



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Maíra Lopes Almeida

**A escuta da família frente ao diagnóstico de autismo da criança – um
estudo psicanalítico**

UBERLÂNDIA

2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Maíra Lopes Almeida

**A escuta da família frente ao diagnóstico de autismo da criança – um
estudo psicanalítico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.
Área de Concentração: Psicanálise e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Anamaria Silva Neves

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

A447e
2017 Almeida, Maíra Lopes, 1992
A escuta da família frente ao diagnóstico de autismo da criança – um estudo psicanalítico / Maíra Lopes Almeida. - 2017.
152 p.

Orientadora: Anamaria Silva Neves.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Autismo - Teses. 4. Família - Aspectos psicológicos - Teses. I. Neves, Anamaria Silva. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Maíra Lopes Almeida

**A escuta da família frente ao diagnóstico de autismo da criança – um
estudo psicanalítico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado,
do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito
parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Profa. Dra. Anamaria Silva Neves

Banca Examinadora

Uberlândia, 13 de março de 2017

Profa. Dra. Anamaria Silva Neves (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Miriam Tachibana (Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima (Examinador)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ

Prof. Dr. Luiz Carlos Avelino da Silva (Examinador Suplente)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2017

À Ícaro e sua família, por permitirem-me acompanhar de perto seus caminhos.

À minha avó, Maria Adelaide (in memoriam), por seu exemplo de força.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me sustentar firmemente em todos os meus caminhos.

À Profa. Dra. Anamaria, minha orientadora, pelo investimento afetoso em mim e em minha formação desde a graduação. Agradeço pela generosidade, firmeza diante dos desafios e por sua orientação dedicada, minuciosa e sensível.

Ao meu pai, Laerte, que com seu amor me faz acreditar que realmente consigo mensurar o infinito. À minha mãe, Beth, pela leveza com que desenha a vida para mim.

À querida Profa. Dra. Joyce Gonçalves Freire (*in memoriam*), a quem sou infinitamente grata pela existência. Nosso encontro me instigou a ser maior, simplesmente, por tê-la tido como professora.

À toda minha família que, sempre ao meu lado, compõe minha certeza de um lugar no mundo.

Ao Humberto, por ser um porto seguro frente às provações destes últimos anos.

Aos meus amigos, pela cumplicidade em todos os momentos e por me lembrarem que há vida para além do mestrado.

À Profa. Dra. Lucianne Sant'anna de Menezes, por ser referência crucial para mim. Agradeço também por, generosamente, ter me aceitado como estagiária em docência e por ter feito disto uma experiência de muito aprendizado.

À Profa. Dra. Carla Nunes Vieira Tavares, por ter contribuído muito em toda minha trajetória com sua escuta terna e refinada.

À Hélvia, por estar sempre disposta a me acolher e pelas inúmeras horas dispendidas em supervisão, psicanálise, trabalho clínico e amizade.

À Camila Troina, Fiamma Diaz, Paloma Ribeiro, Raíssa Braga e Vitória Oliveira, pelo potente grupo que formamos. Em especial, agradeço à Angela Vinhal pela observação diligente e audaciosa.

Ao CPPL e à sua equipe que, em momento oportuno do desenvolvimento desta investigação, me receberam de braços abertos e me revitalizaram com a constatação de uma clínica criativa, ética e singular. Agradeço, afetuosamente, a Antônio Ricardo pela paciência em me acompanhar em minhas descobertas teóricas. Especialmente, agradeço à Carol e Miguel que me proporcionaram um lar pernambucano repleto de carinho, minha eterna gratidão a vocês.

À Carina, Débora, Jaque, Kathe e Fabi, companhias fundamentais que tornaram a trajetória do mestrado menos árdua.

À Sybele, pelas inúmeras vezes em que leu minhas produções, sempre as tornando melhor do que estavam e por, neste caminho, ter se tornado minha amiga.

Aos colegas Artur, Germano e Rita, pela parceria interessante e frutífera que criamos. Em especial, à Michelle e Tassi pela amizade e companheirismo.

Aos alunos da graduação da disciplina de Teoria e Técnicas Psicoterápicas 2, pela receptividade e gentileza durante meus ensaios como docente.

Ao Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno, por sua significativa participação em minha formação e pelos diversos momentos em que me incitou à escrita acadêmica.

Ao Prof. Dr. João Luiz Paravidini, por acreditar no meu projeto e por sua importância em minha formação.

À Profa. Dra. Juçara Clemens e à Prof. Dra. Conceição Serralha de Araújo pela dedicação esmerada ao meu trabalho que produziram pontuações fundamentais para o prosseguimento da pesquisa.

Aos meus pacientes que sempre me instigam ao melhor de mim, pessoal e profissionalmente.

À CAPES, pela concessão da bolsa que permitiu que eu me dedicasse a esta dissertação com todo o afinho possível durante o tempo do mestrado.

Era difícil imaginar mais racional sistema terapêutico. Estando os loucos divididos por classes, segundo a perfeição moral que em cada um deles excedia às outras, Simão Bacamarte cuidou em atacar de frente a qualidade predominante. [...]. Às vezes bastava uma casaca, uma fita, uma cabeleira, uma bengala, para restituir a razão ao alienado; em outros casos a moléstia era mais rebelde; recorria então aos anéis de brilhantes, às distinções honoríficas, etc. Houve um doente poeta que resistiu a tudo. (Machado de Assis)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar as reverberações do diagnóstico de autismo da criança para o grupo familiar. A psicanálise constitui o referencial teórico e metodológico que ampara esta pesquisa. O percurso investigativo foi delineado a partir da construção de um caso clínico. Foram recortadas, para fins deste estudo, 21 sessões de atendimento psicológico a uma família composta pelo casal parental, o filho mais velho e Ícaro, diagnosticado como autista aos três anos de idade. O encaminhamento do menino para atendimento psicológico foi feito por uma gastropediatra devido à recusa em comer alimentos sólidos, à ecolalia e ao referido diagnóstico. Todos os atendimentos contaram com a presença de diferentes membros da família. O caso evidenciou as especificidades que o diagnóstico pode estabelecer com o grupo familiar. Marcada por perdas, a família enreda-se à melancolia e, o isolamento, inoculado no vínculo, explicita os conflitos da psique familiar. Sem elaborar o luto, a família apresenta um tom afetivo melancólico que possibilita o estabelecimento de uma relação particular com o diagnóstico de Ícaro. Este aparece no grupo como barreira defensiva ao sofrimento das perdas vivenciadas e com a condição desamparada exposta após tais perdas traumáticas. A escuta psicanalítica junto à família permitiu acessar a função psíquica do diagnóstico e ampliar o escopo de cuidado para o padecimento do grupo. A pesquisa aponta para importância da ampliação do âmbito de atenção ao sintoma da criança com a superação da sentença diagnóstica e a consequente abordagem do sujeito e da família em sua singularidade.

Palavras-chave: Autismo; Família; Psicanálise; Diagnóstico.

ABSTRACT

This study aims to investigate the reverberations of the Autism diagnosis of the child to the family. Psychoanalysis constitutes the theoretical and methodological frame that supports this research. The investigative route was delineated from the construction of a clinical case. 21 counseling sessions were cut for the purposes of this study. This sessions happened with a family composed of the parental couple, the eldest son and Ícaro, diagnosed as autistic at 3 years of age. The forwarding to psychological care was done by a gastro pediatrician due to Ícaro's refusal to eat solid foods, echolalia and this diagnosis. The parents and/or the oldest brother were present in all the sessions. The case has highlighted the specifics that the diagnosis can be established with the family group. Marked by losses, the family draws to the melancholy and the isolation, inoculated at explicit conflict of the family psyche. Without elaborating the grief, the family presents a melancholy affective tone that enables the establishment of a particular relationship with the diagnosis of Ícaro. This appears in the group as a defensive barrier to suffering the losses experienced and helpless condition exposed after such traumatic losses. The psychoanalytic listening by the family allowed access to psychic diagnosis function and expand the scope of care for the suffering of the group. The research points to the importance of broadening the scope of attention to the symptom of child with the overcoming of the sentence and the diagnostic approach to the subject and family in your uniqueness.

Keywords: Autism; Family; Psychoanalysis; Diagnosis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - AUTISMO: CONTEMPORANEIDADE E PSICOPATOLOGIA	20
1.1 O espectro do Transtorno Autista	21
1.2 O autismo sob a perspectiva da psiquiatria	26
1.3 O <i>pathos</i> e a clínica psicanalítica da infância	32
CAPÍTULO 2 - FAMÍLIA, AUTISMO E PSICANÁLISE	37
2.1 Família e Políticas Públicas para o Transtorno do Espectro Autista	37
2.2 Os mal-ditos entre família, autismo e psicanálise	44
2.3 O bebenhês e o manhês – descobertas recentes sobre os bebês	48
CAPÍTULO 3 – A INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA PARA A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA	54
3.1 Nos primórdios da práxis;	55
3.2 “Encontro você”: as implicações clínicas do conceito de ambiente.	60
3.3 Travessia - para além dos pais: a perspectiva da família	65
CAPÍTULO 4 – CASO <i>PARCAS</i>	71
4.1 O nascimento de Ícaro: acasos nefastos	76
4.2 O começo de nós: ambiguidade e diagnóstico.	78
4.3 A pré-história da família	85
4.4 É preciso se intoxicar	92
4.5 O menino no berço	99
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
ANEXO A	151
ANEXO B	152

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa investe sobre a escuta psicanalítica da família de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A intuição de um aumento considerável de crianças que receberam esse diagnóstico, posteriormente constatado nos números epidemiológicos, foi o pilar para a inquietação sobre a atenção dispensada a esses grupos familiares.

O atendimento clínico de crianças e suas famílias que se angustiavam diante do diagnóstico de um transtorno psiquiátrico, fortaleceu o desejo de me debruçar sobre o assunto. À medida que TEA é um transtorno referido à primeira infância, é possível supor dispositivos de cuidado extensos à família. Assim, problematizo sobre as reverberações deste diagnóstico para o grupo familiar e, também, sobre as possibilidades que abrigam a escuta deste grupo em relação à criança diagnosticada com o transtorno.

A partir destes objetivos, a escuta aparece como um dispositivo privilegiado que consiste, sobretudo, em colocar o método psicanalítico em operação. Para Blum e Rocha (2016), a teoria psicanalítica é a base na qual se estabelece a escuta clínica que se atenta ao sofrimento inconsciente. Para as autoras, a eficácia desta escuta reside no potencial de redimensionar a história de sofrimento daquele que enuncia.

Nesta investigação, a escuta apresenta dois caminhos possíveis. Em um, delineia a compreensão da experiência emocional da família frente ao diagnóstico atribuído à criança. Em outro, coloca em relevo a escuta clínica como amparo ao grupo familiar.

Neste sentido, o estudo da família articulado ao diagnóstico de TEA da criança exige que o tema seja abordado sobre diversas perspectivas, entre elas: a

psiquiátrica, política, histórica e contemporânea. Esses eixos, intimamente relacionados, apontam para o que é posteriormente evidenciado na construção do caso clínico, isto é, a complexidade inerente à manifestação sintomática na primeira infância que não está desvinculada desses diversos vértices.

Na vertente psiquiátrica, o diagnóstico de TEA, como citado, é referente à 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado no ano de 2013. Com a publicação da 3ª versão do DSM, houve um distanciamento entre psiquiatria e psicanálise, sendo que essa última antes se constituía o esteio para a compreensão da perturbação mental. As categorizações psiquiátricas e psicanalíticas se sobrepunham, mas com a publicação desse manual efetuou-se uma ruptura. A psiquiatria foi, então, em direção às pesquisas experimentais e a classificação diagnóstica psiquiátrica tornou-se pragmática (Dunker e Neto, 2011).

As decorrências desta ruptura na compreensão do sofrimento psíquico ocorrem na medida em que ao legitimar somente as pesquisas experimentais, rebaixam a importância da experiência do sujeito em relação ao seu próprio adoecimento. Especificamente sobre a infância, Vorcaro (2011) aponta que o diagnóstico baseado nesses manuais, frutos do rompimento com a psicanálise, apresentam um rigor científico em que é possível excluir o saber parental que constitui os laços sociais da criança. A autora enfatiza: “Reduzida à orientação do saber médico, a criança perde sua linhagem cultural originária. Nela, decalca-se um nome que, além de anônimo, a classifica como pertencente à outra família: de genealogia médica” (p.219).

Nessa lógica, trabalhar a respeito da nomeação atribuída à criança implica adentrar as especificidades da infância. Essa nomeação atinge o infante em um momento transitório de sua vida e alcança todo o seu entorno. Problemático, então, de que forma se processa a escuta da família frente a esta situação de atribuição de uma

nomeação psiquiátrica para a criança. Ferenczi (1928/2011) sublinha que ocupamo-nos, geralmente, da adaptação da criança à família, mas pouco da adaptação da família à criança. Isso se torna especialmente verdadeiro ao se pensar sobre o sofrimento psíquico na infância e o lugar marginalizado que ainda ocupa a escuta para a família.

Diante disso, este trabalho surge da inquietação com a atenção que se destina para as famílias quando há uma nomeação diagnóstica psiquiátrica da criança. Com o aumento de casos diagnosticados como TEA, me interoguei inicialmente sobre como esse diagnóstico reverberaria para esses grupos familiares. O acolhimento institucional na Clínica-Escola de Psicologia (CLIPS) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) de Ícaro, um garoto diagnosticado com TEA aos três anos e a participação de seu núcleo familiar nos atendimentos, forneceram pistas importantes para a investigação.

A primeira pista ocorreu com o adjetivo “estranho”, que parece corriqueiro na fala de mães de crianças com diagnóstico de autismo. Freud (1919/2010) apontava a íntima relação entre o estranho e o familiar. Às voltas com o *unheimlich*, o autor compreende que *heimlich* é também da ordem do oculto. O estranho, assim, germina necessariamente disso que está oculto e é familiar. Não por acaso as crianças diagnosticadas como autistas ao mesmo tempo despertam fascínio e horror. Suas idiossincrasias ressoam no entorno como ocorre na observação de crianças com fortes estereotípias, ou com dificuldades na fala e que parece colocar-nos diante deste estranho, nas fronteiras do que a palavra é capaz de suportar.

Não obstante, este adjetivo “estranho”, que aparece como denominador comum na escuta de mães de crianças com diagnóstico de autismo ao referenciar seus filhos, denuncia as nuances das relações estabelecidas entre o casal parental e a criança. A sutileza dessas relações, sobretudo entre adultos e seus bebês, é mencionada por Freud (1914a/2006) no texto *À guisa de introdução ao narcisismo* e remete ao que o adulto

pode reconhecer de si mesmo naquele infante. Aquilo que não é possível de ser reconhecido, talvez por ser suficientemente familiar, é qualificado como estranho.

A angústia nos aproxima deste estranho e sustenta também o pilar da torre de Babel¹ que se formou ao redor do autismo. As disputas apaixonadas que se travam quanto à etiologia e melhores tratamentos parecem conduzir os profissionais a essa mesma confusão das línguas. Estabelecem-se posições enrijecidas que buscam pleitear para si a verdade sobre o fenômeno autístico sem possibilitar a circulação da palavra.

A formação de uma síndrome única com Kanner transformou o adjetivo autístico, utilizado na época, em substantivo autismo. Ao largo de ser apenas uma questão semântica, como alerta Tafuri (2003), o autismo parece atualmente se referir a todo este estranho identificado pelas famílias na primeira infância. A angústia, face àquilo que não é possível de ser reconhecido, forja-se contemporaneamente em uma hiperdiagnose causada, sobretudo, pelos atuais manuais de classificação de transtornos mentais. Nesses manuais, o autismo figura como transtorno próprio da primeira infância e incurável. Isso traz decorrências importantes para crianças que serão diagnosticadas desde muito jovens e suas famílias que serão acompanhadas por um transtorno sem cura ao longo da vida.

A partir da compreensão das decorrências que a nomeação diagnóstica pode ter para os grupos familiares, surgiu a questão norteadora desta pesquisa. De forma mais sistematizada, ela pode ser enunciada da seguinte forma: quais as reverberações para a família do diagnóstico de TEA da criança?

¹ Segundo a história bíblica contida em *DT 32*, os humanos pretendiam construir uma torre tão alta que penetrasse no céu. Deus, insatisfeito com essa pretensão, desceu e ordenou que a língua de todos fosse confundida a fim de que não mais pudessem se entender uns aos outros.

Na hipótese inicial do trabalho, o diagnóstico desse transtorno para a criança teria reverberações significativas para a família. Ao longo da pesquisa psicanalítica, no entanto, foi possível apreender que essa não só é feita pelo pesquisador, mas também decorre deste. Como em um ciclo, a pesquisa psicanalítica age ativa e retroativamente, alimentada pelo inesperado da investigação e pela implicação daquele que pesquisa. Assim, logo ficou claro que seria necessário retroceder a fim de compreender que o diagnóstico não apenas reverbera, mas enlaça-se à organização familiar em tempos prévios à atribuição desta alcunha psiquiátrica.

A psicanálise, conforme explorada ao longo deste trabalho, constitui o referencial teórico e metodológico desta empreitada acadêmica. Segundo Freud (1923/1987), o método psicanalítico é, primeiramente, “um procedimento de investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo” (p. 253).

Nesse contexto, a escolha metodológica refere-se à psicanálise sustentada por meio da construção do caso clínico. A escrita no processo de construção do caso e de pesquisa em psicanálise adquire valor organizador ao produzir pesquisa metapsicológica a partir dos dados clínicos. O cenário da clínica, ao ser escrito, configura-se como um momento de elaboração do vivido na/pela transferência, sendo útil para a condução do próprio caso e para a produção de conhecimentos científicos (Oliveira e Tafuri, 2012).

Inicialmente, houve uma investigação teórica das obras de autores clássicos da psicanálise e pesquisa bibliográfica em bases de dados, como BVS-Psi e Scielo. Nessas bases, foram utilizados os seguintes descritores: autismo, família, psicanálise e diagnóstico. O material encontrado foi selecionado em consonância com o que formula Iribarry (2003) em relação ao dado teórico. Segundo esse autor, o pesquisador

instrumentaliza sua transferência ao texto a partir do material que foi coletado. Dessa forma, a teoria se construiu analogamente ao que o caso suscitava.

Neste trabalho, no que se refere propriamente à construção do caso clínico, esse consta da participação de uma família composta pela mãe, pai e dois filhos: um de três anos e outro de 17. Nosso encontro ocorreu através do encaminhamento de uma gastropediatra para avaliação psicológica do filho mais jovem desta família na Clínica-Escola de Psicologia da UFU. A solicitação devia-se às restrições alimentares do garoto, Ícaro, que se recusava a comer comidas sólidas e sobrevivia somente de leite. Ele também havia recebido, recentemente, o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, cunhado por um neuropediatra.

À época do encaminhamento do menino, o acolhimento institucional da CLIPS funcionava de forma que estudantes ou professores vinculados a esta clínica disponibilizavam horários durante a semana para serem preenchidos por livre demanda. A médica do garoto tinha relação próxima e conhecia o funcionamento da instituição. Como tinha conhecimento das sérias limitações financeiras da família, ligou para a clínica e agendou um horário de acolhimento que a família poderia comparecer. Esse horário era o mesmo que eu havia disponibilizado no início daquela semana.

No decorrer dos atendimentos, o objeto de estudo submeteu-se ao inesperado da investigação psicanalítica. Anteriormente, esse parecia constituir-se como o diagnóstico. Contudo, no curso clínico, ficava cada vez mais evidente, que antes de diagnóstico, interessava a família.

Destacam-se dois momentos do atendimento que ocorreram paralelamente: sessões de atendimento com a mãe e a criança na CLIPS e sessões de atendimento domiciliar. Para circunscrever e tornar o texto mais acessível foram recortadas dezesseis sessões do primeiro momento e três do segundo. Houve, ainda, duas sessões ocorridas

também na CLIPS que contaram com a presença do pai (por motivos posteriormente discutidos). Portanto, estão presentes neste trabalho vinte e uma sessões.

Os dados clínicos foram materializados na escrita dos relatos ao final de cada sessão. Posteriormente, esses relatos foram submetidos à leitura em supervisão. O material clínico, constituído relato, não se constitui como o reflexo fiel do fato concreto, mas uma reconstituição fictícia que exprime a singularidade do ser que sofre e de sua fala endereçada ao analista (Nasio, 2001).

Iribarry (2003) sustenta que o dispositivo da supervisão é fundamental neste trabalho de construção do caso. Por meio da interlocução entre o analista e o supervisor é inaugurado um espaço de alteridade. Essa alteridade possibilita as situações de pesquisa e tratamento. Dessa forma, a transferência ocorre em dois momentos, sendo eles o tratamento analítico e a supervisão do caso.

A partir deste referencial psicanalítico desenvolveu-se a pesquisa aqui apresentada. O primeiro capítulo estabelece um panorama contemporâneo sobre autismo e psiquiatria, os números epidemiológicos do atual TEA e uma posição psicopatológica possível diante desse contexto. O segundo adentra a imbricada relação entre autismo, família e psicanálise, de um ponto de vista político, histórico e somado às contribuições atuais que, como veremos, por vezes, não são tão recentes assim. O terceiro investe sobre as intervenções psicanalíticas para a família frente ao sofrimento da criança.

Diante dessa fundamentação, no quarto capítulo, apresento a família *Parcas* e as teias na qual o TEA do garoto se emaranhou. Na hipótese inicial considerava que o diagnóstico reverberaria para a família. A investigação apontou que esse diagnóstico, antes de reverberar, deve ser situado em torno de uma narrativa familiar, inserido em uma cronologia que, muitas vezes, lhe precede e que deve ser, portanto, historicizado.

Na discussão e nas considerações finais, problematizamos o diagnóstico da criança em torno do grupo familiar. Isso significa rearticular o eixo sob o qual se cristaliza o sintoma da criança como destituído de qualquer precedência ou filiação. Portanto, nestes capítulos finais, apresento os desdobramentos do que a pesquisa clínica alinhavada à teórica forneceu sobre a questão aqui apontada.

CAPÍTULO 1 - AUTISMO: CONTEMPORANEIDADE E PSICOPATOLOGIA

A Haute Autorité de Santé (HAS), órgão similar ao Ministério da Saúde no Brasil, foi criada na França em 2004 com o objetivo de regular e controlar a boa qualidade na prestação de serviços sociais e médicos naquele país. Exatos oito anos depois, em 2012, a HAS lançou um documento intitulado “Recomendações para a boa prática. Autismo e outros Transtornos de Desenvolvimento: Intervenções educativas e terapêuticas dirigidas a crianças e adolescentes”.

Nesse documento, integrante do *Plano Autismo 2008-2011*, havia uma conduta clara nas práticas com autistas, as terapias cognitivo-comportamentais deveriam ser prioritariamente empregadas. A psicanálise estava, assim, oficialmente rechaçada das recomendações para o tratamento do autismo na França (Araújo, Mrech, Saboia, Siqueira, Nezan, Costa, Parlato-Oliveira, Pires e Soares, 2013).

Essa situação é parecida com a que ocorreu no Brasil em setembro de 2012. Segundo o Diário Oficial do Estado de São Paulo (Nº148 – DOE de 08/08/12 – Seção 1 –p.79), a Secretaria de Saúde desse Estado, admitindo sua impossibilidade de atender toda a demanda de pessoas com TEA, lançou um edital para credenciamento de instituições de atendimento de saúde mental que trabalhassem com autismo.

O fato peculiar é que, nesse edital, era necessário constar uma declaração do responsável legal pela instituição de que utilizaria métodos cognitivo-comportamentais, como Applied Behavior Analysis (ABA), Picture Exchange Communication System (PECS) e Treatment and Education of Autistic and [Related] Communication Handicapped Children (TEACCH).

Recentemente, a Associació per a la Inclusió de les persones amb Transtorn de l'Espectre Autista (APRENEM), associação de pais e familiares de crianças com TEA

da Catalunha, também enviou uma carta ao Departamento de Saúde daquele país exigindo que as intervenções terapêuticas no sistema público de saúde sejam guiadas pelos métodos cognitivo-comportamentais, práticas baseadas em numerosas investigações e validadas cientificamente.

Essa rejeição à Psicanálise põe em causa aspectos contemporâneos e históricos que se entrelaçam e parecem fundamentar o fenômeno. A compreensão psiquiátrica do transtorno e os mal-ditos entre família, autismo e psicanálise, desde os primórdios, podem ser o esteio dessas manifestações. No entanto, é possível perceber como o autismo tornou-se um termo popular.

Eleito em janeiro de 2012 na França, como a grande causa nacional, o autismo se disseminou e hoje configura, por exemplo, como uma suposta epidemia. Passaram-se 73 anos desde seu isolamento por Kanner (1943/1997). Hoje, o distúrbio atinge 1 em cada 68 crianças, segundo estatísticas norte-americanas (CDC, 2014).

Este aumento de casos de crianças diagnosticadas com autismo, correspondendo ou não a esse diagnóstico, também é denunciado na literatura (Bruner, 2015; Coriat, 2015; Kupfer, Bernardino, Mariotto e Taulois, 2015; Kupfer, 2015; Sibemberg, 2015). Assim, questionamos: será que realmente estamos diante de um aumento de casos de autismo? Se esse aumento existe, como ele se relaciona com a Psiquiatria e a Psicopatologia?

1.1 O espectro do Transtorno Autista

Entendo que um espectro ronda a infância – o espectro do Transtorno Autista².

Kanner foi o primeiro a estabelecer o autismo como um distúrbio único, e não mais

² Menção à frase inaugural do Manifesto Comunista escrita por Marx em 1848 em que ele faz alusão ao espectro do comunismo que rondava a Europa. Fazemos uso da polissemia da palavra espectro, que como descrito nos manuais diagnósticos, refere-se à representação de intensidade, enquanto na frase de Marx

como apenas um sintoma da esquizofrenia. Ao observar 11 crianças, o autor pode descrever o que chamou de distúrbios autísticos inatos do contato afetivo, sendo que esta “até agora não descrita e bastante rara, parece, mas que, no entanto, seria mais frequente do que a raridade dos casos indica” (Kanner, 1943/1997, p.167).

