

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE



PAULO GUILHERME RIBEIRO LAREDO

IMPACTOS DO DSM-V NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM SUJEITOS AUTISTAS

SÃO PAULO

2024

PAULO GUILHERME RIBEIRO LAREDO

IMPACTOS DO DSM-V NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM SUJEITOS AUTISTAS

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência parcial para graduação no Curso de Psicologia sob orientação da Profa. Dra. Camila Fonteles.

SÃO PAULO

2024

AGRADECIMENTOS

De antemão, gostaria de agradecer à Camila, minha orientadora, por todos os apontamentos valiosos e a disponibilidade em torno do auxílio e das trocas integrais. Para além, não posso deixar de referenciar os meus professores da PUC-SP, que tiveram um impacto ao me provocar e me fazer acreditar na potência da reflexão crítica.

Também, gostaria de agradecer a minha família pelo apoio ao longo do difícil processo que foi organizar essa pesquisa e finalizá-la. Um beijo para Luciane, Adolfo, Christiane, Rosely e Júlio. Para mais, gostaria de gratificar os meus irmãos André e Thiago pela constante inspiração, que me levou até a escolha do tema dessa pesquisa, enquanto invenção pessoal e indagação social.

Ainda, não posso deixar de reconhecer a relevância dos meus amigos, por não somente me incentivarem, mas oferecerem sustentação emocional nos momentos de clímax. Envio um beijo e um abraço a todos do Tim Maia, da PUC-SP, ao Stefano e ao Gianluca, que foram essenciais nesse processo de investigação.

PERGUNTAS EM FORMA DE CAVALO-MARINHO

*Que metro serve
para medir-nos?
Que forma é nossa
e que conteúdo?*

*Contemos algo?
Somos contidos?
Dão-nos um nome?
Estamos vivos?*

(...)

Claro Enigma. Carlos Drummond de Andrade (2018,
p. 21).

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo investigar como a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) impacta a clínica psicanalítica com sujeitos autistas. A pesquisa se inicia com uma análise histórica do DSM e de suas alterações ao longo das edições, especialmente no que se refere ao autismo, que no DSM-V foi conceituado como Transtorno do Espectro Autista (TEA). A nova definição unifica diagnósticos anteriormente distintos, refletindo uma tendência de expansão diagnóstica e, secundariamente, comercialização e psicopatologização. O método utilizado, por sua vez, é teórico-bibliográfico, com ênfase no contraponto psicanalítico à abordagem psiquiátrica biologicista e à construção de uma entidade nosológica que se torna uma *commodity* de sucesso. A investigação adota uma perspectiva lacaniana e utiliza contribuições do próprio Lacan e de autores contemporâneos, que compartilham posições diversas sobre o autismo. O estudo também discute a relação da psiquiatria e do autismo com a teoria lacaniana dos discursos, delineando um aprofundamento sobre o impacto social de um contexto de reducionismo na clínica e a difusão do discurso do capitalista no uso do autismo como um objeto-mercadoria. A psicanálise é apresentada como uma abordagem que foi sendo escamoteada das classificações psiquiátricas e de recomendações de tratamento para o autismo, mas evidencia-se como uma perspectiva que pode, e deve, resistir a essa conjuntura, defendendo uma escuta da singularidade do sujeito que se mantém aberta às invenções que lhe são próprias.

Palavras-chave: Autismo; Psicanálise; DSM-V; Psiquiatria; Lacan.

ABSTRACT

This study aimed to investigate how the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) impacts the psychoanalytic clinic with autistic subjects. The research begins with a historical analysis of the DSM and its changes throughout the editions, especially with regard to autism, which in the DSM-V was conceptualized as Autism Spectrum Disorder (ASD). The new definition unifies previously distinct diagnoses, reflecting a trend of diagnostic expansion and, secondarily, commercialization and psychopathologization. The method used, in turn, is theoretical and bibliographical, with an emphasis on the psychoanalytic counterpoint to the biological psychiatric approach and the construction of a nosological entity that becomes a successful *commodity*. The investigation adopts a Lacanian perspective and uses contributions from Lacan himself and contemporary authors, who share different positions on autism. The study also discusses the relationship between psychiatry and autism and Lacanian discourse theory, outlining a deeper understanding of the social impact of a context of reductionism in clinical practice and the dissemination of capitalist discourse in using autism as a gadget. Psychoanalysis is presented as an approach that has been hidden from psychiatric classifications and treatments recommendations for autism, but it is shown to be a perspective that can, and should, resist this situation, defending a listening to the singularity of the subject that remains open to their own inventions.

Keywords: Autism; Psychoanalysis; DSM-V; Psychiatry; Lacan.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
MÉTODO	12
1. AS SISTEMATIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E O AUTISMO	14
1.1 Histórico do DSM	14
1.2 Histórico do autismo	23
1.3 Autismo no DSM	26
2. O AUTISMO E A PSICANÁLISE	34
2.1 Linguagem e alteridade	34
2.2 Um percurso pelas hipóteses etiológicas do autismo	37
3. AUTISMO, CLÍNICA E SOCIEDADE	47
3.1 Reduccionismo na clínica e psicopatologização da infância	47
3.2 O discurso do capitalista e o autismo como <i>commodity</i>	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

INTRODUÇÃO

A publicação de manuais diagnósticos remonta à década de 1950, sendo o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) um dos mais utilizados em todo o mundo. Esta pesquisa parte da investigação da quinta edição desse Manual (DSM-V) que foi divulgada em 2014, buscando entender os impactos da compreensão que esse compêndio traz sobre o autismo na clínica psicanalítica atual.

A história das classificações em psiquiatria e a análise de sua apresentação, traz a possibilidade de discorrer sobre as formas e os conteúdos apontados nas respectivas edições do Manual, mostrando que tipo de sociedade o compêndio está ou quer refletir, no sentido de modelar, forjar. Como diz Moretto (2015), realizando um paralelo com a psicofarmacologia, investigar esse campo trata-se de uma tentativa de expor o tipo de subjetividade que a sociedade atual tem moldado. Ribeiro *et al.* (2020, p. 48) adiciona, afirmando que funciona da mesma forma com a classificação psiquiátrica. Ainda de acordo com o autor e como será explorado mais adiante no trabalho, há uma relação entre o que é adotado pelos médicos e aceito de forma irrestrita pela população, que posteriormente, é diagnosticada pelos mesmos por classificações que antes inexistiam, e medicada com fármacos nunca antes vistos ou submetidas a tratamentos inovadores.

Com a publicação do DSM III (1980), surge um movimento cuja ideia principal é a de se confirmar a fisicalidade de qualquer forma de transtorno mental (Russo; Venâncio, 2006, p. 467), o que leva a uma separação na forma de ver o sofrimento psíquico, que se esvaziou da subjetividade e da história de vida dos sujeitos. Ficando corpos deficitários que precisam ser alterados a partir das medicações (Martinhago; Caponi, 2019a, p. 86-87). A psicanálise, mesmo tendo amparado a base classificatória das doenças mentais nos EUA (Dunker, 2014, p. 81), foi excluída do campo da psiquiatria, pois não se encaixava na busca por descrições de sinais e sintomas e não pretendia se tornar generalizável (Caponi, 2011, p. 843).

O que foi falado sobre o tema de forma ampla se aplica totalmente à questão do autismo, visto que ao longo das diversas edições do DSM, as concepções de autismo foram se alterando, modificando a sociedade e sendo modificadas por ela.

No que se refere ao autismo no contexto do DSM-V, foco dessa pesquisa, o que antes se organizava como transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno global do desenvolvimento e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação se fundem no que se chama por

transtorno do espectro autista (TEA) (APA, 2014b, p. 42). A partir disso, vê-se que segundo o site Canal Autismo (2023), que utiliza os dados fornecidos pela CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de 2020, que busca pela prevalência do diagnóstico de autismo em crianças de 8 anos, concluiu que para cada 36 crianças há uma com diagnóstico de autismo (2020). Se transportarmos esses dados para a realidade brasileira - 215,9 milhões de habitantes - obtém-se a estimativa de 5,997 milhões de pessoas com autismo no Brasil, na faixa dos 8 anos, ou seja, sem considerar os diagnósticos tardios. No contexto em que o DSM-V foi publicado, 2014, a prevalência do diagnóstico era de uma criança em cada 59 (CDC, *apud* Canal Autismo, 2023). Nota-se, portanto, que a realidade do DSM-V é atravessada por um contexto de excesso de diagnósticos, o que traz direta e indiretamente outros fenômenos, como a medicalização da infância e da vida no geral (Caponi, 2014, p. 753).

Ainda, essa realidade é confirmada pela inclusão de uma questão sobre autismo no Censo 2022 (IBGE, *apud* Canal Autismo), no seu Questionário de Amostra, aquele que é aplicado em uma parcela menor da população. A questão incluída foi a seguinte: "Já foi diagnosticado(a) com autismo por algum profissional da saúde?". O resultado do Censo está previsto para até 2025, sendo assim, em breve haverá uma base de dados mais concreta para se discutir o diagnóstico de autismo no Brasil. Logo, a transposição aproximada feita no parágrafo anterior não será mais necessária.

Segundo a forma como as características diagnósticas do autismo são descritas pelo DSM-V (APA, 2014b, p. 31), esta condição demarca déficits seguidos de déficits, que se encadeiam e formam um transtorno, que deverá ter seus sintomas suprimidos, o que corre o risco de limitar a clínica à simples aplicação de protocolos, abstendo-se do sujeito (Figueiredo; Tenório, 2002, p. 31).

A partir deste cenário, esta pesquisa pretende investigar as repercussões de um contexto pautado pelas classificações diagnósticas do DSM-V na clínica psicanalítica com sujeitos autistas, investigando de que maneira a psicanálise pode contribuir, e que forma de compreender o autismo adota, para realizar um contraponto para com o DSM-V.

Para tal, no primeiro capítulo realizará uma contextualização histórica dos DSMs até chegar em sua atual edição (DSM-V), discutindo as transformações da psiquiatria e de seus tratados, juntamente à participação (ou não) da psicanálise nesse diálogo. Logo depois, efetivará uma retomada acerca do histórico do autismo, desde sua primeira aparição como caso e terminologia. Além disso, dar-se-á um estudo a respeito da presença do autismo como categoria nos manuais da

APA (American Psychiatric Association), pensando nas semelhanças e diferenças entre cada edição e o contexto social em que foram elaboradas. No capítulo seguinte, será realizado um aprofundamento nas contribuições da psicanálise em seu viés lacaniano do autismo, abarcando as múltiplas visões existentes mas com enfoque maior na ótica de Jean-Claude Maleval e de Marie-Claude Thomas sobre o tema, utilizando o livro *O autista e a sua voz* (2017) do primeiro, e o recente *Lacan com Melanie Klein* (2024) da segunda, assim como outros artigos de Thomas.

Para além, no terceiro capítulo, espera-se entender como a definição de autismo do DSM-V impacta o contexto social atual e a perspectiva e prática da psicanálise na clínica, situando o discurso psicanalítico no momento de uma hegemonia do DSM na psiquiatria. Para embasar a discussão será utilizado *O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea* de Alfredo Jerusalinsky e Silvia Fendrik (2011). Porém, será realizada uma retificação sobre as reflexões presentes no livro, atualizando-as para o panorama do atual do DSM-V, já que o mesmo foi publicado em um momento anterior (DSM-IV). Junto a isso, pretende-se discorrer sobre a crescente corrente de medicalização da infância e o posicionamento do autismo nos dias de hoje como uma *commodity* (Mas, 2018, p. 95), o que pode ser traduzido como uma mercadoria, de baixo valor agregado e cujo valor é afetado a partir da lei da oferta e da demanda (Modalmis, 2022). O que isso revela na prática em relação ao autismo será explorado ao longo do trabalho.

Pessoalmente, a busca por esse tema se volta no interesse pelo autismo, que se iniciou com o fascínio pelo surfista profissional Clay Marzo, diagnosticado em 2007 com o chamado transtorno de Asperger, hoje incluído no espectro autista. Deparei-me com a necessidade de entender melhor sobre o tema, pensando que assim compreenderia como ele fazia as curvas tão acentuadas e manobras tão verticais em cima da prancha. Ao longo de todos esses anos, nunca entendi. Mas foi através desse contato que pude me interessar pelo autismo e suas problemáticas, e chegar no recorte aqui escolhido.

A relevância de tal recorte selecionado fundamenta-se na hiperinflação de casos de autismo (Frances, 2014) no contexto pós DMS-V, onde cerca de 5,997 milhões de brasileiros (Canal Autismo, 2023) situam-se no transtorno do espectro do autismo, que constrói-se como categoria se utilizando do pragmatismo como resposta aos impasses técnicos e teóricos advindos da psicopatologia (Dunker, 2014, p. 102), tornando-se uma classificação "tão generalista em sua descrição, que é capaz de englobar a maior parte de sinais problemáticos vindos de crianças" (Mas, 2018, p. 42).

Diante disso, cabe a psicanálise realizar uma discussão histórica e formal sobre sua participação e, posterior apagamento dos manuais realizados pela APA, situando o debate nos dias de hoje e promovendo contribuições que façam um contraponto a hegemonia desse instrumento de classificação, voltando-se especificamente à clínica do autismo.

MÉTODO

De início, se faz necessário destacar que esta pesquisa, que se estrutura como pesquisa teórica, se utiliza do método psicanalítico em sua produção, tendo a psicanálise como arcabouço principal de conhecimento e análise. A partir de Lima & Miotto (2007, p. 44), vê-se que uma pesquisa teórico-bibliográfica sempre é realizada para a fundamentação teórica de seu objeto de estudo, porém, difere da revisão bibliográfica já que vai além do levantamento de dados, imprimindo sobre eles a teoria e a crítica do significado neles situado. Nesse caso, para além de se buscarem informações sobre o histórico do DSM, do autismo e das diferentes perspectivas da psicanálise, também se realizará uma leitura crítica da articulação entre esses campos.

Partindo desse ponto, uma pesquisa no método psicanalítico é, segundo Lo Bianco (2003, p. 121), entrar em contato com elaborações prévias mas não entendê-las como prontas ou definitivas, mas inacabadas, observando que os conceitos não aparecem de forma arbitrária, mas são construídos a partir da troca dos textos às situações clínicas e vice-versa. Nogueira (2004, p. 87) complementa, dizendo que apropriar-se da teoria psicanalítica e aplicá-la sem atentar-se a relação analítica é pesquisa experimental, e não psicanálise. Sendo assim, fica evidente que efetuar pesquisa em psicanálise é um estar em contato constante com a prática clínica, já que a teoria se constrói e se sustenta partindo desse lugar, voltando sempre a ele.

Ainda, Caon (2000 *apud* Oliveira; Tafuri, 2012, p. 840) diz que assim como a clínica psicanalítica se distingue pela prática da livre associação do analisando em relação com o analista; de maneira análoga, o pesquisador em psicanálise também o faz, mas em relação à teoria psicanalítica. Isso, como acrescentam Oliveira & Tafuri (2012, p. 840), indica que a transferência aparece tanto no processo de análise como no método de pesquisa em psicanálise. Portanto, como conclui Nogueira (2004, p. 95) uma pesquisa analítica não se torna possível, quando não se estabelece nela um elo que se caracterize como analítico, ou seja, envolvendo a transferência. Afinal, toda e qualquer construção da psicanálise parte da experiência da escuta do sujeito, implicando-o no processo de produção de conhecimento no lugar de ocultar sua participação desejante, como um inconveniente fator de erro (Lameira; da Silva Costa; Rodrigues, 2017, p. 76).

Mesmo que esta investigação trate de questões que não envolvem diretamente a psicanálise, como a psiquiatria e os DSMs, a psicanálise é ponto de partida, como teoria e método. Esta se debruça sobre questões colocadas à psicanálise, sendo temas emergentes que se colocam como

desafios para discussão. Nesse caso, esta pesquisa busca, através da psicanálise, produzir contribuições e junto disso, um contraponto ao DSM-V e sua hegemonia na produção sobre o autismo.

Para além, nota-se que a pesquisa será baseada em textos da psicanálise e em textos de autores de outros campos. Em primeiro lugar, autores que dissertaram sobre o histórico do DSM e seu momento atual; depois, autores que debruçaram-se no tema do autismo, sua história como terminologia e seu emprego ao longo dos DSMs e como se situa nos dias de hoje; ainda, autores da psicanálise que abordaram o mesmo, com foco na ótica de Jean-Claude Maleval e de Marie-Claude Thomas. Por fim, autores que são da psicanálise mas que realizaram também um paralelo com a psiquiatria, como aqueles que formalizaram *O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea*. Nota-se, portanto, que os campos de saber incluídos nesta investigação envolvem, para além da psicanálise, a psiquiatria.

Os textos deste trabalho foram buscados principalmente, nos Indexadores Scielo e Pepsic e em Repositórios de dissertações e teses (como o Teses - USP). Os mesmos foram buscados a partir do recorte realizado e dos descritores, que foram inseridos nos campos de busca: "Autismo"; "Psicanálise"; "DSM-V"; "Psiquiatria" e "Lacan".

Com o material reunido, será realizado, como aponta Lima & Mito (2007, p. 44) um embasamento teórico do objeto de estudo, acompanhado de leitura e análise crítica sobre o mesmo. Também, serão feitas articulações interdisciplinares entre psicanálise e psiquiatria, envolta do tema do autismo.

Como resultados esperados, uma pesquisa teórica pode proporcionar inovação sobre o tema, produzindo novas perspectivas, debates e reflexões críticas. E por último mas não menos relevante, servir de base de referência para outras pesquisas na área, buscando contribuir para o desenvolvimento da pesquisa em psicanálise e a produção de contrapontos para verdades que se instalarem enquanto acabadas.

1. AS SISTEMATIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E O AUTISMO

Para que se possa investigar integralmente os impactos de um contexto pautado pelas classificações psiquiátricas na clínica psicanalítica do autismo, é fundamental se ater ao Manuais da APA, apresentando sua história e contexto social; também, direta e indiretamente suas modificações na forma de relacionar-se com a psicanálise e com a apresentação e definição de autismo. Não apenas notando os impactos das mudanças sociais nas classificações, mas o contrário também, as transformações provocadas por tais compêndios científicos. Junto disso, o capítulo que segue ainda discutirá a história do autismo, como conceito e terminologia, analisando como se deu o surgimento desse signo linguístico e como o mesmo foi descrito a partir da práxis de diferentes autores.

1.1 Histórico do DSM

De acordo com os autores Côrtes & Albuquerque (2020, p. 866) a busca por um sistema de classificação para as doenças mentais remonta ao século V a.C, com os trabalhos de Hipócrates, na Grécia Antiga. Apesar disso, o primeiro sistema de classificação de cunho científico foi realizado por Emil Kraepelin (1856-1926), que agrupou vários distúrbios mentais sob o termo demência precoce, ao lado de outros transtornos psicóticos, separados do quadro da psicose maníaco-depressiva.

