: **Estudos de Psicologia**, v.27, n.2, p.247-257, abril/jun., 2010.

CASTRO, J. C.L. Capitalismo e discurso na universidade: Marx com Lacan. In: VI COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX E ENGELS. 2009, Campinas. Anais do VI Colóquio Internacional Marx e Engels disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/formulario_cemarx/selecao/2009/index.php?texto=gt3> Acesso em: 30 jan. 2014

COELHO, C.M. Psicanálise e laço social – uma releitura do Seminário 17. In: **Mental**, ano IV, n.6, p.107-121, jun. 2006.

COSTA, I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico grave**: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Editora e Gráfica Positiva/Abrafipp, 2003.

Costa, I.I. Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. ANAIS DA ASSOCIAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE PESQUISA EM PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 2006 Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con._adolescencia_e_primeira_crise_psicotica.pdf> Acesso: 09 set. 2015.

COSTA, A.R.F. et.al. **Orientações metodológicas para produção de trabalhos acadêmicos**. Maceió: EDUFAL, 2015.

COSTA, J.F. As fronteiras disputadas entre normalidade, diferença, patologia. In. ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de**

diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p.171-210.

CLAVREUL, J. **A ordem médica:** poder e impotência do discurso médico. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.

COUTINHO, A. A. et al. **Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças.** Publicado em 11/04/2013. Disponível em: <<https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm-5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas>> Acesso em: 12 ago. 2014.

DALGALORRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DESBENOIT, L. Au Cambodge, sur les traces de Gilles Caron, photographe de guerre. **Le monde bouge**, Paris. 04 agos. de 2013 Disponível em: <<http://www.telerama.fr/monde/au-cambodge-sur-les-traces-de-gilles-caron-photographe-de-guerre,84869.php>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

DELACAMPAGNE, C. A contestação antipsiquiátrica. **Mental**, Barbacena , v. 2, n. 2, jun. p.27-34, 2004. Tradução de GORDON, J; BICHARA, M. A. C. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2015.

DUNKER, C.I.L. A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 69-103.

FÉDIDA, P. Auto-erotismo e autismo: condições de eficácia de um paradigma em psicopatologia. In: **Nome, figura e memória.** (p.149-170) São Paulo: Escuta,1991.

FRANCES, A. A perigosa indústria das doenças mentais. O Globo. 17 out. 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/a-perigosa-industria-das-doencas-mentais-14276925>> Acesso em: 30 out. 2014.

_____. Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico: respondendo às mudanças do DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FREUD, S. **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana**. In. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1970 [1901] v. VI.

_____. **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranoides)**. In. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1911]. v. XII, p. 21-89.

_____. **Notas sobre um caso de neurose obsessiva**. In. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1975 [1909], v. X, p.15-325.

FLESLER, A. O Discurso da histérica. In: VEGH, I. **Os discursos e a cura**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.p. 45-74.

FOUCAULT, M. **É preciso defender a sociedade**: cursos do Collège de France (1975-1976), 5 ed., São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GARCIA-ROZA, L.A. A pesquisa acadêmica em psicanálise. In: ROPA, D. (Org). **Anuário Brasileiro de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. (p.118-121).

_____. Pesquisa do tipo teórico. In: **Psicanálise e Universidade**, 1 (1), PUC – São Paulo, p.9-32, 1994.

GARCIA, R. Em laboratório, cientistas curam neurônio autista. **Folha de São Paulo** São Paulo, 12 nov. 2014 disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ciência/2014/11/1546751>> Acesso em: 20 nov. 2014.

GRANÃ, R. B. Prefácio à edição brasileira. In. MAZET, P.; LEOVICI, S. (Org.) **Autismo e psicoses da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

GASPARD, J-L. Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão? In: RUDGE, A.M.; BESSET, V.L. **Psicanálise e outros saberes**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012.

GILLES CARON. Disponível em <<http://www.fondationgillescaron.org/actualites.html>> Acesso em: 30 jan. 2014.

GILMAN, P. **O filho antirromântico**: uma história de alegria inesperada. Tradução CHANG, C. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

GOLDENSTEIN, N. Transtornos psicóticos: a propósito da classificação espectral do DSM-5. In: ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p.151-169.

Hipérico. **Boletim de Informações do Centro de Informações Sobre Medicamentos do Rio Grande do Sul**. Disponível em <<http://www.ufrs.br/boletimcimrs/hipérico>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

JANUARIO, L. M. TAFURI, M. I. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 9, n. 2, jun. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2015.

JORGE, M. A. C.; FERREIRA, N.P. **Lacan**: o grande freudiano. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

KANNER, L. Os distúrbios de contato afetivo. In: ROCHA, P. S. (Org.). Tradução de SEINCMAN, M. **Autismos**. 2 ed., Escuta: São Paulo, 2012. p.111-170.

KUPFER, M.C. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. In: **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 4, n.7, mai./ago. 1999, p.96-107. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2014.

KUPFER, D. J; REGIER, D. A. Prefácio. In: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-V**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. xli – xliv.

LACAN, J. (1953-1954) **O seminário, livro 1**: os escritos técnicos de Freud. Texto estabelecido por Jaques-Alain Miller. Rio de Janeiro; Zahar, 1993.

_____. (1954-1955) **O seminário, livro 2:** o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Texto estabelecido por Jaques-Alain Miller. Rio de Janeiro; Zahar, 1995.