Em seu texto, esse autor caracteriza a síndrome como uma incapacidade inata e descreve como sintomas os traços obsessivos, a estereotipia e a ecolalia (Kanner, 1943/1997). A pioneira caracterização do autismo por Kanner serve, ainda hoje, como referência para as definições encontradas nos atuais manuais diagnósticos.

Contudo, a definição de autismo se ampliou no decorrer da história, sobretudo com a admissão do espectro, que o tornou no DSM-V (2014) em “Transtorno do Espectro Autista” (TEA). Pois, a partir dessa nova nomenclatura, o autismo passou a englobar o Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

O diagnóstico de TEA é realizado clinicamente com base nos critérios do referido manual, observações do comportamento e entrevistas com os pais e/ou cuidadores. É possível também realizar exames que excluam outras doenças associadas, como surdez (Ribeiro, 2007).

Com relação à tendência de aumento de casos de autismo, pesquisas feitas sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, registraram um consistente aumento de crianças diagnosticadas como autistas nos últimos anos (Rice et al, 2012; Rutter, 2004; Charman, 2002; Bertrand et al, 2001; Fombonne, 1999).

O primeiro estudo epidemiológico sobre autismo consta de 1966, na Inglaterra, por Vitor Lotter (Ribeiro, 2007). Naquela época, ele encontrou uma prevalência de 4,5

refere-se a um fantasma que se apresentava e assustava os europeus, o que nos remete a situação dos pais diante do aumento de diagnósticos de autismo.

crianças autistas para cada 10.000. Outros estudos também conduzidos entre o fim da década de 60 e início da década de 70 na Europa apontam para estimativas de 1 autista para cada 2.500 crianças (CDC, 2014).

Desde então, a prevalência global de autismo aumentou, aproximadamente, 30 vezes. As estatísticas da doença tornaram-se mais acessíveis, pois, no ano 2000, o *Center of Diseases Control and Prevention* (CDC) criou o *Autism and Developmental Disabilities Monitoring* (ADDM), uma rede que se ocupa das estimativas e prevalência de TEA no país. A partir de sua criação, foram realizadas pesquisas periódicas, de dois em dois anos, que monitoram os dados epidemiológicos de autismo.

Por meio de estudos, o ADDM permite acompanhar a evolução dos diagnósticos da doença a cada biênio. Na primeira investigação, realizada no ano 2000, havia um autista para cada 150 crianças examinadas (uma prevalência igual a 0,66%). Na segunda pesquisa, em 2002, o número se manteve. No entanto, a partir de 2004, os números se tornaram consideravelmente maiores, de forma que a última estimativa apontou um autista para cada 68 crianças, perfazendo a prevalência igual a 1,47%.

De acordo com os dados divulgados pelo CDC (2010), o valor de prevalência de TEA em 2010 é duas vezes maior que nos dois primeiros anos da pesquisa, 2000 e 2002. Segundo Fombonne (2003; 2009), pesquisas futuras deverão registrar um aumento ainda maior. Existem algumas projeções que demonstram que até 2050 haverá um aumento de 42,7% em menores de cinco anos com TEA nos Estados Unidos, o que significa 76.000 crianças. A partir de suas revisões, o autor compreende que o Transtorno do Espectro Autista é muito mais comum do que pensávamos anteriormente.

Contudo, os diversos estudos que registram o aumento da prevalência de casos de autismo apresentam também limitações próprias de estudos dessa natureza. Os

assustadores números, devido a essas limitações, transportam em seu cerne a incerteza sobre a realidade dessas estimativas.

A partir dos estudos epidemiológicos, ao estabelecer a frequência de ocorrência de uma doença, as medidas mais utilizadas são: a prevalência e a incidência. A prevalência refere-se à quantidade de pessoas acometidas pela doença num determinado momento, enquanto a incidência mede quantos casos novos surgiram em certo período de tempo. Assim, “a proporção de indivíduos afetados por uma doença em um determinado momento (prevalência) depende do surgimento de novos casos em função do tempo (incidência)” (Wagner, 1998, p.7).

Em função das dificuldades operacionais dos delineamentos epidemiológicos necessários para a aferição de incidência de autismo, a maioria dos estudos epidemiológicos realizados refere-se, então, à medição da prevalência. Como aponta Klin (2006), o aumento nas taxas de prevalência não significa um aumento da incidência. No entanto, para o autor, a crença sobre o aumento da incidência é a responsável pelo surgimento da ideia errônea sobre a “epidemia de autismo”. Ideia que sequer se sustenta empiricamente, uma vez que os poucos estudos sobre incidência não foram adequados para testar a hipótese da epidemia. (Fombonne, 2009).

O aumento da prevalência também é questionado, uma vez que, como apontam muitos estudos, os dados da década de 1960 e 1970 costumavam considerar o autismo em associação com o retardo mental. As pesquisas realizadas com indivíduos sem comorbidade começaram somente após algum tempo. Além disso, os diferentes métodos empregados nos estudos epidemiológicos alteram consistentemente os dados sobre a prevalência. Dessa forma “(...) estudos que dependem de fontes administrativas únicas para identificar casos produziram baixas estimativas enquanto investigação, utilizando métodos proativos para o encontro de casos, ou seja, múltiplas fontes de

apuração e procedimentos diagnósticos diretos produziram taxas muito mais altas” (Fombonne, 2009, p.88, tradução da autora)³.

Além disso, outra questão que surge a respeito das investigações epidemiológicas sobre o autismo refere-se às publicações em todo o mundo. Segundo Paula et al (2011), grande parte dos estudos sobre prevalência são realizados na Europa e Estados Unidos, sendo que muitos países não dispõem desses dados tão bem documentados, incluindo o Brasil.

Sendo assim, a dificuldade no estabelecimento da incidência, o obstáculo na comparação desses indicadores ao longo do tempo e a lacuna sobre pesquisas epidemiológicas específicas para a realidade de alguns países, tornam a “epidemia de autismo” questionável. No entanto, desacreditar a epidemia não significa desconsiderar o aumento, mas poder, livres de seus atavios, problematizá-la de tal forma a compreender seu fundamento.

Esse fundamento encontra um de seus amparos na dificuldade mais recorrentemente citada nas pesquisas epidemiológicas para o autismo: as mudanças de definição e classificação ao longo do tempo. As taxas de prevalência e incidência não podem ser comparadas também, devido a estudos da década de 1960 e 1970 que compreendiam a definição de autismo como estritamente veiculada por Kanner. Assim, "(...) a menos que as comparações também controlem rigorosamente as mudanças nas definições do caso, as interpretações das diferenças nas taxas de prevalência ao longo do

³“studies relying on single administrative sources for identifying cases yielded low estimates, whereas investigations using proactive methods for case finding, that is, multiple sources of ascertainment and direct diagnostic procedures, yielded much higher rates”.

tempo e através de pesquisas será virtualmente impossível” (Fombonne, 2009, p.88, tradução da autora)⁴.

A definição de Kanner, considerada restrita, sofreu diversas alterações ao longo do tempo. As mudanças paradigmáticas nos manuais diagnósticos psiquiátricos afetaram a classificação e a nomeação do autismo. Como visto, essas modificações têm sérias consequências para os dados epidemiológicos.

1.2 O autismo sob a perspectiva da psiquiatria

Atualmente, o diagnóstico para uma criança com suspeita de autismo é clínico. Chamado de Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelo DSM-V (2014), em sua estrutura de sintomas, apresenta prejuízos na comunicação social e comportamentos e interesses restritos e repetitivos. Além do preenchimento dos critérios desse manual, também é possível aliar a observação e entrevista de responsáveis.

Nos manuais psiquiátricos, que embasam a realização do diagnóstico, houve mudanças históricas na definição do autismo. No DSM-I (1952), o autismo aparece como uma manifestação da esquizofrenia em crianças. Na segunda versão deste manual, novamente ele é classificado como um sintoma da esquizofrenia de tipo infantil (DSM-II, 1968).

Na década de 80, com a publicação do DSM-III (1980) e sua revisão, o autismo infantil aparece como uma subcategoria da classe diagnóstica de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID). Com a chegada do DSM-IV (1994), integram-se aos TID, juntamente ao autismo infantil, as subcategorias de Síndrome de Rett, Transtorno

⁴ “unless comparisons also control rigorously for changing case definitions, interpretation of differences in prevalence rates over time and across surveys will be virtually impossible”.

Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação. Na atualidade, todos esses transtornos, exceto a síndrome de Rett, foram fundidos em um único denominado Transtorno do Espectro Autista (DSM-V, 2013).

Bursztejn (2016) afirma que o autismo apareceu pela primeira vez em uma classificação oficial na 9ª edição da classificação internacional da OMS e figurava em um capítulo referente a “psicoses específicas da infância”. Na década de 80 e com a publicação da terceira versão do DSM, o autismo passa a integrar os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Assim, em menos de quinze anos, “a noção de ‘Transtorno Invasivo do Desenvolvimento’ substituiu a noção de psicose infantil, com um foco crescente no autismo” (p.16).

O autor formula que as classificações atuais se amparam por duas abordagens, quais sejam: categorial e dimensional. Enquanto na categorial é interessante que a população identificada com cada diagnóstico seja distinta, a experiência clínica constata sobreposições importantes nos TID. Isso provocou uma alteração, de forma que a abordagem dimensional mostrou-se estar mais em consonância com a realidade destes transtornos por compreender uma mesma patologia, porém, com variantes mais ou menos severas. Nessa concepção, os TID são como um continuum, agora transformado em um espectro (Bursztejn, 2016).

A mudança para uma concepção de espectro, oficializada com a publicação do DSM-5, amplia a imprecisão dos critérios de inclusão. Na opinião de Touati, Mercier e Touil (2016), essa ampliação “parece, sob muitos aspectos, um depósito para quadros bastante heterogêneos no plano clínico, psicopatológico e etiopatogênico” (p.58).

Essas alterações de definição devem-se às consequentes revisões do DSM ao longo do tempo, além do rompimento com a psicanálise, sobretudo no ano de 1980, que

representou o marco zero da nova relação entre psiquiatria e psicopatologia. Naquele ano, houve a publicação da terceira versão deste manual psiquiátrico que surgiu com novas proposições, ou seja, constituía-se agora de forma a ser a-teórico e operacional (Dunker, 2014).

Segundo Russo e Venâncio (2006), com esta publicação houve rupturas em três níveis: 1- estrutura conceitual, ao propor uma única lógica classificatória; 2- abordagem psicanalítica, até então dominante nas edições anteriores; 3- representações sociais associadas ao indivíduo moderno, ao lidar com o normal e patológico e os grupos identitários. Todos esses níveis articulam-se entre si.

Essas rupturas, ocorridas na década de 80, devem-se à pretensão psiquiátrica de ter a verdade do conhecimento sobre determinado objeto. Assim, teria que promover um sistema de classificação ideal que “deveria fornecer critérios explícitos, operacionalmente observáveis e que reduzissem ao mínimo o uso de interferências teóricas não diretamente observáveis para a definição de cada quadro mental” (Dunker e Neto, 2015, p. 198).

Como afirmam Dunker e Neto (2011), entre a terceira e a quarta versão deste manual rompeu-se com a tradição presente desde Pinel. Nesta tradição, a caracterização do sofrimento e patologia mental era acompanhada da crítica filosófica. O perigo desse rompimento, como advertem os autores, é a adesão a práticas mecânicas de medicalização das massas.

Assim, esta publicação suscitou a exclusão dos debates teóricos e alçaram-os para fora do campo psicopatológico. A justificativa é referida a “confusão de línguas” que existia em torno da psicopatologia, que impossibilitava a comunicação entre os diversos pesquisadores e clínicos. Para neutralizar essa confusão e tornar o manual operacional, procederam com a descrição minuciosa dos quadros. Contudo, apesar dessa

soi-disant operacionalidade e neutralidade, a abordagem da terceira versão deste manual psiquiátrico nega que a escuta e o olhar são sempre condicionados pela dimensão subjetiva daquele que olha e escuta um sujeito (Pereira, 1996).

O transtorno, termo adotado pelo DSM, é também representante desta nova classificação. Traduzido para o português, corresponde ao original inglês *disorder*, isto é, algo fora da ordem. Nessa nomenclatura, segundo Pereira (1998), o transtorno efetuou um afastamento da linguagem nosográfica e foi declarado atóxico, de forma a escamotear “as questões políticas, sociais, culturais e subjetivas que afligem a vida humana” (Cirino, 2015, p. 32).

A pesquisa de López e Sarti (2013) realizada a respeito da assistência às crianças diagnosticadas com autismo expõe a fragilidade desse sistema que visa recolocar algo para dentro da ordem. Esta investigação etnográfica ocorreu em duas instituições públicas que recebiam autistas para tratamento: uma baseada na abordagem comportamental e outra amparada pela psicanálise. As autoras relatam que em um treinamento para o recebimento de novos estagiários na primeira instituição, a expositora apontava os ganhos que as crianças teriam ao participar de algumas atividades como montagens de blocos e mosaicos, e afirma *ipsis litteris*: “é importante saber que eles vão continuar chatos, esquisitos... mas a esquisitice passa mais despercebida, vão ficando mais próximos do normal...” (p. 84).

A partir dessa fala e das outras observações, López e Sarti (2013) discutem sobre a tênue linha que separa o normal do patológico. Recorrem à Canguilhem e Foucault, a fim de elucidar a dinâmica pela qual a definição da patologia parte de uma complexa norma social que detém o poder para fazer essa delimitação. O que foge ao padrão na comparação das crianças diagnosticadas com autismo, com as crianças ditas normais, caracteriza o grau de comprometimento dentro do espectro.

A base que sustenta essa fala da expositora de uma das instituições, relatada pelas autoras López e Sarti (2013), é a busca por aproximar a criança da normalidade. Isto é, uma lógica oposta à que regula as intervenções psicanalíticas. Nessas intervenções, como se privilegia o singular, é impraticável participar de uma “lógica de normatização do sujeito” (Crespin, 2015, p. 395).

Em conformidade com o observado nesta investigação, Alfredo Jerusalinsky (2015c) afirma que é neste ponto que se faz necessário pensar na subjetividade. Afinal, sem considerar o sujeito, estamos inclinados “a tomar os seres humanos como meros instrumentos de um projeto de produção do ideal” (p. 270).

Essa é uma posição semelhante também à de Julieta Jerusalinsky (2015). Segundo a autora, ao promover uma ‘patologização precoce’ corre-se o risco de olhar a criança somente pela perspectiva do adoecimento. A partir de então, a referência do que se espera dela será apenas o prognóstico da doença. “Desse modo, o diagnóstico assume o valor preditivo do destino de um sujeito que amalgama o quadro nosográfico à dimensão ôntica do ser” (p.113).

Como transtorno da primeira infância, o autismo é circunscrito em um momento análogo de maturação cerebral, do organismo e de constituição psíquica. Não se trata aqui de expurgar o diagnóstico, mas admitir seus caminhos e descaminhos. Por um lado, o diagnóstico feito a tempo pode beneficiar à intervenção precoce. Por outro, há o risco de que, se feito de modo fechado, pode beneficiar a colagem à patologia. Isso pode induzir que se estabeleça a criança em uma posição estática, fixada a traços patológicos, sem conceder espaço para a intervenção que analisa as possibilidades da construção subjetiva.

Essas são nuances de diagnósticos norteados por manuais psiquiátricos que ousam abordar os fenômenos humanos sem implicar a complexidade própria que essa

condição nos impõe. A instabilidade, fruto desse sistema pragmático, foi exposta por meio da questão homossexual, de acordo com Pereira (2000).

Em 1970, diversos militantes gays invadiram a reunião da Associação Psiquiátrica Americana (APA) para lutar contra a patologização da homossexualidade. O combate político continuou, até que em 1974 o termo “homossexualismo” é retirado do manual e não mais considerado como categoria diagnóstica. A partir desse acontecimento, “as classificações supostamente científicas mostram sua grande vulnerabilidade face questões de poder, de interesses econômicos, de formação de grupos de pressão e de influência da mídia” (Pereira, 2000, p.9).

Sobre esta fenda aberta na APA pela influência política dos militantes gays, Ortega (2008) aponta que no decorrer das últimas décadas, o estatuto nosológico de várias doenças psiquiátricas está sendo discutido em público. Segundo o autor, “embora não exista consenso sobre numerosas doenças psiquiátricas, o fato de serem nomeadas como doenças constitui uma forma de poder e utilidade social” (p.481).

A questão homossexual que, do estatuto de doença tornou-se um elo político-identitário, como apontam Russo e Venâncio (2006), se assemelha, em diversos aspectos, ao que tem começado a tomar forma com o autismo nos últimos anos. Com o advento da internet e as publicações dos autistas de alto funcionamento⁵, o movimento da neurodiversidade ganhou força. Com cada vez mais adeptos passaram a problematizar a definição patológica do autismo. Para esse movimento, a pessoa não é autista, mas tem autismo, o que configura uma questão identitária.

⁵ Autistas de alto funcionamento apresentam nível cognitivo normal e não possuem atraso de fala. Júnior, W.C. (2012, abril, 02). Que grau de autismo meu filho tem? *Revista Autismo*, recuperado de <http://www.revistaautismo.com.br/edicao-2/que-grau-de-autismo-meu-filho-tem>. Acesso em 20 de agosto de 2016.

Ortega (2008) estabelece que para o movimento da neurodiversidade, o autismo é apenas uma conexão atípica do cérebro e não um transtorno mental que deva ser curado. Embora esse movimento posicione-se contra a psicanálise, Laurent (2014) expõe as aproximações que existem entre ambos, pois deveria interessá-los “a objeção psicanalítica a um tratamento comum, padronizado, dos sujeitos reunidos sob a mesma etiqueta.” (p.167).

1.3 O *pathos* e a clínica psicanalítica da infância

Ao centrar-se na fisiopatologia dos transtornos mentais, a terceira versão do DSM parece ter desconsiderado que os processos cognitivos por si só não podem se constituir adequadamente, antes necessitam da subjetividade para estruturarem-se. O reposicionamento entre o normal e o patológico ancorou-se em motivações econômicas, ideológicas e políticas, nas quais do sujeito “por razões ditas orgânicas, nada mais se espera a não ser uma resposta passiva de submissão às técnicas adaptativas” (Bernardino, 2010, p.116).

Interessa, então, frente a esta ordem psiquiátrica contemporânea, retomar o resgate que a psicopatologia fundamental empreende em torno do *pathos* que, além de sofrimento, designa também paixão e passividade. Berlinck (1998) define que a psicopatologia fundamental visa o sujeito trágico que se constitui pelo sofrimento, paixão e passividade. Com a ênfase no sujeito trágico, a psicopatologia fundamental reconhece também o trágico do sujeito.

Para tanto, o *pathos* pressupõe um saber particular ao sujeito, o que diverge do modelo classificatório atual. Sobre isso, Florsheim (2014) argumenta que, “pois, se nesse último é o médico (ou psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.) quem detém um saber, quando se considera o *pathos* é o seu próprio portador quem sabe” (p.19).

Assim, a palavra psicopatologia refere-se etimologicamente ao discurso (logos, logia) da paixão (pathos) psíquica. Segundo Berlinck (2009), isso remete ao método clínico. Afinal, por esse método se garante o estabelecimento do endereçamento do discurso a um interlocutor. Nesse endereçamento, será possível transformar o *pathos*, que se mantém obscuro, em narrativa.

Então, o que aponta Florsheim (2014) é que face à visão organicista representada pelas atuais versões dos manuais diagnósticos dos transtornos mentais e as imposições da indústria farmacológica, a psicopatologia e o método clínico perdem terreno ao ter que comprovar eficácia diante desses critérios. Contudo, o autor define que assim como na psicanálise freudiana, o sintoma na psicopatologia fundamental só existe a partir do discurso do *pathos*, do saber do próprio sujeito, que não se reduz a uma classificação exterior.

Zepellini Júnior (2013) resgata a origem etimológica da palavra “clínica” que remete ao cuidado e a atenção dispensada ao doente. Ancorada na tradição clínica, a psicopatologia fundamental assinala que aquele que fala, porta um saber particular e íntimo sobre seu adoecimento. “O ato de debruçar-se sobre alguém que padece revela a tradição do método clínico: o “cuidador” observa e escuta aquele que narra à história de seu sofrimento” (p.22).

Por discordar radicalmente de um adoecimento que se faça externo ao sujeito, em que os tratamentos possíveis recorram à adequação, em uma repetição que não incorre a elaboração (Freud, 1914b/2010), é que retomo a psicopatologia fundamental. Esse resgate auxilia a articular o sofrimento e a paixão à possibilidade que habita no endereçamento do discurso ao outro. Essa interlocução não ocorre pela via da categorização e adequação, mas da transformação da experiência única do vivente em uma narrativa, esta que diz respeito, em última instância, à experiência humana.

Nesse sentido, Bernardino (2006) esboça que no autismo há um *pathos* inicial que precipita defesas que poderão fixar-se em uma organização autista, em uma experiência de absoluta solidão. Porém, preconiza que há também e, sobretudo, um *pathos* decorrente de sua marginalização no campo das palavras e esse é do que se trata no autismo “estar à margem da linguagem no que se refere a uma enunciação própria que possa ser reconhecida pelo outro como legítima” (p.8).

Segundo a autora, para tratar esse *pathos* e que ele encontre espaço de expressão, é necessário que haja uma abertura para um interlocutor e, a partir da confiança entre a dupla, algo desse sofrimento inicial possa ser dito, ou mesmo, revivido. Só assim é “possível nomear a dor, compartilhá-la, e, quiçá, elaborá-la, para poder ocupar um novo lugar” (Bernardino, 2006, p.11).

Touati, Mercier e Tuil (2016) estabelecem que independente da perspectiva, o que está em causa no autismo é a dificuldade do sujeito de viver no mundo comum. A partir de um desarranjo nas relações sociais e as decorrências disso para sua família, não há dúvidas da necessidade de intervenções.

Assim, demarco tal posição no que se refere à compreensão do *pathos* que se circunscreve o autismo. Posição que faz frente ao que os manuais contemporâneos e declaradamente a-teóricos produzem, como a banalização diagnóstica de transtornos mentais. Nessa banalização, se aventa a possibilidade de diversas epidemias na infância, entre elas, o TEA.

Isso justifica o necessário rigor diagnóstico, na medida em que o maior conhecimento do transtorno constitui-se como via de mão dupla. Por um lado, permite intervenções a tempo para crianças que, de fato, apresentam sofrimento psíquico. Por outro, se feita de forma descriteriosa, oferece um diagnóstico para a criança que pode fixá-la em uma posição estática frente ao crivo da ciência. Segundo Telles (2012), os

diagnósticos ofertados pela palavra da autoridade científica impõem às mães “novos modos de significar esse filho após receberem um rótulo, um nome, uma resposta, uma sentença” (p.30).

Essas velozes classificações diagnósticas expõem também as crianças ao perigo do uso medicamentoso. A noção da *disorder*, ou do mau funcionamento, referido tão somente às instâncias fisiológicas, são premissas que sustentam a solução medicamentosa para crianças diagnosticadas com transtorno mental. Diretamente proporcional à velocidade de classificação diagnóstica, parece ser a velocidade com que a psicofarmacologia e a psiquiatria contemporânea ampliaram seu mercado. Dessa forma, “não deixa de ser surpreendente que o que foi apresentado como avanço na capacidade de curar tenha levado a ampliar em uma progressão geométrica a quantidade de doentes mentais” (Jerusalinky & Fendrik, 2011, p. 6).

Kamers (2013) analisa que a perspectiva médica predominante sobre a criança se ampara, em certa medida, a um deslocamento do olhar para a infância. Antes, esse costumava guiar-se pelo campo assistencial, psicológico e pedagógico. Atualmente, tem se dirigido para o campo da intervenção médico-psiquiátrica. A autora, sobre a contemporaneidade e a escuta da família, afirma:

a práxis médico-psiquiátrica na infância prescinde completamente da escuta da narrativa dos pais sobre seus filhos, localizando o olhar médico, exclusivamente, nas sintomatologias apresentadas pela criança, cuja causa é atribuída a uma falha no real do corpo, mais precisamente a uma falha no funcionamento cerebral e seus mecanismos neuroquímicos, o que, aliás, justifica e fundamenta a medicalização (p. 155).

Assim, diante do mundo novo que uma criança representa a cada família, o nome autismo parece ser um fiador possível do que é percebido como diferente ou

estranho nessa criança. É nesse nome, seja da doença ou do remédio, que se recorre para dizer desse infante, aquele que porta o saber sobre o filho. Para tanto, na contramão desse movimento, resgatar o *pathos* da criança e sua família nessas condições contemporâneas é um movimento que pode fazer frente a isso que está instituído.

A comunhão entre a criança e sua família, situada em tempos de garantia de direitos, nos lança para a perspectiva política. Se os diagnósticos aumentam, pressionados pelos manuais psiquiátricos, o campo político também nos interessa, na medida em que se constitui como *locus* de batalhas por benefícios assistenciais e, mais recentemente, por certo repúdio à psicanálise. Empreender a escuta em torno do *pathos* convoca que o discurso das famílias também seja escutado nessa esfera.

CAPÍTULO 2 - FAMÍLIA, AUTISMO E PSICANÁLISE

Recapitulando a discussão que se desenvolve até aqui, tem-se que o autismo é uma patologia com classificação diagnóstica recente. A partir da descrição de Kanner (1943/1997), construíram-se cotidianamente os pilares do que é uma doença específica da primeira infância com etiologia a ser interrogada. Com um início em um momento muito precoce da vida da criança, enrijeceram-se também os debates sobre a gênese que deveria ser precisa: ou psicológica ou biológica.