Ainda mais, segundo Martinhago & Caponi (2019a, p. 75) Emil Kraepelin foi considerado o principal sistematizador da psicopatologia descritiva, onde, em um período de 30 anos (1883-1913) (Oda, 2010, p. 320), foram realizadas oito edições de seu Manual de Psiquiatria, todas com alterações nosológicas. A nosologia se configura como a classificação de doenças em grupos análogos em uma hierarquização ou eixo classificatório, servindo como dados para análises quanto à distribuição de tais doenças na população. A nosografia, por outro lado, é o nome dado à doença, e possibilita o entendimento sobre as causas, patogênese e natureza da mesma (Côrtes; Albuquerque, 2020, p. 866).

Historicamente, têm-se que no período entre os anos de 1900-1950, anos que antecederam a publicação do primeiro DSM, a psicanálise fundamentou a base classificatória das doenças mentais nos EUA, sobretudo através das concepções de personalidade, ego e estrutura (Dunker,

2014, p. 81). Com o fim da Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria americana resolveu mudar o cenário das classificações no país, pois quatro sistemas estavam em uso ao mesmo tempo em diferentes setores do campo da saúde mental. E também por conta da demanda de tratamentos criada pelos ex-soldados de guerra, com sofrimentos agudos que pediam por uma sistematização que abrangesse o novo contexto social.

A American Psychiatric Association (APA) decidiu criar uma classificação que poderia ser utilizada por todos os membros da organização e que unificaria os diagnósticos entre clínicos (Blashfield *et al.*, 2014, p. 28, tradução nossa). Ainda, como trazem Alarcón & Freeman (2015 *apud* Martinhago; Caponi, 2019a, p. 76) padronizar as categorias de doenças mentais "atenderia finalidades acadêmicas, terapêuticas, legais, administrativas e financeiras". Por fim, Dunker (2014, p. 85) afirma que o objetivo era o de estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos; no entanto, o limite entre o normal e o patológico ainda não estava claramente definido.

Assim que o DSM foi publicado, tal classificação deixou de ser apenas uma ferramenta de auxílio clínico, alterando diferentes aspectos do campo da saúde mental, influenciando a forma como a sociedade vê o sofrimento psíquico e os caminhos que são dados a ele. Diante disso, evidencia-se a importância de contextualizar e compreender as mudanças que cada edição do DSM propôs ao longo das décadas, que têm sido adotadas na contemporaneidade pelos profissionais de saúde mental e aceitas sem reservas pela população (Ribeiro *et al.*, 2020, p. 48). Movimento esse que é intensificado com o status de potência que os EUA conquistaram depois da segunda guerra mundial, ganhando poder e influência para que a sua cultura e determinações servissem de base a outros países, o que ocorre também pela via do imperialismo, coação ou interesses político-econômicos.

A primeira versão do DSM foi publicada em 1952, pela APA, como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), naquele momento em sua sexta revisão, feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Russo; Venâncio, 2006, p. 463). O Manual continha 128 categorias em 132 páginas, se estruturando a partir de um sistema hierárquico em que o primeiro pilar da hierarquia diferenciava doenças cerebrais orgânicas de transtornos funcionais (Blashfield *et al.*, 2014, p. 28, tradução nossa). O lugar de referência da psicanálise evidencia-se pelo uso frequente de conceitos como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”. (Russo; Venâncio, 2006, p. 464).

O DSM-I segue um critério híbrido, pois algumas patologias são definidas etiologicamente, segundo causas possíveis, e outras obedecem critérios apenas sintomáticos (Pessotti, 1999, p. 178). Assim, desenvolve-se a primeira classificação de doenças mentais com base em critérios que integram as concepções biológica, psicanalítica e social dos transtornos mentais. Até então, as investigações biológicas pareciam ter perdido o avanço alcançado no século XIX (Caponi, 2011, p. 842). Não a toa, pois o DSM-I carregou notável influência do sistema diagnóstico de Meyer, com as categorias de extração psicodinâmica (Dunker; Kyrillos Neto, 2011, p. 613) e a valorização da compreensão do contexto social dos pacientes (Caponi, 2011, p. 842).

A versão seguinte do manual (DSM-II), publicada em 1968, apresenta 182 categorias, e mantém a influência da psicanálise, com termos da psicodinâmica, como a presença frequente do conceito de “neurose”. Há também uma mudança terminológica que instaura o contraste entre neuroses e desordens de personalidade (Martinhago; Caponi, 2019a, p. 77). Ainda, surge um novo modo de entender a doença mental, os chamados níveis de desorganização psicológica, onde os conflitos passam a ser interpretados como manifestações de uma realidade subjacente, que deve ser decifrada ao longo do diagnóstico (Russo; Venâncio, 2006, p. 464).

Nota-se, portanto, que a passagem da primeira para a segunda versão do DSM não significou uma ruptura com as concepções psicanalíticas que até então estavam sendo adotadas como hegemônicas. Ainda mais, o modelo de psicopatologia utilizado refletia não apenas sobre a etiologia da doença, como levava em conta os contextos sociais e a história dos pacientes, assim como supunha a existência de fenômenos de outra ordem que deveriam ser investigados ao longo do processo. O que denota que até então o sujeito ainda era central para o diagnóstico, participando ativamente de sua elaboração. Entretanto, ao revisitar as versões seguintes do DSM observa-se que esse protagonismo começa a mostrar sinais de enfraquecimento ao longo da década de 1970 (Russo; Venâncio, 2006, p. 464).

O DSM-III, publicado no ano de 1980, marca uma profunda mudança na psiquiatria, que era orientada principalmente pela psicanálise (Martinhago; Caponi, 2019b, p. 2) e agora, abandona-se o conceito de “neurose” e qualquer tipo de teoria fundada no psicodinamismo. O Manual da APA torna-se atóxico e operacional, privilegiando a precisão do ponto de vista descritivo e adequando-se como suporte para a investigação empírico-experimental (Dunker; Kyrillos Neto, 2011, p. 616). Também, pretende ser generalizável para todas as culturas e situações, o que, na prática, resultou na globalização da psiquiatria norteamericana (Russo; Venâncio, 2006, p. 465).

Ou seja, para além de um embasamento teórico alternativo que causa o distanciamento do psicodinamismo, parece existir um interesse financeiro e vendável da APA por trás da elaboração do manual, que deve se tornar um produto onisciente, onipotente e onipresente, globalizado e sem furos em seu saber.

A terceira edição do manual marca o retorno das teses de Emil Kraepelin, por conta dos neokraepelianos, um grupo de psiquiatras da Universidade de Washington, que desde o início da década de 1970 buscava restabelecer a hegemonia perdida da psiquiatria biológica, tentando desenvolver uma maneira de classificar as doenças de forma objetiva e descritiva, e que pudesse ser amplamente aceita (Caponi, 2011, p. 843), referindo-se apenas a sinais e sintomas e deixando de fora as questões de etiologia (Neto, 2011, p. 45-46).

O termo “neurose”, por sua vez, apareceu por última vez como categoria clínica, pois os criadores do DSM III concluíram que esse conceito havia se tornado impreciso e carente de base científica, colocando em risco a aprovação do manual pelo Conselho de Administração da APA (Martinhago; Caponi, 2019a, p. 79). O que faz sentido, pois os neokraepelianos pensavam em anular da psiquiatria tudo aquilo que pudesse aproximá-la de discursos considerados pseudo científicos, como a psicanálise (Caponi, 2011, p. 843). Assim, pode-se considerar que o DSM-III marcou o final do convívio entre a psicanálise e a psiquiatria, onde optou-se pela exclusão da psicanálise do diálogo psiquiátrico no lugar de conviver com a fragilidade que o relativismo supostamente traria (Dunker; Kyrillos Neto, 2011, p. 612).

Com isso, nota-se que no DSM III a psiquiatria americana aproxima-se o máximo que pode ao discurso da ciência, como discurso totalizante, visando sua legitimação no campo da medicina e sua comercialização como saber objetivo, e portanto, confiável.

Nesse momento, as demarcações entre o doente e o normal se transformaram em uma diferenciação clara e empiricamente verificável, sob o argumento da baixa confiabilidade do diagnóstico, reformulando estruturalmente a nomenclatura do manual. Consequentemente, as categorias diagnósticas se tornaram muitas, pois ficaram mais específicas, passando de 180 do DSM II para 295 no DSM III (Russo; Venâncio, 2006, p. 467). Como foi trazido por Dunker & Kyrillos Neto (2011, p. 616) a precisão do ponto de vista descritivo e o diagnóstico criterial com limites manifestamente delimitados favorece a investigação empírico-experimental e as pesquisas multicêntricas, seguindo os padrões dos ensaios clínicos experimentais e cumprindo com as

exigências da FDA (Food and Drug Administration) para a aprovação de novos medicamentos (Russo; Venâncio, 2006, p. 465-466).

A articulação entre a disposição dos laboratórios farmacêuticos e a FDA fica explícita, ainda de acordo com Russo & Venâncio (2006, p. 465-466), ao se observar a transição do DSM-III para o DSM-IV, com a inclusão contínua de novos diagnósticos ocorrendo ao mesmo tempo em que são desenvolvidos novos medicamentos psiquiátricos. Ou seja, antes mesmo de uma nova categoria nosográfica ser divulgada, a doença já tem a medicação que lhe tratará. Como aponta Quinet (2023, p. 33-34), a psiquiatria, em articulação direta com a psicofarmacologia, desenvolve novos remédios para novos males, assim como parece constituir ou apontar novos males para remédios que já estavam em fabricação.

Por fim, antes de prosseguir ao DSM-IV, como conclui Russo & Venâncio (2006, p. 475):

se todos éramos neuróticos no período de hegemonia da psicanálise, hoje cada um é capaz de encontrar seu próprio transtorno. A extrema banalização do diagnóstico psiquiátrico, se por um lado contribui para diminuir o estigma associado à doença mental, favorece ao mesmo tempo e na mesma proporção uma penetração intensa da psiquiatria e de sua lógica no dia a dia das pessoas.

A partir do autor Dunker (2014, p. 97), o DSM-IV foi publicado em 1994, com 297 categorias distribuídas em 886 páginas. A maior transformação em relação às versões anteriores foi a incorporação de um critério de significância clínica para quase metade das categorias que tinham sintomas e geravam "sofrimento considerado clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional" (Dunker, 2014, p. 97).

O DSM-IV possui 17 categorias classificatórias divididas em cinco eixos: o que reúne os transtornos clínicos, o que trata do retardo mental, o que discorre sobre os problemas médicos, o que apresenta os problemas de ordem psicossocial e ambiental que se relacionam com o transtorno mental que o indivíduo detém e, por último, o quinto, que é uma escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) (Neto, 2011, p. 46). De acordo com Pessotti (1999, p. 184), as 17 grandes categorias devem incluir todo o campo dos tais distúrbios psiquiátricos, e adiciona, mencionando que "não é mais a forma do distúrbio que diz se o psiquiatra deve tratá-lo, mas a possibilidade do psiquiatra tratá-lo é que define o distúrbio mental" (Pessotti, 1999, p. 184).

Existe um processo vigente desde a hegemonia da psiquiatria biológica a partir do DSM-III que é afirmação da fisicalidade de todo e qualquer transtorno mental, ou seja, da dependência com procedimentos que acontecem no corpo (cérebro) (Russo; Venâncio, 2006, p. 467). A

radicalização desse movimento, fez com que o grupo de “Transtornos Mentais Orgânicos” desaparecesse no DSM-IV, com a justificativa de que a sua existência contribuía com a ideia de que transtornos mentais não teriam sempre uma base biológica. A divisão entre o que é “psíquico” e o que é “orgânico”, que antes foi tão fundamental para a psiquiatria, deixou de ocorrer. Por fim, e a partir de Pessotti (1999, p. 186) não se pode entender o quarto DSM como sendo uma classificação das formas da loucura, nem das doenças mentais, visto que, segundo às suas definições, entre os transtornos que classifica, muitos são apenas “manifestações de disfunção biológica do indivíduo”. O que parece estranho, já que a psiquiatria se constituiu como especialidade justamente para dar conta do que é parte da "psiqui", que se traduz, para o dicionário Michaelis (2015), como *psyché*, ou alma, do humano. O que diz respeito à fisiologia pura já estava sendo abarcado por outras categorias médicas.

O DSM-V começa seu caminho quando o psiquiatra estadunidense David Kupfer é apontado como coordenador da equipe, pretendendo criar um manual revolucionário que corresponderia seu sistema de classificação com as tecnologias da biologia molecular, neurociência e a psicometria. Haviam 13 grupos de trabalho com 500 trabalhadores da área da saúde no total (Blashfield *et al.*, 2014, p. 41, tradução nossa). O trabalho terminou em maio de 2013, quando o manual foi publicado, contendo mais de 300 categorias diagnósticas organizadas em 947 páginas e três sessões. A primeira parte apresenta rumos para o uso clínico e forense, enquanto a segunda caracteriza os critérios diagnósticos dos transtornos. Por fim, na terceira seção estão localizados os instrumentos para avaliar os sintomas (Martinhago; Caponi, 2019a, p. 83).

Ainda, outra novidade do DSM-V é que seus criadores incorporaram uma forma dimensional de realizar diagnóstico, abandonando o sistema multiaxial, já que era considerado, segundo Martinhago & Caponi (2019a, p. 83) superficial e pouco utilizado. O diagnóstico dimensional por sua vez, percebe a doença como uma disfunção única situada no extremo de um *continuum* ou espectro, onde a rigidez das categorias que existia no DSM-IV desaparece (Resende, 2014, p. 10). Assim, pode-se investigar se o sintoma é leve, moderado ou severo em diferentes quadros clínicos.

O DSM-V trouxe consigo uma relevante mudança envolta de seu objetivo como manual, que antes, no DSM-IV, era de ser prático, útil e breve no conjunto de critérios, utilizando uma linguagem objetiva e descrições precisas (APA, 2002, p. 21 *apud* Mas, 2018, p. 61), mas que agora também busca ser versátil e eficaz em diversas situações, sendo utilizado por clínicos e

pesquisadores de orientações distintas e profissionais de diferentes setores da saúde mental (APA, 2014b, p. 41).

A ênfase no diagnóstico dimensional, aliada à articulação entre a APA, as grandes indústrias farmacêuticas e a FDA cria o cenário de patologização da vida cotidiana, que aparece fortemente no DSM-V. O manual apresenta uma lista completa de questões sociais que se tornam patologias, como por exemplo problemas de relacionamentos, rompimentos familiares, abuso parental ou negligência, problemas com vizinhos, pobreza extrema, problemas religiosos ou espirituais, não aderência ao tratamento médico e etc. (Martinhago; Caponi, 2019a, p. 84). A partir disso, de acordo com Ribeiro *et al.* (2020, p. 49) nota-se que os distúrbios passam a “falar” pelo paciente, ou seja, as classificações do manual prevalecem sobre qualquer esforço do paciente em se posicionar como sujeito, que se desimplica do sintoma, que passa a ter causa inteiramente biológica.

Por outro lado, vê-se que o enfoque no diagnóstico dimensional possibilita que muitas pessoas que foram subdiagnosticadas se enquadrem nas categorias, mesmo que em outro lugar do mesmo *continuum*. Ao enquadrar essas pessoas que antes ficariam fora da nomeação, possibilita-se que elas tenham acesso à tratamentos e/ou benefícios sociais e governamentais devidos.

Ao olhar para trás na história das classificações em psiquiatria, vê-se que desde a ruptura operada em 1980, pelo DSM-III, quando começou-se a delimitar patologias psiquiátricas somente a partir dos agrupamentos de sintomas (Caponi, 2014, p. 744), houve uma mudança na forma de ver o sofrimento psíquico, que se esvaziou da subjetividade e da história de vida de cada um, sobrando apenas corpos deficitários que emitem comportamentos desviantes que precisam ser radicalmente alterados com medicamentos e técnicas comportamentais (Martinhago; Caponi, 2019a, p. 86-87).

Como confirma Resende (2014, p. 12-13), os transtornos mentais propostos pelo DSM-V ignoram a história da psicopatologia e rompem com as escolas de pensamento, especialmente com a psicanálise, em uma tentativa de descartar o sujeito. Ainda, o argumento de que os DSMs representam o melhor da ciência se perde quando se nota que o corpo que realiza as decisões finais dos manuais não é composto por um grupo de cientistas, mas líderes de uma organização com fins lucrativos (Blashfield *et al.*, 2014, p. 43, tradução nossa). Como salienta Mas (2018, p. 95) quando a possibilidade de lucrar com uma condição de saúde se une com os processos que envolvem tratá-la, a população se torna refém da predileção em manter os ganhos financeiros.

Por fim, Caponi (2014, p. 753) diz que é possível afirmar que uma das principais táticas para assegurar a constante ampliação dos diagnósticos é uma preocupação por identificar angústias do dia a dia ou pequenos desvios de atitude que indicariam uma patologia grave que está por vir. É completa, dizendo que a estratégia exemplificada está presente em todos os DSM a partir do III, e que o risco de saúde que precisa ser prevenido leva a um processo de patologização e medicalização da infância e da vida adulta que se amplia a cada nova edição do DSM.

Nota-se, para além, que não apenas os manuais constroem formas de conceber o sofrimento, suas tratativas humanas e caminhos possíveis, mas eles também são um reflexo direto da sociedade, que atualiza suas demandas frente ao social, pautada pela maneira como os discursos vão sendo operados, e que tipo de saber querem produzir ou repetir, junto deles. Discursos, nesse caso, como ordenadores de gozo, assim como Quinet (2023) aponta no livro *Psicose e Laço Social*, onde, para introduzir os diferentes discursos ou laços sociais, faz uma contextualização do campo do gozo, que situa os mesmos em sua abrangência. O campo do gozo, parte da segunda fase do ensino de Lacan, não desconsidera o campo da linguagem e sua centralidade no Nome-do-Pai, mas o inclui. O desenvolvimento de tal campo relaciona-se intimamente com a criação do objeto a, durante a década de 1960, já que é o objeto-causa que, ao ser extraído da linguagem, constitui a realidade. Nos discursos e os seus matemas, o objeto a é aquele une e "tetraedra" (Lacan, 1971 *apud* Quinet, 2023, p. 38) o campo do gozo em quatro discursos: o discurso do mestre; o discurso do universitário; o discurso da histérica e o do analista.