_____. **O Seminário, livro 5:** as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. (1969-1970) **O seminário, livro 17:** o avesso da psicanálise. Texto estabelecido por Jaques-Alain Miller. Rio de Janeiro; Zahar, 1992.

_____. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**. Tradução de VIEIRA, M.A. n. 32, p. 8-14, dez. 2001. Disponível em: <http://www.pospsi.ufba.br/Lacan-O-Lugar-da-Psicanalise-na-Medicina.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

LANG, C.E.; BARBOSA, J.F. Pode-se utilizar a desconstrução na pesquisa teórica em psicanálise? **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s Humanas**, Florianópolis, v.13, n.102, p.75-99 jan/jul, 2012.

_____. Ler, escrever, psicanalisar, desconstruir: delineamento para uma metodologia de leitura e pesquisa em psicanálise. In: LANG, C.E. et. al **Metodologias:** pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas, Maceió, EDUFAL, 2015.

LAURENT, É. **A batalha do autismo:** da clínica à política. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

_____. O que nos ensinam os autistas. In: MURTA, A.; CALMON, A.; ROSA, M. (orgs.) **Autismo (s) e atualidade:** uma leitura lacaniana. Belo Horizonte, Scriptum, 2012.

MACHADO, O. ; DRUMMOND, C; (Orgs.) **O autismo hoje e seus mal-entendidos:** conversação clínica de Salvador- Comentários de ÉRIC LAURENT. Belo Horizonte, Scriptum, 2013.

MALEVAL, J-C. Língua verbosa, língua factual e frases espontâneas nos autistas. In: MURTA, A.; CALMON, A. ROSA, M. (orgs.) **Autismo (s) e atualidade:** uma leitura lacaniana. Belo Horizonte, Scriptum, 2012.

MARCELLI, D. ; COHEN, D. **Infância e psicopatologia**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 19, n.2, mai./ago. 2014, 244-262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/83866>>. Acesso em: 2 Jan. 2015.

MPASP: Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública. Disponível em: <<http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/informcoes-uteis>> Acesso em: 2 dez. 2014.

MURTA, A.; CALMON, A.; ROSA, M. (orgs) **Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana**. Belo Horizonte. Scriptum Livros, 2012.

OLIVEIRA, L. E. P. Jeremias, criança, luta contra o autismo, a esquizofrenia e a paranoia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Brasil, ano. III, n.3, p.73-102. 2000. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233018184006.pdf> Acesso em: abr. 2015.

Organização Mundial de Saúde (1993). **Classificação de Transtornos mentais e comportamentais do CID-10**. Tradução de CAETANO, D. Porto Alegre: Artes Médicas.

PACHECO, M.V.P. de C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Brasill, ano IV, n.2, p.152- 15, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018066011>> Acesso em ago. 2014.

PEREIRA, M. E. C. Griesinger e as bases da "Primeira psiquiatria biológica". **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo , v. 10, n. 4, p. 685-691, dez. 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jan. 2016.

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

PRESSE, F. **Folha de São Paulo**. São Paulo, maio 2014. Disponível em:<<http://app.folha.com/#noticia/404270>. Acesso em: 20 nov. 2014.

RABINOVICH, D; COUTO, L.F. O psicanalista entre o mestre e o pedagogo. **Cadernos de psicologia**. Belo Horizonte, 1984. v. 11, n. 1, p.9-28, 2001. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: set., 2014.

RAMOS, F. Do DSM III ao DSM – 5: Trançando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado. In: ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 211-229.

ROCHA, P.S. (Org.). **Autismos**. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2012.

_____; CAVALCANTI, A. E. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. In: ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p.233-252.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

_____; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SCHULTZ, D. P; SCHULTZ, S.E. **História da psicologia moderna**. 8 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

STEVENS, A. La clinique psychanalytique dans une institution d'enfants. **Les Feuilles du Courtil en ligne**, tradução D'AGORD, M.R.de L., p.2-8, Paris, 2000. Disponível em: <www.courtil.be/feuilles/PDF/Stevens-f1.pdf> Acesso em: 03 de abr. 2015.

SZASZ, T. **Ideologia e doença mental**: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

TARUFI, M.I. O sofrimento psíquico da criança autista. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 2006, Belém. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con._sofrimento_psiquico_da_crianca_autista.pdf> Acesso em: 10 Abr. 2015

_____. A análise com crianças autistas: uma inovação do método psicanalítico clássico. 1999 Disponível em:
<<http://www.oocities.org/hotsprings/Villa/3170/MarialzabelTafari.htm>> Acesso em abr. 2014

UNTOIGLICH, G. As oportunidades clínicas com crianças com sinais de autismo e seus pais. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 18, n.3, set./dez. p.543-558 2013. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 dez. 2014.

VIANNA, C.M.M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, dez. 2002 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000200010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 30 abr. 2015.

VIEIRA, M. A. O lugar da psicanálise na medicina - introdução à uma conferência de Jacques Lacan”, **Cadernos do IPUB**, vol. VIII, n. 21 (Ciência e saber no campo da saúde mental), p.114-115, 2002. Disponível em:
<http://www.litura.com.br/artigo_repositorio/uma_introducao_a_o_lugar_da_psicanalis_1.pdf> Acesso: 16 abr. 2015.

ZILLOTTO, Denise Macedo. A posição do sujeito na fala e seus efeitos: uma reflexão sobre os quatro discursos. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 15, n. 1-2, p. 215-223, jun. 2004 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2015.

ZORZANELLI, R. Sobre os DSM's como objetos culturais. In: _____.; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.p. 211-229

_____; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.F. (Orgs.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