A abordagem da relação entre família de crianças diagnosticadas com autismo e a psicanálise, é feita por três vértices: político, histórico e contemporâneo. Na perspectiva política, interpelo as lutas das famílias em torno de políticas públicas para seus filhos. O eixo histórico retoma as linhas em que se teceram a relação entre essas famílias e a psicanálise. Por fim, no tópico três, as pesquisas recentes sobre bebês são destacadas. Essas pesquisas constataam que, ainda que a etiologia seja exclusivamente no plano biológico, atualmente, é por meio da interação entre os fatores ambientais e genéticos que reside à aposta de uma intervenção psicanalítica, que se potencializa no encontro do psíquico com o biológico ou, em outras palavras, no vir a ser humano.

2.1 Família e Políticas Públicas para o Transtorno do Espectro Autista

Como pontuado no início do capítulo 1, parece ter se instalado uma cruzada anti-psicanálise para o tratamento do autismo. Algumas dessas reivindicações são provenientes das associações de pais. Esses são os casos da Catalunha ou, mesmo, na

França, com o amplo apoio e divulgação dessas associações ao filme “*O muro ou a psicanálise à prova do autismo*”⁶.

Nesse contexto, o eixo político é decisivo na abordagem sobre a relação entre psicanálise, autismo e família. O protagonismo das associações de pais convida a dialogar com a compreensão psiquiátrica do transtorno. Isso se deve à mudança paradigmática, operada com a publicação do DSM-III, que possibilitou a emergência dessas associações. Segundo Ortega (2008), a separação do autismo do grupo das psicoses infantis e a inclusão nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, permitiu apagar a hipótese da psicogênese e, conseqüentemente, desimplicar pais e mães da causa do transtorno do filho.

O deslocamento do modelo psicanalítico, preponderante nas explicações etiológicas, até então foi em direção às explicações orgânicas, especialmente cerebrais. Afinal, “o cérebro responde cada vez mais por tudo aquilo que outrora nos acostumamos a atribuir à pessoa, ao indivíduo, ao sujeito” (Ortega, 2008, p.490). De acordo com o autor, esse afastamento da psicanálise e conseqüente aproximação de um paradigma cerebralista foi um dos fatores que permitiu ao autismo ser considerado como pertencente ao campo das deficiências.

Segundo Ortega (2008), o paradigma cerebralista se ampara no hodierno sujeito cerebral que, nada mais é que “a redução da pessoa humana ao cérebro: a crença de que o cérebro é a parte do corpo necessária para sermos nós mesmos, no qual se encontra a essência do ser humano” (p.490).

⁶ *Le mur ou la psychanalyse à l'épreuve de l'autisme* - Este documentário contém entrevistas de psicanalistas franceses, além de depoimentos de crianças diagnosticadas com autismo e familiares. A partir da edição e dos cortes da diretora, o filme pretende comprovar a ineficácia do tratamento psicanalítico para o autismo em comparação aos métodos cognitivo-comportamentais (Araújo et al, 2013).

A partir desse novo paradigma, que é também cognitivo, estabelece-se outro posicionamento na compreensão do autismo. O rompimento com as concepções psicanalíticas direcionou as discussões para o seu estatuto orgânico. Com a emergência do paradigma cerebralista, ele finca seu *locus* na deficiência⁷, afinal trata-se, agora, de uma compreensão sobre prejuízos e déficits. Esse novo paradigma que possibilitou a desimplicação dos pais na gênese do autismo do filho, abriu as portas para que os pais se reunissem em associações que buscam lutar pelo direito dos filhos. No Brasil, essa luta ocorre no campo da deficiência⁸, lugar de assistência que o autismo ocupou historicamente no país (Oliveira, 2015).

Na perspectiva da deficiência, um caminho possível para o tratamento seria a reabilitação. Isto é, entende-se que é possível restituir habilidades àqueles que foram, de alguma forma, desabilitados. Como afirma Aranha (1995), os estudos sobre reabilitação, acelerados na Segunda Guerra Mundial, se sustentam na possibilidade, então, de um reestabelecimento de prejuízos ou déficits ocasionados por uma lesão. Ou seja, há uma lesão no deficiente. Mas cabe questionar, qual seria a lesão do autista?

Desse ponto de vista, a lesão que marca o autista ocorre na linguagem e na interação social. Sua reabilitação, então, deverá o restituir desse possível déficit. No entanto, não é essa a lógica que rege alguns programas de reabilitação a autistas, como constata os estudos de Laurent (2014), López e Sarti (2013) e dos autistas de alto funcionamento, Dawson (2004) e Bond (2012). Esses preferem o caminho do treinamento, da repetição e da adequação, em vista de uma possível funcionalidade do

⁷ Importante demarcar que é reconhecida, nesse trabalho, a heterogeneidade própria do campo da deficiência e suas relações com o autismo. No entanto, a opção por não trazer relatos mais pormenorizados justifica-se, na medida em que a discussão privilegiará outros aspectos sobre as associações de pais e a rejeição à psicanálise.

corpo e de uma melhor adaptação social. Entretanto, despreza o que é marcadamente do campo do humano: as especificidades da constituição psíquica.

O paradigma cerebralista além de fundear o caminho da deficiência para o autismo, permitiu que as associações de pais eclodissem no bojo do rompimento com a psicanálise. Esse contexto fortaleceu o sentimento de que se devia à psicanálise a atribuição aos pais da gênese do autismo dos filhos, iniciada com Kanner (1943/1997). Escorados nisso, essas associações de pais ensejam a implantação de terapias cognitivas e comportamentais (Ortega, 2008).

As feridas nas relações entre as famílias de crianças diagnosticadas com autismo e psicanálise serão retomadas no próximo tópico. Porém, é interessante observar que esse delineamento histórico implica lutas políticas atuais travadas por essas associações e no debate epistemológico que divide e acirra a discussão, se o autismo configura um transtorno mental ou deficiência.

O entrave atual no campo das políticas públicas refere-se à definição do autismo: como do campo dos deficientes ou como transtorno. Segundo Batista (2013), a deficiência e a loucura estiveram por longos anos entrelaçadas, com as teorias de Pinel e Itard. Somente com Esquirol rompe-se essa tradição, ao separar idiotia e loucura. Essa diferenciação ocorreu de modo que a primeira seria incurável, ao passo que para a segunda existia a possibilidade da cura. Além disso, a autora afirma que o uso da inteligência e a forma social de encarar o louco e o deficiente os diferem significativamente. O louco era visto de forma valorosa, como um predestinado, enquanto o deficiente reunia os aspectos monstruosos do humano.

Esse assombro com a deficiência ainda hoje persiste, devido ao estigma da organicidade e da incurabilidade. Entretanto, um amplo número de pais prefere compreender os filhos autistas como deficientes do que associá-los às psicoses infantis

(Batista, 2013). Em outras palavras, travam um prélio epistemológico entre a compreensão do autismo como pertencente do campo da deficiência ou do transtorno mental. Contudo, os efeitos de tais posicionamentos são severos em termos de políticas públicas, como nos mostra o caso do Brasil.

O Ministério da Saúde desse país publicou no ano de 2013 duas cartilhas de assistência ao autismo, uma denominada “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” (Brasil, 2013a) e outra chamada “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2013b). Esses dois documentos, lançados pelo mesmo órgão e no mesmo ano, mas de orientações distintas, parecem evidenciar que há um desacordo no que denomina como atenção à pessoa autista. O primeiro, intitulado de Diretrizes, está inserido na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, para o qual o tratamento adequado é a reabilitação. O segundo, intitulado como a Linha de Cuidado, situa o autismo na atenção psicossocial no campo dos transtornos mentais e sugere que o atendimento aos autistas seja realizado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS (Oliveira, 2015).

Oliveira (2015), em uma análise documental crítica desses dois documentos lançados pelo mesmo órgão competente, constatou que, embora o embate epistemológico seja decisivo nesse dissenso, não é o fator principal do conflito. O que se sobressai são controvérsias de diferentes grupos que disputam o protagonismo no poder de deliberação para formulação de políticas públicas para o autismo no Brasil.

O que antecede às construções desses documentos, na realidade de nosso país, é que em termos de atenção ao autismo, esse sempre se inseriu nos cuidados à deficiência mental. Lima, Couto, Delgado e Oliveira (2014) apontam que até o final do século

passado essa população estava excluída da saúde pública brasileira e seu cuidado, quando ocorria, era prestado pelo campo filantrópico da educação ou assistência social. Coube às associações de pais montarem os primeiros serviços de assistência, como a Associação Pestalozzi e a APAE.

Novamente, o autismo configurou-se em um campo dual de batalhas: deficiência ou transtorno. Nessa conjuntura, é importante problematizar a inclusão do autismo como deficiência, pois a criança que recebe esse diagnóstico tem direito ao benefício assistencial da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) ⁹. Com base na lei, garante-se um salário mínimo mensal à pessoa que tenha idade acima de 65 anos ou que apresente alguma deficiência que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade. Para adquirir o benefício, é preciso que a renda por membro do grupo familiar seja inferior a 1/4% do salário mínimo vigente.

Esse benefício pode ser um elemento externo que caracteriza para a família um lugar seguro e estável diante da instabilidade na convivência com um filho, muitas vezes, qualificado como estranho. Nessa medida, esses pais que se encontram sós diante daquilo que causa angústia no filho podem, às vezes, experimentar um sentimento de abandono, “que os leva a fazer do filho ‘a causa’ de sua vida e a militar a favor de seus direitos. O terceiro torna-se, então, puramente externo, reduzindo-se a ser aquele junto a quem cabe reivindicar mais direitos e mais cuidados” (Laurent, 2014, p.32).

Assim, esses aspectos políticos apontam para a união de pais em torno de associações para lutar pelos direitos de seus filhos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista. Atualmente, essas associações têm protagonizado papéis centrais na

⁹ Ministério do Trabalho e da Previdência Social, *Benefício Assistencial ao Idoso e Pessoa com Deficiência*. Recuperado de: <http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/beneficios-assistenciais-e-de-legislacao-especifica/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc-loas> Acesso em: 29 de junho de 2016.

determinação de políticas de assistência e de atenção à criança com diagnóstico de autismo.

Como fortes dispositivos grupais, essas associações possibilitam a identificação entre pares e a procura por garantia de assistência e saúde a essa população que, como evidenciou Lima et al (2014), esteve desassistida por bastante tempo. O reconhecimento do grupo como um dispositivo potente de cuidado tem fortalecido o movimento de grupos terapêuticos de pais em instituições. No campo psicanalítico, essas intervenções se guiam, sobretudo, pela escuta que pode convocá-los a afastar-se da culpa, isolamento e exclusão que muitos vivenciam (Cavalcanti, 2000).

Sobre as associações de pais que apresentam certa recusa à psicanálise, é interessante a hipótese de Alfredo Jerusalinsky (2010). Segundo o autor, os pais que se unem nessas associações, em geral, são pais de filhos que tentaram a alternativa psicanalítica e não houve a cura imaginada, ou porque desde o início compreenderam o autismo como incurável pela voz de algum profissional. Assim, aqueles pais que optaram precocemente pelo tratamento psicanalítico e prosperaram “têm muitos mais motivos para ficarem fora dessas associações do que para estar dentro delas: não é bom nem para eles nem para seus filhos que se faça presente aquele passado autista” (p.123).

Desse modo, compreender essa recusa implica investir no árduo terreno no qual se construiu as relações entre autismo, família e psicanálise. Embora, muitas vezes, instale-se a confusão de línguas ao abordar essas relações, é preciso experimentar outras formas que não apenas o “diálogo de surdos”, como sugere Tafuri (2003). Para isso, é necessário abordar sobre a perspectiva em que foram edificadas as bases dessa recusa à psicanálise.

2.2 Os mal-ditos entre família, autismo e psicanálise

Kanner (1943/1997), ao definir o autismo como uma patologia observou onze crianças de nível econômico elevado. Nesse trabalho inaugural, a partir de seu recorte, o autor aponta um denominador comum entre essas crianças: todas tinham pais extremamente inteligentes. Isso se desdobra em artigos posteriores até a formulação da hipótese das “mães geladeiras”, que indica a frieza afetiva como possível causa dos distúrbios dos filhos.

Nessa mesma linha, em 1967, Bruno Bettelheim publicou um livro chamado “A fortaleza vazia”, que também mencionava a frieza materna na etiologia dos casos de autismo. Interessante que Tafuri (2003) aponta como Kanner não se furtou a criticar Bettelheim após essa publicação e escreveu um livro em defesa das mães, em que faz uma retratação afirmando que as mães não poderiam ser acusadas pelo isolamento autístico da criança. Aparentemente, a semente que frutificou os debates entre psicogênese ou organogênese foi semeada desde as contradições de Kanner.

Além das mudanças sócio-históricas em torno da questão organicista e do cérebro, a refutação contemporânea à psicanálise no que tange ao autismo encontra suas implicações em debates iniciados e delineados no século passado. As marcas dessas metáforas que indicam a frieza afetiva materna como fator etiológico do autismo se perpetuaram ao longo do tempo e ressoam até hoje nas relações hostis que se estabelecem entre algumas mães de crianças autistas e a psicanálise.

Sobre a lógica do tempo no inconsciente, Freud (1915/2006) reitera que se estabelece um tempo neste sistema que não é cronologicamente organizado, não se afeta pelo tempo decorrido e que, na leitura de Azevedo (2001), é o tempo do sempre, sem um antes ou depois. Isso implica também na tese freudiana a respeito de que

a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos; que ela é registrada em diferentes espécies de indicações [...] os sucessivos registros representam a realização psíquica de épocas sucessivas da vida (Freud, 1896/1987, p.254).

Assim, a memória se desdobra em vários tempos e o tempo do inconsciente não se regula pela lei constante da cronologia. Ambos se articulam com a noção do *après-coup*, ou seja, do *só-depois*. Nesse *só-depois* que parece se encontrar atualmente a relação entre as famílias com crianças diagnosticadas com autismo e a psicanálise.

A rejeição à teoria psicanalítica parece estar relacionada, sobretudo, a esses eventos históricos das metáforas que indicavam a pouca afetividade parental como etiologia do autismo dos filhos. Essa rejeição que se apresenta contemporaneamente pode ser fruto de sua falta de representação.

As milhares de mães da época de Kanner, ao encontrar outras teorias que justificavam a gênese do autismo por um erro do organismo, puderam sentir o ódio no *a posteriori*. Ódio que permanece e se reatualiza a cada nova determinação e a cada nova mãe, que mesmo sem estar viva naquela época, repugna a psicanálise. Assim, o acontecimento traumático só se torna trauma psíquico *a posteriori*, inserido numa rede inconsciente de vivências, que não possuem a característica de outros objetos mnésicos, como a lembrança (Maldonado e Cardoso, 2009).

Com a obra de Bruno Bettelheim é possível distinguir o que parece ser um traço traumático. Jerusalinsky (2015a) assinala que embora o autor tenha cometido o erro de retomar a pouca afetividade das mães na etiologia do distúrbio em *A fortaleza vazia*, dois anos depois, em 1953, ele escreveu outro livro chamado *Fugitivos da Vida*. Nesse livro, ao abordar alguns casos clínicos, Bettelheim formula que a frieza das mães pode

ser uma defesa estruturada em reação à indiferença de seu bebê, o que está de acordo com as pesquisas atuais sobre crianças posteriormente diagnosticadas com autismo.

O repúdio de algumas associações de pais ao método psicanalítico e mesmo essa outra face ignorada da obra de Bettelheim, podem indiciar que há fraturas traumáticas entre as mães de crianças diagnosticadas com autismo e a psicanálise. Há um imemorable do trauma em que “orquestrado pelo poder compulsivo da repetição, traz, no lugar do representado, o agido, e no lugar da lembrança - que é sempre uma retranscrição - a repetição do mesmo” (Maldonado e Cardoso, 2009, p.53).

Atualmente, essa repetição é evidente em uma simples busca em blogs de mães de crianças autistas. Nesses blogs¹⁰, é possível encontrar posts que parecem se organizar na categoria sobre “porquê dizer não a psicanálise como tratamento do autismo”. A leitura desses posts feitos por mães que, em sua maioria, vivem em uma época que supostamente não há mais culpabilização, recaem sempre nas justificativas sobre o afastamento da psicanálise, devido às metáforas e as relações mãe-bebê como disparadores do autismo. Como uma herança, de família para família, as metáforas que indicavam a frieza afetiva materna como possível etiologia, golpearam feridas não cicatrizadas nessas famílias e incidiram, sobretudo, nas mães.

Telles (2011) assinala que a proliferação de lugares e métodos de atendimento fundamentados em teorias organicistas deve-se aos efeitos de congelamento do discurso materno que essa formação discursiva das “mães-geladeira” impôs. Com isso, flagraram-se as decorrências “de um discurso de autoridade (o discurso científico) sobre

¹⁰ Alguns exemplos foram recuperados de: <http://jornalggn.com.br/noticia/psicanalise-e-mimimi> e <http://lagartavirapupa.com.br/autismo-por-que-fugir-da-psicanalise/>. Acesso em 23 de agosto de 2016.

o discurso da família¹¹, que se desautorizava a ocupar uma posição de saber sobre o problema” (p.15).

Os locais de atendimento sustentados por métodos comportamentais também, segundo a autora, apagam ainda mais um lugar de legitimidade para essas mães e provoca graves dificuldades de articulação entre os saberes científicos que versam sobre o autismo. Isso se esboça historicamente, pois duas correntes teóricas se estabelecem, “a primeira com uma visão positivista que busca explicações biológicas para sua causa, e a outra, que dá grande ênfase a uma patogenia da relação entre mãe e filho” (Telles, 2011, p.17).

A contradição na questão etiológica do autismo está presente desde Kanner. Tafuri (2003) sublinha essa contradição, pois até a década de 1960, o autor relacionava o isolamento extremo das crianças à psicopatologia parental, porém também nunca se desvencilhou da visão organicista da síndrome.

Segundo Campanário (2006), o autismo expõe a fragilidade da dualidade psíquico e orgânico, propagada desde a ciência moderna com Descartes. Tafuri (2003) também acrescenta a herança epistemológica da medicina clássica, refutada pelos conhecimentos recentes de áreas como neurologia e genética, como componente do motor desse prélio improdutivo que se trava em nome do autismo.

Por isso, parece que nessa relação sustentada em mal-ditos desde os primórdios do isolamento do distúrbio, operou-se uma sequela traumática, no qual, pela via da repetição, o ódio é constantemente revivido, sem efeito de significação que possa engendrar novos caminhos que escoem os excedentes de culpa, amargura e ódio.

¹¹ Importante ressaltar que, embora esta tenha sido uma constatação da investigação realizada por Telles (2011), é possível reconhecer também, no campo do autismo, como relatado no sub-tópico anterior, a força das associações de pais que se engajam em mobilizações por políticas públicas e busca por tratamentos e pesquisas.

2.3 O bebenhês e o manhês – descobertas recentes sobre os bebês

A mãe de Ícaro, no 9º atendimento, me diz “*desde bebê... era estranho, ele falava bebenhês diferente*” (sic). Essa fala me conduz a investigar as descobertas recentes que tem sido feitas sobre os bebês.

Muito tem se falado a respeito do *manhês*¹², ou seja, a entonação particular com que as mães se dirigem aos pequenos filhos, digerindo as palavras e provocando sua atenção para elas. Em contrapartida, há muitas pesquisas sobre a capacidade dos bebês de convocarem suas mães; ao passo que a mãe de Ícaro dá um nome especial para as produções sonoras de seu filho para ela: *bebenhês*, ou melhor, a língua dos bebês.

O autismo, definido como uma doença da primeira infância, logra a relevância dessas pesquisas com bebês para o estudo do transtorno. Kanner também indicava que os sintomas apareciam nos primeiros anos de vida (Campanário, 2006). Por surgir em uma época muito precoce da infância, reforçam-se os embates entre psicogênese ou organogênese.

Esses debates que consideram o psíquico e o orgânico como mutuamente excludentes, são frutos de uma posição enrijecida que parecem se resultar estéreis. Por outro lado, os estudos recentes sobre os bebês têm produzido novas perspectivas sobre a questão etiológica.

A inferência de Kanner (1943/1997) sobre a frieza afetiva das mães como etiologia do distúrbio dos filhos é possível de ser compreendida atualmente como um erro de validade externa; afinal, o autor utilizou um grupo muito específico e sem poder

¹² O termo *motherese*, em português, *manhês* é definido por Laznik (2011b) como: “a língua que todas as mães do mundo empregam para falar com seus bebês (...) no plano prosódico, o *manhês* compreende um registro de voz mais alto que de hábito, uma gama de contorno de entonação restrita, mas com modulações e variações de altura muito exageradas, formas melódicas longas e doces, com variações amplas. O efeito de ritmo prosódico é amplificado pela frequência de repetições silábicas” (p.94).

estatístico que suportasse a generalização dos resultados. No presente, com novas investigações empreendidas em torno dos bebês em seu primeiro ano de vida, foi possível ampliar o escopo de análise e produzir novas hipóteses relacionadas mais a respeito da necessidade da intervenção precoce que à causalidade em si.

Nesse sentido, a questão etiológica permanece calcada em hipóteses, sem estudos conclusivos que tenham chegado à resposta tão específica sobre se é orgânico ou psíquico. Como retoma Ferreira (2015), a revista *Nature*, em novembro de 2011, consagrou um número para essa questão e concluiu que até o momento as hipóteses biológicas, genéticas ou ambientais não estão confirmadas.

Na vertente genética existem estudos realizados com irmãos de crianças autistas. Esses apontaram que dois a quatro por cento possuem a mesma patologia, o que representa uma taxa 50 vezes mais elevada do que a população em geral (Campanário, 2006). Ainda assim, a hipótese de Araújo (2010) sobre a fratria sustenta que talvez tenha se delineado um encontro difícil entre esses pais e filhos. Isto é, entre eventuais fragilidades orgânicas da criança e pais que foram destituídos da capacidade de investimento libidinal após a experiência traumática com um primeiro filho autista.

Apesar dessas pesquisas com irmãos sugerirem fatores genéticos, Diana Jerusalinsky (2015) afirma que não há apenas um único gene que dê conta da causalidade do autismo. A ideia de encontrar um gene para uma doença em uma relação causal contínua é simplista, pois atualmente “estamos em face de doenças de traços complexos que implicam em repensar completamente a determinação genética” (Ansermet e Giacobino, 2015, p.173).

Nesse sentido, a epigenética é importante aliada ao compreender o ser humano na somatória, na interação dinâmica entre ambiente e genética, superando o dualismo de outrora sobre qual o determinismo estaria na base do transtorno.

Raskin (2015) sinaliza que o projeto do Genoma Humano tem sido frustrante no que se refere às doenças geneticamente complexas e com componente ambiental importante sobre o fenótipo, como é o caso do autismo, em que as bases moleculares seguem desconhecidas. A interação entre fatores genéticos, epigenéticos e não genéticos no desenvolvimento das unidades funcionais cognitivo-neuronais ao longo da vida, inauguram possibilidades para os tratamentos dos transtornos do desenvolvimento (Jerusalinsky, 2015).

Campanário (2006) afirma que as pesquisas recentes da medicina fetal têm propagado novidades a respeito das capacidades insuspeitadas dos bebês. A grande novidade nos estudos sobre a linguagem desses pequenos humanos é o reconhecimento das competências do bebê no diálogo com sua mãe (Laznik, 2011b).

Segundo Trevarthen (2011), bebês ainda no útero aprendem a identificar sinais humanos. Assim, reagem vivamente ao suporte que recebem dos outros e a atenção às suas ações.

Eles têm também suas próprias pulsões e motivações internas que são fatores importantes no desenvolvimento da sua consciência, da sua coordenação motora e das reações que eles terão frente a uma experiência autoinduzida, nas experiências de cuidado e aprendizagens (p. 117).

Desde seus primeiros momentos fora do útero, os bebês podem entrar em uma conversa melódica e com ritmo. A descoberta principal refere-se, então, ao papel ativo do bebê na relação dialógica com sua mãe. Para tanto, Laznik (2011b) aponta que as pesquisas concluíram que os recém-nascidos preferem a voz materna à de outra mulher; apresentam apetência significativa para o manê; e as mães atribuem aos seus bebês turnos de fala, um espaço temporal que aguarda a manifestação de seu pequeno filho.

Temos, então, que o bebê, de mero figurante, passa a ser agente principal junto à mãe, de sua entrada no campo do humano. Como define Parlato-Oliveira (2011), o bebê não pode mais ser reduzido à apenas reagente dos estímulos externos, pois “expressa seus estados internos e interpreta informações externas atuando de forma comunicativa sobre elas” (p.254).

Diante disso, o termo *bebenhês*, empregado pela mãe de Ícaro ao referir-se à comunicação de seu bebê com ela, parece propício para esse momento em que começam a se descobrir as capacidades ativas do bebê em jogo no diálogo com sua mãe. Há um protagonismo do recém-nascido que pode estender seus tentáculos e capturar a atenção materna, como observado por meio dos movimentos corporais, dos olhares e também em suas produções sonoras, bem representadas pelo termo *bebenhês*.

Em contrapartida, essa ausência de protagonismo em um bebê pode ser um sinal de risco de evolução autística. A partir da colaboração entre Filippo Muratori e Sandra Maestro, da Universidade de Pisa, e Marie-Christine Laznik, psicanalista francesa, foram analisados vídeos familiares de interações mãe-bebê com crianças posteriormente diagnosticadas com autismo e outras sem alterações no desenvolvimento. Por meio dessa análise, foi possível verificar que aqueles bebês, que depois receberam o diagnóstico de autistas, desde muito precocemente não se direcionavam ao outro e havia uma falta de sincronia entre a dupla (que parecia funcionar em ritmos diferentes), o que comprometia a troca comunicativa (Parlato-Oliveira, 2009).