O gozo, por sua vez, é aquilo que sempre escapa, extravasa e resiste à toda ou qualquer tentativa de limitação. O campo do gozo, segundo Quinet (2023, p. 39): "é um campo operatório e conceitual, estruturado pela linguagem por meio de seus aparelhos, que são aparelhos de tratamento do gozo nos laços sociais: os discursos. São eles que constituem a realidade". Mais ainda, nota-se que cada um dos quatro discursos possui quatro elementos organizadores em comum, que apenas trocam de posição, são eles: o S1 (significante-mestre), o S2 (saber), o sujeito dividido e o objeto a. Por fim, importa dizer que cada um dos respectivos elementos vai girando entre as posições de agente, verdade, produto e outro. Ou seja, algum agente se refere a um outro, que produz algo e deixa de lado determinada verdade.

No discurso do mestre, o agente é o S1, que se utiliza dos saberes do outro (S2) e produz a mais-valia (objeto a), fazendo que reste, como verdade, o próprio sujeito do inconsciente, que é deixado de lado. Já no discurso do universitário, o agente se utiliza de um saber (S2) para referir-

se a um outro, tratado como objeto abjeto (objeto a), que produz um sujeito com esse saber, abstendo-se do traço unário (S1), como verdade. O discurso da histórica, por sua vez, se organiza de forma em que o agente é o sujeito, o qual elege um mestre (S1) que produz um saber (S2), se embasando no objeto a, que situa-se enquanto verdade. O mesmo mestre pontuado, enquanto agente, promove um discurso universitário (Quinet, 2023, p. 51). Por fim, o discurso do analista é organizado de forma em que o agente se faz de objeto a, se referindo a um outro enquanto sujeito, que produz significantes. O saber (S2) mantém-se do lado do analista, enquanto sujeito suposto saber. Ainda, como pontua o mesmo autor, o discurso do analista é o único no qual o significante-mestre não pode ser encarnado por ninguém; ele é puro significante.

Como pontua Quinet (2023, p. 31), "o discurso do mestre moderno é o discurso universitário: o mestre foi substituído pelo saber universal científico". O que destaca, na prática, que o saber da ciência preenche o espaço da verdade, no lugar da verdade do sujeito, que é colocada em segundo plano. Ainda mais, como traz o mesmo autor, o discurso do mestre contemporâneo (e não moderno) é o discurso do capitalista, que se arranja de forma a inverter os elementos da primeira fração do discurso do mestre. Por outro lado, como destaca Lacan (1974 *apud* Quinet, 2023, p. 52-53), essa é a forma de laço mais dominante em nossa sociedade atual, e que se responsabiliza pelo mal-estar na modernidade. Como define Quinet (2023, p. 53):

é um discurso que exclui o outro do laço social, pois o sujeito só se relaciona com os objetos-mercadoria comandado pelo significante-mestre capital. (...) No lugar da verdade encontra-se o capital (S1) como significante-mestre desse discurso; o sujeito é reduzido a um consumidor (\$) de objetos, os gadgets (a) produzidos pela ciência e pela tecnologia (S2).

O DSM, em vista disso, pode ser tido como um dos objetos-mercadoria produzidos pela ciência psiquiátrica, onde "saiba sobre tudo, sem nada deixar escapar" se torna um dos mantras que acompanham sua circulação. Cabe à psicanálise, se posicionar de forma a ir contra tal tipo de discurso, seja ele universitário ou capitalista. Nota-se, ainda, que o discurso do capitalista, seus frutos e contornos serão mais abordados na terceira parte dessa investigação.

Mais ainda, a complexidade de tal discurso que aliena o saber sobre si no Outro da ciência, está na inversão política-social de tal operação: ela é desmentida enquanto discurso do mestre (que manda, ordena) mas é considerada enquanto empreendedora, como se o sujeito estivesse ouvindo a si mesmo, como diz Han (2017, p. 83), ao buscar o seu diagnóstico psiquiátrico. Porém, como o mesmo completa, "a dialética misteriosa da liberdade transforma essa liberdade em novas coações".

Ou seja, ao imaginar que se está realizando um ato de emancipação, acaba se caindo em um contexto em que o distúrbio fala mais alto sobre o sujeito do que ele mesmo (Ribeiro *et al.*, 2020, p. 49).

O autismo, foco nosográfico desta pesquisa, relaciona-se aos fenômenos sociais citados e ao desenvolvimento dos DSMs rumo à univocidade de suas línguas, servindo como base de investigação não mais a psicanálise e a tradição psicopatológica, mas a psiquiatria-biológica e a articulação com a psicofarmacologia e a neuropsicologia. Com isso, se faz necessária uma retomada histórica do autismo como caso e terminologia, e depois, como categoria diagnóstica dos manuais da APA, precisamente para que sejam passíveis de reflexão tais questionamentos: como o autismo foi enxergado e trabalhado pela psicopatologia desde seu surgimento até os dias de hoje? Como sua conceituação se transformou ao longo dos DSMs?

1.2 Histórico do autismo

Segundo Marfinati e Abrão (2014, p. 247), foi a história de Victor de Aveyron que deu voz às psicoses infantis, classe a partir da qual, Leo Kanner descreve, em 1943, o quadro "autismo infantil precoce" (Banks-leite; Galvão, 2000, p. 18-19 *apud* MarfinatiI; Abrão, 2014, p. 247). Victor, um menino não oralizado e quiçá surdo, foi encontrado por caçadores nas florestas do Sul da França, em 1798, e tratado por Jean-Marc-Gaspard Itard, que demonstrou a existência da possibilidade de um tratamento contínuo, erigindo um novo objeto de estudo, as psicoses infantis (Santos; Machado; Domingues, 2020, p. 323).

Dado que no século XIX se acreditava fielmente na origem congênita de toda e qualquer "anormalidade" (Santos; Machado; Domingues, 2020, p. 323), mesmo com a importância da obra de Itard, foi apenas na metade do século seguinte que as doenças psíquicas infantis voltaram à tona, com a publicação de Leo Kanner em 1943, que:

desenvolveu um estudo com 11 crianças no hospital John Hopkins, em Baltimore, que apresentavam o seguinte quadro: dificuldades em estabelecer vínculos afetivos e em tolerar modificações no ambiente e na rotina diária. Kanner caracterizou as crianças do seu estudo com uma incapacidade, desde o nascimento, de estabelecer contato com seu meio (Santos; Machado; Domingues, 2020, p. 323).

Segundo (Tafari, 2002; Cavalcanti & Rocha, 2001 *apud* Rocha, 2009, p. 151) o termo "autismo" foi formulado por Bleuler polemicamente em relação a Freud, e foi cunhado para

expressar o isolamento do mundo externo como um dos sintomas da esquizofrenia. A palavra autoerotismo foi abreviada em "autismo". O termo foi retomado por Kanner quando descreve a síndrome, mantendo a ideia de afastamento do mundo externo, embora em um panorama diferente daquele proposto por Bleuler. Conclui-se, porém, que é relevante identificar que, desde sua identificação como síndrome por Leo Kanner, a relação do dito autista com a alteridade parece central (Rocha, 2009, p. 151).

Em 1943, Kanner (1997, p. 156 *apud* Rocha, 2009, p. 152) assevera que o traço peculiar do autismo seria a “incapacidade dessas crianças de estabelecer relações de maneira normal com as pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas”. Por outro lado, a relação com os objetos é diversa, porque ainda que mostrassem pobreza imaginativa, podiam passar um dia todo manuseando-os. Ou seja, como diz Kanner (*apud* Rocha, 2009, p. 152), a característica própria do autismo é a forma peculiar, expressa aqui como incapacidade, como os sujeitos encaram a interação com outras pessoas e as situações sociais no geral, característica que não se repete no encontro com objetos inanimados. De acordo com Rocha (2009, p. 152) embora pareça haver uma passividade com a interpretação de tais déficits, talvez também haja uma tentativa de evitar a interferência alheia, uma exclusão ativa do outro.

De acordo com os autores Tamanaha, Perissinoto & Chiari (2008 *apud* Santos; Machado; Domingues, 2020, p. 324) quase ao mesmo tempo em que Kanner fez sua publicação, mais precisamente em 1944, Hans Asperger publicou um estudo sobre um distúrbio que definiu como Psicopatia Autística. Asperger caracterizou-o como um transtorno severo na interação social, com uso pedante da fala, desajeitamento motor e incidência apenas no sexo masculino. Apesar de os quadros descritos por Leo Kanner e Hans Asperger serem parecidos, no quadro descrito pelo último não havia evidências de prejuízo significativo na área da cognição.

Como explicar que mesmo em pontos diferentes do globo terrestre, Leo Kanner e Hans Asperger descreveram um fenômeno tão parecido, e com terminologia em certo um pouco semelhantes, como o uso do termo "distúrbio de contato afetivo"? Segundo a autora Thomas (2024, p. 120-121) a noção de *gemüt*, palavra alemã, pode explicar a coincidência de tal acontecimento. Utilizada para expressar a coesão e a força do povo alemão, secundariamente passou a ser utilizada para significar, na área da saúde, em sua negativa (falta de *gemüt*) como referindo-se a um transtorno do contato afetivo. A saber, no serviço de Pedagogia Curativa, que Hans Asperger coordenava, essa noção era muito utilizada. Nessa mesma clínica, trabalhou Georg Frankl, que

emigrou para os EUA em 1937, encontrando um emprego no departamento de Kanner. Foi assim que a noção de "contato afetivo" transportou-se de Viena para Baltimore. Não foi acaso ou o uso da comunicação telepática. Sendo assim, deve-se considerar que antes de tudo o autismo não deixa de fazer parte de um fenômeno social e de linguagem, com dobras e contornos que são desprezados pelas ciências biológicas, cognitivas e até mesmo pela psicanálise, ao se transformar em um objeto de estudo, tratamento e propaganda.

Ainda, apesar de não ser um dos objetivos deste trabalho, pensar as origens da gramática ou da concepção linguística e epistemológica utilizadas para interpretar dado fenômeno, no caso o autismo, são relevantes para entender às fantasias e construções a partir das quais se montam uma descrição fenomenológica (Thomas, 2013, p. 349). Pensar o autismo como um fenômeno social garante incluir as notações de surgimento e contextualização do mesmo, demonstrando um interesse verdadeiro em saber de que forma as coisas se produzem, segundo Thomas (2018, p. 19).

Kanner e Asperger forneceram as condições para um debate etiológico sobre a natureza do autismo (Santos; Machado; Domingues, 2020, p. 324), entre uma origem psicopatológica através da possibilidade de "dano orgânico primário ou a culpabilização parental" (Rocha, 2009, p. 155). Naquele momento, a crença mais defendida era que "o autismo era causado por pais não emocionalmente responsivos aos filhos - a hipótese da 'mãe geladeira'" (Klin, 2006, p. 4). Como apresenta Kupfer (2000, p. 96), o autismo de Kanner nasce em estreita articulação com a culpabilização das mães, porém, em movimento oposto, são desculpabilizadas pela psiquiatria biológica: o problema está na falha dos neurotransmissores, dizem tais teóricos. Kupfer completa, dizendo que "uso que a sociedade faz disso é o seguinte: ao serem desculpabilizadas (e precisam sê-lo, pois efetivamente não têm culpa), são pelo mesmo ato desresponsabilizadas".

Além dos autores citados, de acordo com Santos, Machado & Domingues (2020, p. 325) muitos outros estudiosos teorizaram e teorizam na contemporaneidade sobre o autismo, mas sem constituir um consenso sobre sua etiologia e posição estrutural. As diferentes particularidades dessa discussão, com enfoque na visão psicanalítica, serão discutidas no próximo capítulo - autismo e psicanálise.

Atualmente, sem entrar nas diferentes abordagens psicológicas sobre o autismo, existem duas grandes forças sociais que se estabelecem enquanto referências notadas do mesmo, são elas: os autistas ativistas da neurodiversidade e as associações de pais de autistas. Como parte do histórico do autismo, é essencial ao menos apresentar esse panorama social atual. Segundo Furtado

(2011, p. 92) aqueles autistas que apresentam uma facilidade maior para se posicionar na comunicação são os "que tomam a frente do movimento identitário da neurodiversidade e falam em nome de todos os outros, estabelecendo o que acreditam ser a verdade sobre o autismo, a verdade 'vista por dentro'". Uma complexidade dessa posição é que os mesmos autistas que descrevem tal experiência subjetiva pessoal não consideram as contradições as quais a categoria nosológica está fundada, convergindo suas falas com o visto discurso cientificista que justamente busca por ignorar à experiência subjetiva de cada sujeito. A partir de Ortega (2008, p. 488) vê-se que a cerebralidade do transtorno é abraçada como um fato pela comunidade autista, o que se revela já no termo (neuro)diversidade. Nesse ponto, eles se alinham com os grupos de pais de autistas, que também baseiam suas perspectivas na etiologia cerebral e genética do fenômeno, recusando qualquer explicação provinda da psicanálise "culpabilizante".

Por outro lado, a maior parte das posições dos pais de autistas são distintas das prerrogativas da comunidade neuro diversa, principalmente na discussão verbal entre o "ser" ou "ter" autismo. Como diz Ortega (2008, p. 485), os ativistas autistas defendem que eles "são" autistas, no lugar de portar (ter) um transtorno ou uma doença, que deve ter a sua cura almejada, como é argumentado pelos grupos de pais. Em continuidade, as associações parentais se articulam com instituições comportamentais que têm como propósito educar e tratar o indivíduo autista (Furtado, 2011, p. 93). Porém, aqueles que lutam pelos direitos da neurodiversidade autista consideram tais tratamentos como um passo adiante em direção a intensificação da intolerância da diversidade neural, a partir do que traz Ortega (2008, p. 481), pois buscam dissipar algo que deve ser naturalizado.

Com isso, têm-se uma parcial recaptura do desenvolvimento e dos entraves que caracterizaram e caracterizam o fenômeno autismo, desde os primeiros contatos com o mesmo, com Victor de Aveyron, o cunho do signo por Bleuler, o autismo de Kanner e a Psicopatia Autística de Asperger. Lendo Thomas (2013, 2018, 2024), foi realizada uma reflexão sobre a história da síndrome, oferecendo uma maneira de enxergar o autismo como um fenômeno social, que deve ser contextualizado e minuciosamente trabalhado, levando-se em conta as concepções linguísticas e gramaticais vigentes, etc. Agora, dar-se-á uma sistematização envolvendo como o autismo apareceu como sintoma e/ou categoria nosográfica ao longo dos DSM's, desde o DSM I (1952) até o DSM V (2013).

1.3 Autismo no DSM

O autismo é primeiramente citado já no DSM-I, de 1952, onde apareceu 4 vezes, de acordo com a formalização montada por Mas (2018, p. 66). Nele, o autismo ainda é considerado um sintoma parte do quadro de "Reação esquizofrênica, tipo infantil" (Mas, 2018, p. 72-73 *apud* APA, 1952, p. 28). Onde, ao serem analisadas às variadas formas de reações esquizofrênicas que acontecem antes da puberdade, aparece o autismo por ser uma das respostas possíveis.

No DSM-II, de 1968, o autismo permanece como um sintoma de esquizofrenia, o que revela, até então, uma articulação direta entre a psicose e o fenômeno do autismo. Por outro lado, nota-se que há uma descrição maior dos estados que compõe a reação autística: "Esquizofrenia, do tipo infantil: Esta categoria é para casos nos quais sintomas esquizofrênicos aparecem antes da puberdade. Essa condição pode se manifestar por comportamentos autista, atípico e retraído (...)" (Mas, 2018, p. 73 *apud* APA, 1968, p. 35). Com isso, fica mais claro que a descrição do autismo, por mais que não seja ainda um quadro diagnóstico mas um mero sintoma, já se assemelha ao que é descrito atualmente pela mesma entidade psiquiátrica (APA), sendo o comportamento "retraído" considerado análogo às dificuldades na comunicação e interação social descritas pelos DSM-III, IV e V. Porém, a noção também utilizada, de comportamento "atípico" é vaga e parece nada dizer sobre o objeto de estudo.

Continuando, no DSM-III (1980) e no DSM-III R (1987) o diagnóstico já citado da "Esquizofrenia do tipo infantil" é retirado, pois é extremamente raro na infância, a partir de (Mas, 2018, p. 74 *apud* APA, 1987). Por outro lado, Martinhago & Caponi, (2019b, p. 2), como já colocado anteriormente, observam que foi nesse Manual que toda teoria de fundamentação psicodinâmica foi afastada. Ainda, são alocadas dentro dos "Distúrbios que habitualmente se manifestam primeira na infância ou adolescência" três categorias nosográficas, o Retardamento Mental, os Distúrbios Específicos de Desenvolvimento e os Distúrbios Globais de Desenvolvimento (DGD). O autismo se torna parte da última, nomeando-se como Distúrbio Autista e sendo pela primeira vez elevado à condição de entidade nosográfica (Mas, 2018, p. 74 *apud* APA, 1987).

Nota-se que o termo "Distúrbios Globais do Desenvolvimento" tem sua utilização justificada pois muitas áreas primordiais do desenvolvimento psicológico são ao mesmo tempo afetadas e de forma grave. Dentro da mesma categoria só há um subgrupo, o do Distúrbio Autista. Ou seja, o que era antes uma resposta sintomática da Esquizofrenia tornou-se o único integrante de

um subgrupo inteiro dentro dos DGD. Mais ainda, outra nota é de que o Distúrbio recebe uma descrição mais completa e minuciosa, como traz Mas (2018, p. 74 *apud* APA, 1987) e com maior precisão do ponto de vista descritivo, a partir do que já foi colocado nessa pesquisa, por Dunker & Kyrillos Neto (2011, p. 616).

Segundo Mas (2018, p. 75) a descrição diagnóstica do autismo no DSM-III é um marco importante dentro dos Manuais da APA, já que depois dessa conceituação, nos tratados que seguiram, as características primordiais que o descrevem são as mesmas. Para ilustrar a descrição citada (Mas, 2018, p. 75 *apud* APA, 1987, p. 41-42):

as características essenciais constituem uma forma de distúrbio Global de Desenvolvimento grave com idade inicial na primeira infância ou na infância. As outras características do distúrbio são descritas abaixo: A) Incapacidade qualitativa na interação social recíproca; B) Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa; C) Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos; D) Início na primeira Infância ou infância.

A partir do trecho, é interessante reparar que o autismo ainda era visto como um distúrbio que se apresentava apenas de forma grave, o que revela que às formulações da médica Lorna Wing, que se interrogou sobre os critérios diagnósticos do autismo, ao longo da década de 70, fornecendo uma visão sobre um possível *continuum* para essa entidade nosológica, ainda não tinham surtido efeito nas construções da APA. Lorna se perguntava do porquê algumas pessoas pareciam estar por pouco fora da confirmação do diagnóstico (Mas, 2018, p. 88); o que será mais trabalhado ao falar sobre o DSM-V.

Para além, nesse volume do Manual, ao formular um diagnóstico, era necessário que o profissional incluísse ao menos dois critérios do grupo A, um do B e um do C (os quais foram explicitados acima), e ao total era fundamental serem identificados 8 itens, dos 16 listados, para que o Distúrbio Autista fosse diagnosticado com validade (Vianna, 2019, p. 41-42).

No DSM-IV (1994) e sua revisão (2002), por sua vez, o Distúrbio Autista é agora Transtorno Autista, o que ocorre também com outras diversas categorias. Nessa toada, é importante mencionar que há uma discussão sobre tal alternância gramatical, porém, não se coloca como um dos objetivos dessa pesquisa adentrar na mesma, mas apenas mencioná-la. Nessa quarta edição do Manual, o autismo se mantém na categoria DGD (agora TGD - Transtornos Globais do Desenvolvimento), mas não está mais sozinho na mesma, pois passam a fazer parte o Transtorno

de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Asperger. Conforme o Manual (APA, 1994, 69-70, tradução nossa):

as características essenciais do transtorno autista são a presença de um desenvolvimento marcadamente anormal ou deficiente da interação social e da comunicação e um repertório altamente restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam muito dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do sujeito. O transtorno autista às vezes é chamado de autismo na primeira infância, autismo infantil ou autismo de Kanner.

Importante notar que as colocações do DSM-IV TR, sobre tudo que for aqui citado, são as mesmas. Também, vê-se que há uma recorrência (como já havia sido pontuado) dos comprometimentos ao redor da interação social, da comunicação (verbal e não-verbal) e do repertório restrito de interesses, em relação ao que foi colocado no DSM-III.

Mais profundamente, no Manual se coloca que pode ser produzido um atraso no desenvolvimento da linguagem, ou sua completa ausência. Ademais, a relação com os outros pode ser pautada por uma falta de reciprocidade emocional. Por outro lado, com relação aos comportamentos restritivos, há uma adesão inflexível a rituais específicos e não funcionais, maneirismos motores e uma preocupação maior com partes de objetos, segundo a APA (1994, p. 70, tradução nossa).

Ainda, o DSM-IV expõe que o Transtorno Autista deve se manifestar antes dos 3 anos de idade, e caso haja um período de desenvolvimento normal cessado, o mesmo não pode ultrapassar a idade pontuada (APA, 1994, p. 71, tradução nossa). O chamado Transtorno de Asperger, clinicamente semelhante ao autismo, diferencia-se do mesmo, segundo o Manual, a partir da falta de atrasos significativos de linguagem (APA, 1994, p. 73, tradução nossa), e/ou cognitivos, e um desenvolvimento normal dos costumes de autocuidado e da curiosidade pelo ambiente ao longo da infância (APA, 1994, p. 79-80, tradução nossa).

Há uma nova categoria que surge neste compêndio, a dos Transtornos Globais do Desenvolvimento sem outra especificação, sendo o seu esclarecimento significativo justamente por ela incluir o chamado "Autismo Atípico" em sua descrição, o que produz algumas questões sobre o seu significado. O TGD sem outra especificação é detalhado da seguinte maneira (APA, 1994, p. 82, tradução nossa):

esta categoria deve ser usada quando há um comprometimento grave e generalizado no desenvolvimento da interação social recíproca ou das habilidades de comunicação não-verbal, ou quando há comportamentos, interesses e atividades

estereotipados, mas os critérios para um Transtorno Global do Desenvolvimento específico, Esquizofrenia, Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Transtorno da Personalidade Esquiva não são atendidos. Por exemplo, esta categoria inclui "autismo atípico": casos que não atendem aos critérios para Transtorno Autista devido a uma idade de início mais tardia, sintomatologia atípica ou sintomatologia subliminar, ou devido a todos esses eventos ao mesmo tempo.

Por fim, para realizar o diagnóstico, é posto na p. 74 do Manual uma tabela com três critérios para o reconhecimento dos sintomas (APA, 1994, tradução nossa):

A - alteração qualitativa na interação social (...); alteração qualitativa na comunicação (...); padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados (...); B - atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas: 1) interação social; 2) linguagem para fins de comunicação social ou 3) jogo simbólico ou imaginativo; C - A perturbação não é melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância.

Nota-se que no critério A, devem ser somados ao total 6 (ou mais) dos 16 itens expostos, com no mínimo dois do primeiro ("alteração qualitativa na interação social"), um do segundo ("alteração qualitativa na comunicação") e um do terceiro ("padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados"). Para os critérios B e C não há complementos a serem feitos.

Por último, no DSM-V (2013), o último a ser publicado até a data desta investigação (2024), o autismo passa a integrar a classe de “Transtornos do Neurodesenvolvimento”, sob a denominação de “Transtorno do Espectro Autista”, cujas características envolvem (APA, 2014b, 31):

déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

De antemão, nota-se que as características diagnósticas pontuadas são as mesmas do "Transtorno Autista" do DSM-IV, porém, com a adição da colocação sobre as questões para "desenvolver, manter e compreender relacionamentos". Permanecem, ao mesmo tempo, os três critérios diagnósticos principais já conhecidos: prejuízo na comunicação, na interação social e os padrões restritos de comportamento.

Sobretudo, a maior mudança operada pelo DSM-V, no que tange a classificação diagnóstica do autismo, foi a adição do termo (e conceito) "espectro". Como sustenta o Manual, tal utilização

explica-se, pois (APA, 2014b, p. 53): "Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro". Ainda mais, é intrigante notar que uma ideia semelhante já tinha sido utilizada para retratar o autismo no contexto do DSM-IV: "As manifestações do transtorno variam muito dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do sujeito" (APA, 1994, 69-70, tradução nossa). Porém, na quinta edição há o acréscimo da noção sobre a gravidade da condição autista, como parte da descrição e posterior justificativa.

O termo espectro é utilizado pela primeira vez em 1981, pela médica Lorna Wing para asseverar que a Síndrome de Asperger e o Autismo de Kanner eram ambos parte do mesmo fenômeno, mas em pontos diferentes de um espectro (Mas, 2018, p. 21). De acordo com os autores Donvan e Zucker (2017), Lorna primeiramente teorizou sobre um *continuum* que existiria, não apenas como linha reta entre o que é grave e o que é leve, mas a partir de maior complexidade não-linear. Depois, passou a utilizar o conceito de espectro para descrever tal dimensão.

Outra justificativa relevante que o Manual utiliza para a utilização do conceito é a de que (APA, 2014b, p. xlii):

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 tratamento para os prejuízos específicos observados.

A partir disso, evidencia-se um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que a finalidade é tornar os critérios diagnósticos mais específicos, introduz-se-a um conceito (espectro) que inverte o objetivo precisado, já que amplia os critérios utilizados para o diagnóstico. Não apenas, mas também, ao contrário de identificar alvos mais focados, identifica-se nem mais alvos, mas toda uma classe generalizada de pessoas.

Para além, importante também afirmar que a integração do transtorno na classe dos "Transtornos do Neurodesenvolvimento" indica algo sobre uma hipótese etiológica sobre o autismo, que deve, então, se relacionar com falhas no sistema nervoso. Porém, percebe-se que em nenhum momento no Manual há qualquer menção ao o que seria a parte "neuro" do termo, apenas referências (e aprofundamentos) no "desenvolvimento". Por outro lado, na p. 33 (APA, 2014b) há uma alusão a um tipo de especificador que, ao ser feito o diagnóstico, é passível de ser acrescentado: "associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental".

O que parece apenas fortalecer tal contradição, pois como pode-se haver uma discussão sobre etiologia se a mesma já foi estabelecida na rubrica do "neurodesenvolvimento"?

Ainda, os indivíduos que no DSM-IV receberam um diagnóstico de Transtorno de Asperger, Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação, e o próprio Transtorno Autista, devem receber o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista no DSM-V (APA, 2014b, p. 51). Outro ponto é que diferente do DSM-III e o IV, nessa edição não há uma identificação sobre o número mínimo de itens que devem ser preenchidos para ser garantido o diagnóstico. Por outro lado, para os critérios A e B, que envolvem déficits na comunicação e interação social em múltiplos contextos e padrões restritos e repetitivos envolta do comportamento, interesses ou atividades, deve ser especificada a gravidade atual. Já para os critérios C, D e E, isso não precisa acontecer (APA, 2014b, p. 50):

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida). D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Sobre a especificação de gravidade, a partir da "Tabela 2", situada na página 52 do Manual, são expostos os "Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista", que vão do nível 1, que indica a necessidade de *suporte*, para o nível 2, que preconiza *suporte substancial*, e para o nível 3, de *suporte muito substancial*. Como se pontua no tratado "Casos Clínicos do DSM-V" (APA, 2014a, p. 31) identificar os níveis de gravidade contribui com o esclarecimento sobre a necessidade de serviços de atendimento social ou profissional. Porém, como dito por Rios (2017, p. 214):

embora o manual descreva detalhadamente os diferentes tipos de déficits e dificuldades inerentes a esses transtornos, não há qualquer discussão sobre o que seria esse suporte e que tipo de benefício ele ofereceria à pessoa autista.

Por fim, para além da introdução da noção de espectro, foi também pela primeira vez comentado sobre o diagnóstico de autismo em adultos, no caso, TEA. Diz-se (APA, 2014b, p. 56):

alguns indivíduos aparecem pela primeira vez para o diagnóstico na idade adulta, talvez levados pelo diagnóstico de autismo em alguma criança da família ou pelo rompimento de relações profissionais ou familiares. (...) Quando a observação clínica sugerir que os critérios são preenchidos no presente, pode ser diagnosticado o transtorno do espectro autista, desde que não haja evidências de boas habilidades sociais e de comunicação na infância.

Para tal, é observado que pode ser importante conversar com algum familiar que tenha acompanhado o desenvolvimento do indivíduo, a fim de esclarecer as lacunas surgidas no processo autobiográfico. Assim, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos ao passo que estejam notadamente presentes no passado infantil, ainda que não nos dias atuais (APA, 2014b, p. 54).

Por fim, fica manifesto o quanto o diagnóstico de autismo foi se transformando e ganhando maior importância nos manuais da APA ao longo das décadas. Ainda, reflete o que se almejava produzir enquanto conceito de autismo, para além da descrição pura de um objeto de estudo da psiquiatria biológica, criando um cenário ideal para lidar com demandas de assistência médica, como o acesso a tratamentos, mas também gerando uma patologização da vida cotidiana, onde todos têm o seu diagnóstico garantido.

2. O AUTISMO E A PSICANÁLISE

Depois de efetuada uma passagem e aprofundamento no campo da psiquiatria, discutindo os DSMs, sua relação com a psicopatologia e a psicanálise, apresentando o histórico do autismo, como signo, terminologia e posterior entidade nosológica, agora o enfoque será na relação do autismo com a disciplina psicanalítica. Em especial, a partir da abordagem lacaniana, mas não apenas, pois serão apresentados autores clássicos que se debruçaram sobre o tema do autismo, contiguamente aos lacanianos.

2.1 Linguagem e alteridade

Em primeiro lugar, como foi visto, seja por uma pontuação direta ou indireta, ao longo do primeiro capítulo dessa pesquisa, o autismo foi apropriado de forma extensa e formal pela disciplina psiquiátrica. Portanto, como aponta Furtado (2011, p. 83), discutir sobre o fenômeno autismo, sua direção clínica e etiológica, suscita automaticamente os saberes médicos que circundam o mesmo, que excluem a psicanálise do debate já que a mesma não cumpre com os ideais científicos da psiquiatria contemporânea. Por isso, torna-se essencial trazer as mais diversas contribuições da psicanálise à mesa, ainda que não haja consenso etiológico ou estrutural sobre o tema, mesmo porque, a grande aposta psicanalítica mantém-se enquanto pilar: a escuta do sujeito.

Como assegura Maleval (2017, p. 15): "Ninguém melhor do que o próprio sujeito saberia ensinar aos clínicos a respeito do seu funcionamento". Ainda mais, aquilo que o sujeito produz como saber deve ser sobreposto ao que os DSMs trazem como verdade encerrada e universal, ao passo que sem a história e sem a subjetividade, aquilo que é enunciado pelos critérios diagnósticos pode nada dizer.

Segundo Berger (2007 *apud* Maleval, 2017, p. 33):

muito se criticaram os profissionais, especialmente os psiquiatras analíticos, por seu diagnóstico tênue, seus prognósticos incertos, suas denominações complicadas; mas seria preciso abandonar o princípio de prudência, de incerteza, que é o princípio de todo devir humano? (...) Em matéria de autismos, a principal queixa dirigida às abordagens psicanalíticas é a de que elas não produzem certeza alguma - um hiato fundamental, visto que esse defeito é sua principal qualidade; a saber, a hesitação elevada a princípio.

Sendo assim, nota-se que a psicanálise busca justamente evitar o lugar do discurso do universitário, muito utilizado pela medicina, onde quem traz o saber puro é o médico, e o paciente é tratado como objeto de exame, elevando-se a categoria de sujeito quando assujeitado ao saber definido. Ainda, o que chama a atenção é que mesmo o fazer dito científico, supostamente puro e objetivo, também detém interesses para além daqueles popularmente creditados; como foi evidenciado por Blashfield *et al.* (2014) e por Russo & Venâncio (2006), as classificações psiquiátricas também têm predileções comerciais, políticas, ideológicas e institucionais. Ainda, como é expresso por Furtado (2011, p. 83), determinados critérios diagnósticos servem a interesses específicos da indústria.

Agora, adentrando no universo psicanalítico da linguagem, Silva, Rhis & Oliveira (2020, p. 209), ao comentar sobre a linguagem para Lacan, confirmam: "o ser humano não usa a linguagem como instrumento, mas é assujeitado por ela. Neste sentido, pode-se entender que o ser humano é constituído a partir e na linguagem." Sendo assim, falar sobre autismo para a psicanálise é impossível sem falar sobre linguagem e os modos como o sujeito se constitui a partir da mesma. Observa-se, porém, que não é um dos objetivos da presente pesquisa adentrar profundamente no ensino de Lacan, apenas apresentar considerações tidas como relevantes, do autor ou de lacanianos, na via do autismo e dos conceitos vitais para realizar uma inspeção sobre o fenômeno.

Segundo Lampréia (2004, p. 112), nos anos 1970/80 acontece um debate sobre qual seria o prejuízo primordial do autismo: uma perda advinda da interação social que prejudicaria o desenvolvimento da linguagem ou uma dificuldade advinda da linguagem que prejudicaria o relacionamento social? Porém, pode-se ponderar que esta questão não faz sentido, porque a linguagem e a comunicação se desenvolvem conjuntamente, mesmo ao utilizar um conceito de linguagem não só como instrumento comunicativo, o que serve para Lacan, que se inspira na linguística estrutural. Partindo da perspectiva psiquiátrica dos déficits na interação, e também da noção psicanalítica de linguagem, Rocha (2009, p. 153) assinala que o autismo deve ser visto como um déficit relacional e que, portanto:

se é a relação com a alteridade que parece perpassar a história do autismo, formulamos a hipótese de que a leitura lacaniana da obra de Freud pode contribuir para esse debate ao oferecer outra inteligibilidade ao tema por sua maneira peculiar de conceber a alteridade.

Mais ainda, com base no mesmo, a conceituação lacaniana acerca da alteridade ultrapassa a dicotomia entre a culpabilização parental e o dano orgânico primário como origem

psicopatológica, uma vez que o campo da alteridade é cindido entre o outro (o semelhante) e o Outro. Assim, “assinalar que o nascimento subjetivo não coincide com o biológico não significa que o orgânico e o ambiental devam ser descartados, mas sim inseridos no campo da linguagem” (Rocha, 2009, p. 155). Então, segundo o que afirma Kupfer (1999, p. 101), tanto os defensores da origem psicopatológica do autismo, como Kanner (ou qualquer representante do que se chama por "culpabilização parental"), têm razão, pois as mães não são culpadas mas responsáveis pelo exercício de uma função que desconhecem e que depende de uma aposta, que pode não acontecer. Ainda, não enquanto a pessoa mãe, mas como representante (podem ser outras pessoas sem ser a mãe) de uma função simbólica, que será agora apresentada em detalhes.

Já que a questão da alteridade parece então central para o exercício da reflexão e da pesquisa psicanalítica sobre o autismo, torna-se relevante contextualizar o que é a função e figura primordial nesta composição do que se chama de alteridade. A primeira definição de Outro veio em 1950, juntamente ao projeto lacaniano de retorno a Freud. Lacan ([1964] 1998, p. 193-194) afirma que o Outro é “o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer”.

Rocha (2009, p. 156), por sua vez, traz que “o Outro é o lugar de onde se toma emprestado as palavras para que se possa dizer algo. (...) O Outro é, assim, o universo prévio da linguagem, a partir do qual a existência pode adquirir algum sentido”. Quinet (2012 *apud* Justo, 2021, p. 161), comunica que o sujeito não “é” isso ou aquilo, mas um furo no conjunto da linguagem, que desliza sobre a cadeia significante. Além disso, sua aparição ocorre ao ser representado por um significante para outro significante. Como coloca Rocha (2009, p. 157), o Outro fixa o sujeito sob certos significantes, a partir dos quais é estabelecida a imagem de um corpo unificado.

Ainda, a figura materna, no exercício da função de Outro Primordial, antecipará em seu bebê uma existência subjetiva que ainda não está lá, mas que virá a instalar-se justamente porque foi suposta. “Desenhará com seu olhar, seu gesto, com as palavras, o mapa libidinal que recobrirá o corpo do bebê, cuja carne sumirá para sempre sob a rede que ela lhe tecer” (Kupfer, 2000, p. 90). Ainda com Kupfer, (1999, p. 105), a autora traz que as inscrições originárias necessitam de um Outro que as signifique, dê sentido e regularidade, para que com isso, a entrada na linguagem se efetue plenamente.

Rocha (2009, p. 160) a partir desse panorama, conclui:

diante desses delineamentos da função do Outro na subjetivação, a primeira pergunta sobre o que se quer dizer com autismo no referencial lacaniano passa a ser se essa condição desvela uma ausência de relação com o Outro ou qual relação peculiar se constitui, que não leva a um sujeito do desejo.

É visando refletir sobre tal pergunta que os itens que seguem se deterão. Logo, serão expostas perspectivas teórico-clínicas de vários psicanalistas, desde autores clássicos, apresentados por Maleval (2017); comentários de Lacan e autores contemporâneos. A discussão apontada por Rocha (2009, p. 160) e apresentada na citação acima, da hipótese de que não há sujeito do desejo no autismo será por sua vez suspensa, pelo menos temporariamente, para que sejam realizadas mais considerações sobre a mesma.