Esses filmes, segundo Laznik (2011a), atestam que são os bebês que, indiferentes, destroem, em poucos meses, as competências dos pais e causam uma mudança radical: “pais atentos e calorosos que interpelavam o bebê, que o solicitavam, tornam-se com muita frequência seres imobilizados e congelados. Em outras palavras, esses mesmos pais não puderam sobreviver” (p.12).

Saint-Georges e Cohen (2015) constataram que os bebês diagnosticados com autismo quando mais velhos, se comparados aos bebês com desenvolvimento normal, tornam-se menos dirigidos a outro quando são solicitados e respondem significativamente menos às vocalizações parentais, o que parece estar de acordo com a fala da mãe de Ícaro a respeito de seu *bebenhês*.

Winnicott (1957/2001), em consonância com as ideias centrais dessas investigações, aborda a criança por essa dupla perspectiva: suas capacidades inatas de integração e o ambiente como propulsor. O autor afirma que

a criança que se desenvolve bem, e cuja personalidade foi capaz de realizar internamente sua integração por força das capacidades inatas de crescimento individual, exerce um efeito integrativo sobre seu ambiente externo imediato. (p.68).

Desse modo, percebe-se que a etiologia em causa do autismo permanece sustentada em possibilidades. Laznik (2013) afirma que, através de novas pesquisas, será possível isolar, talvez, fatores genéticos que se remetam à susceptibilidade ou vulnerabilidade, mas “dizer que um fator de sensibilidade existe numa criança, novamente sublinha que a aparição ou não da síndrome dependerá mais ainda das características do ambiente” (p.23). Destarte, Winnicott (1952/2000) garante que devemos perdoar aqueles que não conhecem a psicologia do bebê e por isso explicam falhas ambientais em momentos muito precoces apenas em termos de hereditariedade.

A partir da concordância no que se refere aos sinais de risco de evolução autística, frisa-se a importância da intervenção precoce (Jerusalinsky, 2015b; Kupfer et al, 2015; Laznik, 2013). Segundo Pimenta (2003), é de comum acordo entre médicos e psicanalistas que quanto mais cedo se inicia o tratamento, mais se é possível fazer.

Essas afirmações se sustentam pela maior plasticidade cerebral dos primeiros anos de vida. Segundo Guerra (2016), sabe-se que é possível perder sinapses caso não haja estimulação. As intervenções funcionam, dessa forma, como um estímulo ambiental em um momento em que há maior facilidade para o organismo para produzir novas sinapses.

Segundo Diana Jerusalinsky (2015), é inegável a permeabilidade do Sistema Nervoso Central “às intervenções primárias que definem não somente o domínio da língua, mas todo o elenco de modalidades adaptativas, sistemas de parentesco e modulação das relações afetivas e sociais imperantes em cada cultura” (p.419).

Assim, após abordar as intrincadas relações entre família, autismo e psicanálise, cabe delimitar as especificidades do que preconiza a intervenção psicanalítica para a criança e a sua família.

CAPÍTULO 3 – A INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA PARA A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA

A família, para Freud, ocupa um papel central na construção do psiquismo e, também, na formação de sintomas (Freud, 1917a). Apesar disso, as construções que permitiram considerá-la nas intervenções psicanalíticas foram graduais.

Em relação à infância, a concepção do tratamento é particularmente problemática. Isso ocorre, pois a queixa inicial, em geral, não é proveniente daquele que será analisado. A interrogação inicial, o pedido de análise, é feito por outros, costumeiramente, o casal parental. Não obstante, o lugar dos pais na análise de crianças tem sido fortemente discutido ao longo dos anos (Faria, 1998; Gomes, 1998; Lisondo, 2001; Napolitani, 2007; Prizskulnik, 1995; Rosenberg, 2002).

O espaço privilegiado que os pais ocupam nas teorizações psicanalíticas sobre a análise de crianças é proporcional às questões clínicas que essa demanda formulada sobre a criança implica. Compreende-se que para se posicionar frente à complexidade do sintoma da criança é necessário abordar o lugar da família e, esta, entendida enquanto grupo primário, indica rotas para o atendimento. Essas rotas permitem acesso a questões mobilizadoras do grupo que podem comprometer a constituição psíquica dos membros.

Importantes autores psicanalíticos contribuíram para pensar o atendimento psicanalítico da família. Destacam-se aqui, particularmente, as compreensões de Donald Winnicott, Françoise Dolto, Maud Mannoni e Piera Aulagnier.

3.1 Nos primórdios da práxis;

A descoberta freudiana de que o humano pode padecer de desejos inconfessáveis parece não ter sido tão provocante quanto à descoberta da sexualidade infantil, relata Corso (1998). Nas histórias de sedução das histéricas, Freud permite que a infância conquiste lugar privilegiado nas elaborações psicanalíticas. Assim, ele publica os “Três Ensaio sobre a Sexualidade” em que descreve o desenvolvimento e as fases da sexualidade infantil (Freud, 1905/2016).

Diante das reações contrárias a esse texto, Freud solicitou aos amigos das reuniões de quarta-feira que reunissem observações de crianças a fim de validar as teses contidas nos ensaios (Vorcaro, 2003). Surge assim, em 1909, a única análise de uma criança nos escritos freudianos. Embora não tenha sido conduzido propriamente por Freud, este estudo orientou o pai e deu direções para o tratamento que, como o título aponta, refere-se à “Análise de uma fobia em uma criança de cinco anos” (1909).

No caso do pequeno Hans, Freud (1909/1987) conduzia o tratamento e alinhava a teoria com o entendimento edípico. A compreensão a respeito da fobia do garoto e as intervenções feitas pelo pai caminham na direção de interpretar ao menino seus conflitos intrapsíquicos, originados pelo Complexo de Édipo, o qual o pequeno enfrentava no auge de seus cinco anos.

Nesse caso, o responsável por guiar a análise do pequeno Hans foi o pai do garoto, sob os auspícios da comunicação com Freud, chamado por ele de caro professor. Na publicação do caso, Freud (1909/1987) adverte sobre os limites da aplicação do método psicanalítico na condução de tratamento de crianças. Segundo ele, esse foi crível graças à junção das figuras de autoridade do pai e a de médico em uma só pessoa. A partir dessa união, acoplou-se carinho afetivo e interesse científico, o que “tornou

possível, nesse caso, fazer do método uma utilização para a qual ele normalmente não se prestaria” (p.124).

Para Freud (1909/1987), a análise de crianças tornaria-se viável então, na reunião entre a figura de pai e de médico. Isso aproximava a análise de crianças do vértice pedagógico. Com Melanie Klein, a aplicabilidade do método pode ser redescrita. A autora erigiu as bases da subjetividade infantil sobre as quais a análise de crianças primeiramente se estabeleceu.

Na teoria kleiniana, a ênfase recaía sobre o mundo interno da criança. A autora aplicou a associação livre e o método interpretativo ao brincar da criança. Para Klein, o brincar equivalia-se às fantasias em torno da sexualidade infantil e da agressividade, o que era central para estruturar uma relação transferencial entre criança e psicanalista (Klein, 1955/1991).

Na clínica, Klein (1952/2006) se norteava a partir da ansiedade e delimitou duas ansiedades básicas: a persecutória e a depressiva. Cada uma correspondia a uma posição específica do desenvolvimento. Essas posições não fazem referência a fases, mas marcam uma organização que inclui o estado do Ego, a natureza das relações objetais, as fantasias e as defesas. Assim, sem modificar o método, a autora alterou a técnica e fundou, por meio do brincar, um novo instrumento que permite acesso ao psiquismo da criança.

Contudo, este fio condutor da teoria kleiniana parece relativizar os fatos externos. Os pais reais e o inconsciente parental tem sua importância diminuída no tratamento da criança a partir desse subsídio teórico. Diante disso, Klein descartava qualquer intervenção junto à família (Corso, 1998).

Melanie Klein (1930/1996) desenvolveu o caso Dick, primeiro relato que apresenta descrições similares ao autismo, posteriormente transformado em síndrome.

Nele, constam observações clínicas e algum material sobre a história pregressa de Dick. Porém, não há participações importantes dos pais ou mesmo da babá na descrição clínica. Isso demarca, novamente, a posição da autora frente à sintomática infantil.

A releitura de Lacan (1953/1986) sobre esse caso de Klein aponta que as interpretações da psicanalista para os movimentos do garoto com trens de brinquedo, que eram objeto de seu grande interesse, produziram algo na criança. No entanto, isso não se deve tanto ao conteúdo do que ela lhe falou, mas mais ao fato de ter se endereçado a ele. Assim, “Klein supõe ali um sujeito, antecipando um que ainda não há, o que é condição fundamental para ali haver um” (Vorcaro e Guimarães, 2014, p.217).

A teoria lacaniana é amparada pela concepção do desenvolvimento psíquico infantil como estrutural e introduz que a criança nasce em um mundo simbólico. Isso marca o nascimento da criança em um mundo que preexiste a ela. Como afirma o autor, “a realidade é marcada de saída pela aniquilação simbólica” (Lacan, 1955-56/1986, p.171).

A criança, inserida na dialética presença-ausência desde os primeiros momentos de seu nascimento, se sustentará nas palavras de seu agente materno. Esse primeiro cuidador será o responsável por atribuir sentido e palavras às vivências do recém-nascido. Dessas palavras direcionadas a seu bebê se inaugurará, para o pequeno ser, a nascente de que jorra sua própria inserção no campo da linguagem (Vorcaro, 2001).

Nessa perspectiva, o processo constitutivo do sujeito implica sua condição de dependência a outro humano. Não por acaso, ao procurarem análise para a criança, não é possível ignorar “o fato de que a criança ocupa uma posição privilegiada na demanda que cada um dos pais dirige ao analista” (Faria, 2014, p.27).

A partir disso, o papel da família não pode ser negligenciado no tratamento analítico de crianças. Melhor explicitado por Lacan (1969) em *Duas notas sobre a*

Criança: “o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar” (p. 369). Dessa perspectiva, as psicanalistas Françoise Dolto e Maud Mannoni, tributárias da obra lacaniana, foram as responsáveis por elaborar de forma mais pormenorizada a aplicação dessas concepções na intervenção com crianças.

Ledoux (1995) afirma que para Dolto o ser humano tem “filiação linguajeira, isto é, pertence a uma linhagem e inscreve-se num mundo transgeracional” (p.208). Contudo, o bebê é também, desde o início, uma fonte autônoma de desejos. Em consonância com as descobertas recentes tratadas no capítulo anterior, ela afirma que o bebê demanda de uma comunicação interpísica e é desejante de outro humano. No entanto, quando não há respostas para suas solicitações de trocas sensório-motoras ou de linguagem, as percepções da criança não são mediatizadas e não é conferido sentido às suas sensações. Diante dessa situação, o bebê corre o risco de mortalidade simbólica e psíquica. Na falta do encontro entre psiquismos, o bebê deserta do objeto e, conseqüentemente, de si mesmo, posto que vivia a díade¹³. Quando o objeto reaparece, ele pode reconstituir o *continuum* de ser (Ledoux, 1995).

Para Dolto (2007), o sintoma da criança está enlaçado à dinâmica familiar e associado ao inconsciente parental. Como ela nos lembra “ora, há sempre um meio familiar...” (p.57). Então, interessa ao psicanalista desvelar o significado do sintoma que se apresenta na criança, para então compreender o “sentido fundamental da sua dinâmica assim presentificada e as possibilidades de futuro que, para esse sujeito, o presente prepara, preserva ou compromete” (Dolto, 1980, p.12).

¹³ A díade refere-se ao bebê e aquele que se preste aos seus cuidados físicos e psíquicos. A criança se escora neste cuidador que é, neste momento, o detentor da identidade do sujeito. O bebê se percebe, apenas, como atributo da mãe (Ledoux, 1995).

Sob esse mesmo ponto de vista, Mannoni (1999) relembra que a criança é objeto do discurso coletivo que engloba os pais, a escola e, até mesmo, o analista. Em torno do seu sintoma, esse discurso toma forma e se materializa. “A perturbação de que se fala é objetivável (na pessoa da criança), mas a queixa dos pais se tem por objeto a criança real, implica também a representação que o adulto se faz da infância” (p.9).

De acordo com Bolsson e Benetti (2011), o sintoma é, na teoria de Mannoni, como a expressão de uma linguagem em código para o interlocutor. Nesse sentido, o tratamento se estabelece de maneira a restituir a palavra justa àquele que dela necessita e lhe foi ocultada. O sofrimento, então, pode se basear em palavras não ditas e também nas ouvidas, mas não compreendidas. Dessa forma, o sintoma pode vir para preencher algo que falta, lacunas no discurso que são vividas de forma angustiante pela criança. Assim, segundo Mannoni, esse sintoma se enlaça às tramas psíquicas da família, de forma que a intervenção deve atingir também esse meio.

A trilha do início da construção da prática com crianças em psicanálise interroga sobre o lugar dos pais na análise de seus filhos. A concepção teórica de cada autor aponta para o espaço reservado às demandas dirigidas dos adultos. Ao largo de ser uma questão apenas dos primórdios da *práxis*, contemporaneamente, essa interrogação exige novos posicionamentos do analista diante de discursos parentais, perpassados pelo discurso psiquiátrico, da escola e aos outros que circundam a criança.

Diante disso, a postura do analista frente à criança e seus pais exige mais que somente uma técnica sustentada pela teoria. A exigência é por uma ética que crie um espaço terapêutico que proporcione a reconciliação/conexão da família com sua própria história.

3.2 “Encontro você”: as implicações clínicas do conceito de ambiente.

O estudo da família e a compreensão do sintoma, também no plano interpsíquico, são sublinhados na obra winnicotiana. O pediatra e o psicanalista inglês, Donald Woods Winnicott, com vasta experiência com crianças, ampliou o escopo clínico ao cunhar o conceito de ambiente. Este autor observou privilegiadamente quadros de tendência antissocial e psicoses infantis que pareciam ter início em um período anterior ao Complexo de Édipo. Para ele, era insuficiente compreender os distúrbios psíquicos, tão somente, ao modo edipiano. Creditar a gênese das patologias aos conflitos pulsionais inseridos numa dinâmica restrita ao intrapsíquico consistiria em um engano, posto que, nesses casos, o distúrbio originava-se primeiro no ambiente e, só depois, na criança (Loparic, 2006).

Para Winnicott (1956/2000) não há bebê, mas o conjunto ambiente-indivíduo. Para tanto, a noção de ambiente é nodal para entender a etiologia da tendência antissocial e das psicoses infantis. Em sua obra, o ambiente refere-se

às condições físicas e psicológicas (tanto subjetivas quanto internas ou externas) necessárias ao amadurecimento emocional do ser humano [...] designa um conjunto de ‘condições para’, quando usada de forma isolada, não pode prescindir de seu aspecto físico ou concreto, ou seja, dos elementos reais (os objetos) que fornecem as condições para o amadurecimento do bebê (Araújo, 2005, p.47).

Do ponto de vista de Winnicott (1956/2000), a pessoa que fornece os cuidados iniciais ao bebê é o primeiro ambiente da criança. Para o autor, o ambiente inicial, ou seja, o agente materno é quem sustenta a saúde mental do bebê, na medida em que sua

principal contribuição é a sensibilidade para adaptar-se às necessidades da criança, que são soberanas nesses momentos primitivos.

Desse modo, pela via da identificação da mãe ao seu bebê, o ambiente poderá possuir características suficientemente boas. Facilita-se, assim, para a criança, que suas tendências hereditárias de crescimento se manifestem. Aliado a essas condições, poderá sobrevir resultados favoráveis para o pequeno ser, sendo o principal deles, a integração (Winnicott, 1958/2001).

A partir disso, Araújo (2003) entende que o trabalho clínico não poderia mais ser compreendido apenas em termos intrapsíquicos, de um indivíduo acometido por uma doença. O estudo do ambiente e das relações com esse, poderiam alterar as condições da criança. Assim, o campo da intervenção com a criança ganha maior abrangência e, conforme Winnicott (1957/2011):

Quando avaliamos as possibilidades de uma dada criança ser submetida à psicoterapia, não pensamos apenas no diagnóstico do distúrbio e na disponibilidade do psicoterapeuta; estimamos também a capacidade que a família pode ter de tolerar o distúrbio ao longo daquele período durante o qual os efeitos da terapia ainda não se fazem ver (p.71).

Dessa maneira, pelo estudo do ambiente, é possível se debruçar sobre as condições externas que ultrapassam as fronteiras apenas do intrapsíquico. Essa compreensão clínica que abrange o conjunto pode transmutar a realidade da criança que sofre, ao possibilitar alterações em seu entorno que facilitem seu processo de amadurecimento.

Como dito, o agente materno é o primeiro ambiente da criança. Isso se constitui a partir da identificação primária da mãe com o bebê que ocorre de tal maneira que “ela é o bebê, e o bebê é ela” (Winnicott, 1966/1999, p.4). A sensibilidade adquirida pela

mãe para lidar com o bebê e se adaptar às suas necessidades é chamado por Winnicott (1956/2000) de *preocupação materna primária*. É um estado que se inicia com o final da gravidez e se mantém até algumas semanas ou meses depois do nascimento. Há um retraimento e um foco total no bebê, uma loucura necessária e passageira que atinge as mães e as tornam capazes de se colocarem no lugar do bebê, antevendo suas necessidades.

Assim, é a partir do holding materno, ou seja, da forma como a mãe segura e acalenta o bebê, do seu olhar, seu cheiro, o timbre de sua voz e seus cuidados, que o bebê poderá integrar-se. As pesquisas recentes com os bebês, tratadas no capítulo anterior, parecem demonstrar o que Winnicott afirmava, ou seja, que “os pais precisam das crianças para desenvolver seu relacionamento e que os impulsos positivos assim gerados são muito poderosos” (1957/2001, p. 64).

Contudo, a não-adaptação do ambiente a esse pequeno ser, ou uma má-adaptação, constituem os fracassos ambientais que, intrusivos, poderão destinar a organização defensiva que constituem a patologia (Silva, 1997a). Nesse sentido, para Winnicott, o autismo se caracteriza como uma das psicoses infantis resultantes desse fracasso ambiental em um momento do bebê de dependência absoluta.

Como apontam Batistelli et al (2014), na teoria de Freud pode-se encontrar, com o Complexo de Édipo e a brincadeira do *Fort-Da*, a angústia de castração e a angústia da separação. Entretanto, Winnicott introduz a angústia impensável que é o modelo das angústias autistas e que ocorre no momento dessa dependência absoluta, em que o bebê encontra-se desamparado e sem suporte que possa fazer face às invasões do ambiente (Silva, 1997a).

Para Winnicott (1960a/2011), o self da criança é apenas um self potencial, fundido com o self materno. Se essa sustentação egoica com a mãe é fraca ou

inexistente, o desenvolvimento da criança se governará pelas defesas contra as invasões ou colapsos ambientais em um momento que não está tão preparada para isso. “Concedendo ao bebê tempo para as experiências totais, e participando nelas, a mãe estabelece gradualmente as bases para a capacidade do bebê desfrutar, finalmente, todas as espécies de experiências sem precipitação” (1949/1979, p.86).

Em casos falhos na adaptação do ambiente às necessidades do bebê, isso resulta na invasão ambiental sobre a criança, o que provoca uma reação de sua parte. A sensação de ser é perdida nessa intrusão e pode ser readquirida por meio do isolamento. No entanto, esse isolamento “torna-se cada vez menos puro à medida que a criança afasta-se do início, pois envolve cada vez mais uma organização defensiva para repudiar a intrusão ambiental” (Winnicott, 1952/2000, p.310).

O autor diferencia que são as reações às intrusões que contam e não as intrusões em si. Dessa maneira, a falha ambiental e as reações às intrusões interrompem o ‘continuar a ser’ do bebê que, segundo Winnicott, é à base do estabelecimento do ego. Isto é, um suficiente continuum de existência não interrompido por reações à intrusão. Essas reações provocam ameaça de aniquilação que ele conceitualiza como “uma ansiedade muitíssimo primitiva, muito anterior a qualquer ansiedade que inclua a palavra ‘morte’ em sua descrição” (Winnicott, 1956/2000, p. 403).

Essa angústia é impensável, na medida em que não encontra imagem ou representação que se enlace, não há nada que possa ser recuperado pela lembrança, ou seja, não existe amálgama representacional e, por isso, as sensações são de vazio (Silva, 1997a).

Nas palavras de Cartocci e Franco (1996), as invasões que interrompem a continuidade de ser, encaminham o bebê ao congelamento da situação, em que “a situação congelada é, na verdade, uma não situação, algo que deveria ter acontecido e

não aconteceu; é o vazio deixado pela ausência do encontro transformador das potencialidades” (p.9).

É interessante sublinhar que, embora mencionado aqui que a mãe é o primeiro ambiente do bebê, isto não é claro para o bebê. Assim, as falhas ambientais não estão, do ponto de vista da criança, atreladas às falhas maternas. O bebê consegue discernir apenas invasões que ameaçam à existência pessoal do eu (Winnicott, 1956/2000).

Para tanto, segundo Winnicott, a terapia para a organização defensiva que se precipita nos primórdios do desenvolvimento do bebê “deve proporcionar uma adaptação ativa à necessidade e construir um respeito pela noção de processo” (1952/2000, p. 311). Segundo o autor, “tentamos imitar o processo natural que caracteriza o comportamento de qualquer mãe em relação à sua criança” (1960/a2001, p. 28).

De acordo com Phillips (2006), para Winnicott e os influenciados por sua obra, o tratamento psicanalítico não ocorre fincado somente na via interpretativa. Ele ocorre, sobretudo, por meio da provisão de um ambiente adequado. Em outras palavras, um ambiente de holding semelhante ao vivido no cuidado maternal.

No texto *Os objetivos do tratamento Psicanalítico*, Winnicott (1962/2007) delimita a diferença entre a análise padrão e a análise modificada. Afirma que “se o paciente não necessita de análise, então faço outra coisa” (p.152). A partir disso, Fulgencio (2011) estabelece que para cada paciente deverá ocorrer uma forma de cuidado e uma atitude psicoterapêutica. Em relação à psicose, ele pontua “estes deverão ser efetivamente sustentados pelo analista” (p.48).

Nas palavras de Phillips (2006), “neste novo modelo de setting analítico, pensado para o paciente psicótico, o setting não é simbólico do cuidado da mãe como seria com um neurótico, ele é o cuidado da mãe” (p.132). A partir disso, a interpretação

verbal constitui-se secundariamente, posto que o cuidado, no sentido mais amplo, faz-se necessário para que o desenvolvimento possa ser retomado.

O estudo da influência do ambiente levou Winnicott a ampliar o campo de reflexão e de aplicação da psicanálise. Ele passou do estudo dos conflitos intrapsíquicos para o estudo dos conflitos interpssíquicos, das distorções psíquicas provocadas por um ambiente patogênico. Esse estudo levou-o a reconsiderar a técnica analítica clássica. Winnicott propôs uma nova técnica terapêutica, concernente aos pacientes que, em sua primeira infância, haviam deparado com um ambiente que fracassara na adaptação a suas necessidades (Arcangioli, 1995, p. 196).

Temos, então, que no caso das psicoses infantis, aqui incluído o autismo, o sujeito lida com o sofrimento psíquico iniciado em uma época muito precoce da vida do bebê, no momento da dependência absoluta. Então, de acordo com Winnicott (1966/1999), não há bebê, ou seja, esse existe no laço com o ambiente. Disto decorre que é incongruente pensar a clínica da intervenção com crianças pequenas que não atue diretamente nesse laço. Pela perspectiva do manejo instaura-se a lógica do cuidado e do particular. Assim, será possível incorrer a invenções que busque resgatar o que, por algum motivo, falhou nos primórdios do desenvolvimento.

3.3 Travessia - para além dos pais: a perspectiva da família

Conforme abordado anteriormente, as concepções teóricas de autores como Winnicott, Lacan, Françoise Dolto e Maud Mannoni introduzem a questão familiar na análise de crianças. Aos pais é conferido um estatuto primordial junto ao espaço terapêutico do infante. Contudo, buscamos neste trabalho ampliar essa perspectiva ao

pensar o sintoma da criança em face do grupo familiar. Isto é, compreendê-lo em relação ao grupo de origem, para além dos pais. Nesta empreitada referente ao funcionamento grupal, abarcam-se todos os membros e suas respectivas posições na organização familiar.

O sintoma da criança, diante da tradição psicométrica e sua estreita relação com os testes, foi compreendido por muito tempo como algo a ser comprovado, de forma que as causas eram atribuídas somente à própria criança. No entanto, segundo Gomes (2011), elementos como o pensar psicanalítico, o psicodiagnóstico infantil nesse enfoque e o raciocínio compreensivo, tornaram possível que se tivesse uma abrangência psicológica maior sobre o sintoma, estendendo sua compreensão até a família.

Para Cavalcanti e Silva (2006), a perspectiva sobre o outro na constituição psíquica do eu é decisiva para o direcionamento clínico a ser tomado frente à criança com manifestação sintomática. As autoras apontam que na visão de Freud e Lacan, o Eu e o Outro são descritos em franca relação opositiva, escorada pela situação de dependência do início da vida do bebê. Por outro lado, afirmam que autores como Ferenczi, Balint e Winnicott oferecem alternativas a essa visão. Esses autores rompem com a relação de oposição entre eu e outro. Nessas teorias, o outro é alguém que incita e impulsiona o indivíduo a criar e recriar a si e a suas relações com o mundo constantemente.

O eu é interpretado como relação (...). Assim, só pode ganhar alguma substancialidade no contexto das relações que estabelece com o outro e a cultura. O outro aí nada mais é do que um componente da mesma rede de contingências que define, sempre de modo provisório, a existência, sem que lhe seja atribuída qualquer dimensão totalizante ou absoluta (Cavalcanti e Silva, 2006, p.56).