2.2 Um percurso pelas hipóteses etiológicas do autismo

Depois de Kanner, que descreve, em 1943, o denominado Distúrbio Autístico do Contato Afetivo, foi Margaret Mahler a primeira psicanalista que se destacou a partir de suas elaborações sobre o fenômeno, construindo uma teoria geral do desenvolvimento infantil apoiada nas teorizações geneticistas de Anna Freud (Maleval, 2017, 49). Mahler separa o desenvolvimento da criança em três fases: a fase autística normal ou pré-simbiótica; a fase simbiótica e a separação-individuação. Se há alguma falha no processo de separação, a criança regride e mantém-se fixada à relação fusional mãe-bebê, defendendo-se da angústia de separação. O autismo, para a autora, está em uma etapa anterior a essa, sendo o tipo de regressão mais profunda que pode ser vivenciada pelo bebê, já que há uma "recusa alucinatória da percepção" e do universo vivo. Resumindo, a mãe parece não ter existência alguma.

Ainda com Maleval (2017, p. 51), mesmo para os psicanalistas que divergem da noção geneticista adotada por Mahler, por algum tempo se manterá o entendimento de que o autismo se trata da patologia mais primitiva, uma psicose muito precoce. Por sua vez, Bruno Bettelheim, nos anos 1960, lamenta que Mahler desconsidera a autonomia do indivíduo que se situa em uma posição autística, acreditando que para além da mãe (e junto dela) há algo a mais no entorno que pode produzir uma angústia insuportável que conduz o bebê a um trabalho intenso visando atenuar tal sofrimento, recluindo-se.

No contexto dos kleinianos, Donald Meltzer, na década de 1970, discorre sobre o autismo, mas em uma perspectiva diferente, pois o autor não considera que o autista esteja confrontado com

uma intensa angústia e/ou esteja se defendendo. Ele se situa em um estado de desmantelamento que anula toda e qualquer atividade mental, a partir do que traz, ainda Maleval (2017, p. 54). Com isso, Meltzer presume que o autista não desenvolve o pensamento, situando-se aquém da entrada na linguagem. Ainda, o caso Dick, descrito por Melanie Klein em 1930, foi postumamente identificado como um caso de autismo pela maioria dos clínicos kleinianos, e julgado como um aparecimento de uma saída do autismo, já que ao ser atendido depois da guerra por outra analista, o mesmo foi identificado como um "tagarela terrível" (Maleval, 2017, p. 55).

Para além, ainda na toada kleiniana, Frances Tustin assemelha-se à Meltzer por seu autista também ser considerado sem mentalização, porém, de forma discrepante, o mesmo se defende de uma experiência dolorosa, elaborando mecanismos de proteção dentro da cápsula protetora autística. A perda ou separação precoce do objeto principal de satisfação pulsional geraria uma angústia de aniquilamento, mutilação ou de "buraco negro", como se tivesse perdido uma parte vital de seu próprio corpo. Assim sendo, ao longo de sua obra Tustin considera os autistas como "prematuros psicológicos", como é pontuado por Maleval (2017, p. 57).

Por fim, como conclui Maleval (2017, p. 57):

as quatro grandes abordagens psicanalíticas clássicas do autismo infantil têm um ponto em comum: a intuição de que se trata da patologia mais arcaica. Para Mahler, a regressão libidinal mais profunda; para Meltzer, o funcionamento mais problemático do self; para Bettelheim, a angústia mais extrema; e, para Tustin, a fantasia mais catastrófica.

Sendo assim, o que viria a ser observado por Asperger, ou seja, de que o autismo pode apresentar outras formas, com menor comprometimento de linguagem ou na cognição, é descartado como autismo "verdadeiro", mas visto como parte de uma "personalidade pós-autística" por tais autores, como reflete Maleval (2017, p. 76).

Para continuar, visa-se discorrer sobre quais possíveis relações o sujeito autista estabelece, então, com o Outro da linguagem da psicanálise lacaniana. Como foi visto, para a psicanálise clássica (freudiana, anna freudiana e kleiniana) o autismo representa diferentes coisas, podendo ser vislumbrada uma ausência de relação com o outro; uma recusa da mesma, que acarreta na produção de uma inexistência aparente; ainda, uma reclusão motivada pela relação enfermiça mantida com a mãe e o ambiente e, por fim, uma regressão causada por uma perda de um objeto essencial. Permanece encoberto, no entanto, como tais observações podem ser compreendidas a partir da ótica

do Outro lacaniano. Com isso, resta realizar um novo percurso, com contribuições efetuadas sob o prisma lacaniano.

Como pontuou Rocha (2009, p. 160), uma das primeiras perguntas a se formular sobre o autismo, no referencial lacaniano, seria qual relação (e se há relação) o sujeito compõe com o Outro da linguagem. Seria uma ausência de relação? Uma relação igual ao que ocorre na psicose? Ou na neurose? É um outro tipo de relação? Se sim, como a situar? O autista se apodera do significante ou mantém-se no signo? Ele é sujeito? Se sim, sujeito sem pulsão e sem desejo? Ele chega a entrar na linguagem? É visando ao menos apresentar tais questões, e ponderações, que os itens que seguem se deterão. Nota-se, ainda, que nenhuma visão será elevada ao patamar de absoluta, ou de melhor que as demais. Porém, serão sim privilegiadas algumas em detrimento de outras, pois podem situar melhor o fenômeno do autismo dentro da égide lacaniana, possibilitando um contraponto mais preciso à hegemonia das classificações psiquiátricas.

Em primeiro lugar, vale tornar evidente as colocações de Jacques Lacan sobre a temática do autismo, pois tudo que virá em seguida, por parte de determinados autores contemporâneos, se baseia no referencial teórico do autor. Assim, é essencial desvelar não somente suas considerações acerca da psicanálise no geral, mas no que objetiva essa pesquisa, a sua participação no debate sobre o autismo: pontual, mas marcante e renovadora.

Ao ser escolhido para realizar o discurso de encerramento do evento organizado por Maud Mannoni, o "Jornadas sobre as psicoses da criança", Lacan ([1967] 1992, p. 4 *apud* Vorcaro; Lucero, 2010, p. 148) manifesta que: "(...) se uma criança que tapa os ouvidos, nos disseram, ao quê? A algo que está sendo dito, não está já no pós-verbal, já que do verbo ela se protege?". Ainda sobre os autistas, na Conferência em Genebra sobre o sintoma, Lacan, ao longo de uma interlocução com Dr. Cramer, pontua (Lacan, [1975] 1998, p. 12-13):

como o nome o indica, os autistas escutam a si mesmos. Eles ouvem muitas coisas. Isto desemboca inclusive normalmente na alucinação, que sempre tem um caráter mais ou menos vocal. Nem todos autistas escutam vozes, mas articulam muitas coisas e se trata de ver precisamente onde escutaram o que articulam. (...) Trata-se de saber porque há algo no autista ou no chamado esquizofrênico, que se congela, poderíamos dizer. Mas o senhor não pode dizer que não fala. Que o senhor tenha dificuldade para escutá-lo, para dar seu alcance ao que dizem, não impede que se trate, finalmente, de personagens de preferência verbosos.

Logo, para Lacan, não apenas os autistas estão e são afetados pela linguagem, visto o modo como se protegem do verbo, mas utilizam-o ao dizer.

Para que se possa prosseguir, é importante deter-se nas pontuações lacanianas do Seminário XI ([1964] 1988), onde, além de se aprofundar no objeto a, Lacan postula os operadores lógicos da constituição do sujeito: a alienação e a separação. De acordo com Silva & Calzavara (2016, p. 89) é ao longo da alienação do sujeito ao Outro que o mesmo se localiza na linguagem e é marcado pelo significante advindo do Outro. Além disso, como Lacan ([1964] 1988) expressa, é nesse momento lógico em que o sujeito é elevado à condição de errante na cadeia significante.

Laznik (2004 *apud* Azevedo; Nicolau, 2017, p. 13-14) pontua que o fracasso na operação de alienação também equivale a um insucesso na instauração da pulsão. No que diz respeito ao autista, segundo a mesma autora, a produção de um sujeito que se alinha ao Outro, equivalente à essa operação, falha. Por outro lado, autores como Soler (1997), Silva & Calzavara (2016) e Maleval (2017) vão defender que há uma captura do sujeito no Outro no autismo, mas que essa ocorre parcialmente.

Para além da alienação, há também a operação de separação, em que o enigma do desejo do Outro torna o sujeito desejante, já que a percepção da falta no Outro cria no sujeito uma pergunta sobre o que o Outro deseja, abrindo espaço para o surgimento do próprio desejo - representado aqui pela queda do objeto a. Ainda, é no momento da separação em que ocorre a articulação entre o primeiro par de significantes (S1 e S2), como foi evidenciado por Silva & Calzavara (2016, p. 91), propiciando a constituição da cadeia discursiva, junto da perda do objeto.

Em termos teóricos e a partir desse ponto de vista, passar pelas duas operações lógicas constitui um sujeito neurótico, em que sua resposta ao Outro se faz enigma e o permite fazer laço. Ainda mais, diante do Outro da linguagem o sujeito pode responder diferentemente, de modo a definir posições variadas no campo do simbólico. Em vistas da psicose, resumidamente, o sujeito não se separa, pois "permanece colado à ideia de que ele é o que falta ao Outro" (Silva; Calzavara, 2016, p. 93). Kupfer (2000, p. 97) traz, ainda, a ideia lacanianana de que há uma falha na operação da função paterna, por conta da não inscrição simbólica do significante do Nome-do-Pai, que se encontra foracluído.

Ainda, Kupfer (2000, p. 91) destaca que o autismo e a psicose não poderiam ser parte de uma mesma estrutura, pois em um falha a função materna, de alienação, e na psicose a função paterna, que possibilita a separação. Continuando, como apontam os Lefort (2003, p. 181 *apud* Vorcaro; Lucero, 2010, p. 155) o autista se encontra em um estado de ausência de Outro. Ao mesmo tempo, parece excessivo à Vorcaro & Lucero (2010, p. 155) reconhecer que o autista vive no Real,

sem Simbólico e Imaginário. Para continuar, Rocha (2009, p. 160) repara que é comum o posicionamento que concebe o Outro da linguagem como ausente para o autista. Segundo o mesmo, tais concepções se difundiram sobretudo a partir das considerações de Laznik (2004), que acredita que o sujeito autista falha ao situar-se na dimensão simbólica, pois lhe faltam significantes; no Real lhe faltam os circuitos pulsionais, e na instância imaginária a imagem especular falha em se instalar plenamente.

Na mesma linha, Jerusalinsky (2012 apud Azevedo; Nicolau, 2017, p. 15) pensa que o autismo deve ser enxergado como uma quarta estrutura psíquica, se distinguindo das demais por se tratar da estrutura da exclusão do campo do Outro e do registro da linguagem. Afirma: "a prevalência dos automatismos cria um mecanismo de exclusão da criança a respeito da linguagem" (Jerusalinsky, 2012, p. 65 apud Azevedo; Nicolau, 2017, p. 15). Resumindo, para o autor não há sujeito no autismo, como pôde constatar Furtado (2011, p. 118). Por outro lado, conforme Rocha (2009, p. 162), a hipótese que é defendida por Jerusalinsky (2012) e sua análoga de que inexistem pulsões no autismo são vítimas de um certo dilema teórico:

ou o autismo é uma subjetivação sem pulsão e Outro (obrigando a reconhecer os limites da Psicanálise como demasiados estreitos, pois aí a pulsão é um conceito fundamental para se entender a vida humana) ou inexistem subjetivação no autismo. (...) Se estão fora do que é humano, onde as situar?

A partir do que resgatam Vorcaro & Lucero (2010, p. 148), é certamente possível pensar o sujeito autista introduzido no horizonte da linguagem, pois:

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

Desse modo, segundo as mesmas, o lugar do sujeito, no horizonte da linguagem, surge a partir dos significantes advindos do Outro, porém, nos casos de autismo, conforme o sujeito "é chamado a funcionar" (Vorcaro; Lucero, 2010, p. 149), por não haver, de acordo com Lacan ([1964] 1998, p. 225) "intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia (...)", ou seja, tal lugar do sujeito se paralisa na cadeia de significantes. Porém, mesmo paralisada, a entrada na linguagem marca o sujeito, sem que ele possa, no entanto, contar ou ordenar diferentemente tais significantes (Vorcaro; Lucero, 2010, p. 150).

Ainda mais, como indica Soler (1997, p. 62), “nenhum sujeito falante pode evitar a alienação. É um destino ligado à fala”. Sendo assim, Silva & Calzavara (2016, p. 93), concluem que tanto o sujeito neurótico, como o autista e o psicótico são capturados na alienação significativa, a diferença é que o sujeito autista não a assume plenamente, o que é também sustentado por Maleval (2015, 2017), que expressa que o sujeito autista está na alienação, "(...) mas a recusa". (...) A linguagem faz, em contrapartida, eco em seu corpo" (2015, p. 21). Para além, lendo o mesmo autor, a maneira como a alienação não é assumida pelo sujeito autista é com a retenção do objeto de gozo vocal, porque é a partir do silêncio que o mesmo se distancia da possibilidade de reviver a experiência perturbadora da alteridade, ou "uma cessão do objeto de gozo vocal ao gozo do Outro" (Maleval, 2015, p. 20). Ainda, como complementa dois anos depois, Maleval (2017, p. 91) constata que a verborreia também é uma das formas pela qual o autista se protege da emergência do objeto voz, já que pode falar muito desde que não enuncie nada, por exemplo, não endereçando o seu dizer a um interlocutor.

Mais sobre o objeto voz, parecem existir momentos em que o sujeito autista faz escapar um urro, grito ou frase imperativa, dessa vez endereçada, e por isso vivida, de acordo com Maleval (2017, p. 93) como uma mutilação, pois envolve um encontro com a alteridade e com o gozo do Outro, a partir do escape do objeto voz. Ainda, a saída do mutismo em momentos de angústia intensa pode confirmar que o mesmo não acontece por uma incapacidade fisiológica ou deficiência orgânica (Maleval, 2017, p. 113), mas a partir de certa "escolha do sujeito, mais ou menos consciente, a fim de se proteger da angústia" (Maleval, 2015, p. 20).

Por fim, fazendo uma articulação entre a operação de alienação e a enunciação, Maleval (2017, p. 106) reitera que:

a alienação primeira no Outro da linguagem produz uma separação traumática, uma cessão do objeto do gozo primordial, permitindo localizá-lo fora do corpo. Para que a enunciação se ancore na língua, é preciso que o sujeito tenha aceitado abrir mão do gozo vocal; é a condição da "incorporação" da voz do Outro, pela qual a identificação primordial se opera.

Logo, é a partir de tais eventos, ou da ausência deles, que o sujeito autista se aliena de forma parcial, pois apesar de receber do Outro os significantes primeiros, não se aliena ao desejo do Outro (Silva; Calzavara, 2016, p. 92) e não cede o objeto de gozo vocal, o que o mantém fora da voz provinda da alteridade. Como confirma Katan-Beaufils (2000 *apud* Furtado, 2011, p. 112), o autista está na linguagem, mas não no discurso. O que é equivalente a dizer, nesse caso, que ele não está nos

aparelhos de tratamento do gozo nos laços sociais (Quinet, 2023, p. 39); o autista está fora do laço. Ainda, como aponta Soler (2009 *apud* Furtado, 2011, p. 114) modos de gozo que prescindem do laço social, como o gozo autista, podem ser observados em qualquer estrutura psíquica, não sendo específicos do ordenamento de gozo psicótico. De outro modo, Thomas (2013, p. 342) testemunha que, abordar o autista como fora do laço é tomá-lo pelo lado do indivíduo e não do sujeito. Mesmo assim, os mesmos autores permanecem chamando-o assim.

Retomando, foi realizado um levantamento das diversas elaborações que situam o sujeito autista no campo psicanalítico, apresentando tanto perspectivas antagônicas, como complementares sobre sua constituição no horizonte da linguagem. Por outra via, faltaram, mais marcadamente, considerações sobre a questão da pulsão e do desejo; o que mantém a interrogação: o autista constrói circuitos pulsionais? Ele deseja?

Em primeiro lugar, sobre o desejo, nota-se que ao compreender o autista como um sujeito que se aliena parcialmente, sobra um outro momento dessa operação, o que não foi assumido. No segundo momento da alienação, segundo o que colocam Silva & Calzavara (2016, p. 92), o sujeito se identifica com o que supõe faltar ao Outro, isto é, o falo, se fazendo de objeto do desejo do Outro e se alienando como linguagem e desejo. Para além, o sujeito reconhece que o Outro é faltoso e deseja outras coisas fora ele, o que o conduz à separação, na qual vai de encontro ao que hipotetiza ser ou ter o falo, a partir da queda do objeto a; o que já foi evidenciado alguns parágrafos acima. Porém, o mais significativo aqui é notar que, o objeto a, caído, possibilita que o sujeito constitua seus próprios desejos. Ainda, como foi visto por Lacan ([1964] 1998, p. 225) e Vorcaro & Lucero (2010, p. 149), o primeiro par de significantes (S1 e S2), no autismo, congela, se solidifica, o que torna a formação do objeto a, ou objeto causa do desejo, improvável (Silva; Calzavara, 2016, p. 93).

Por outro lado, ao utilizar o silogismo, pode-se, no caso das psicoses, asseverar que não há desejo para o sujeito psicótico, pois ele se mantém colado como objeto de desejo do Outro, o que é uma afirmação deveras polêmica e questionável. Logo, ainda que tenham sido apresentadas ponderações acerca do autismo, estas não devem ser tidas como conclusivas, mas justamente como pontos de atrito para novas discussões.

No que diz respeito à pulsão, o mesmo princípio teórico-metodológico se aplica. De qualquer forma, pode-se encontrar em Rocha (2009, p. 161) referências ao circuito pulsional do sujeito autista, que, segundo o mesmo, parece haver uma falha na entrada no terceiro tempo do circuito, aquele que envolve fazer-se objeto do Outro, ou, como as autoras Azevedo & Nicolau (2017, p. 24) pontuam, o momento de provocar o cuidador ou conseguir sustentar uma interlocução, mesmo que de olhares e balbucios. O que, a partir da observação e do trabalho com crianças autistas, parece não se dar. A partir do que Laznik (2004 *apud* Azevedo; Nicolau, 2017, p. 13) coloca, o circuito pulsional falha em se instalar plenamente justamente pela lacuna sustentada na alienação ao Outro. A partir disso, poder-se-ia sustentar que, sem o fechamento do circuito, o autista não pôde pulsionalizar o seu corpo, o que parece não ser o caso, se for levado em conta o que é enunciado por Laznik (2000, p. 79): "(...) já que há vida, manutenção da vida, é porque há pulsão em funcionamento".