Atento às questões familiares, Winnicott (1957/2011) afirma que a família protege a criança do mundo, ao mesmo tempo em que a insere gradualmente em círculos mais amplos. Nesse sentido, o autor traduz o efeito integrativo que possuem as inter-relações estabelecidas entre os indivíduos de uma mesma família. Não obstante, ele afirma que “cada bebê e cada criança cria a família” (p.72).

Nesse entendimento, a família não é uma estrutura estática e imóvel ao longo do tempo, mas é matriz de reinvenções. Disto decorre que os sujeitos também estabeleçam relações particulares com esse grupo. Eiguer (2008) aponta que no estudo sobre os sujeitos é importante considerar que esses são sempre referidos a uma filiação, a uma genealogia, a um gênero, a uma cultura. Sem ponderar essas dimensões, sua abordagem é incompleta.

A constituição subjetiva a partir do vínculo é fortemente preconizada também por Kaës. Segundo o autor, “o inconsciente inscreve-se e produz seus efeitos em numerosos espaços psíquicos, em numerosos registros e em diversas linguagens, de cada sujeito e da própria relação” (2014, p.41).

A família remete ao grupo primário, originário das relações, sobre os quais se estabelecem laços vitais para a sustentação dos membros. Designa-se a família como um lugar simbólico constituinte (Neves, 2008). Esse lugar propicia vínculos que serão o esteio do sujeito em busca de seus próprios desejos e da constituição de sua própria história. Esta se relaciona, inevitavelmente, a uma narrativa cujos personagens e enredo o precedem.

De acordo com Correa (2003), o grupo familiar é um espaço psíquico único e compartilhado pelos membros, sustentado pela passagem da transmissão psíquica entre gerações. “Este espaço é delimitado por um envoltório de essência genealógica que se processa em contínua evolução, podendo ser modificado pelos acontecimentos internos

ao grupo, pelas diversas crises vitais e acontecimentos tais como nascimentos, separações, mortes etc.” (p.39).

O grupo familiar também apresenta uma constituição histórica, sede do processo de transmissão, de forma que quando uma criança nasce se insere neste grupo que preexiste a ela. Como dito no primeiro subtópico desse capítulo, a criança nasce inserida em um espaço falante, o que ocasiona que mesmo antes de seu nascimento, ela seja pré-enunciada e pré-investida no discurso familiar.

De acordo com Piera Aulagnier (1990), o Eu é um eu historizado. Isto inclui o bebê, desde antes de seu nascimento, em uma ordem temporal e simbólica. Nesta medida, este pequeno ser “nasce imerso na história edipiana dos pais e se constitui através de uma dialética identificatória” (Scatolin, 2011, p.148).

Assim, ao nascer, o que o bebê encontra é uma psique que já o antecipou e o inseriu em uma história particular. Nesse encontro, entre o agente materno e seu filho, logo a mãe decodifica os primeiros sinais de vida da criança a partir “do filtro de sua própria história, escrevendo assim os primeiros parágrafos do que será a história que a criança se contará sobre o *infans* que foi” (Aulagnier, 1999, p.25).

Passos e Polak (2004) defendem que o recém-nascido, pré-investido e inserido na história particular da família, nascerá no seio do aparelho psíquico do grupo familiar. Esse aparelho deverá metabolizar as angústias primitivas desse bebê e mediar suas vivências sensoriais de forma que ele possa apropriar-se delas e, então, constituir seu mundo interno.

Segundo as autoras, é incontestável a existência do psiquismo familiar cuja principal função alude a organizar o funcionamento intersubjetivo que forneça significado para o ‘estar junto’. Este aparelho psíquico é formado a partir dos conteúdos intrapsíquicos dos membros e se estabelece sob a prerrogativa de investimentos

libidinais entre os sujeitos do grupo. Cria-se, a partir disso, “uma psicodinâmica dos vínculos, responsável, entre outras coisas, pela criação dos lugares, posições e, principalmente, pelas funções exercidas no espaço intersíquico” (p.39-40).

No interior da família estabelecem-se os primeiros laços do ser humano e são diversos: laços conjugais, laços de filiação, laços fraternos e os laços que unem a criança a seus antepassados. Portanto, na formação do laço de filiação e nos demais, é necessário que cada sujeito ocupe uma determinada posição, ao mesmo tempo em que legitima a posição do outro. Temos assim, “uma pequena sistematização das funções do grupo familiar, que envolvem principalmente a dimensão intrapsíquica dos laços familiares” (Passos, 2005, p.22).

A Clínica de Família se constitui, então, como uma possibilidade interventiva diante das possíveis intercorrências nos laços familiares. Gomes (2003) sinaliza que a maioria dos teóricos são unânimes em afirmar que nenhuma família busca terapia para ela própria. Em geral, há a eleição de um membro doente e esse assume a função de porta-voz do grupo. A eleição desse membro é por si só um sinal de padecimento.

O sintoma da criança, nessa realidade, configura situação delicada para os profissionais. Como a queixa inicial é derivada dos progenitores, é preciso atentar-se para a possibilidade de a família ter elegido o infante como o membro doente. Assim, se o profissional assume e condecora essa eleição familiar, pode impregnar a criança em uma posição patológica que comprometerá seu desenvolvimento. Portanto, a queixa inicialmente apontada pelos adultos implica a necessária realização de um processo psicodiagnóstico minucioso.

Nessa perspectiva, a história do casal parental torna-se especialmente importante e impossível de ser negligenciada no psicodiagnóstico da criança. A partir desse, o clínico pode debruçar-se sobre como está estruturada a dinâmica familiar e, assim,

dedicar-se a entrever mais amplamente o horizonte do sintoma da criança (Gomes, 2011).

Como sinaliza Winnicott (1957/2011), o casamento e a constituição de uma nova família nem sempre são indícios de maturidade. Por isso, a imaturidade do casal parental pode obstaculizar o crescimento e o desenvolvimento saudável de todos os membros (Cicco, Paiva e Gomes, 2005). Escutar o casal contribui, então, para revitalizar o grupo familiar que se inicia, na medida em que os progenitores sustentarão esse grupo a partir do relacionamento geral que estabelecem com seu contexto social imediato (Winnicott, 1957/2011).

Nas construções teóricas dos autores citados nesse capítulo é possível destacar que a infância e o sintoma da criança estão intimamente relacionados ao seu entorno, à sua inserção em um grupo e à história que lhe precede. Esses autores e o diálogo com o arcabouço teórico da Clínica de Família compõe referência fundamental para a discussão que será levantada no percurso clínico com Ícaro.

CAPÍTULO 4 – CASO *PARCAS*

O caso *Parcas* refere-se a uma família, composta pela mãe (sem nome, 30 anos), o pai (Dédalo, 40 anos), o filho mais velho (Dédalinho, 17 anos) e o filho mais jovem (Ícaro, 3 anos). A nomeação do caso e dos indivíduos deriva da mitologia grega. Nas palavras de Ceccarelli (2007) “os mitos são relatos que o homem constrói para explicar aquilo que ele ignora” (p.181).

Relacionados a divindades e entidades supra-humanas, os mitos surgem na tentativa de explicar e de significar a experiência da criação. Estes relatos, portadores de uma mensagem, são testemunhos da necessidade do homem de esclarecer sua chegada e seu destino no mundo. Portanto, os mitos versam sobre a origem e sobre o destino dos homens (Ceccarelli, 2007).

A nomeação do caso, neste estudo, está relacionada à mitologia, pois, é por meio dos mitos que se estrutura uma narrativa sobre o início, o fim e a sina de cada um neste mundo. Para sinalizar o percurso clínico com essa família, o nome *Parcas* foi selecionado em referência às *Parcas* da mitologia grega. As *Parcas* eram três mulheres, lúgubres, conhecidas como filhas da noite. Isso pretendia indicar os caminhos obscuros pelas quais o destino humano, por vezes, torna-se inextricável. As três mulheres fiavam os fios de vida e de morte de cada homem. Cloto fiava o fio da vida; Laquesias empunhava o fio e determinava a sua extensão; Átropos, o cortava e indicava quando uma vida chegava a seu fim (Bulfinch, 2013).

A escolha do nome da família foi sustentada por este tear que determina início e fim. A tentativa de dar nome à mãe, narrada neste trabalho, pôs em operação uma associação com essas figuras mitológicas. No entanto, batizá-la tornou-se tarefa árdua e, ao final, impossível.

Parece-nos que a dificuldade em atribuir um nome à mãe pode sinalizar aspectos importantes do caso. A nomeação, cara à psicanálise, refere-se ao ato de uma marcação simbólica que permite àquele que nomeia produzir uma elaboração que diz respeito a si mesmo. Caso contrário, o sujeito fica a mercê disto que é inominável (Santos e Fortes, 2011).

A falta do nome materno no caso *Parcas* parece justamente atirar-nos frente ao que ainda não é possível de ser nomeado ou, em outras palavras, a um buraco psíquico que não encontra representação. No psiquismo, o que trabalha contra a representação é a pulsão de morte. Enquanto a pulsão de vida se esforça em busca de representação e organização, a pulsão de morte se expressa por rupturas e traumatismos que ocasionam a descarga absoluta da energia psíquica. Essa, então, atua despietadamente a favor de uma destruição e de um esvaziamento do aparelho psíquico e não se efetiva no sujeito pelo desejo de morte, mas pelo seu não desejo (Campos, 2013).

O branco que me sobrevém na tentativa de nomear a mãe pode estar relacionado à série “branca” inaugurada por Green (1988). Segundo o autor, as cores do luto são preto e branco, sendo que o preto relacionado ao ódio, é apenas um produto secundário, consequência de uma angústia “branca” traduzida por uma perda ao nível narcísico. Essa espécie de angústia é definida por um

desinvestimento massivo, radical e temporário que deixa marcas no inconsciente sob forma de ‘buracos psíquicos’ que serão preenchidos por reinvestimentos, expressões da destrutividade assim liberada por este enfraquecimento do investimento libidinal erótico (Green, 1988, p.244).

A ausência de nomeação para a mãe da família *Parcas*, então, parece estar relacionada às decorrências da atuação da pulsão de morte no psiquismo e à angústia

branca que instaura buracos na trama psíquica. Não conseguir nomear a mãe parece efeito paradigmático desta família, caracterizada pelo vazio e pelo não desejo.

Embora o delineamento do caso e os efeitos transferenciais configuraram uma mãe sem nome, o grupo alcançou uma nomeação devido às semelhanças entre essas figuras e os aspectos grupais. As *Parcas* remetem a um grupo enredado pelos fios de vida e de morte, tal qual o grupo familiar deste trabalho. Fiandeiras do destino representam, ao mesmo tempo, o mistério e a explicação sobre a maior ignorância humana.

Entrelaçadas a seus fios, tecendo-os, as *Parcas* articulam o início, o fim e o subsequente destino. São, na construção mítica, as responsáveis pelos acasos, muitas vezes, nefastos. A aproximação desse grupo com a vida, a morte e a trajetória lúgubre são as nuances que compõem a escolha das *Parcas* para caracterizar a família analisada.

Nesse caminho, a mitologia grega também subsidia os nomes dos personagens aqui descritos. Em relação aos nomes de pai e filho, Dédalo e Ícaro, são referentes ao mito grego correspondente (Bulfinch, 2013). Dédalo era um notável inventor¹⁴ e despertou a ira do rei Minos por ajudar com que a princesa, Ariadne, fugisse com Teseu. Por supostamente tê-lo traído, o rei ordena que o prendam junto com seu filho, Ícaro.

Assim, nossa narrativa se inicia nesse ponto, em que Dédalo e Ícaro são presos juntos. Devido à ira do Rei, esse condena também o filho à prisão, simplesmente pela relação de filiação com aquele que supostamente o traiu. Dessa forma, a escolha do nome Ícaro para nosso personagem principal refere-se, em primeiro lugar, a essa

¹⁴ Dédalo construiu o labirinto que aprisionara o Minotauro. Quando Teseu enfrenta este monstro e o derrota, Dédalo ajuda Ariadne a tirar seu amor do labirinto para poderem, finalmente, fugir juntos, a despeito do desejo do Rei de que não ficassem juntos.

condenação, que não diz respeito a nenhuma transgressão, a não ser a do destino pela filiação com aquele que supostamente traiu o Rei.

Na prisão, Dédalo, que era conhecido por sua capacidade inventiva, percebe que ele e Ícaro não conseguirão fugir nem pela terra e nem pelo mar, ambos dominados pelo rei Minos. A chance de escapar reside, então, no céu. Assim, ele começa a juntar penas de pássaros que sobrevoavam a prisão e constrói dois pares de asas, unindo as penas dos pássaros com cera de abelha. Ao entregar o par de asas para Ícaro, adverte o garoto que ele deverá segui-lo e não poderá voar próximo ao Sol, pois isso faria com que a cera derretesse. Eles conseguem sair da prisão e, por um tempo, o filho segue o pai. Entretanto, encantado com as belezas do céu, Ícaro se aproxima do sol, a cera se derrete e as asas se desfazem no oceano com a morte do rapaz que, livre, quis voar alto demais.

Desse modo, nossa escolha pelo nome Ícaro refere-se, em segundo lugar, ao significado do nome próprio. Derivado do grego, Ikaros¹⁵ significa “o seguidor”. A advertência do pai para o filho também justifica nossa opção por esse nome. Embora Dédalo tenha construído asas, ele pede ao filho que o siga e não voe suficientemente alto. Assim como ocorre com nosso Ícaro que se percebe condenado pela filiação, prisioneiro sem crime, impedido de voar muito alto.

As aproximações entre família e mitologia só são possíveis a partir de meu encontro com o filho mais novo, Ícaro. Esse encontro acontece quando o garoto, acompanhado da mãe, compareceu à Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (CLIPS), pois a gastropediatra havia solicitado acolhimento psicológico para ele. O encaminhamento devia-se ao recente diagnóstico de autismo cunhado por um neurologista e por Ícaro se recusar a comer comidas sólidas. O caso, então, é

¹⁵ Dicionário de Nomes Próprios. Recuperado de <http://www.dicionariodenomesproprios.com.br/icaro/>.

incluído na pesquisa, devido a este recente diagnóstico e a disponibilidade da família em participar do estudo.

Durante os atendimentos, os participantes das sessões oscilaram, de forma que em algumas sessões estiveram presentes a mãe, o pai e Ícaro; em outras, a mãe, o pai e Dédalinho; ou, só Ícaro e a mãe; ou ainda, só o casal parental. Os locais em que os atendimentos ocorreram foram a CLIPS e a casa da família, por motivos posteriormente discutidos. O caso continua em andamento, porém, para fins deste estudo, foi realizado um recorte de 21 sessões de atendimento.

Conforme mencionado anteriormente, houve uma investigação teórica, em obras de autores clássicos da psicanálise e bases de dados que se construiu analogamente ao que o caso suscitava. Foram utilizados os descritores: autismo; família; psicanálise e diagnóstico. Os textos foram selecionados a partir da transferência ao material coletado.

Em relação ao caso clínico, ao final dos atendimentos eram relatos por escrito e, posteriormente, apreciados em supervisão. Nesta configuração, o supervisor, que não estava presente na cena clínica, pode inaugurar um espaço alteritário e sustentar, assim, as situações de tratamento e pesquisa.

Sustentada na construção clínica, a pesquisa psicanalítica opera um modo particular de metodologia. De acordo com Freire (2002), a natureza do psíquico impôs à psicanálise a tarefa de desenvolver um novo arsenal metodológico. Esse método, próprio à ciência psicanalítica, “coloca em causa a certeza dada pela consciência” (p.4).

As raízes desse método são engendradas a partir das questões pulsantes da clínica. Segundo Silva (2013), “o caso na pesquisa psicanalítica é sempre do pesquisador” (p.42). Portanto, a escolha para a apresentação do caso clínico permite que a trama torne-se inteligível, uma narrativa imprescindível que se ampara no mundo interno daquele que narra. A escrita, ancorada na teoria psicanalítica e no espaço

alteritário de supervisão, suscita a construção do caso que pode alcançar outros espaços além da clínica.

Freud (1893-1895/2016), ao discutir o caso de Elisabeth Von R., se surpreende ao perceber que seus relatos se assemelham aos contos e podem ser lidos como novelas. No entanto, esta é a marca de uma ciência que não se caracteriza pela observação e descrição de um objeto, mas de um sujeito que nos fala de seu sofrimento (Freire, 2002). A partir do reconhecimento da especificidade metodológica e do esteio fornecido pela teoria psicanalítica, inicio a narrativa do curso clínico com a família *Parcas*.

4.1 O nascimento de Ícaro: acasos nefastos

*Todo nascimento é uma exclusão,
uma mutilação. (...) Diz-se
“parto”. Pois seria mais
acertado dizer “partida”. E eu
queria corrigir aquela partida.
(Mia Couto, 2009)*

No dia 7 de abril de 2013, domingo, estavam em casa Dédalo, sua esposa grávida de nove meses e o filho mais velho de 14 anos, que possui o mesmo nome do pai. Segundo a fala da mãe, desde o nascimento do primeiro filho, o casal sonhava em serem pais novamente. Contudo, ela tinha dificuldades para engravidar. Conseguem após 14 anos, com a gravidez de Ícaro que estava previsto para chegar ao mundo na quinta seguinte.

Na semana que antecedeu aquele domingo, a antena da TV a cabo da família começou a apresentar problemas. A esposa de Dédalo chamou um rapaz para consertar

e ele cobraria 60 reais para subir ao telhado e resolver a questão. Dédalo não aceitou pagar, pois achou o valor muito alto e definiu que ele mesmo faria o serviço. Fez diversas tentativas de subir no telhado para resolver. Por ser uma novidade para ele, sua esposa o deteve em todas elas.

No domingo, dia 7, enquanto a esposa arruma o enxoval para levar para o hospital, Dédalo sobe no telhado sem que ela veja. A mulher ouve um forte barulho e, ao chegar, vê que o marido havia caído, liga para os bombeiros e ele é transferido direto para a UTI. Na quinta-feira, dia 11/04, Ícaro nasce.

O nascimento de Ícaro e o acidente do pai se embaralham. A mãe do menino lida, diretamente, com a vida e a morte. Na UTI por quatro semanas, Dédalo necessita do cuidado da esposa, pois corre o risco de perder os movimentos das pernas. Ícaro, recém-nascido, fica em casa com uma avó que lhe presta os cuidados nos primeiros meses.

Mesmo ao sair da UTI, Dédalo precisava ir frequentemente ao hospital fazer exames, refazer curativos e avaliar a evolução de seu quadro. Sua esposa o acompanhava e, como ela mesmo relata, *“a minha mãe que ficava com o bebê mesmo, eu só via o Ícaro para mamar, era tudo no automático, dava de mamar, limpava o cocô, o xixi, ia no hospital com o Dédalo, voltava, dava de mamar...”* (Escrita do 2º atendimento).

A relação da avó com o bebê também é descrita como *“automática”*. A mãe afirma que a avó prestava apenas os cuidados físicos. Veneziane (2015) afirma que esse é um sinal de vulnerabilidade ao desenvolvimento, na medida em que *“automatismos não possibilitam a humanização do bebê”* (p.88).

Após o acidente de Dédalo, ele fez fisioterapia e fortaleceu o tônus muscular novamente e, pouco a pouco, recuperava os movimentos. Contudo, seis meses depois de

sua saída da UTI, ele contraiu o vírus H1N1 e teve que retornar ao hospital, de forma que perdeu o tônus novamente e a capacidade de flexionar os membros inferiores.

Dédalo não volta ao trabalho e justifica que, na segunda internação, adquiriu a Distrofia Simpático-Reflexa (DSR). Essa é uma disfunção do Sistema Nervoso Simpático que causa dor crônica, ou seja, uma dor persistente que é desproporcional ao evento que a desencadeou. Alguns autores defendem que a DSR é um mecanismo neuronal reflexo decorrente de um evento traumático que leva a percepção anormal da dor e aumenta a atividade simpática eferente (Lotito, Campos, Dias e Silva, 2004).

Assim, esses primórdios de Ícaro contam de um nascimento conturbado, amalhado pela fatalidade de um acidente. Neste, parece ter repousado uma perda de movimentos também nos membros do grupo familiar. Movimentos perdidos não somente no campo da flexão dos membros inferiores do pai, mas na flexão de linguagem que permite recheiar de palavras as vivências intensas que pulsam no corpo de um bebê. Segundo Szejer (2015), a criança está à espera de palavras que possam significar sua vida. O canto da anhuma¹⁶ começava a ecoar nessa família.

4.2 O começo de nós: ambiguidade e diagnóstico.

Dentro dos seus aveludados olhos havia uma luz intermitente, como se relampejasse dentro de sua alma.

(Mia Couto, 2009)

¹⁶ Anhuma é uma ave preta típica da América do Sul. É conhecida como a sentinela da floresta, pois existe a lenda que seu canto é responsável por avisar os animais de que algum estranho se aproxima, ou seja, emitir sinais de alerta. Recuperado de: <http://www.portalpantanal.com.br/variedades/53-sentinelasplanicie.html>

Três anos depois, acontece meu encontro com Ícaro e sua mãe que compareceram à Clínica-Escola de Psicologia (CLIPS) da Universidade Federal de Uberlândia para o acolhimento institucional.

Nas primeiras escritas deste texto, ficava demarcada uma confusão sobre como ocorreu nosso encontro. Faço confusão quanto aos médicos: ora escrevo que foi o pediatra quem encaminhou, ora a gastropediatra, seguido sempre por um “ele” que mantém desconhecido o sujeito.

Essa confusão expressa à forma ambígua com que conheço Ícaro. Nas primeiras palavras da mãe, quando a questiono sobre o que os levavam até a clínica, ela me responde que o menino “*tem alguns atrasos*”. Não compreendo se tais “atrasos” se referem ao campo cognitivo/intelectual. Transferencialmente, durante o atendimento, sinto certa leveza em que me mantenho fluida, distante, como se nenhum relato materno ou brincadeira pudesse me prender a atenção. Ícaro, ao mesmo tempo em que se aproxima de mim, logo se distancia. Ao final do relato, escrevo:

Apesar de a mãe explicar, não entendo se o atraso a que ela se refere é cognitivo. O menino também parece perto e longe. Fico leve, no ar durante a sessão, embora agora comece a pesar uma grande tristeza, um peso que no atendimento não havia percebido (Escrita do 1º atendimento).

Essa ambiguidade é característica na primeira sessão. Ícaro fica próximo e longe de mim, ao mesmo tempo em que me sinto leve e, ao final, recai um peso. Esses sentimentos se diluem ao longo dos atendimentos. Contudo, revelam importantes marcas do caso. A primeira delas, em relação ao diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista de Ícaro.

Por um lado, a neuropediatra e a neuropsicóloga atestam que o menino é autista e, segundo a mãe, em suas falas, portador de um quadro patológico sem cura conhecida.

Por outro, nos entendimentos da dentista e nosso, o garoto apresenta sofrimento psíquico, erigindo uma organização defensiva, mas que não nos parece irreversível. No entanto, com esse diagnóstico e o laudo médico, Ícaro recebeu o direito ao benefício LOAS do INSS que, atualmente, sustenta financeiramente a família.

Após o acidente de Dédalo, ele não retornou ao emprego, alegando ser necessário tempo para cuidar de sua saúde. A esposa volta a trabalhar durante o primeiro ano de vida de Ícaro, mas em seguida, pede demissão, por acreditar que devia cuidar da casa. A família, sem renda financeira, sobrevive com o auxílio que também Dédalo consegue do INSS. No entanto, esse auxílio não foi renovado, pois ao passar por nova perícia, o órgão entendeu que ele teria condições de trabalhar.

A vida financeira da família é, a partir desse momento, relegada aos filhos. Inicialmente, a Dédalinho, que se integra ao programa de Aprendiz Legal¹⁷ e recebe um salário mínimo. O final do contrato do adolescente junto ao programa coincide com o momento do diagnóstico de TEA de Ícaro. Com o diagnóstico, o menino passa por uma perícia no INSS e tem acesso ao LOAS.

Isso retoma, agora, o caráter ambíguo do diagnóstico para essa família. Embora a mãe esboce a tristeza por ser uma nomeação diagnóstica referente a um transtorno psiquiátrico, sente também alívio. Ao contar sobre o diagnóstico de TEA que o garoto havia recebido pergunto se ela concorda e como se sentiu:

Ela diz 'alívio'. Diz saber que o filho está no ponto mais leve do espectro, mas que tem atitudes que mostram que ele é autista. Pergunto quais atitudes e ela conta que o filho não come nada sólido, absolutamente nada, ele sobrevive com

¹⁷ Devido a Lei 10.097/2000, as empresas devem contratar jovens entre 14 e 24 anos e o contrato pode durar até dois anos. De acordo com o site do programa, seu objetivo é preparar e inserir jovens no mercado de trabalho. Fonte: APRENDIZ LEGAL, O Programa. Recuperado de: <http://site.aprendizlegal.org.br/o-que-e>

leite. Conta que o marido, cadeirante, recebia benefício do INSS, mas perdeu. Parece aliviada, porque agora com o diagnóstico do menino dará entrada para conseguir benefício para Ícaro. (Escrita do 1º atendimento).

Há, em jogo, nessa família uma paralisia, e uma ordem melancólica ancora a cena familiar. Eles se percebem incapazes de se sustentar financeiramente por si só. Recorrem aos benefícios estatais para que os amparem no mundo. Nesse sentido, o diagnóstico de Ícaro funciona como o arrimo sobre o qual se repousará a garantia do existir. Em outras palavras, o diagnóstico traz alívio, pois parece ser a proteção que permitirá que possam continuar existindo no mundo, em termos de alimentação, transporte e outros.

Em relação a Ícaro, percebo-o perto e longe. Lembro que ao vê-lo brincando, concentrado na mesa de crianças da sala de espera da CLIPS, chamei seu nome, ele me olhou rapidamente e sorriu. Quando chegamos à sala de atendimento, ouvia sem cessar minha própria fala emitida por Ícaro numa frequência e entonação que lembra os comerciais de TV.