Por fim, fazendo um diálogo com as línguas psiquiátricas, alguns comentários de Maleval (2017) sobre o espectro ou *continuum* autista chamam a atenção, justamente a partir de sua posição simpatizante aos conceitos, o que merece ser destacado. Ao falar sobre o espectro, pontua que o mesmo estabelece que uma evolução do quadro se faz inerentemente rumo ao próprio autismo, ou seja, de que não existe uma "personalidade pós-autística" como era proposto por alguns autores clássicos, reforçando o que trazia Asperger, de que o "essencial continua invariável" (Maleval, 2017, p. 83-84). Enfim, o mesmo comenta que a existência de uma quarta estrutura autística vai de encontro às constatações de um espectro autista. Ainda, assegura que não há como duvidar que as elaborações mais complexas dos portadores da antiga síndrome de Asperger são parte de um *continuum* que as conecta ao autista de Kanner (Maleval, 2017, p. 112). Além, o mesmo, em compensação, atesta que: "O espectro do autismo é uma noção vaga, com limites tênues" (Maleval, 2017, p. 83). O que transmite uma divisão, pois embora afirme reconhecer nos conceitos citados tamanha fidedignidade clínica, Maleval, também, com relação ao uso psiquiátrico classificatório dos mesmos, aponta suas falhas.

Por último, Maleval (2017, p. 34) pronuncia que a perspectiva psicanalítica pode oferecer um olhar ao autismo que leve em conta a angústia, ao invés de contorná-la ou combatê-la impetuosamente. E menciona Berger (2007 *apud* Maleval, 2017, p. 34) que propõe um "(...) Um

olhar que conceda a existência, que não procure dominar". Ou seja, que seja empregue uma abordagem que tire o sujeito autista da posição de objeto do discurso do Outro. O que ocorre continuamente através do saber esmagador dos especialistas, que se favorecem da dificuldade dos sujeitos autistas de se instalarem na enunciação (Rocha, 2009, p. 164) ao conduzi-los em um processo pedagógico no lugar de se utilizarem das invenções que lhe são próprias (Maleval, 2017, p. 363).

Por outro lado, Thomas (2024, p. 66-67) tece críticas à Jean-Claude Maleval, no que diz respeito ao modo como pormenoriza o sujeito autista, pois sustenta que o autor opera a partir de uma tendência psicopatológica, construindo quadros clínicos inseridos na patologia e na elaboração de modelos supérfluos e padronizadores. Ainda, não mais se referindo especificamente à Maleval, a autora afirma que não questionar a chamada "estrutura autística" ou mesmo o diagnóstico sustentado pela etiqueta "autismo", gera o distanciamento do paciente, pois o fixa, no lugar de se ater ao que é próprio do sujeito (Thomas 2018, p. 20). Ou seja, os psicanalistas se utilizam de uma entidade patológica médica para depois interpretá-la psicanaliticamente, no lugar de construir um saber de procedência clínica e inventiva, provindo do sujeito (Thomas, 2013, p. 342). Por último, Thomas (2013, p. 342) indaga: "Como é que jamais se levantou a questão de encarar o autismo como um discurso? O que introduz uma perspectiva que será agora aludida.

Marie-Claude Thomas (2024, p. 119) oferece uma outra maneira de vislumbrar o fenômeno do autismo, nem listando os seus sintomas, como o faz a psiquiatria, e nem elaborando uma nova teoria acerca de sua posição estrutural no Outro da linguagem, a denominada "estrutura autística", mas fazendo do autismo um sintoma. Um sintoma, ao seu ver, na linha daquilo que Lacan leu em Marx, diferente do sintoma médico: sintoma como aquilo que embaralha a ordem do discurso do mestre e do discurso universitário, situando-se enquanto efeito do retorno do real. Ainda, Thomas (2024, p. 91) enxerga o autismo como parte do discurso histérico, no ponto em que se relaciona ao discurso do mestre e do universitário. "Ele faz sintoma ao que está estabelecido, o poder, e ao que é sabido, o saber científico" (Thomas, 2024, p. 91).

Para além, a mesma autora ainda pontua que:

penso que a força, para não dizer a violência, com que as administrações e os novos neuropsiquiatras impõem suas normas, seus protocolos, junto aos meios investidos pelo Estado e os cientistas (neuro ou psico), apoiados pela propaganda midiática, ou seja, toda essa máquina de guerra, está à altura da tarefa, à altura da força subversiva do fenômeno do autismo, subversão na medida em que revela e mascara as fraturas da civilização (Thomas, 2024, p. 119).

Sendo assim, o autismo parece resistir, enquanto sintoma, às tentativas de controle de sua expressão e classificação de seu sofrimento, operadas pelo discurso universitário e o discurso do mestre. Ainda, como adiciona Quinet (2023, p. 34), caso os cientistas se aproximassem mais do discurso da histórica, poderiam tomar, no autismo, o catalisador da produção de um saber verdadeiramente baseado no sujeito da esquizofrenia da clínica, e que se constituísse enquanto saber furado, sem dar conta de todo o Real que se detém no sofrimento subjetivo.

Em conclusão, como traz o mesmo autor, e o que provavelmente seria defendido também por Thomas (2013, 2018, 2024), a ciência e os seus mestres-cientistas, têm a tarefa de não se assujeitar ao discurso universitário e o discurso do capitalista, mas ao discurso da histórica, fazendo objeção ao totalitarismo do saber (Quinet, 2023, p. 51) e se dirigindo ao sujeito ao invés do mercado.

Como foi visto, este capítulo se debruçou sobre as relações entre o autismo e a psicanálise, expondo diferentes pontos de vista e diversos autores; alguns discordantes entre si e outros complementares. Priorizou-se, no entanto, autores que asseveram que no autismo há uma entrada no universo da linguagem, no lugar de uma exclusão total da dimensão do Outro. Ainda, introduziu-se o autismo como um sintoma social, a partir do pensamento de Thomas (2024) e dos complementos sobre os discursos elaborados por Quinet (2023). Nota-se, por outro lado, que por motivos de estrutura e objetivos não foi executada uma passagem plena e profunda por todas as temáticas abordadas, mas por algumas delas. Ainda, certos pontos já citados serão concatenados no capítulo que segue, caracterizando um maior aprofundamento.

3. AUTISMO, CLÍNICA E SOCIEDADE

Agora, com a devida apresentação e desenvolvimento que foi realizado ao longo do primeiro e segundo capítulo, esta pesquisa se debruçará sobre elucubrações que se conectam mais diretamente ao campo social, ou seja, no lugar de se partir da teoria, se partirá propriamente da prática e vislumbres clínicos, tendo em vista que a teoria citada já foi introduzida. Porém, identifica-se haver um paradoxo próprio ao que foi descrito, já que para a psicanálise teoria e clínica estão reciprocamente conectadas, não havendo desenvolvimento de uma sem a outra. Logo, tendo isso em vista, também serão realizados desenvolvimentos teóricos ao longo do capítulo, mas com um enfoque nas elaborações sobre o social. Espera-se entender, assim como foi pontuado ao longo da introdução, como o autismo do DSM-V impacta o contexto social atual e a prática da psicanálise na clínica, situando de que forma a psicanálise pode entender e posicionar contrapontos frente a seu apagamento, não apenas dos compêndios psiquiátricos, mas da recomendação de trabalho com sujeitos autistas.

Junto a isso, pretende-se discorrer sobre a crescente corrente de medicalização e psicopatologização da infância, assim como o posicionamento do autismo como uma *commodity* (Mas, 2018, p. 95). Para tal, será utilizado *O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea* de Alfredo Jerusalinsky e Silvia Fendrik (2011), junto de autores já citados ou não, como Lacan (1966), Mas (2018), Maleval (2017), Quinet (2023), entre outros. Pretende-se também, recorrer a artigos governamentais e da mídia sobre o autismo, na tentativa de desvelar o que se produz em outras esferas a respeito do tema, analisando a possível influência da ideologia dos DSMs sobre tais matérias.

3.1 Reduccionismo na clínica e psicopatologização da infância

A análise da clínica do autismo exige, segundo Thomas (2013, p. 341) um olhar inverso: no lugar de conduzir reformas é preciso, primeiro, diagnosticar a própria clínica com sujeitos autistas. Isso implica, em primeiro lugar, ater-se às consequências de uma prática da mera observação de sinais e o abandono de uma escuta mais profunda. Por isso, favorecendo uma clínica farmacológica e cognitivo-comportamental, como alegam Fendrik & Jerusalinsky (2011, p. 10), o

que consolida intervenções prontas no lugar de promover invenções que partem do sujeito e seu sintoma (Maleval, 2017, p. 363).

Pode-se alegar, ainda, que o DSM possui uma participação na produção do que vê-se como práticas médicas contemporâneas, porque ao adotar um sistema descritivo centrado nos sintomas, estabeleceu uma abordagem reducionista de sujeito, o que vai na contramão do que prezam às abordagens psicodinâmicas, que foram escamoteadas da elaboração psiquiátrica (Dunker; Kyrillos Neto, 2011, p. 612). Desta forma, produz uma clínica em que crianças com subjetividades totalmente distintas são homogeneizadas a partir da leitura universalista dos procedimentos, como assevera Sibemberg (2011, p. 101). E como acrescenta Coriat (2011, p. 174), o reducionismo pode consistir em não ver que aquilo que é essencial é invisível ao olhar.

Como já foi trazido por Dunker & Kyrillos Neto (2011, p. 616), a partir do DSM-III, o Manual se torna em ateórico, visando com isso privilegiar a precisão dos critérios. No entanto, como destaca Izaguirre (2011, p. 21), faz-se duvidosa qualquer tipo de contraposição a seus valores, pois como discutir se supostamente não considerou nenhum valor? Por outro lado, como testemunha Bekerman (2011, p. 25) tanto "transtornos" quanto "mentais" são termos que ressoam teorias sendo ativamente empregadas; além da organicidade como causa ser utilizada e considerada neutra, pois científica, mesmo sendo também um produto ideológico. Para Jerusalinsky & Laznik (2011, p. 75) a mais grave consequência disso é que a base biológica das doenças também orienta as condutas terapêuticas, as quais não mais priorizam o que envolve a criança, na relação com o seu meio e com as problemáticas que se relacionam ao seu desenvolvimento subjetivo, que é único, como traz Bernardino (2011, p. 208).

Como aponta Fendrik (2011, p. 36), a orientação que é utilizada por trás do posicionamento ateórico é a da descrição fenomenológica, na qual um apagamento de todo e qualquer preconceito, seguido de uma observação detida do objeto (fenômeno) pode levar à verdade absoluta sobre o mesmo, a sua essência. Com isso, o DSM pode descrever a realidade dos sujeitos humanos, ao ser neutro e estável. Ainda, como acrescenta Bekerman (2011, p. 25):

'não finjo hipóteses', 'não suponho nada' são enunciados epistemológicos que levam à produção de saberes que resultam pouco úteis na prática psiquiátrica, salvo para estabelecer as indicações e doses da medicação psicofarmacológica. Em contraposição, 'finjo hipóteses', 'suponho' são enunciados epistemológicos que levam à produção de saberes úteis para a prática psicanalítica, já que permitem orientar a direção da cura no discurso analisante.

A apreensão que Lacan (1967, p. 8) carregava ao falar sobre a passividade da psiquiatria na produção teórica, seria hoje multiplicada, pois como revela Esperanza (2011, p. 58), tal postura dos psiquiatras foi aumentando, na medida em que os compêndios classificatórios contemporâneos, os DSMs, desvelam cada vez mais serem um produto dotado de empobrecimento "epistêmico, teórico e conceitual" (Esperanza, 2011, p. 58), que influencia todo o campo psiquiátrico e com importantes impactos na clínica.

Para além, como aponta Fendrik (2011, p. 31) o manual psiquiátrico da APA constrói como ideal classificar e curar cada vez mais pacientes sem a necessidade de escutá-los. Um dos exemplos disso é o deslocamento gramatical que se opera: "indivíduo com...". O que separa o sujeito de seu sofrimento e da sua relação íntima e específica com seu sintoma (Esperanza, 2011, p. 57), o que também é intensificado por toda sustentação de causa exclusivamente orgânica.

A partir disso, os tratamentos comumente apontados pelos psiquiatras também refletem os ideais assinalados, pois parecem investir, segundo Fendrik & Jerusalinsky (2011, p. 9) em um retorno ao padrão normativo, sem considerar o que se expressa na relação do sujeito e seu sintoma; e também na relação sujeito e Outro. Por fim, como adiciona Jerusalinsky (2011, p. 238), um problema é algo a ser interpretado, junto de considerações outras que contribuem ao seu deciframento; um transtorno, por sua vez, é algo a ser extinto, porque produz angústia. Na mesma linha, como finaliza Esperanza (2011, p. 58):

as substituições operadas são então as seguintes: o transtorno substitui o sintoma, o organismo substitui o corpo, o indivíduo substitui o sujeito e o inconsciente desaparece em favor de comportamentos e condutas a modificar.

Enfim, as terapias cognitivas elevam-se como representantes do que foi trazido, selecionando os melhores comportamentos visando uma "obediência exitosa" (Fendrik; Jerusalinsky, 2011, p. 9). Sincronicamente estão os fármacos, recomendados por todos os psiquiatras adeptos ao DSM como o melhor caminho para a cura das perturbações e qualquer forma de angústia (Fendrik, 2011, p. 34). E com isso está a psiquiatrização dos atos e das ações, que como apresenta Esperanza (2011, p. 56), se utiliza dos fármacos como forma de psicofarmacologizar a vida, nela própria. Admitir que cada ato cotidiano é passível de ser medicalizado é uma das estratégias mais empregadas pela psiquiatria contemporânea, como alega a mesma autora. E como completa Bekerman (2011, p. 27), os agentes operadores dessa psiquiatria, apesar de se autodeclararem neutros e científicos, certo que se asseguram dos benefícios associados ao mercado

dos psicofármacos, "(...) cuja magnitude em escala mundial é comparável à indústria armamentista e ao tráfico de drogas" (Bekerman, 2011, p. 27).

Maleval (2017, p. 353) por sua vez, situa que nesse contexto, os métodos de aprendizagem são significativamente melhor conceituados que as abordagens psicodinâmicas, pouco indicadas ao tratamento de transtornos, como o autismo. O mesmo adiciona, afirmando que tais métodos não partem das invenções do sujeito, pois consideram que devem lhe transmitir um saber do qual é marginalizado. As obsessões e estereotípias são também tidas como "parasitas que obstaculizam a tarefa" (Maleval, 2017, p. 363), o que aponta que as construções que partem do sujeito são apagadas, e não incluídas no processo. Ele confirma que, para uma criança com diagnóstico de autismo nos dias atuais, é alta a probabilidade de indicarem métodos TEACCH ou ABA para o tratamento, o que é diferente com a psicanálise, que se torna a cada dia mais obscurecida no panorama terapêutico infantil, pois é considerada pseudocientífica e "culpabilizante" (Ortega, 2008, p. 488).

Sobre isso, vê-se que desde o DSM-III, de 1980, que marcou o final do convívio entre a psicanálise e a psiquiatria, com a suspensão de quaisquer temas provindos do psicodinamismo, sob a justificativa da pseudocientificidade, a psicanálise se situa cada vez mais marginalizada dos discursos psiquiátricos dominantes. O que, na prática, gera não apenas a produção de um saber psiquiátrico fechado em si mesmo, mas a fusão de práticas de poder e saber, como foi pontuado por Esperanza (2011, p. 53), que ao citar Michel Foucault, apresenta a psiquiatria como um campo que se relaciona com seu objeto de estudo mais pela via do poder do que do saber. Explica-se, ao criar dispositivos de poder, como os compêndios classificatórios, que geram enunciados que se apresentam, em si mesmos, como absolutamente verdadeiros. Ainda mais, a autora complementa, assegurando que esse poder está mais interessado no ordenamento de um dispositivo que inclua, sem muitos detalhes, a prática terapêutica, do que de fato se debruçar sobre a mesma.

Para além, Lacan (1966, p. 6), ao ser convidado para um debate em que o tema era "O Lugar da psicanálise na medicina", faz observações importantes e que ainda se mostram atuais 58 anos depois. Em uma de suas colocações, fala sobre a demanda do paciente, o sujeito suposto saber e a instalação da transferência. Pontua que, a ciência estava mais do que nunca com a palavra, ou seja, com o poder e o saber, e que a partir disso, o suporte do médico enquanto o mítico sujeito suposto saber era inabalável. Na sociedade atual, enxerga-se, não apenas que esse panorama se solidifica,

mas que os próprios profissionais gozam e atualizam o mito, a partir da construção dos dispositivos discursivos citados, intensificando o desejo de saber. Como acresce Lacan (1966, p. 7):

o que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele empregado desta empresa universal da produtividade? Não há outro terreno que não esta relação por meio da qual ele é o médico, ou seja a da demanda do doente. É no interior desta relação firme em que se produzem tantas coisas que está a revelação desta dimensão em seu valor original, que nada tem de idealista, mas que é exatamente aquilo que diz: a relação com o gozo do corpo.

Com isso, prever que uma criança deve se submeter a técnicas de treinamento, respondendo passivamente e distanciando-se de sua própria subjetividade, para ter no horizonte a cura de seu mal-estar ou de sua deficiência orgânica (Bernadino, 2011, p. 210) parece algo irrecusável aos pais pelo bem da criança. Que se distanciam cada vez mais de seus próprios desejos e manejos ao assujeitarem-se à verdade absoluta e anônima da ciência, como coloca Vorcaro (2011, p. 227).

Como a mesma adiciona (Vorcaro, 2011, p. 229), depois de recebido um diagnóstico, se instaura um processo de estabelecimento imaginário do déficit ou transtorno, onde perde-se a delimitação de sua real extensão ou daquilo que, em sua produção discursiva se antecipa no sujeito, sobredeterminando-o e impactando o seu processo de subjetivação. Ainda, o discurso dos DSMs expressa manifestamente que, a partir de Jerusalinsky (2011, p. 240):

dois é dois e nenhuma outra coisa, não há nada para entender nem decifrar, nem supor, nem interpretar, nem modificar... Isto tranquiliza enormemente, ninguém tem nada a ver com isso, são dados que têm uma significação biunívoca que é imóvel.

Ou seja, é um arranjo discursivo que projeta uma chave perfeita para a cumprir demanda do sujeito, de tamanho e cor. O que, ao mesmo tempo, revela um trabalho muito menor dirigido a compreender o que o paciente desvela, mas um investimento maior em fazer-se comercial e eficaz.

A psicanálise, como aponta Infante (2011, p. 67), mostra a relevância de nem sempre responder à demanda do sujeito, porém, para a psiquiatria neurobiológica, o sujeito torna-se em um consumidor, que deve sair satisfeito com sua mais nova aquisição diagnóstica. A mesma autora, para além disso, compara o caráter amplo e vago de algumas entidades nosológicas dos manuais com o horóscopo, já que em ambos o leitor pode sempre encontrar características com as quais se identifica. Ao estruturar-se dessa forma, os quadros clínicos subsidiam o desejo de saber e nomear o mal-estar, na tentativa de atenuar a angústia ou suprimí-la. Sendo assim, a pergunta do sujeito a partir de seu sintoma é paulatinamente substituída pelo desvio, que desimplica o sujeito de seu mal-

estar e cede ao seu imperativo de gozo, seja a partir das nomeações diagnósticas, os fármacos ou mesmo os treinamentos cognitivos.

Ainda, retomando a participação de Lacan (1966, p. 6) no debate citado, além do que foi trazido, o mesmo faz uma previsão, sustentando que o progresso da ciência na relação da medicina com o corpo provocaria uma falha epistemo-somática. A falha dita se daria no sentido de que o controle e o manuseio tecnológico sobre o corpo, imagina o estar abarcando por completo, mas esquece justamente daquela dimensão que é sua por natureza, a dimensão do gozo. Ou seja, ao produzir um saber totalizante acerca do corpo, esquece que nesse mesmo saber se produzem furos. Com isso, Jerusalinsky (2011, p. 241) aponta que a ciência e o positivismo devem ser suspeitados, pois ao procurar produzir um saber sem furos, buscam por muitos anos uma causa única para certas afecções: uma causa única que provavelmente não existe. No entanto, como o mesmo adiciona, o que não se encontra, se inventa. O que se articula com a etiologia orgânica do autismo, que é buscada há muitos anos pelos cientistas, e não encontrada, mesmo com a presença de um viés de confirmação, mas ainda assim "inventada" ao ser reconhecida no DSM-V, sob os "Transtornos do Neurodesenvolvimento" (APA, 2014b), o que inclui o autismo.

Em suma, nota-se que a psiquiatria contemporânea, de viés biologizante, acaba se perdendo ao realizar seguidas tentativas de cobrir todo o real, pois amplia os limites de cada entidade nosológica, no chamado diagnóstico dimensional (Resende, 2014, p. 10), no empreendimento de abarcar toda e qualquer angústia humana. Com isso, vê-se que o autismo, foco dessa pesquisa, sofre com os impactos de tal metodologia diretiva: "o conceito de autismo foi estendido a tal ponto que perdeu seus limites específicos" (Coriat, 2011, p. 166). E como acresce Fendrik & Jerusalinsky (2011, p. 6), é surpreendente que, o que se introduz como avanços na capacidade de curar e tratar, tenha na realidade criado uma ampliação exponencial da quantidade de diagnosticados. Em 2020, uma a cada 36 crianças tinham o diagnóstico de autismo, o que, em 2014, era de uma em cada 59 (CDC, *apud* Canal Autismo, 2023). Atualmente, no ano de 2024, tal proporção presumivelmente deve estar ainda menor.

Como foi colocado, tentativas de se obter todo o conhecimento sobre o humano e seus transtornos mentais se perpetuam a cada atualização dos manuais da APA, que alteram os critérios diagnósticos de entidades específicas, como o autismo, planejando incluir quase todos os humanos em algum lugar da classificação, como diz Terzaghi (2011, p. 272-273). O que, se efetivamente ocorrer, vai fazer com que o DSM deixe de ser uma classificação psicopatológica para transverter-

se em uma "taxonomia do humano" (Terzaghi, 2011, p. 273). O autismo e seu significante, por sua vez, tornaram-se cada vez mais familiares, como afirma Coriat (2011, p. 165) circulando progressivamente mais na cultura, na Internet e nos meios midiáticos, o que faz com que, ao mesmo tempo, todos se sintam autorizados a diagnosticá-lo. Até mesmo autodiagnosticá-lo. Um laudo de autismo virou algo banal, e não por acaso, mas a partir de um projeto psicopatológico magistralmente desempenhado, surgido de Lorna Wing, que não poderia prever as consequências das suas conceituações de espectro (Mas, 2018, p. 90) e assentado pela APA (2014b).

Nota-se, portanto, que há na sociedade atual um ideal de saber sobre tudo, para tudo explicar e controlar, motivado também pelas classificações psiquiátricas, ao passo que produzem e ao mesmo tempo suprimem o desejo de saber e de nomear a angústia e o sofrimento. Ainda, percebe-se que há, tanto por parte da população como por parte dos manuais, uma preocupação por identificar os pequenos desvios de comportamento que acontecem no dia a dia, que indicariam uma possível patologia presente ou por vir, como pontua Caponi (2014, p. 753); o que leva a um processo de psicopatologização e medicalização da vida cotidiana, onde toda forma de comportamento é patologizável. E para o diagnóstico de autismo não é diferente, onde mesmo crianças neuróticas graves ou muito tímidas, como traz Furtado (2011, p. 87), são tidas como deficitárias no campo de interação e comunicação social e podem ser tomadas enquanto autistas.

Para além, a partir da investigação conduzida por Rios *et al.* (2015, p. 329), que levou em conta quatro veículos de mídia brasileiros (Folha de S. Paulo, O Estado de S. Paulo, O Globo e Veja) entre o ano 2000 e 2012, e observou as aparições do fenômeno autismo, concluiu-se que houve um aumento de 9 para 95 vezes em que o transtorno é citado. Segundo a mesma pesquisa, houve um aumento das matérias que abordaram o autismo a partir do viés neurobiológico, que totalizavam 32% das reportagens.

Além de tal pesquisa, um edital publicado pela Secretaria da Saúde do Governo do Paraná (sem data), pontua:

a identificação de atrasos no desenvolvimento, o diagnóstico oportuno de TEA e encaminhamento para intervenções comportamentais e apoio educacional na idade mais precoce possível, pode levar a melhores resultados a longo prazo, considerando a neuroplasticidade cerebral. Ressalta-se que o tratamento oportuno com estimulação precoce deve ser preconizado em qualquer caso de suspeita de TEA ou desenvolvimento atípico da criança, independentemente de confirmação diagnóstica.

O guia da saúde, no entanto, assume sem ilustração uma etiologia orgânica do autismo e de sua recuperação baseada na neuroplasticidade cerebral, assim como pontua que o tratamento deve ser iniciado "independentemente de confirmação diagnóstica". Ainda indica, sem surpresa, apenas intervenções comportamentais como parte dos plausíveis tratamentos ao sujeito autista. De acordo com De Moraes & Perrone (2017, p. 16), para além do edital explicitado, outros eventos na esfera pública dão notícias ideológicas do que se está produzindo, nos últimos anos, enquanto direção programática de saúde. O primeiro deles foi o fim do CRIA (Centro de Referência da Infância e Adolescência), por conta do método psicanalítico que embasava o cuidado, mas que não tinha mostras de sua eficácia. Ainda, de acordo com as mesmas, os CAPSi também foram pressionados para realizarem mudanças metodológicas, no caso, para adotarem programas fixos. Os quatro "eventos" apresentados indicam, em suma: uma popularização do autismo e seu significante e a hegemonia da perspectiva neurobiológica e cognitivista sobre o mesmo, que preza pela saúde do cérebro, deficitário no caso do autismo, e por metodologias de intervenção cognitivas, que operam pela via da apresentação, modelação e extinção de determinados comportamentos.

Como resumem Fendrik & Jerusalinsky (2011, p. 8), a neurobiologia junto de seu associado, o cognitivismo, terão reduzido a vida psíquica em respostas adequadas, e a clínica não fica alheia a esse movimento de empobrecimento conceitual, como confirma Esperanza (2011, p. 58), pois considerar apenas uma etiologia biológica permite que o sujeito se transforme em "objeto de avaliação, de observação, eventualmente de confinamento e de segregação" como acrescenta a autora. O sujeito fica, assim, apartado de qualquer relação com seu sintoma, convertendo a clínica em um espaço sem sentido, do ócio desnecessário. O que faz, afinal, a clínica do sujeito e o sujeito da clínica desaparecerem.

Como foi trazido por Esperanza (2011, p. 53), ao citar a contribuição foucaultiana em pensar a relação entre psiquiatria e política, entre poder e saber, Goldenberg (2011, p. 41), por sua vez, considera que é um tópico ainda muito pouco discutido, mesmo com sua tamanha relevância. Perguntar sobre a política de uma psiquiatria que se alia aos interesses da psicofarmacologia, é o equivalente, segundo o mesmo, a permitir um deslocamento entre:

o idealismo da psicanálise e o materialismo do homem neuronal, para uma reflexão sobre o que tem de ideologia uma concepção que coloca o Manual como um 'progresso científico' da modernidade frente a uma psicanálise romântica, pré-científica e obsoleta (Goldenberg, 2011, p. 41).

Ou seja, a importância de se discutir os motivos, tanto "naturais" como arquitetados, da psicanálise ser postulada como obsoleta e primitiva, desde 1980, e o Manual um marco do progresso e da civilização científica; o que aponta para se discutir política, economia e sociedade, para além de etiologias ou critérios diagnósticos. Como introdução a essa articulação político-econômica, está o subtítulo que segue, que discutirá os impactos do discurso do capitalista no posicionamento do autismo na clínica e como uma *commodity*. Por fim, serão deferidas algumas reflexões envolvendo como a psicanálise pode se situar e contrapor-se ao panorama apresentado.

3.2 O discurso do capitalista e o autismo como *commodity*

Como apresenta Infante (2011, p. 68), a psiquiatria atual encontra sua direção no discurso do capitalista, produzindo uma ilusão de controle e/ou entendimento pleno do sujeito sobre sua angústia, e faz isso a partir da fabricação dos objetos-mercadoria, sejam eles os próprios compêndios classificatórios, fármacos ou os tratamentos normatizantes da abordagem cognitivista. Como acrescenta Pacheco Filho (2024, p. 84), no capitalismo, a falta e a insatisfação constitutivas do sujeito são usadas em favor do consumo de mercadorias, possibilitando a manutenção de um sistema tal e publicizando a satisfação de todo desejo, sem faltas. "É pela articulação das fantasias singulares a essa fantasmagoria coletiva que os sujeitos são capturados em seus ideais, demandas e gozo" (Pacheco Filho, 2024, p. 85).

Ainda, como descreve Quinet (2023, p. 53), a principal característica do discurso do capitalista é a forclusão da castração. É um discurso que exclui o outro do laço, já que o sujeito apenas interage com os objetos-mercadoria estipulados pelo capital, que é o significante-mestre (S1), no lugar da verdade. Seus matemas já foram introduzidos no primeiro capítulo, mas retomando-os: o sujeito é reduzido a um mero consumidor de gadgets (a), produzidos pela ciência e tecnologia (S2). O capital se torna globalizado; é onipresente, onipotente e onisciente. A união entre poder e saber, feita pela psiquiatria, articula capital, ciência e tecnologia.

Mais além, como pontua Mas (2018, p. 95) e por tudo o que já foi apresentado e discutido nesta investigação, parece fazer sentido concordar que todas as categorias e entidades nosológicas dos manuais são potencialmente transformáveis em produtos ou gadgets (a) e alçados à categoria de *commodities*. Por outro lado, nem todas serão tão bem sucedidas, como o autismo, o que parece ser fruto também de parcerias público e privadas muito bem efetuadas; entre a academia, o terceiro

setor, os governos e as grandes corporações, que se envolvem, direta ou indiretamente, na compra e venda de bens de serviços ligados ao autismo, como complementa a mesma autora, ainda que os mesmos sejam apenas informações. *Commodity*, por sua vez, pode ser definido, como já enunciado anteriormente, como uma mercadoria, de baixo valor agregado e cujo valor é afetado pela lei da oferta e da demanda (Modalmals, 2022). Nesse caso, quanto mais diagnósticos, maior o seu valor de mercado. Sem nenhuma procura ou identificação o seu valor é nulo ou muito baixo.

A partir desse contexto, Broderick (2021) vai nomear o fenômeno com a expressão de "Complexo Industrial do Autismo", para se referir à trama que gira envolta do mesmo, com produtos, agentes de mercado e consumidores. Conforme a autora salienta: "indivíduos autistas coletivamente representam um vasto mercado a ser explorado e capitalizado, um mercado para 'tecnologias' de intervenção a serem aplicadas pelos 'técnicos de comportamento' certificados" (Broderick, 2021, p. 78, tradução nossa). Por outro lado, o mercado do autismo não é apenas baseado na exportação de serviços ou produtos, mas também, ou fundamentalmente, na exportação de ideias ou informações sobre o mesmo, como acresce a autora. Ou seja, para além das terapias, livros e camisetas de conscientização, o maior produto vendido pelo "Complexo Industrial do Autismo" é o próprio autismo. Por fim, Mitchell & Snyder (2015 *apud* Broderick 2021, p. 91, tradução nossa) argumentam que a deficiência, dentro de uma economia neoliberal foi transformada em mais um alvo estratégico de intervenção e obtenção da mais-valia.

O discurso da inclusão, por sua vez, têm ganhado cada vez mais amplitude em diferentes cenários, como hotéis, parques e estádios, que se apresentam como amigos do autista, inclusive com certificações que garantem o selo de qualidade (Fernandes *et al.*, 2024, p. 39). Essa iniciativa é importante, por construir espaços de cuidado para os sujeitos autistas e suas necessidades. Porém, o que se mostra na realidade é que tais aparatos se consolidam menos como singulares e adaptados às reais necessidades do indivíduo autista, e mais como ferramentas de interesse do setor privado, como aponta (Fernandes *et al.*, 2024, p. 42). Ou seja, o sujeito é mais uma vez reduzido a um mero consumidor de objetos-mercadoria (Quinet, 2023, p. 53). Como acrescenta Mas (2018, p. 97) e em concordância com Broderick (2021) os brinquedos ou alimentos que situam em suas embalagens informações sobre o autismo, não apenas provocam interesse no consumidor, mas também fixam-no sob o que seria o autismo, enquanto ideologia.

Ainda com Mas (2018, p. 99):

farmacêuticas, escolas, empresas que trabalham com a criação e venda de materiais de treinamentos ou formações de profissionais, empresas de entretenimento, por exemplo, lucram com o que poderia ser tratado mais efetivamente pela via da singularidade, pela via do olhar para a especificidade de uma pessoa que foi diagnosticada com autismo. Extrapolar para a casa dos milhões as pessoas afetadas pelo espectro fictício de uma psicopatologia é transformar o que seria parte da solução em produto a ser consumido. Ou, em outras palavras, seria o mesmo que fazer a gestão do sofrimento pela via do consumo, ao promover que interessados em tratar um diagnóstico mergulhem em gadgets, aplicativos, cursos, livros e brinquedos que são vendidos sob o 'selo' 'aprovado para pessoas com TEA'. Fazem-se urgentes propostas de intervenções na direção do confronto com a indústria do adoecimento.

O que resume, de certa forma, como se dá articulação entre o discurso do capitalista e o "Complexo Industrial do Autismo" (Broderick, 2021), ao extinguir à singularidade e as maneiras de olhar que a favorecem, e transformar um diagnóstico em uma *commodity*, que deve ser almejada e doravante consumida. Quinet (2023, p. 54) completa, dizendo que uma sociedade controlada pelo discurso do capitalista se sustenta ao fabricar falta de gozo: produzindo sujeitos insaciáveis em suas demandas de consumir. Por último, a ciência é a produtora dos mesmos objetos que deverão ser consumidos, que assumem a função de objeto causa de desejo (a): a meta aqui é construir os objetos que possam melhor representar os objetos da pulsão ($S2 \rightarrow a$).

Para finalizar, pergunta-se como o psicanalista pode se posicionar frente ao que foi apresentado, além de ir contra ao discurso do capitalista. Lacan (1966, p. 6), em sua palestra aos médicos, assegura que ao conduzir o sujeito a se voltar para o lado oposto dos pensamentos que ele organiza ao postular sua demanda de saber, pode situá-lo em seu inconsciente e fazê-lo confessar a sua verdade, sem sabê-lo. O que indica, que de alguma maneira, o médico deve também abster-se de seu saber, enquanto discurso universitário, pois a verdade está no sujeito. Para os autistas, o molde da "prática com vários", de Jacques-Alain Miller, parece interessante:

ela implica que seja preservado um vazio central de saber a fim de que a teoria da clínica não seja estancada e que a singularidade de cada criança possa contestá-la. Nesses lugares, as invenções do sujeito são acolhidas sem que sejam submetidas ao standard de um suposto conhecimento das etapas de um desenvolvimento típico (Maleval, 2017, p. 298-299).

E como completa Rocha (2009, p. 168), no tratamento é preciso sair do arranjo de todo saber, ou personificar um Outro que goza plenamente do sujeito autista. É necessário construir uma alteridade outra, que seja mais branda para o sujeito em sua invasão de gozo. Ainda, é demasiadamente importante o psicanalista anunciar, com um ato ou um não-saber fazer, a sua

qualidade de Outro barrado. Por outro lado, como alega Thomas (2013, p. 350), anunciando o que parecer ser um fim possível para este trabalho:

é responsabilidade do psicanalista não levar gato por lebre, não reduzir esses laços em sofrimento ao Um – instituído. Enfim, talvez seja preciso recusar-se a encontrar essas palavras precisas e novas e, no fundo, esperá-las das crianças ditas autistas que bem querem, por acaso, lançá-las às nossas orelhas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentar diferentes temáticas ao longo dos três capítulos, nota-se que esta investigação pôde alcançar seus objetivos, envolvendo perscrutar as repercussões de um contexto marcado pelas classificações diagnósticas do DSM-V na clínica da psicanálise com sujeitos autistas, em um viés lacaniano. Logrou-se, no primeiro capítulo, introduzir a história dos DSM junto da participação ou distanciamento da psicanálise nos respectivos compêndios; foi também efetuada uma apresentação das origens e o desenvolvimento do fenômeno do autismo, seja como caso ou terminologia. Ainda, foi empreendida uma sistematização da conceituação do autismo nos manuais da APA, desde sua primeira versão até o DSM-V, o mais recente até o momento (2024).

Para mais, no segundo capítulo, se deu um enfoque na relação do autismo com a disciplina psicanalítica, introduzindo às noções de linguagem, alteridade e diferentes perspectivas etiológicas sobre o mesmo, mas priorizando um ponto de vista que concebe o autista como parte do universo da linguagem, no lugar de uma exclusão total do Outro. Também, discorreu-se sobre o pensamento do autismo como um sintoma social, que resiste ao discurso do mestre e discurso universitário. A ciência, caso se utilizasse do discurso da histórica na produção sobre o autismo, poderia construir um saber mais fiel ao sujeito em sua inominável realidade. Tudo isso, para pensar contrapontos da psicanálise à hegemonia da psiquiatria biológica e de seus instrumentos no exame do fenômeno do autismo e de suas vicissitudes.