A ecolalia de Ícaro é imediata, intensa e conta com uma entonação peculiar que me remetia às propagandas televisivas. Não por acaso, essa referência da entonação parecia ser indício de fala automática com interlocutor ausente. Pela via contratransferencial, a ecolalia do menino me enlaçou e me deixou paralisada. Isso contribuiu para o primeiro atendimento silenciado, que arrisco a nomear como “leve”. No entanto, no desenlace da escrita emerge o peso da tristeza que me arrebatava. Compreendo que no instante do atendimento considerei que não havia qualquer

produção sonora em sessão que não fossem as minhas. Como Eco¹⁸ na caverna, fiquei condenada a me ouvir.

Essa condenação parece comum diante de crianças com ecolalia imediata, isto é, a exata repetição daquele que lhe falou. Palladino (1999) assinala que, no ciclo das repetições, o outro se cala e há a morte da palavra, que torna o mundo um lugar silenciado. No entanto, a autora sustenta que é preciso engendrar outra perspectiva, na qual se a criança repete as palavras do outro, ele as tornou suas e, por isto, há uma diferença em jogo.

Apesar da tristeza evocada nas suas repetições ecológicas, Ícaro parecia risonho e alegre. Sua vivacidade contrastava com a tristeza de sua mãe. Sempre que o chamava na sala de espera, ele corria para a sala de atendimento e vivia uma grande felicidade ao olhar toda a sala e os brinquedos. Mas enquanto o menino corria para o atendimento, a mãe de Ícaro parecia se arrastar.

Com grilhões que a assombravam e assolavam, essa mulher parecia não ter mais forças nem para chegar até a sala de atendimento. Em associação, pensar nela me remete à imagem das *Parcas* na mitologia grega, três mulheres que fabricavam, teciam e cortavam o que seria o fio da vida de deuses e seres humanos. Eram figuras lúgubres, embora responsáveis pelo destino dos homens. Nesse ponto, enlaçava-se a história e a imagem das *Parcas* à mãe de Ícaro. Apesar de seu aparente desfalecimento, da imagem sombria, ela era a cuidadora que levava Ícaro até a Clínica para procurar ajuda. Em outras palavras, ela era a responsável pela sorte de Ícaro neste mundo, a que conseguia

¹⁸ Conhecida por conversar demais, a ninfa Eco acoberta Zeus em suas traições a Hera. A deusa se aborrece e a condena a repetir as últimas palavras que ouvir. Eco se apaixona por Narciso e sem conseguir comunicar-lhe seu amor, vai viver em uma caverna, onde definha, restando apenas sua voz que repete as últimas palavras daquele que lhe fala (Brandão, 1996).

perceber que o funcionamento familiar não estava bem e trazia obstáculos à vida psíquica do garoto.

Em sua chegada à sala de atendimento, a mãe se sentava e colocava a mochila do menino ao seu lado. Em seguida, seu sentar assemelhava-se a um desabamento. Na maioria das vezes, estava com roupas pretas e tentava se manter atenta durante a sessão. Muitas vezes, quase cochilava. Recorrendo às palavras de Guimarães Rosa no conto “A terceira margem do Rio”, parece que para ela, “a vida era só demoramento” (1988, p.32).

Ícaro diz ‘mamãe’ todo o tempo. A mãe parece triste, voz monótona, parece esgotada. Diz que depois do acidente do marido ficou impossível, tudo cai em seu colo, em sua responsabilidade. Está exausta de cuidar da casa, de Dédalo e de Ícaro, que a chama incessantemente, até dormindo. (Escrita do 1º Atendimento).

Esse cansaço materno tem ressonâncias importantes ao longo do caso. Isso que se esboça neste primeiro atendimento se desdobrará nos atendimentos subsequentes. Esse desdobramento revelará um casal parental desvitalizado, que outorga aos filhos à responsabilidade por mantê-los existindo. Responsabilidade expressa, inclusive, nos níveis da satisfação de necessidades básicas, imprescindíveis para a subsistência.

Ícaro, nesses atendimentos iniciais, aceitava algumas de minhas tentativas de aproximação, mas sempre com um olhar desconfiado que transformava essas tentativas em momentos fugazes. Dizia ‘mamãe’ todo o tempo, mesmo quando estava distraído sem aparentemente querer algo com ela. Essa era a única palavra, fora da ecolalia, que o menino utilizava. Parecia tentar por esse chamado retirar a mãe do enorme cansaço ao que ela sucumbia. Ícaro, ao invocar incessantemente a figura materna, tentava resgatá-la, puxá-la para si e para dentro da cena analítica, conforme sugere este trecho:

Ícaro me olha pela primeira vez e vê que em cima de mim, tem um brinquedinho. Ele se aproxima de mim, olha pro brinquedo e diz ‘ããã’. Digo ‘O que você quer, Ícaro?’, ele responde ‘Mamãe’ e olha para a mãe. A mãe diz ‘Fala para ela o que você quer, Ícaro’, ele diz ‘ããããã, mamãe’ e volta para perto da mãe. Falo ‘Você quer sua mãe, Ícaro? Ou só ela sabe o que você quer?’ ele me olha silencioso, volta para perto de mim, aponta o brinquedo e diz ‘ããã, é mamãe’ com muita raiva. (Escrita do 1º atendimento)

Os chamados de Ícaro, neste momento inicial, me remetiam a um bebê que grita à mãe para que pudesse, finalmente, existir. O menino, ao nascer, deparou-se com o inevitável da vida que impôs mudanças drásticas na família.

Nesta conturbação inicial, os investimentos libidinais dos membros familiares cindiram-se entre esses dois bebês (Ícaro e Dédalo). À mercê do desamparo originário e da profusão de sensações que preenchem a vida de um recém-nascido, Ícaro marcava em seu corpo a proximidade com a morte que rondava toda a família. Durante a internação do pai, por H1N1, o menino tornou-se um bebê cadavérico. As decorrências desse episódio ressoam até hoje, posto que apresenta hipotonia em seus músculos. Psiquicamente, os chamados constantes pela mãe denunciam a fragilidade de sua constituição subjetiva.

Nestes primeiros atendimentos, a participação do menino também incluía tirar os objetos das caixas, olhá-los e falar seus respectivos nomes. Ele sabia todas as cores, números e letras do alfabeto. Minha surpresa foi tamanha ao vê-lo pegar uma peça de seis lados de um brinquedo de caixa-encaixa e dizer “*hexágono*”. Não brincava de encaixar, mas atribuía os nomes corretos ao pegar as peças como “*pentágono*”, “*hexágono*”, “*septágono*”.

Isso encontra ressonância no que Aulagnier (1989) aborda sobre o “pensar um tempo sem desejo” (p.222). Embora faça sua teorização sobre isso em relação ao tempo na psicose, o que a autora descreve se assemelha ao vivido com Ícaro. Segundo ela, nestes casos, o sujeito consegue lidar com horas, calendários, mas são conhecimentos que se fazem exteriores a ele. Dessa forma, esses conhecimentos não fazem laço à história afetiva e subjetiva.

O sentido dessa intelectualização de Ícaro esboça-se diante de uma família que, paralisada no plano psíquico, encontrou pela via intelectual o caminho possível de lidar com um bebê. Faziam maratonas de desenhos educativos e pedagógicos para o menino. Entretanto, para Aulagnier (1989), eram conhecimentos cindidos de representações afetivas, desvinculados da história particular do sujeito.

Longe de ser uma questão restrita à família de Ícaro, essa lógica tecnológica e pedagógica se observa cotidianamente e cada vez mais em relação à infância contemporânea. Tornou-se a regra do dia observar crianças, ainda muito jovens, acompanhadas por *tablets* ou celulares de última geração. Bebês que se acostumam mais a músicas de desenho infantil e por isso se acalmam mais ao ouvi-las, do que a voz de outro humano. Cabe essa ressalva, na medida em que Ícaro e sua família, para além de suas questões particulares, inserem-se em uma lógica hodierna que rege as relações.

4.3 A pré-história da família

- O pai sempre diz que o mundo morreu, não é? - Perguntou Ntunzi.

- Ora, o pai diz tanta coisa.

- É o contrário, Mwanito. Não foi o mundo que faleceu. Nós é que morremos.

(Mia Couto, 2009)

Nas primeiras sessões com Ícaro foi possível apreender questões familiares que perpassavam o sintoma do menino. Diante disso, solicitei a presença paterna nos

atendimentos do filho. Após diversas negativas, as sessões prosseguiram com Ícaro e a mãe. No entanto, os relatos dessa mulher sobre seu marido fizeram com que considerasse a possibilidade de atendimento domiciliar a fim de escutar o homem que tentava se recuperar de um evento traumático. Depois de várias ligações, Dédalo aceitou que acontecesse um atendimento em sua casa.

Segundo a esposa, seu marido ficou paraplégico e sem poder andar, porém no primeiro atendimento domiciliar, avistei um homem que, contrastante com a fala da esposa, caminha e se movimenta. Embora com certas dificuldades, ele consegue andar com o auxílio de muletas e, até mesmo, dirigir em curtas distâncias. Novamente se denota o caráter ambíguo que permeia o caso. Dédalo constituía-se um paraplégico que andava.

Apesar de no atendimento domiciliar observar sua condição de movimentos, construí Dédalo imaginariamente como um cadeirante. Desse ponto sobreveio meu espanto. Pela via da transferência com a esposa e seus dizeres, Dédalo era, para mim, um impotente, um homem sem potência de vida e de movimentos. Não obstante, o INSS não o reconheceu como paraplégico e cortou seu benefício.

Conjecturo que a fala da esposa referente à paraplegia de Dédalo não corresponda ao plano físico. Isso se evidencia de acordo com a fala da esposa, segundo a qual “*ele transformou a casa em um grande caixão*”. Não permite que falem alto, ouçam música, abram as janelas, ou mesmo, riam de piadas bobas. Como ela afirma com raiva e desenfreadamente:

aquilo lá agora, Deus me livre, eu queria mudar, mas o Dédalo não quer, aquilo lá é casa de terror, casa do horror, parece todo mundo morto. Comento que Ícaro parece ser o fio de vida que ainda os mantém vivos. Ela chora e afirma que, infelizmente, ele é (Escrita do 4º atendimento).

Silva (2003) aborda um caso, atendido por ela, em que parecia haver não um casal, mas um amontoado de pessoas que dormiam juntas em um mesmo espaço. Nesse caso, a autora compara a casa mental da família a um *loft*. No caso da família de Ícaro, se pudéssemos fazer o mesmo paralelo, teríamos que a casa mental da família seria um caixão.

Na fala do casal, o dinheiro é um ponto que aparece constantemente. Esse parece ser o mal que lhes acomete, desde o princípio e é o que nos encaminha às suas histórias com as famílias de origem. Atualmente, Dédalo justifica que *“eu não preciso de atendimento, meu problema é apenas financeiro, se me derem dinheiro, tudo se resolve”* (Escrita do 1º atendimento domiciliar).

Essa fala demarca a posição passiva e infantilizada de Dédalo, a quem *“se derem dinheiro”* está tudo bem. Isso o situa como aquele a quem devem dar-lhe dinheiro. Isso expõe seu desejo de sustentação, parcialmente, atribuído ao lugar que imputa aos filhos. Não obstante, são os meninos os responsáveis por manter a casa financeiramente.

Pergunto para Dédalo sobre o filho mais velho. Ao passo que ele responde ‘O Dédalinho? O Dédalinho eu não preocupo porque ele consegue andar com as próprias pernas. Quando eu sofri o acidente ele teve que aprender muita coisa, amadurecer rápido, então eu considero que ele consegue trabalhar... ele consegue andar sozinho, ele consegue se virar (Escrita do 18º Atendimento).

Nos dizeres de Dédalo denota-se à posição paraplégica em que ele encontra-se. Incapaz de andar com as próprias pernas, atribui esta vitalidade ao filho mais velho. Dédalo, dessa forma, apresenta-se de imaturamente. Suas projeções de uma potência de vida em Dédalinho não se confirmam. Durante o atendimento de Ícaro, o filho mais velho tornou-se alvo de preocupação. Sempre marginalizado nos discursos parentais, estes que se ocupavam apenas do filho mais novo, o adolescente era chamado a

responsabilidades que não condiziam com a sua idade. Além disso, Dédalinho constantemente ameaçava suicídio.

Após ter seu contrato no Aprendiz Legal encerrado, o garoto aderiu às vestimentas pretas, uma constante na família. Cometia também transgressões mortais, como dirigir um carro sem jamais ter aprendido noções básicas de direção. Vivendo sua adolescência, Dédalinho passava pelas mudanças da puberdade, que associadas à fase de descoberta pessoal, efetivam nesse estágio um papel decisivo do ambiente para a continuidade da existência e a chegada à maturidade adulta (Winnicott, 1961/2011).

Dédalinho: Foi depois do fim do contrato que eu fiquei assim né... Era bom, saía, trabalhava, via gente, dava risada... Ai agora é escola e o resto dos dias aqui, nessa casa escura.

Mãe: É... aqui a gente não pode nem rir que o Dédalo diz que a gente tá rindo alto demais.

Dédalo: Eles falam alto, aprenderam com a família dela (aponta para a esposa). (Escrita do 3º Atendimento domiciliar).

A clivagem, estabelecida por Dédalo e a esposa, entre as famílias de origem, é aspecto importante na análise do caso. O casal se conheceu quando ela trabalhava como secretária para o pai de Dédalo. Proveniente de uma família rica, Dédalo sempre foi “*a ovelha negra*”, nas palavras da esposa que é dez anos mais jovem que ele. Após um ano de namoro, ela engravida “*sem querer*”. Ela comenta sobre Dédalo:

tinha a cabeça mais no lugar que eu, moramos juntos e foi tudo bem no início, só que logo depois que eu tive a criança, eu peguei tuberculose muito forte e tive que viver com a família dele, na casa deles. Tudo começou a dar errado aí, porque me acusavam de ter dado o golpe da barriga, minhas cunhadas, os

irmãos dele sempre me ofendendo e eu aguentando calada (Escrita do 1º atendimento domiciliar).

Após a tuberculose eles retornam para casa, mas a diferença de classe social ainda incomodava. Ela o acusa de não gostar da família dela, pois “*são pobres, ele diz que eles falam alto, gritam, mas tem isso não, é porque são pobres, simples mesmo*” (Escrita do 1º atendimento domiciliar). Dédalo desmente e ela retruca estabelecendo que não visitaria mais a família dele. O acidente aumenta esse conflito, na medida em que o casal esperava ajuda financeira dos pais de Dédalo, o que houve por um tempo, mas cessou.

Nas sessões com a presença de ambos, nota-se que há um funcionamento cindido. Os aspectos ruins são projetados na família do cônjuge, enquanto os aspectos bons são provenientes da sua. Diante dessa situação, a família se fecha hermeticamente. Segundo a esposa, o marido diz que as coisas ruins dos meninos “*vem da minha família e só foi possível continuar o casamento, porque eu aceitava ir para a casa da minha mãe sozinha, sem ele*” (Escrita do 20º atendimento). Nas palavras de Dédalo “*eu tenho uma teoria, é como se fosse um armário. Existe um amor nosso e as coisas que aconteciam lá fora não nos afetava*” (Escrita do 20º atendimento).

Esse equilíbrio é rompido quando, após quatro meses de atendimento, a esposa anuncia a separação. Nesse momento, Dédalo, que jamais havia aceitado participar dos atendimentos de Ícaro na Clínica, concorda em comparecer. Até então, havíamos realizado sessões com ele apenas na casa da família. Ainda assim, quando sua esposa afirma a ele seu desejo em se separar, ele a questiona “*A Máira sabe disso que você está fazendo?*”. Sua invocação a mim, psicoterapeuta de Ícaro, indicava, em primeiro lugar, que o menino seria alvo de discursos projetivos desse pai em sua intenção de não perder a esposa. Isso, de fato, se confirmou.

Em segundo lugar, em nosso oferecimento de escuta a esse homem, eu ocupava um lugar de cuidado para essa família. Destaco a similaridade com as frases direcionadas às crianças, como exemplo, “o seu pai sabe que você vai fazer isso?”. Assim, emergia, possivelmente, um lugar de autoridade e proteção projetado em mim, o que poderia sinalizar que, no fechamento narcísico dessa família, havia ainda espaço para um terceiro.

Com a ida de Dédalo à Clínica, revelam-se traços importantes da pré-história da família. Em sessões com Ícaro, sua mãe e Dédalo, temos a revelação da dinâmica familiar. O garoto some, ocupa a periferia do espaço da sala diante das demandas maciçamente investidas do casal. Com a queda de Dédalo, expuseram-se os conflitos dos dois em relação às suas próprias famílias de origem. Esses conflitos eram obstáculos para darem continuidade à família formada por ambos.

Nessas sessões, emerge a história precedente à formação do casal. A mãe de Ícaro, em suas palavras, não teve pai. Seus pais se separaram quando ela completava dois anos de idade, devido ao alcoolismo do pai. Desde então, a mãe teve diversos parceiros, definidos por ela como “*meus inimigos mortais*”. Embora afirme não ter sentido falta do pai, ela assegura que a dificuldade no relacionamento com Dédalo aconteceu, pois

Afirma ter cansado de conversar porque tudo que falava, Dédalo virava contra ela. Era tudo ótimo, até o momento em que resolveu falar das coisas que não concordava... – Ela começa a relatar sobre tudo que a incomodava. Ela fala que Dédalo queria ser seu pai, mandando em tudo e que ela não tinha liberdade. (Escrita do 20º atendimento).

A identificação de Dédalinho, o filho mais velho, a essa mãe também fica nítida. Retomando seus dizeres anteriores, o menino atribui sua alegria de viver ao trabalho e

seu contrato de Aprendiz Legal. Afirma que, ao ter seu contrato encerrado, ficar mais em casa o aproximou de uma tristeza profunda. Semelhança inescapável com a fala materna ao relatar seu episódio de depressão há oito anos, episódio gravíssimo, no qual tentou suicídio e teve que ser amparada por psicofármacos. Ao questioná-la o que pode ter ocasionado, ela afirma:

É porque foi assim... Eu comecei a trabalhar demais pra não pensar nas coisas de casa. Eu trabalhava umas 12 horas por dia. No meu trabalho eu podia ser eu mesma, eu tinha amigos, eu não precisava agradar ninguém. Aí eu fui ficando muito sobrecarregada e não aguentei, dei a depressão. (Escrita do 21º Atendimento).

Por outro lado, Dédalo se coloca alheio à própria história. Afirma não gostar do passado. Nas falas da esposa sobre o período em que se conheceram, ele era a ovelha negra da família. Agia por impulso e, constantemente, era objeto de preocupação dos pais. Essa preocupação se devia à nunca fixar-se aos empregos e não interessar-se pelos negócios da família. Após a gravidez de sua, então, namorada, continuou comportando-se assim. Sem jamais ter se mantido em um emprego e com oscilações financeiras sérias, constantemente, precisava recorrer aos seus pais.

Nesta pré-história familiar, observa-se que os vínculos que mantinham o casal eram precários. Como afirma a esposa, “*a gente nunca fala de sentimento*” (Escrita do 21º Atendimento). A questão financeira é uma questão encobridora do que, de fato, está em causa. Seus próprios conflitos ganham relevo após o acidente. O fechamento narcísico imposto pela própria família expõe a fenda instituída desde os primórdios do relacionamento conjugal e que atravessa a construção psíquica de Dédalinho e Ícaro.

4.4 É preciso se intoxicar

Essa pupila está cheia de noite.

(Mia Couto, 2009)

Os atendimentos de Ícaro e sua mãe aconteciam semanalmente na CLIPS. No entanto, o modo tradicional parecia insuficiente para pensar a complexidade dessa família que se apresentava. Era necessário dar voz a esse pai que, antes da separação, não aceitava vir à CLIPS. Porém, no entendimento clínico, ele clamava por ajuda.

Esse entendimento começa a se esboçar a partir de Ícaro que passava o dia em sua “*casa-caixão*”, como define a mãe, junto da presença dos pais e do irmão. Ele saía de casa para ir, raras vezes, à escola e, toda semana, para suas sessões de fonoaudiologia, psicologia, neuropsicologia, e consultas odontológicas e médicas com a gastroenterologista, pediatra e neuropediatra. A maioria dos profissionais citados os atendem pelo SUS e os outros não cobram, devido à precariedade financeira.

A “*casa-caixão*” do menino é contrastante com sua vivacidade. Nas poucas vezes em que frequenta a escola, o menino ao avistar a fachada, desgruda da mãe e vai correndo em direção ao ambiente. Nas palavras maternas, enquanto os outros meninos choram na porta para não entrar, Ícaro tem pressa em desvencilhar-se dela.

A mãe também afirma que sai mais cedo de sua “*casa-caixão*” para as consultas de Ícaro e vai com o menino para uma praça da cidade. Nesse lugar, os dois olham o movimento, os transeuntes, e podem “*respirar melhor*” (*Escrita do 7º atendimento*). Segundo ela, a cada música que toca, Ícaro canta, dança e grita, sorrindo de felicidade.

No decorrer dos atendimentos, o menino denuncia o mal-estar que habita em sua casa e seu incômodo diante do lugar que lhe foi destinado a ocupar.

Ícaro pega o martelo e começa a bater com muita força na casinha, bate por longos minutos, em uma explosão, e diz “‘tá consertando a casinha”; digo que ele parece estar com muita raiva e ele responde ‘casa feia’. A mãe diz que não é só ele quem tem raiva da casa. Falo que o menino tinha escondido de nós sua raiva, pois até então era só sorrisos nas sessões, e ela diz ‘puxou a mãe, disfarça bem’ (Escrita do 6º atendimento).

Em outra sessão, “a mãe chora e se lamenta porque quando Ícaro nasceu, ficou entre os cuidados do menino e de seu marido, em casa e no hospital, o menino diz ‘é dois Ícaro’, a mãe concorda e diz ‘sim, são dois bebês pra eu cuidar’” (Escrita do 3º atendimento). Ícaro e Dédalo, pela via identificatória, habitam o mesmo universo, necessitam de cuidados que não apenas físicos, mas que amparem a enorme fissura aberta pelas vicissitudes do nascimento e da vida.

Essas falas e outras recorrentes da mãe de Ícaro sobre a necessidade de tratamento para seu marido foram à base para a compreensão da necessária escuta para o pai. Ainda que para isso, fosse preciso romper com o funcionamento tradicional. Na angústia da mãe, era possível apreender que não se tratava de uma preocupação excessiva, mas de situações reais em que a melancolia que, até este momento acreditava ser restrita ao pai, afligia a toda a família.

Dédalo era contundente em sua recusa de procurar qualquer profissional relacionado ao campo Psi. Mesmo com diversas indicações de outros profissionais de saúde, ele se aportava na questão financeira para subsidiar suas negativas. A possibilidade de um atendimento domiciliar e a ida a essa *casa-caixão* se configuraram a partir de um evento em que Dédalo decidiu pintar a casa pequena onde moram, o que quase causa uma tragédia, ao intoxicá-los.

A mãe hoje chega apavorada, chorando, conta que quase aconteceu uma tragédia. Ela fala tudo muito rápido e não entendo bem. Ícaro brinca com um carrinho. Ela diz que não sabe mais o que fazer e que o marido resolveu pintar a casa, que é extremamente pequena, e quase matou todos intoxicados. Fala que gritou com ele, mas ele parecia não ter noção nenhuma do que estava fazendo. Ela teve dor de cabeça e o filho mais velho vomitou. (Escrita do 7º atendimento).

Após ponderar em supervisão, entrei em contato com Dédalo a fim de questioná-lo sobre a possibilidade de ida à sua casa. Surpreendentemente, ele aceita e inicia uma nova configuração de atendimento no caso. Nessa configuração, a mãe e Ícaro eram atendidos uma vez por semana na CLIPS, enquanto, em outro dia ocorria o atendimento domiciliar sem a participação de Ícaro.

A decisão de alterar o enquadre, de modo a abarcar o pai mesmo diante das negativas, foram sustentadas pelo entendimento de que ampliar a escuta para Dédalo traria mudanças substanciais na compreensão clínica quanto às dificuldades apresentadas por Ícaro, motivo inicial da queixa. O reconhecimento da condição *páthica* da família *Parcas* e do sofrimento de seus membros, forçou a percepção de que seria impraticável pensar em uma clínica que não se debruçasse sobre todo o grupo familiar.

Com a mãe e Ícaro, conversei em sessão na CLIPS sobre a possibilidade de fazer uma visita a essa casa e ambos aceitaram minha ida. Embora fosse delimitado que a visita ocorreria em dias que Ícaro estivesse na escola, isso não foi o que aconteceu na primeira vez. Quando cheguei a casa, descobri que o menino não foi à aula com a justificativa de ser um dia muito frio em que ninguém teve forças para sair da cama para levá-lo. Enquanto estive lá, o menino permaneceu dormindo.

Ao conhecer o pai de Ícaro, surgiram rastros das tessituras que compõem esse nó familiar. Dédalo, com dificuldades, conseguia se locomover pelo apartamento que a esposa sempre se refere como casa. Eles moram no quarto andar, em um prédio que não possui elevador. Além disso, o apartamento tem dois andares, o que justifica a existência de uma escada no meio do local. Essa configuração rompe drasticamente com as minhas fantasias sobre o lugar da fatalidade. Em vez de um homem na cadeira de rodas, me deparei com um homem jovem que se locomove em pé com dificuldades, mas que sobe e desce escadas em um apartamento pouco acessível.

A parede pintada e que causou a intoxicação foi minha primeira referência ao entrar. Ela dá um aspecto esquisito ao apartamento que é todo pintado de branco, com uma única grande parede pintada de amarelo. Isso me remeteu a uma poesia de Adélia Prado, em que ela diz:

*Uma ocasião,
meu pai pintou a casa toda
de alaranjado brilhante.*

*Por muito tempo, moramos numa casa
Constantemente amanhecendo.*

(Prado, 1976/2002, p.36)

Essa parede podia representar o amanhecer para Dédalo, cujas janelas fechadas da casa ocultavam. Dédalo padecia em sua *casa-caixão*. Durante minha visita, falou incessantemente, de forma que fiquei 40 minutos a mais do que o previsto. Sua fala transbordava e acentuava os conhecimentos científicos sobre a DSR e detalhes técnicos do que lhe aconteceu após o acidente que resultou na paraplegia.