No terceiro e último capítulo, delineou-se um percurso pelas consequências de uma clínica pautada no DSM-V e nos pressupostos gerais da psiquiatria biológica e cognitivista, traduzindo de que forma uma visão reducionista de doença e tratamento, junto de uma entidade nosológica ampla e imprecisa, pode impactar a sociedade e a clínica, que fica escamoteada frente às medicações e os treinamentos corretivos. E não apenas, mas causa, como visto, um movimento de patologização da infância e da vida cotidiana, onde todos possuem o seu diagnóstico. Por último, se utilizou de uma noção econômica para pensar impactos político-econômico-sociais desse cenário, vislumbrando o Transtorno do Espectro Autista como uma *commodity* triunfante, pois ganha a cada dia mais valor, seja nas embalagens, nos espaços ou, mais fundamentalmente, em si mesma, com os diagnósticos. Conjuntamente a essa caracterização, foi pensada como a *commodity* do autismo se encaixa dentro do discurso do capitalista, como um gadget ou objeto-mercadoria para o consumo. Conclui-se, com

isso, que a ciência (ou esse tipo de ciência) manufatura os mesmos objetos que deverão ser, depois, consumidos.

O psicanalista, diante disso, deve posicionar-se como contrário à manutenção irrefreada do discurso do capitalista, no uso da psicopatologia como mais uma forma de mais-valia. Além, deve apoiar a histericização do discurso da psiquiatria, podendo construir um saber não-totalizante e que centraliza a sua elaboração no sujeito. Por fim, o psicanalista deve preservar um vazio central em seu saber e abdicar as palavras precisas, esperando dos sujeitos ditos autistas o quê saber-fazer. A partir disso, complementa-se dizendo, em suma, que a psicanálise não deve com isso se opor a toda e qualquer forma de ciência, como traz Pacheco Filho (2024, p. 89), mas apenas aquelas que são uma “versão positivista falsa da ciência, como a versão radicalmente organicista da psiquiatria, que entende os transtornos do DSM-V como distúrbios exclusivamente neuroquímicos; e que rejeita a participação do que é da ordem do sujeito e do gozo” (Pacheco Filho, 2024, p. 89).

Ainda sobre a investigação, por mais que os objetivos tenham sido considerados, em linhas gerais, como abarcados, existem limites no estudo, referentes a tópicos que poderiam ter sido mais devidamente explorados; o que não aconteceu por conta do recorte escolhido. Como exemplo, entre as temáticas citadas, estão: pensar as origens da gramática e/ou concepções linguísticas que foram utilizadas para nomear e interpretar o fenômeno do autismo, como recomenda Thomas (2018); para além, não foi realizado um aprofundamento maior sobre os grupos dos sujeitos autistas ativistas da neurodiversidade e as associações de pais de autistas, que apesar de serem divergentes em diversos temas, ambos detém cada vez mais força e influência sobre as produções e o ideal social do autismo na contemporaneidade, seja como transtorno a ser combatido ou como natureza cerebral pessoal a ser assentida.

Também, não se deu um esquadrinhamento sobre a mudança gramatical efetuada no DSM-IV, que parou de utilizar o signo “distúrbio” e passou a nomear as entidades, como o autismo, a partir da palavra “transtorno”, o que pode revelar alterações no direcionamento político-social do compêndio. Ainda, não foi realizado um exame detalhado do ensino de Lacan, mas sim uma leitura mais focal de sua obra, como fonte primária, percorrendo por aquilo que seria essencial à pesquisa. Porém, muitas complementações podem ser feitas aos temas do Outro, dos discursos, o desejo, etc. Por fim, poderia ter sido operada uma passagem mais direta nas contribuições de Foucault sobre a relação entre psiquiatria e política, na articulação entre saber e poder. Bem como, poderiam ter sido empreendidos levantamentos mais extensos sobre o "Complexo Industrial do Autismo" (Broderick,

2021) e o autismo como uma *commodity* (Mas, 2018), mas que se mostraram suficientes dentro do que era esperado como efetivação dos objetivos apresentados.

Como esboço para futuras pesquisas, pode-se elaborar um trabalho focado na relação da psiquiatria e política delineada por Foucault, na construção de diagnósticos como *commodities* bem sucedidas, como o autismo mas não apenas, vistos ainda sob a égide da psicanálise lacaniana. Outra nota possível, seria orientar uma investigação na discussão de casos de autismo nível de suporte 1, para a psicanálise, ou seja: que forma de conceber esses sujeitos tão introduzidos na linguagem a psicanálise pode utilizar? E como examinar os impactos de um "Complexo Industrial do Autismo" (Broderick, 2021) especificamente para tais sujeitos? De que forma eles são capturados pela ordem de consumo visto que, muitas vezes se abstém dos treinamentos cognitivos-comportamentais e das salas de inclusão, por exemplo.

Conclui-se, finalmente, que esta investigação, enquanto pesquisa teórica orientada pelo viés psicanalítico, pôde proporcionar debates e reflexões críticas sobre o tema proposto, podendo servir de base para outros estudos na mesma área, ou a partir de uma articulação entre campos. Da mesma forma, também pôde produzir contrapontos para verdades que se instalaram enquanto acabadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV**. 1. ed. Barcelona, CT: Masson, 1995. Disponível em:

<<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>>.

American Psychiatric Association (APA). **Casos Clínicos do DSM-5**. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014a. Disponível em:

<<https://dokumen.pub/casos-clinicos-do-dsm-5-9788582711576-9781585624683.html>>.

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014b. Disponível em:

<<http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>>.

ANDRADE, C. D. de. **Claro Enigma**. São Paulo, SP: Record, 2018.

AZEVEDO, M. M. de P.; NICOLAU, R. F. Autismo: um modo de apresentação do sujeito na estrutura de linguagem. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 12-28, abr. 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282017000100001>.

BEKERMAN, J. Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 23-27.

BERNARDINO, L. M. F. A questão da psicose na infância, seu diagnóstico e tratamento, diante de seu "desaparecimento" da atual nosografia. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 205-217.

BIANCO, A. C. L. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. **Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 115-123, jul. 2003. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/psuf/a/tymM3zrH3ymjQfb9mnHbxHn/#>>.

BLASHFIELD, K. R. *et al.* The Cycle of Classification: DSM-I through DSM-5. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 10, n. 1, p. 25-51, mar. 2014. Disponível em:

<<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>>.

BRODERICK, A. A; ROSCIGNO, R. Autism, Inc.: The Autism Industrial Complex. *Journal of Disability Studies in Education*, v. 2, n. 1, p. 77-101, jan. 2021. Disponível em:

<https://brill.com/view/journals/jdse/2/1/article-p77_77.xml?language=en&body=pdf-117260>.

CAPONI, S. A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 833-852, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/HRwpC6YhzbKzhfrCSYnCQJ/?lang=pt#>>.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 741-763, jul. 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/3JKXPsyDFSZqcMx4dcT94y/abstract/?lang=pt#>>.

CORIAT, E. H. Os negros efeitos do DSM-IV. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 165-174.

CÔRTEZ, M. do S. M.; ALBUQUERQUE, A. R. de. Contribuições para o diagnóstico do transtorno do espectro autista: de Kanner ao DSM-V. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 864-880, 2020. Disponível em:

<<http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/248>>.

MORAES, N. D. A. de; PERRONE, C. M. A polêmica do tratamento psicanalítico do autismo: dimensões políticas, sociais e econômicas. **Revista Subjetividades**, v. 17, n. 2, p. 12-22, dez. 2017. Disponível em:

<https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000200002>.

DONVAN, J.; ZUCKER, C. **Outra sintonia: a história do autismo**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2017.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/CqzGb8Lb4yr7P6grYVTMszg/#>>.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, dez. 2014. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006>.

ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 53-59.

FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011.

FENDRIK, S. O DSM-IV: uma metafísica comportamentalista? In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 29-37.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* **A "indústria" do autismo no contexto brasileiro atual: contribuições ao debate**. Material Técnico, 2024. ISBN: 978-65-00-99824-5.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 5, n. 1, p. 29-43, jan. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/pC6HnGVLHk7pdmHkkcz8RqJ/abstract/?lang=pt#>>.

FRANCES, A. J. Ex-diretor do DSM, a 'bíblia' da psiquiatria, admite: "Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais". **PsiBr**, 29 set. 2014. Disponível em: <<https://psibr.com.br/noticias/ex-coordenador-do-dsm-sobre-a-biblia-da-psiquiatria-transformamos-problemas-cotidianos-em-transtornos-mentais>>.

FURTADO, L. A. R. **Sua majestade o autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo** (Tese de Doutorado em Educação Brasileira). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/22755>>.

GOLDENBERG, R. (Quem tem medo do) DSM-IV? In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 39-44.

HAN, B.-C. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

INFANTE, D. P. Psiquiatria para que e para quem? In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 63-72.

IZAGUIRRE, G. Elogio ao DSM-IV. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 13-22.

JERUSALINSKY, A. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história. Uma psicopatologia pós-moderna para a infância. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 231-242.

JERUSALINSKY, A; LAZKIK, M.-C. Uma discussão com a neurociência. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 73-91.

JUNIOR, F. P. **Por que o Brasil pode ter 6 milhões de autistas?** Canal Autismo, 2023.

Disponível em:

<<https://www.canalautismo.com.br/artigos/por-que-o-brasil-pode-ter-6-milhoes-de-autistas/#:~:text=É%20um%20consenso%20de%20que,e%20com%20critérios%20muito%20mais>>.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. s3-s11, maio. 2006. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbp/a/jMZNbHcsndB9Sf5ph5KBYGD/#>>.

KUPFER, M. C. M. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 96-107, 1999. Disponível em:

<https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200010>.

KUPFER, M. C. M. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. **Psicologia USP**, v. 11, n. 1, p. 85-105, 2000. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pusp/a/9wQz5yN8bkTrkg3vsRmHhCb/?lang=pt#>>.

LACAN, J. **O seminário, livro XI: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1998/1964.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**, v. 32, p. 8-14, 2001 (1966).

LACAN, J. Breve discurso a los psiquiatras. **Lacanteria Freudiana - Escuela Freudiana de Buenos Aires**, 1967. Disponível em:
<<https://lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.12%20%20BREVE%20DISCURSO%20A%20LOS%20PSIQUIATRAS,%201967.pdf>>.

LACAN, J. Conferência em Genebra sobre o sintoma. **Campo Psicanalítico - Transmissão Pesquisa Clínica**, v. 23, p. 1-18, 1998 (1975). Disponível em:
<https://campopsicanalitico-com-br.translate.google.com/conferencia-em-genebra-sobre-o-sintoma/?_x_tr_sl=pt&_x_tr_tl=en&_x_tr_hl=en&_x_tr_pto=sc>.

LAMEIRA, V. M.; COSTA, M. C. da S.; RODRIGUES, S. de M. Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 68-78, jan. 2017. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000100007>.

LAMPREIA, C. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 1, p. 111-120, 2004. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/prc/a/ZSzZ3LMzyndLWhBHh9hJjJJ/abstract/?lang=pt#>>.

LAZNIK, M.-C. Poderia a teoria lacaniana da pulsão fazer avançar a pesquisa sobre o autismo? **Psicanálise e clínica de bebês**, v. 4, p. 76-90, 2000. Disponível em:
<<https://laznik.fr/wp-content/uploads/2021/08/Poderia-a-teoria-lacaniana-da-pulsao-Laznik.pdf>>.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR/?lang=pt#>>.

MALEVAL, J-C. Por que a hipótese de uma estrutura autística? **Opção Lacaniana online nova série**, v. 6, n. 18, p. 1-40, nov. 2015. Disponível em:
<http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_18/Por_que_a_hipotese_de_uma_estrutura_autistica.pdf>.

MALEVAL, J.-C. **O autista e sua voz**. São Paulo, SP: Blucher, 2017.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 244-262, ago. 2014. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000200002>.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. **INTERthesis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 74-91. 2019a. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2019v16n1p73>>.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 29, n. 2, p. 1-19. 2019b. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/physis/2019.v29n2/e290213/#>>.

MAS, N. A. **Transtorno do espectro autista - história da construção de um diagnóstico**. 2018. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-191739/publico/mas_me.pdf>.

MORETTO, M. L. O sofrimento na nossa cultura do sucesso. **TV Boitempo**. Youtube. jun. 2015. 2h40min. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=nTVuwSGx40c>>.

NETO, F. K. *et al.* DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 44-55, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200006&lng=pt&nrm=iso>.

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP**, v. 15, n. 1-2, p. 83-106, jan. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/nMGDnFmKgySBkGkdshtfzPg/#>>.

ODA, A. M. G. R. A paranoia em 1904 - uma etapa na construção nosológica de Emil Kraepelin. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 2, p. 318-332, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/w96Lc3vVZPpkKGDrkFMHCzr/?lang=pt&format=pdf>>.

OLIVEIRA, N. R. de; TAFURI, M. I. O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, n. 4, p. 838-850, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/9czDZWwNnc3ygP7v34gLRfH/#>>.

O que são commodities: o guia completo. **Blog do Modal Mais**. São Paulo, 12 dez. 2022. Disponível em: <<https://www.modalmais.com.br/blog/o-que-sao-commodities/>>.

ORTEGA, F. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. **Mana**, v. 14, n. 2, p. 477-509, out. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/mana/a/TYX864xpHchch6CmX3CpxSG/#>>.

PACHECO FILHO, R. A. O psicanalista, o capitalismo e a segregação na estrutura, na história e no ordenamento discursivo dos gozos. **Revista de Psicanálise Stylus**, v. 1, n. 46, p. 73-92, 2024. Disponível em: <<https://stylus.emnuvens.com.br/cs/article/view/1040>>.

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. São Paulo, SP: Editora 34, 1999. Disponível em:

<<https://books.google.com.br/books?id=aGIzozjXIbpkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>>.

PSIQUE. In: MICHAELIS, Dicionário Online. Melhoramentos: 2015. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/psique>>.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia e paranoia na cidade dos discursos**. Rio de Janeiro, RJ: Atos e Divãs, 2023.

RESENDE, M. S. de. Transtornos mentais ou psicopatologia da vida cotidiana: a questão diagnóstica na atualidade. 122 p. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, MG, 2014. Disponível em: <<https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/Marina%20Silveira%20de%20Resende.pdf>>.

RIBEIRO, A. S. *et al.* Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 46-56, abr. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/nHxJJnLVNfBzMD9FPjRSpv/?lang=pt#>>.

RIOS, C. *et al.* Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 325-336, fev. 2025. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/jkNFyTCb3kGM7bxxYRpL37M/abstract/?lang=pt#>>.

RIOS, C. “Nada sobre nós, sem nós”? O corpo na construção do autista como sujeito social e político. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. Rio de Janeiro, n. 25, p. 212-230, jan. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sess/a/86hndtKbjyBGHDT7txTmR9G/?lang=pt#>>.

ROCHA, F. H. Questões sobre a alteridade no autismo infantil. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 14, n. 27, p. 150-171, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282009000200010&lng=pt&nrm=iso>.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 460-483, jul. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/56hWVSkWPtnWTGrjVB6qWGS/?lang=pt#>>.

SÃO JUSTO, R. Estatuto do sujeito na clínica dos autismos. **aSEPHallus.**, São Paulo, v. 17, n. 33, p. 152-168, nov. 2021. Disponível em: <<http://www.isepol.com/asephallus/pdf/09%20-%20Estatuto%20do%20sujeito%20na%20cl%C3%ADnica%20dos%20autismos.pdf>>.

SANTOS, J.; MACHADO, L. V.; DOMINGUES, E. Um olhar psicanalítico acerca do autismo: revisão bibliográfica. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 322-338, ago. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282020000200011&lng=pt&nrm=iso>.

SECRETARIA DE SAÚDE DO GOVERNO DO PARANÁ. **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Disponível em:

<[https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Transtorno-do-Espectro-Autista-TEA#:~:text=O%20Transtorno%20do%20Espectro%20Autista%20\(TEA\)%20é%20resultado%20de%20alterações,nos%20primeiros%20meses%20de%20vida](https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Transtorno-do-Espectro-Autista-TEA#:~:text=O%20Transtorno%20do%20Espectro%20Autista%20(TEA)%20é%20resultado%20de%20alterações,nos%20primeiros%20meses%20de%20vida)>.

SIBEMBERG, N. Autismo e Psicose Infantil: o diagnóstico em debate. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 93-101.

SILVA, B. de S.; CALZAVARA, M. G. Constituição subjetiva do autismo e da psicose: aproximações e distanciamentos. **Analytica**, São João del Rei, v. 5, n. 9, p. 86-99, dez. 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v5n9/08.pdf>>.

SILVA, K. V.; RHIS, L. N.; OLIVEIRA, C. M. de. AUTISMO E LINGUAGEM. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 5, n. 9, p. 206-224, set. 2020. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22326>>.

SOLER, C. O Sujeito e o Outro II. In: FELDSTEIN, R; FINK, B; JAANUS, M. (Orgs.). **Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1997.

TERZAGHI, M. A. Efeitos adversos e colaterais. Reflexões desde a clínica em neurologia infantil sobre o uso de categorias psicopatológicas em crianças pequenas. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 259-273.

THOMAS, M.-C. Introdução para uma genealogia do autismo. **Tempo psicanal.**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 339-366, 2013. Disponível em: <<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n2/v45n2a07.pdf>>.

THOMAS, M.-C. Perturbar a denominação “autismo”. **Percurso**, São Paulo, v. 31, n. 61, p. 10-24, 2018. Disponível em: <<https://percurso.openjournalsolutions.com.br/index.php/ojs/article/view/166>>.

THOMAS, M.-C. **Lacan com Melanie Klein: as crianças no jogo analítico**. São Paulo, SP: Zagodoni, 2024.

VIANNA, M. da G. Nomear e Classificar Tratam o Sujeito? Diferentes Modos de Abordar o Autismo no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM, p. 35-46. **Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos**. São Paulo: Blucher, 2019. Disponível em: <<https://openaccess.blucher.com.br/article-details/03-21527>>.

VORCARO, A., & LUCERO, A. Entre real, simbólico e imaginário: leituras do autismo. **Psicologia e Argumento.**, Curitiba, v. 28, n. 61, p. 147-157, jun. 2010. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/7d9c/2df7abf2568ab6fe770c00b9db97674a66aa.pdf>>.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: FENDRIK, S; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo, SP: Via Lettera, 2011, p. 219-229.