Quando ele fala sobre a volta para a UTI depois de ter contraído H1N1, lhe pergunto como ele se sentiu sobre isso que me contava há muito tempo e ele diz

‘ué, diante disso, ou você tenta continuar ou você fica louco ou dá um tiro na cabeça’ e volta a falar longamente sobre os tratamentos para DSR. (Escrita do 1º atendimento domiciliar).

Enquanto Dédalo falava, tentava me concentrar, mas a pouca luz e o tom baixo de sua voz me conduziam a um quase adormecimento. A sensação de monotonia que me invadia é semelhante a que Vertzman (2002) detalha ao se referir a certos pacientes que parecem abrigar-se sob o mecanismo defensivo da clivagem, como proposto por Ferenczi.

A clivagem acontece quando, submetidos a um perigo iminente, “um fragmento de nós mesmos se cindisse sob a forma de instância autoperceptiva que quer acudir em ajuda.” (Ferenczi, 1931/2011, p.89). Diante dessa situação, nem todas as pessoas conseguem levar tão longe o controle da própria dor. Então, na proposição de Ferenczi, alguns se fixam na auto-observação e hipocondria.

No caso de Dédalo, diante de meu quase adormecimento, as intervenções que sua esposa fazia em suas falas me despertavam. Sua fala sofrida parecia encontrar na minha presença a autorização para aumentar o tom de voz, ao passo que ela quase gritava ao mostrar seu descontentamento com o casamento.

As respostas dele para o descontentamento da esposa recorriam a Ícaro. O menino aparecia no discurso do pai como um escudo que lhe protegia de ter que enfrentar as mudanças decorrentes de sua perda de movimentos e, desse modo, também evitava que o casal tivesse que se haver com as questões referentes à conjugalidade.

A esposa diz que o casamento acabou, que aquela é uma casa de terror, e que é difícil olhar para o marido, mas que ele não percebe como o relacionamento dos dois não tem mais nenhum vínculo. Dédalo responde que a casa não é de terror, que Ícaro ama aquela casa e que sua esposa sente isso sobre o

casamento, pois o menino é doente e necessita de muitos cuidados, o que acaba os afastando enquanto casal. (Escrita do 2º atendimento domiciliar).

Após o atendimento na *casa-caixão*, é possível apreender os retalhos históricos que se sobrepõem às circunstâncias atuais. Ao adentrar os conflitos do grupo familiar, é possível perceber as linhas pelas quais se costurou o manto trágico que agora os embalam.

Em minha terceira ida à casa, o filho mais velho está de férias e participa. A mãe, nos atendimentos de Ícaro, sempre sinalizava preocupação com esse filho. Dédalo é o primeiro a comentar sobre a depressão que a esposa teve durante um ano, quando o filho mais velho tinha em torno de oito anos de idade. Segundo ele, ambos levaram Dédalinho para morar com os avós durante esse ano, sem palavra que mediasse.

Pergunto como Dédalinho se sentia ao ouvir essa história ou mesmo se sabia que esse era o motivo. Os pais me interrompem e dizem ‘ele sabia, mas a gente era presente, ele nem sentiu que não morava mais aqui’. O menino aumenta o tom de voz, chora e responde dizendo ‘Eu não sabia! Isso é o que eles pensam, eles sempre pensam que eu não sinto nada, mas eu senti muito sim, muita falta’ (Escrita do 3º atendimento domiciliar).

Em outra fala do menino evidencia o caráter de abandono que o atinge, justo a ele, responsável financeiro pelo sustento familiar durante um tempo. *Dédalinho fala que ‘eu vivo brigando com ele (aponta para Dédalo), mas é aquilo, não adianta nada ter tido um pai presente até os 14 anos se agora ele desistiu de ser meu pai (Escrita do 3º atendimento domiciliar).* Para o menino, a herança que lhe coube após o acidente, isto é, o que restou de seu pai para ele foi apenas o nome próprio que lhes designam no mundo.

Com os atendimentos domiciliares e a circulação do discurso, outro panorama sobre a mãe que na clínica nos escapava foi traçado. Em seus dizeres, somente o marido e o filho eram objeto de um cuidado necessário. Contudo, às idas a casa permitiram mapear o que parece também uma melancolia que a atinge. Pelo vínculo, ao conversar sobre essa tristeza, ela conta

Quando o Ícaro nasceu, eu tava muito triste, eu tava sem forças, ainda ‘to né’. Um cansaço, uma tristeza. Você perguntando agora eu lembrei. Quando ele era bebê, eu vinha para o hospital, cuidava do Dédalo, voltava para casa e ia cuidar do Ícaro. Eu ia dar de mamar para ele e ele ficava lá, me olhando, aqueles olhinhos e eu chorava, chorava, chorava. Olhava para ele e os olhinhos dele estavam cheios de lágrimas minhas, ele me via pelas minhas lágrimas eu penso. Tinha lágrima no rostinho todo dele... (Escrita do 9º atendimento)

Conjecturo que Ícaro não pode se admirar e se entorpecer em sua imagem disposta em águas límpidas como Narciso¹⁹. Antes, seus olhos enxergaram lágrimas que obnubilaram sua visão de si e daquela presença que o segurava em seus braços. Segundo Lebovici (2004), é por meio do narcisismo primário que se define a parentalidade. O autor afirma que “para ser um pai ou uma mãe, tem de demonstrar aos filhos o sentimento de serem crianças desejadas” (p.22).

Diante de seus dois bebês, a mãe de Ícaro parece ter ficado impossibilitada de estabelecer completamente sua *preocupação materna primária*. Ao se lembrar desses

¹⁹ Narciso, na mitologia grega, é um menino belíssimo, filho da Ninfa Liríope e do rio Céfiso. Quando cresce pouco se interessa pelas ninfas, preferindo a caça. Sofre, então, a maldição de que um dia saberá o que é amar em vão. A maldição se cumpre, quando ele conhece o rio Tépsias. Com sede, se debruça sobre as águas límpidas do rio e ao ver sua bela imagem refletida no espelho calmo dessas águas, se entorpece e se apaixona por sua imagem. Ao tentar capturá-la, a imagem se turva e some. Narciso, assim, definha até a morte e, ao procurá-lo, encontram apenas a flor de Narciso que, inclinada, O permanece a se ver no espelho das águas. (Brandão, 1996).

primórdios do garoto, rememora suas lágrimas inundando os olhos de seu bebê. Isso denuncia que havia obstáculos em seu acesso ao narcisismo primário, em possibilitar que seu filho se transformasse em “sua majestade, o bebê” (Freud, 1914).

Essas histórias emergem a partir da ampliação dos discursos em torno do menino, da família e de seu espectro. Esses não-ditos afogam o reconhecimento da dor e produzem uma montagem familiar que se organiza em meio ao perigo de morte que os ronda a todo momento.

4.5 O menino no berço

*Estranho apetite: pela
primeira vez não me bastava
ver o mundo. Eu queria, agora,
ver o modo como olhava o
mundo.
(Mia Couto, 2009)*

Na primeira visita a casa, conheço o quarto de Ícaro. O menino ainda dorme no berço, mesmo com a cama de criança ao lado. Associo isso às histórias que a mãe conta sobre deixar o menino com o pai e ele o deixar no berço o dia todo. Aos três anos, Ícaro dorme no berço e usa fraldas. Ao apontar isso para a mãe, ela responde: “*eu tive o menino mais velho, mas não lembrava, não achava que isso era importante... tirar fralda, por em cama... parece tão certo assim*” (Escrita do 8º atendimento).

Embora Ícaro sobreviva com fortes restrições alimentares, seu desenvolvimento físico continua dentro do esperado. Essas restrições, porém, impõem danos ao desenvolvimento de seus dentes e à sua frequência na escola. Como Ícaro tem três anos, conseguiu a vaga em uma escola de educação infantil pública para o período integral.

Porém, com o fato de não comer alimentos sólidos, sua mãe justificava não poder deixá-lo o dia todo, pois em casa, ela poderia nutri-lo melhor, ao bater alguma fruta junto com o leite. A escola, ciente das questões familiares, sustentava a vaga do garoto, mesmo diante de tantas ausências.

No atendimento domiciliar, ao abordar a questão da recusa do menino aos alimentos sólidos, o pai me mostra diversas fotos de Ícaro quando bebê. Nas fotos do primeiro mês, é possível observar um bebê aparentemente normal que emagrece ao longo de 30 dias até se tornar um bebê quase cadavérico.

Enquanto o pai me mostra as fotos, ele escolhe algumas de Ícaro bem magrinho e me conta que isso ocorreu quando ele (o pai) esteve internado pela segunda vez com H1N1. Olho e me assusto, o menino parece definhado. O pai conta que ele emagreceu muito durante sua ausência e, por uma confusão, a mãe deu o complemento do leite errado. Ao retornar para sua casa, ligou para o médico, acertou a quantidade de complemento e ficou mais com Ícaro que voltou a engordar. O pai diz que Ícaro sentiu muito sua falta. (Escrita do 2º atendimento domiciliar).

À medida que a transferência se estabeleceu de forma positiva com a mãe, ela começa a relembrar histórias de Ícaro também bebê que nas primeiras sessões aparecia como “foi tudo bem até o primeiro ano de vida”. A mãe, talvez com medo de retaliação devido à forte culpa que sentia, se omitiu. Como observado por Januário e Tafuri (2011), o analista precisa respeitar as defesas do paciente, para que este o sinta presente e não intrusivo a fim de estabelecer uma relação de confiança.

No caso de Ícaro, após três meses de atendimento, sua mãe conta que *procurei ajuda para ele desde os 6 meses de idade, porque ele era um bebê extremamente quieto, daqueles que o povo fala ‘é a criança perfeita’. Todos*

chegavam e elogiavam, mas eu sentia que havia algo de errado. Ele não chorava, ficava bastante quietinho. Falava com o Dédalo, ele dizia que tava normal, eu tava reclamando de que? Falava com o pediatra e a reação era a mesma. Com um ano de idade, o Ícaro começou a se balançar no bercinho, para frente e para trás (a mãe imita), sem parar e nisso ele batia a cabeça no berço. Aí a gente chegou até a comprar um travesseiro para colocar atrás da cabeça dele no berço para ele não se machucar, porque todo mundo falou que era normal. Como ele tinha hipotonia, com um ano e três meses, o pediatra encaminhou ele para a fisioterapeuta, porque ele não andava ainda. O bebenhês dele era precário, ele falava muito pouco pra não dizer que era nada. Na fisioterapeuta, ele ficou por um ano e ela mandou ele para neuropediatra, terapeuta ocupacional (TO), fonoaudióloga. Com o neuropediatra, fez um monte de exames de imagens e genético e nada foi identificado. Fizemos um ano dos outros tratamentos com a fono e a TO e nada. Aí quando ele não comia nada, mandaram para a gastroenterologista. A gastroenterologista o encaminhou pelo problema motor para um lugar de assistência a deficientes. Neste lugar, com outra neuropediatra, aí que veio o diagnóstico de autismo. O atendimento lá não deu certo, e a gastroenterologista arrumou aqui na clínica da ufu e foi assim, com três anos, que ele foi conhecer você. É como diz né, ele se perdeu pela rede. (Escrita do 10º atendimento).

Esse processo conturbado de encaminhamentos parece apontar para um desinvestimento na escuta da família e do campo psíquico. Nota-se como o olhar para o núcleo familiar permanece marginalizado. Os profissionais, atentos às questões físicas e motoras, negligenciaram sinais importantes da necessidade de intervenção psíquica, intervenção que abarcasse não somente a angústia desse menino, mas também dessa

mãe que tinha o sofrimento menosprezado diante desse “*bebê perfeito*” aos olhos dos outros, desse pai que padecia após um evento traumático e desse filho primogênito que, apartado do casal parental, teve de responder às atribuições que pareciam ultrapassar seus recursos àquela época.

Desde o nascimento, Ícaro foi inserido nas imbricadas relações familiares e permanece na representação grupal como um menino no berço. Com dificuldades nos primórdios de seu desenvolvimento, o menino se perdeu pela rede dos atendimentos de saúde que poderiam restaurar o laço vincutivo inicial, promotor de saúde psíquica. Não só ele se perde, como também seus pais e seu irmão. Isto, novamente, denuncia como a escuta para a família ainda é escassa e subversiva cotidianamente.

Após seis meses de atendimento, o menino mantém suas repetições ecológicas, mas ousa além destas. Isso se evidencia, quando Ícaro dá notícias de quão grande é esse pai na família e em sua vida psíquica.

Ícaro brinca sozinho, ora pega alguns brinquedos no armário, ora se volta para as ferramentas. De repente, diz ‘gigante’. Pergunto ‘quem é gigante?’. O menino responde ‘papai’. Digo que papai parece mesmo gigante, pois nos dias em que esteve presente, nem deixou espaço para ele. (Escrita do 20º atendimento).

Dédalo, em suas visitas à clínica, tomava a cena analítica para si e Ícaro ficava na periferia da sala, silencioso. Ao referir-se ao papai como gigante parece expressar simbolicamente essa configuração. Em certa medida, o pai rivaliza com o pequeno pela atenção materna, o que obriga Ícaro a tentar lutar contra esse gigante.

Após a separação e durante a participação paterna nas sessões do garoto, Dédalo e esposa retomam a história de como construíram o relacionamento. Diante de inúmeras acusações recíprocas, sustento junto a ambos a possibilidade de encaminhá-los para uma

terapia de casal, ou mesmo, individual, se assim desejassem. A esposa afirma categoricamente aceitar as duas possibilidades, mas frente às negativas de Dédalo em aceitar e frequentar qualquer forma de psicoterapia, aceita o encaminhamento individual para ela.

O filho mais velho, Dédalinho, não conseguia frequentar as sessões de Ícaro na clínica devido aos horários escolares. Após as sessões de atendimento domiciliar procurou por psicoterapia no SUS. O garoto passou por processos de acolhimento, mas foi indicado à psicoterapia em grupo. Tímido, recusou, e solicitou à mãe que agendasse acolhimento para ele na CLIPS, cativado pela possibilidade de uma terapia individual.

Ícaro, atualmente, tem frequentado mais vezes a escola. Também chega mais cedo aos atendimentos e vai para a brinquedoteca, brincar com outras crianças. A mãe, separada, apresenta maior disponibilidade afetiva para o filho. Conta que aonde vai, tem tirado fotos dele. Em uma sessão, leva fotos de Ícaro bebê. O menino, enquanto brinca, ouve a mãe dizer que levou suas fotos e pede a ela “*deixa ver, mamãe*” (*Escrita do 18º atendimento*).

Com a separação dos pais, Ícaro se enfureceu. Solicitava o pai a todo o momento. Após duas sessões que o pai frequentou à CLIPS, Dédalo faltou ao atendimento seguinte e avisou que não iria mais. Desde o início desse atendimento, Ícaro chutava a cadeira e era repreendido pela mãe o tempo todo.

Ícaro começou a chutar os pinos que ele pegou, de brinquedo. Digo que acho que ele estava com muita raiva pela ausência do pai. Ícaro sai e se dirige à mãe dizendo: ‘mãe, to com raiva!’ Ela pergunta ‘você tá com raiva?’. O menino responde ‘é’. A mãe pergunta ‘e por que você está com raiva?’ O menino diz ‘você destruiu a casa’. Digo que ele está com muita raiva por achar que a

mamãe destruiu a casa, mas digo para ele não culpar a mamãe, pois ela também está sofrendo e está tentando ficar viva. (Escrita do 20º atendimento).

Não obstante, após a separação dos pais, Ícaro viveu nova separação. Por um mês me afastei do caso devido a um período de estágio no Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL) em Recife. Quando este afastamento ocorreu, o menino havia voltado a comer comidas sólidas. Ele havia surpreendido, inclusive, a mãe ao pedir uma bolacha no supermercado conhecida por ser dura para mastigação. Ícaro faz demandas e simboliza em alguns momentos, como sugere nossa última brincadeira antes de nosso afastamento. Nessa brincadeira, enraivecido com minha futura ausência, Ícaro torna-se um monstro:

Começamos uma brincadeira. Ícaro corre atrás de mim. Pergunto ‘quem tá aí?’ e Ícaro diz ‘o monstro’. Ele imita um, pisa forte no chão até ir para trás da mesa, se esconde rapidamente, aí já levanta e grita, um grito de monstro. Finjo estar com medo, grito e corro do monstro que ameaça me matar muitas vezes durante a sessão. (Escrita do 21º Atendimento)

Inicialmente, o menino se aprisionava a voz do pai, e mais, se aprisionava à sua ausência de interlocutor. Com o espaço psicoterapêutico, inauguraram-se possibilidades novas de retomar a história que o inseriu no mundo. Inaugurou-se também a possibilidade de que Ícaro encontrasse interlocutor para seus sentimentos. Diante do atendimento estendido a ele e à família, tornou-se possível que o olhar materno dirigido ao menino não fosse mais cheios de lágrimas. Abre-se um interstício para que um olhar de brilho e vida possa agora embalá-lo.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO

O silêncio é uma travessia. Há que ter bagagem para ousar essa viagem.

(Mia Couto, 2009)

A composição do caso clínico aponta para o que, segundo Delorenzo, Mezan e Cesarotto (2000), ocorre durante a construção do caso. Segundo esses autores, a construção pressupõe a escrita e, escrever a clínica e endereçá-la a um leitor é ação sustentada no desejo de nomear, de produzir uma metáfora para poder continuar.

A interrogação inicial, fruto de desejo e amparo deste trabalho, versava sobre quais seriam as reverberações do diagnóstico de TEA da criança para o grupo familiar. O caso *Parcas* e a imersão no estudo das relações familiares deste caso permitiram aceder a elementos cruciais para a compreensão dos arrolamentos que o diagnóstico pode estabelecer na família.

A pré-história de *Parcas*, somada às manifestações sintomáticas de Ícaro, parecem indicar questões pertinentes a serem abordadas. Segundo as palavras maternas, o casal desejou outro filho durante quatorze anos. Nas narrativas que surgem, o relacionamento conjugal se iniciou amparado na diferença de classe social e na rivalidade estabelecida entre a família de Dédalo e sua esposa.

Acusada de utilizar a gravidez para se casar, a mãe de Ícaro não conquistou o lugar de esposa na família do marido. Permaneceu, nas representações da família de Dédalo, como a secretária do pai de seu cônjuge. Arrebatada por uma depressão severa, afirmou após algumas sessões que, desde então, o relacionamento amoroso e sexual com o marido havia sido arruinado.

Os longos anos que distanciam os nascimentos de Dédalinho e Ícaro sinalizaram o início e o declínio da relação conjugal entre Dédalo e a esposa. Após quatorze anos nasceu Ícaro, fruto dessa relação ancorada fragilmente. Esse bebê, possivelmente, pode ter ocupado no imaginário parental a missão de revitalizar a família após o evento depressivo materno e suas decorrências.

Todo sujeito vem ocupar um lugar no mito familiar: esse mito cuja importância nos é demonstrada, quando necessário, pelo lugar que ocupará na fantasia fundamental, designa-lhe na tragicomédia de sua vida, um papel que determina de antemão as réplicas dos parceiros (Aulagnier, 1990, p.12).

Esse lugar, destinado a Ícaro, precisou ser redescrito após o acidente paterno. Posso supor que, anteriormente, o garoto reanimaria uma família que sofria com os conflitos conjugais, a depressão da esposa e as decorrências desse evento, como o grave afastamento de Dédalinho de seus pais. A partir da fatalidade, isso muda drasticamente o quadro do nascimento de Ícaro e coloca a mãe em função dupla: há dois bebês para ela cuidar. O menino, então, tem que trabalhar junto ao pai para se tornar objeto de libidinização dessa mãe.

Não obstante, Ícaro representa a luta em um atendimento. A mãe se recordava das inúmeras vezes em que ele, ainda aos dois anos, agredia o pai. Enquanto ouvia, o menino batia e chutava a cadeira dizendo *'papai'*. Intervenho afirmando que imagino o quanto ele teve que lutar com o pai para ter a atenção materna. Ele interrompe os chutes e diz *'ufa'*.

Nesta composição familiar, Ícaro continua a dormir no berço e a manifestar sintomas. A baixa frequência na escola, o diagnóstico de TEA, as impossibilidades do ambiente de fornecer as condições para que Ícaro se desenvolva, são chamarizes de um

funcionamento que refugia os membros de elaborarem as questões grupais e conjugais anteriores ao nascimento do menino.

Exemplo disso é que somente com o adoecimento do filho mais novo e o atendimento domiciliar, tornou-se possível que o casal parental e Dédalinho arriscassem a discorrer sobre seu afastamento da casa paterna na sua infância. A afirmação dos adultos de que “*ele nem sentiu*” contraposta de forma muito emocionada pelo adolescente permite que, pela primeira vez, ele saiba sobre as razões alegadas para que ele passasse um ano longe de casa.

Esta escuta que se amplia, de um garoto aos três anos diagnosticado com TEA para o seu grupo familiar, permite que seja possível investir sobre as perdas que se abateram nessa família antes mesmo do trágico acidente de Dédalo. Quando a mãe resgata sua história de vida e percebe a ausência de seu pai, afirma ter encontrado nos namorados da mãe os seus inimigos mortais. Inimigos que, além de distanciarem-na da própria mãe, a impediam também de estar com o pai. Não por acaso, reconhece o lugar paterno que Dédalo ocupa em sua vida. Ao se casar, a esposa parecia buscar esse lugar seguro, no marido e em sua família rica.

Sua depressão, aos oito anos do filho mais velho, parece decorrer da impossibilidade de Dédalo de ser esse escudo que a protegesse de seus inimigos. A realidade dessa esposa é, então, a de uma família que não a aceita e de um marido incapaz de sustentá-la/ampará-la financeira e emocionalmente. Busca refúgio no trabalho, mas isso não impede que a perda do pai esboçada na infância seja reatualizada com a perda do ideal construído em torno do matrimônio.

Segundo Correa (2003), na transmissão psíquica entre as gerações, os elementos que se salientam são, principalmente, “o que fica enigmático, são os objetos perdidos, recalcados ou não integrados pelo sujeito, envolvendo, assim, as falhas nos processos de

simbolização” (p.39). Assim, nas sessões, ao entrar em contato e trazer à consciência suas próprias questões, a mãe de Ícaro percebe ter constituído seu casamento a partir da perda paterna sofrida ainda na infância.

Dédalo, por sua vez, apresentava-se imaturamente perante o mundo. Segundo os relatos da esposa, quando o conheceu ele era um *menino irresponsável*, que buscava agredir os pais com comportamentos transgressores. Sem jamais fixar-se em empregos ou assumir os negócios da família, Dédalo constantemente desautorizava os pais e arriscava-se, por exemplo, ao dirigir em alta velocidade após haver ingerido bebidas alcoólicas. Terminou a faculdade e, mesmo com chances interessantes na carreira, optava por empregos temporários. Ao final desses empregos, recorria aos pais para que lhe ajudassem financeiramente.

O acidente parece ser uma reedição do relacionamento que estabeleceu com a família de origem. Descrito pela esposa como *um adulto que parece adolescente*, o rapaz acostumou-se a ser o objeto de preocupação de todos que o rodeavam. Sempre disposto a transgredir, mesmo próximo do nascimento do segundo filho, sem jamais ter subido no telhado, tornou-se objeto de preocupação da esposa na semana que antecedia o parto. Diante dos pedidos constantes de que não subisse no telhado devido à sua inexperiência, Dédalo ignora as solicitações da esposa e sobe. A queda explicita sua condição imatura, variante entre a rebeldia e a dependência de tutela externa, seja da mulher ou de seus pais.

A necessidade de assegurar que ainda é possível ter confiança nos pais perpassa a vida de todas as crianças. Esses testes permanecem até quando as crianças crescem e precisam oferecer segurança para os próprios filhos. “As boas condições de cuidado num primeiro estágio de vida geram um sentido de segurança, que por sua vez gera o

autocontrole; e, quando o autocontrole se realiza de fato, a segurança imposta do exterior transforma-se num insulto” (Winnicott, 1960b/2011, p.48).

Longe de ter se transformado em um insulto, o que a trágica fatalidade parece apontar é que Dédalo testa a esposa, assim como testava aos pais. Suas solicitações de que o protegessem de si são permeadas também por ações insurgentes, como a subida ao telhado. Para Winnicott (1960b/2011), a destruição rebelde de formas rígidas é concernente à necessidade do indivíduo de conservar o relacionamento primário estabelecido com os pais.

A afirmação de uma possível imaturidade de Dédalo é referenciada a partir do conceito de maturidade na obra winnicotiana. De acordo com Cicco, Paiva e Gomes (2005), nesta teoria, maturidade aparece como sinônimo de saúde e ganha o "status" de um processo que acompanha o indivíduo ao longo de sua vida. Winnicott (1960b/2011) também preconiza que o crescimento verdadeiro do indivíduo está relacionado a um sentido adulto de responsabilidade, que se atenta para a responsabilidade com as gerações mais novas.

A relação estabelecida por este psicanalista, entre maturidade e saúde, caracteriza uma noção mais extensa que não considera a saúde como apenas a ausência de doenças. Nesse sentido, a imaturidade apresenta vestígios de distúrbios na saúde mental do indivíduo. Segundo o autor, “o distúrbio psicológico é imaturidade, imaturidade do crescimento emocional do indivíduo e esse crescimento inclui a evolução da capacidade do indivíduo para relacionar-se com pessoas e com o meio ambiente, de um modo geral” (Winnicott, 1961/1987, p. 239).

O acidente, então, revela uma paraplegia que atinge a vida psíquica e desvela uma condição imatura. Dédalo jamais se sustentou, não conseguiu andar com as próprias pernas, isso o impede de assumir-se pai de seus filhos. Nas palavras de

Ferenczi (1928/2011), “tornar-se pai é mais fácil que sê-lo” (p.2). Em uma cena exemplar, a esposa se recorda das agressões de Ícaro ao pai, que batia e o chutava. Questiono-a sobre a postura de Dédalo. Ela responde que ele levantava o menino e o deixava esperneando, às vezes, por horas.

É necessária uma sensibilidade adequada para que o pai e a mãe possam perceber os acontecimentos do ponto de vista do filho (Ochoa-Torres e Lelong, 2004). Estes autores defendem que os pais observam os sinais de seu bebê e respondem adequadamente a isso. Para a qualidade dessa sensibilidade e percepção, designam os termos maternidade e paternidade. Dédalo, exilado dessa condição sensível em relação ao filho, era incapaz de conter a angústia arrebatadora do menino como evocado na cena citada.

Diante do desamparo provocado pelo evento traumático de sua queda, Dédalo apresenta-se frente ao filho como um bebê que rivaliza pelo amor de uma mulher. Certamente, com o nascimento do filho, veio à tona sua situação pré-edípica. Isso o pôs em situação de disputar com o bebê, de forma que não pôde enquanto pai, oferecer um ambiente seguro para a unidade mãe-criança. “O pai (...) ele torna humano algo na mãe e retira dela o elemento que de outra forma se torna mágico e onipotente e prejudica a própria função materna” (Winnicott, 1959/2011, p.106).

A queda expôs a frágil constituição psíquica de Dédalo que não conseguiu desempenhar junto a Ícaro e sua mãe um papel paterno consistente. O acidente, enquanto acontecimento traumático, imprime-se em Dédalo, sua queda se materializa de forma que ele não se recupera do acidente e de suas decorrências.

Para Ferenczi (1931/2011), o trauma é reconhecido pela paralisia da espontaneidade. Segundo o autor, o evento traumático caracteriza-se por uma comoção

psíquica, um choque “equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do Si mesmo” (Ferenczi, 1934/2011, p.125).

Este mecanismo defensivo consiste na clivagem, uma fissura necessária instaurada em momento necessário de sobrevivência psíquica. Neste sentido, o vivido transferencialmente com Dédalo no atendimento domiciliar, em que figurei como observadora de suas narrativas aponta para o que Vertzman (2002) sublinha sobre a importância da observação com pacientes submetidos à clivagem. Para o autor, estes pacientes exteriorizam seu desamparo e encontram-se incapazes de perceber outras possibilidades vitais. Para tanto, sua aposta é que se o analista aceitar o lugar de observador imputado inicialmente pelo paciente, aos poucos poderá transformar a demanda de observação em sintoma analítico.

Para Lejarraga (2008), é este lugar inicial de observador o que permitirá que se desenvolva uma transferência positiva. Por meio desta, a dor do trauma poderá ser revivida e os pedaços clivados do Eu poderão ser reunificados.

No caso de Dédalo, o evento traumático desvela sua imaturidade e parece estar de acordo com o que Winnicott (1957/2011) propõe sobre o crescimento dos filhos. Para o autor, este desenvolvimento pode desafiar homens e mulheres imaturos que se casam a dar continuidade ao próprio crescimento, sustado em algum momento da vida. O embaraço familiar de propiciar um ambiente facilitador para o crescimento de Ícaro pode estar relacionado a esses acontecimentos pregressos da família. As dificuldades parentais de ambos, em relação aos próprios filhos, parecem decorrer de suas próprias dificuldades em constituírem-se como indivíduos maduros e separados dos próprios pais. Nesse sentido, o filho mais novo se enlaça à dinâmica de seu ambiente e ao lugar que lhe foi reservado a ocupar.

Ao nascer, Ícaro encontrou vínculos esfacelados e um grupo familiar com dificuldades de se sustentar. Suas manifestações sintomáticas parecem constituir-se como reação e denúncia da precariedade afetiva proveniente de seu agrupamento originário.

Com base nessas considerações, parece pertinente evocar a melancolia como matriz importante para a discussão sobre a família *Parcas*. Discutir esse aspecto melancólico abaliza para a função que o diagnóstico parece desempenhar junto à família.

Após o atendimento na *casa-caixão*, figuro a hipótese de uma melancolia que se abate sobre toda a família, sendo impossível atribuí-la a um único membro. A morte aparece como uma repetição para essa família, um significante repetido diversas vezes em supervisão. Não obstante, em minha terceira ida à casa, observo que todos (Dédalo, esposa e filho mais velho) estão vestidos de preto. Pergunto a quem estávamos velando e a família dá risadas que precedem o silêncio fúnebre quando estas cessam.

Essa hipótese se delineia a partir da impossibilidade do núcleo familiar de estabelecer ligações pulsionais em direção à vida. Embora a esposa manifeste seu desconforto, de alguma forma, também se submete ao enterro forçado que o marido induz a todos.

Para Puget (2009), a despeito de princípios organizadores, o encontro entre dois ou mais sujeitos é sempre imprevisível no que tange ao que pode acontecer. Por isso, a aproximação da família narrada colocou-me em posição de ir ao encontro desses sujeitos que, desde o início, me pareciam ancorados em tristeza profunda.

O resgate da melancolia para pensar o caso da família *Parcas* foi se constituindo como possibilidade de análise. Ou seja, a marca melancólica que enreda o grupo

familiar parece soberana. Alguns rastros afetivos escoram essa análise e a conjugação de situações e mobilizações específicas auxiliam a explicitação de tais ideias.

O tecido afetivo da família parece ser composto por uma tristeza inexorável, como sugere as justificativas da mãe e de Dédalinho para o processo depressivo que lhes atingiu. Ambos afirmam que a eclosão desse processo aconteceu ao abandonarem o trabalho e ficarem mais próximos do grupo familiar. Essa tristeza parecia ser combatida caso se dirigissem ao mundo externo, como evidencia o lugar que o trabalho ocupava para ambos. Juntos, na família, prendiam-se uns aos outros em uma rede desvitalizante.

Os relatos maternos sobre a diferença nos comportamentos de Ícaro em casa e fora dela também são elementos importantes. Na escola, ou mesmo na praça ou na clínica, o menino se divertia com outras crianças e as buscava para brincar com ele, cantar e dançar. Em casa, o menino dorme constantemente ou fixa-se a televisão, pouco se relacionando com o casal parental ou seu irmão.

Ícaro também aprendeu, inicialmente, a andar de joelhos como o pai o fazia na fase de recuperação após as internações hospitalares. Os pais dizem não ter percebido e, por isso, não terem ensinado ou mesmo corrigido essa postura. O espelho paterno refletia para o garoto a falta de forças em se levantar. Foi necessária a intervenção da avó e do tio materno para mostrá-lo que poderia andar de pé.

Por sua vez, Dédalo pode dirigir, trabalhar e andar, mas se recusa a qualquer uma dessas atividades. Opta por continuar a se deslocar de joelhos, tal qual Ícaro aprendeu. Os sujeitos dessa família, cada qual a seu modo, denunciam a paralisia corrente no grupo.

A partir do recorte de cenas que buscam caracterizar o caso *Parcas*, algumas considerações se fazem importantes. De acordo com Freud (1917b/2006), a melancolia é um estado em que há a suspensão do interesse pelo mundo externo, implicando a

perda da capacidade de amar, realizar tarefas externas e, como elemento diferencial do luto, a depreciação de si.

Freud (1924a/2011) denomina a melancolia como “psiconeuroses narcísicas” (p.181). Essa denominação se justifica na medida em que o conflito melancólico ocorre na esfera intrapsíquica. Assim, afirma que um processo é narcísico “quando um indivíduo conserva no Eu sua libido e não despende parte alguma dela em investimentos objetais.” (Freud, 1920/2010, p.221).

Segundo Eiguer (1995), são os vínculos narcísicos e os vínculos libidinais de objeto que sustentam a permanência grupal. Para o autor, os vínculos de natureza narcísica tendem à união com o idêntico, mantém uniforme os indivíduos e extravasam o espaço individual. Em vista da compreensão da família *Parcas*, a melancolia parece indicar um desequilíbrio entre os vínculos que contribuem para a diluição e, concomitante, uniformização do grupo.

A relação entre esses dois tipos de vínculos e os organizadores grupais são o que permitem acessar o funcionamento inconsciente do grupo. Eiguer (1995) cita três situações típicas de família: a família edipiana, a família anaclítica e a família narcísica. De acordo com tal descrição, o caso *Parcas* parece funcionar como uma família anaclítica, isto é,

Os vínculos libidinais de objeto lançam sua sombra sobre os vínculos narcísicos; a imago imponente dos avós ou antepassados, as ‘delegações induzidas’ pelos membros das famílias de origem, as fantasias, deixam o grupo sem identidade coerente. O si familiar perde parte de sua consistência ao privilegiar um outro demasiadamente idealizado ou persecutório (p. 167).

As famílias de origem de Dédalo e de sua esposa constituem-se obstáculos na construção do grupo familiar. A cisão e a rivalidade que permeiam essas famílias no

inconsciente dos cônjuges provocam impasses na ascensão às funções de marido e esposa. O atravessamento das figuras das famílias primeiras os coloca em posições fantasmáticas que impedem o casal de efetivar a desvinculação necessária para a constituição de uma nova família.

Gomes e Neves (2016) retomam que a família, enquanto dinâmica vinculativa inscrita socialmente, é composta de um organizador inconsciente grupal e de elementos que organizam os vínculos. Para Eiguer (1995), esse organizador “é um estilo de abordagem do grupo para evitar as forças centrífugas e desenvolver as forças centrípetas que permitem à família concentrar-se sobre si mesma a partir do idêntico fantasiado em cada um.” (p.113).

Dédalo, ao falar sobre como percebe sua família, compara que há “harmonia” quando funciona como um armário, fechada em si mesma. Enclausurados, apartaram-se do mundo externo nos últimos anos para sofrer as perdas que os colocaram em dimensão fusional. No entanto, tais perdas ainda vigoram na dinâmica familiar. Enquanto o enlutado sofre com a perda do objeto e se esforça na tentativa de elaboração, o melancólico se recusa à perda e mantém o objeto perdido vivo em seu psiquismo por meio da identificação (Pinheiro, Quintella e Vertzman, 2010). Nesse âmbito, a ausência de nomeação para a mãe do caso *Parcas* pode ser indicativo desta diferença no tocante à família. A impossibilidade de nomeá-la parece sinalizar que ainda não há um trabalho elaborativo em curso, permanecendo suspenso.

Para Rocha (2007), a esperança é o que alimenta nossa capacidade onírica, de criação e de desejo, sendo fundamental ao psiquismo e ao trabalho analítico. Nesse sentido, o grande conflito que ameaça a vida psíquica é entre a esperança e a desesperança. Na família narrada, a esperança parece soçobrada pelas perdas que os enlaçam à angústia da morte.

neste campo de luta, entre o “não mais” que será instalado pela morte e “ainda não” que se abre como tempo da esperança, o homem é um peregrino e seus pés não se cansam de criar novos caminhos, pois seu destino é caminhar e sua alma é uma “alma viajeira”. (p.271)

Na família estudada, a comoção psíquica gerada pelas perdas se constituiu em eventos traumáticos que impediu a plena realização do luto. Acederam, assim, ao vazio e à proximidade da morte. Este isolamento inoculado no vínculo atinge também a Ícaro pela via autística.

A abrangência da escuta voltada à família *Parcas* reorganizou a compreensão sobre o diagnóstico de TEA de Ícaro. O autismo, como quadro psiquiátrico descrito no DSM-5, não parece contemplar a particularidade das manifestações sintomáticas do menino. “Para aqueles que tendem a ver os pacientes psiquiátricos não como portadores de doença, mas como vítimas da batalha humana pelo desenvolvimento, pela adaptação e pela vida, a tarefa torna-se infinitamente mais complexa” (Winnicott, 1959/2011, p.106).

Os critérios no DSM-5 (2013) de TEA englobam déficits na sociabilidade, comunicação e interesses restritos ou repetitivos. A queixa inicial sobre Ícaro era referente à ecolalia imediata e a recusa a comer alimentos sólidos, o que configura possivelmente dificuldades na comunicação e interesse restrito. No entanto, o que a construção do caso clínico faz pensar é como esses critérios são insuficientes para abranger as particularidades da experiência humana e suas relações com os enredamentos afetivos específicos de cada família.

Nesse sentido, observa-se que o autismo parece se desenvolver contemporaneamente como uma patologia disposta a tamponar as questões inerentes à constituição psíquica na primeira infância. Sua ampliação para a dimensão de espectro

evidencia o caráter generalizante da diversidade sintomática que pode se desenrolar nos primeiros anos de vida da criança. Ao alojar uma infinidade de sintomas psíquicos que podem aparecer no começo da vida, o diagnóstico de autismo atribui à marca psiquiátrica ao indivíduo, porém, se distancia de alcançar as narrativas que ficam abrigadas e retidas sob a insígnia científica.

O caso clínico apresentado traça o esboço de um garoto que expressa dificuldades em seu desenvolvimento, tendo recorrido a uma organização defensiva para manter sua existência. Enlaçado a uma dinâmica particular de seu ambiente, incluído em uma história que lhe é pregressa, parece arbitrário enquadrar o garoto em um quadro nosográfico de uma patologia que se intitula “perpétua”.

Nesse lógica, a perspectiva em que se compreende o sintoma subsidia a intervenção a ser desenvolvida. É por essa plataforma que se aporta a intervenção que crê que “há algo de novo, de único, de incomparável que deve ser ajudado a viver, a despertar, a apoiar” (Dolto, 2005, p.325). O atendimento ampliado à família se organiza, na medida em que cabe à psicanálise também reconhecer e levar em conta o sofrimento de todos os sujeitos do grupo. Para Mannoni (1999), a inclusão dos pais é benéfica e amortece para a cura da criança, pois, muitas vezes, sua doença está posicionada de forma a estancar a ferida dos pais. Posição semelhante à de Winnicott (1960c/2011), para quem não é surpresa que o sucesso do tratamento do filho pode ser encarado como traumático para um ou ambos os pais.

Na construção clínica do caso *Parcas*, o diagnóstico psiquiátrico parece adquirir função psíquica para a família. Tomado isoladamente, fixa Ícaro no quadro autístico com critérios baseados na negativa sobre o que é incapaz de fazer. Se tomado pela perspectiva do grupo familiar, parece oferecer substancialidade para suas existências,

componente estável/rígido frente à imprevisibilidade da vida que lhe causaram tantas perdas.

O diagnóstico, assim, desempenha a função de mascarar a égide melancólica da família. A *casa-caixão* em que vivem é paradigmática deste tom afetivo que os enreda e embaraça. A casa, de acordo com Eiguer (2000), faz sonhar, é o dispositivo necessário ao sonho e ao onirismo familiar, mas a casa da família *Parcas* parece reproduzir conflitos melancólicos referentes à psique familiar geracional.

Como estado patológico, a melancolia pressupõe uma perda, seja ela real ou de natureza ideal. A partir da perda, a libido destinada ao objeto perdido é transferida e recolhida para o próprio Eu. Sem possuir outra função depois da perda objetual, a libido é utilizada para produzir a identificação do Eu com o objeto abandonado (Freud, 1917b/2006).

Na família *Parcas*, a identificação do filho com o pai foi produzida inversamente. Se, em geral, a criança identifica-se ao pai para prosseguir em seu crescimento, as circunstâncias do nascimento de Ícaro, fizeram com que o pai se identificasse com o seu bebê. Essa regressão paterna que, em certa medida, se esboça por todo o tempo da constituição da família, fortalece-se na condição traumática de sua queda. A queda paterna parece ocorrer em sua abrangência real e metafórica. Em sentido ampliado, essa queda devolve aos membros desse clã a condição desamparada, característica dos humanos, em que o sujeito se sente impossibilitado de ajudar a si mesmo e uma certa insocorribilidade fica reconhecida (Ceccarelli, 2009). Sem o ideal protetor, a família parece ter encontrado no diagnóstico uma resposta diante das intempéries da vida.

O diagnóstico, referendado em uma psiquiatria de evidências e fornecido pelo médico como autoridade técnica, assume outras facetas que não somente a designação

de instrumento técnico da medicina. No ato de cunhar um nome psiquiátrico para o transtorno, estabelecem-se significados à dor, ao estranho e ao sujeito, ainda que limítrofes. Fornece-se também uma estabilidade, ainda que ilusória.

De acordo com Oliveira e Silva (2006) a busca desenfreada por classificações nosográficas pode representar para alguns indivíduos um apaziguamento. Esse ocorre na medida em que se encontra uma identidade para algo radicalmente diferente, o que oferece um sentimento de pertencimento. Isso evitaria a angústia diante do diferente. Em seguida, os autores completam que, “para alguns, é melhor aderir a um lugar identitário assegurado, mesmo que terrificante, do que lançar-se no imprevisível, no instável das infinitas possibilidades de identificação que este nosso tempo oferece” (p.111).

Por isto, no caso *Parcas* o diagnóstico de TEA adquire função primordial que suplanta o objetivo técnico e alcança função psíquica. Se, no campo da psiquiatria, o diagnóstico é utilizado para categorizar um transtorno e tratá-lo, psiquicamente ele responde a outros anseios.

O diagnóstico de TEA parece cumprir uma função psíquica defensiva em relação às perdas que se abateram no grupo familiar: a perda da saúde da esposa em seu processo depressivo, o afastamento de Dédalinho e, para encerrar a sequência, o acidente de Dédalo que lhe custou uma diminuição dos movimentos e a DSR que causa dor física constante. Essas perdas constituem-se eventos traumáticos que terminaram por enclausurar a família que apresenta dificuldades em estabelecer seu retorno ao mundo externo.

A ausência de nomeação e de mediação simbólica para esses acontecimentos parecem ter encontrado na chancela psiquiátrica de Ícaro uma forma de cobrir as fendas psíquicas. Também a vida financeira, alvo constante das argumentações de Dédalo,

institui uma questão encobridora de conflitos psíquicos referentes à sustentação dos indivíduos no mundo. Para Rocha (2007), as perdas vividas na melancolia são graves, na medida em que são vividas na ausência da esperança e na dor do desespero.

O reconhecimento da dor e do desespero da família *Parcas* perpassa o entendimento de que as cenas traumáticas podem ser vitalizantes ou devastadoras. O que as diferencia são a magnitude do trauma e as reservas narcísicas do Eu, mas, principalmente, um ambiente favorável (Rocha, 2007). Por isso, é possível presumir uma composição afetiva melancólica desse grupo familiar, posto que não houve a capacidade do ambiente de se transmutar para abrigar aquele que padecia em determinado momento. Todos padecem e transpõem isso para a casa física, transformando-a em um uma “casa caixão”.

Green (1988) aproxima o movimento de queda experimentado por alguns pacientes, a uma espécie de experiência de desfalecimento psíquico. Poderia correlacionar com a forma como a mãe de Ícaro chega às sessões do menino, parecendo desabar na cadeira, ou noticiar o seu desfalecer. Do ponto de vista de Ícaro, os cuidados maternos, repartidos com o pai, em ocasião de seu acidente, pode ter sido vivido como uma catástrofe.

Depois de a criança ter tentado uma vã reparação da mãe absorta por seu luto, que lhe fez sentir a medida de sua impotência, depois de ter vivido a perda do amor da mãe e a ameaça da perda da própria mãe e que lutou contra a angústia através de diversas maneiras ativas, entre elas a agitação, a insônia ou os terrores noturnos, o Eu vai por em ação uma série de defesas de outra natureza (p. 249)

Ancorado nessa perspectiva, o autismo de Ícaro ecoa como uma defesa estruturada em reação a um ambiente caracterizado por ausências. Isso não é palco para culpabilizações à família e sim o oposto, é a admissão de que este grupo necessitava de

cuidados para dispor de um bebê e poder desempenhar as respectivas funções indispensáveis para o prosseguimento da vida.

Não se trata aqui de algo que deveria ter acontecido e falhou, mas do que deveria ter acontecido e foi impossível de ser operado. Isso só reforça que o cuidado ao bebê que nasce é cuidado social, também estendido aos diversos profissionais que a família encontrou desde o primeiro dia de vida de Ícaro. Nas palavras de Dolto (2005), “eu teria apenas uma coisa a dizer aos homens políticos: é de zero a seis anos que o legislador deveria ocupar-se mais dos cidadãos” (p.326).

O processo diverso de encaminhamento pelos quais a mãe de Ícaro passou parece registrar uma escuta empobrecida para o âmbito familiar. As dificuldades psíquicas expressas pelo garoto, como bater a cabeça no berço, era o fio condutor para o sofrimento de seu grupo familiar. Ainda assim, a escuta dos profissionais processou um distanciamento da singularidade do conflito, priorizando a objetividade relativa aos critérios necessários nos manuais psiquiátricos para cunhar um diagnóstico.

Segundo Pereira (2007), há em causa nos diagnósticos psiquiátricos um caráter altamente alienante. O autor postula que é tarefa maior das práticas clínicas descortinar o caráter contingente desse diagnóstico.

Em particular daqueles que, em nosso tempo, se servem de instrumentos diagnósticos explicitamente convencionais, para estabelecer seu âmbito de ação e para definir estratégias de intervenção. Não é pouco, mas também não é nada mais que isso (p. 10).

Os critérios objetivos dos manuais psiquiátricos tornam homogêneos os fenômenos, mas perdem, com isso, as inúmeras possibilidades decorrentes dos encontros entre humanos. No campo clínico, a psicanálise oferece intervenções que se

comprometem a não amordaçar o sujeito, mas em implicá-lo em seu padecimento a fim de compreender em que este diagnóstico se enlaça e qual função adquire.

Em relação à infância, isso deduz à imprescindível escuta familiar, sendo a família considerada como grupo primário fundante do psiquismo. Por conseguinte, rearticula a perspectiva na qual o sintoma imobiliza a criança em posição adoecida e portadora de um diagnóstico psiquiátrico. A apropriação do sofrimento do infante não se faz exilado de seu grupo de origem.

O caso *Parcas* produziu tessituras das significações que os diagnósticos psiquiátricos na infância podem adquirir para as famílias. Com o aumento desses diagnósticos é necessário, cada vez mais, intervenções que privilegiem a escuta da família como escuta primordial para a compreensão do adoecimento da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certa vez, conta Freud (1893), um estudante, ao ouvir Charcot falar sobre suas hipóteses, refutou veementemente o que ele dizia “Mas isso não pode ser verdade [...], pois contradiz a teoria de Young-Helmholtz” (p.23). O mestre respondeu “A teoria, isso é bom, mas não impede [os fatos] de existir”²⁰ (p.23, tradução da autora). Anos depois, Freud admitiu que o estudante era, na verdade, ele próprio.

A réplica de Charcot ao jovem estudante Freud faz lembrar que a teoria não pode se estabelecer de forma cerceadora. Faz mais também, atenta para o valor da empreitada inventiva diante dos fenômenos. Nesse sentido, a construção do caso clínico impõe invenções a partir de suas particularidades que revitalizam o corpo teórico psicanalítico e criam um pesquisador. O pesquisador em psicanálise se enlaça ao seu objeto e na escrita do caso, referenda a sua singularidade, impossível de permanecer imutável em outra construção. Cada caso clínico presencia a criação de um pesquisador.

Muito antes de minha aproximação com a família *Parcas*, Mia Couto (2009) havia descrito um grupo que parecia composto afetivamente pela melancolia. Em seu romance “*Antes de nascer o mundo*”, a família narrada apresenta muitas semelhanças com o caso aqui descrito. Na linguagem poética da literatura, o filho mais jovem questiona o pai como faleceu o mundo, esse lhe responde que o mundo faleceu mesmo antes do fim do mundo. Essa pergunta do menino se assemelhava muito às questões transferenciais vividas com a família *Parcas*. Os trajes pretos, a paralisia diante da vida, a casa sombria e os rostos lúgubres, tudo isso me fazia questionar como o mundo dessa família havia morrido.

²⁰ *La théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister.*

Nesse contexto, o diagnóstico de TEA do menino Ícaro não parecia representar uma tragédia para o núcleo familiar, ao contrário, parecia protegê-los de ter que se haver com esta. Essa relação, estabelecida com um diagnóstico psiquiátrico, sinalizou para o distanciamento que tem efetuado de seu objetivo técnico. Assim, o diagnóstico adquire tons próprios a cada família em que o sofrimento de uma criança é designado.

Não obstante, parece que o diagnóstico, possivelmente, ocupa uma função psíquica frente às famílias. Essa função se ancora na especificidade de cada grupo familiar, corresponde a uma história que não dispõe seus elementos linearmente e replica a aspirações diversas. Isso só foi possível a partir de uma escuta inclusiva à família, que se tornou protagonista em relação ao sintoma da criança, e não mera espectadora em relação a seus próprios males.

Corroborar com o modo como os diagnósticos psiquiátricos para a infância têm sido feitos contemporaneamente não foi objetivo deste trabalho. Não por acaso, no capítulo 1, abordamos todas as questões relativas à psiquiatria atual e uma posição psicopatológica que faça frente a isso. No entanto, diante do aumento expressivo de diagnósticos psiquiátricos para a infância, é preciso haver implicação e investimento para famílias que sofrem e se angustiam com o sintoma de suas crianças.

Parece plausível que o diagnóstico psiquiátrico para a criança seja devidamente singularizado com base na análise da história e da especificidade de cada criança e de cada família. Em outras palavras, o diagnóstico que se apresenta como uma assinatura científica sobre um modo de sofrer deve ser particularizado no grupo em que sobreveio.

Neste sentido, a clínica psicanalítica, ampliada à família, reconhece os laços primordiais que são fundantes do sujeito e renova a possibilidade de emergência psíquica com a reavivação dos vínculos. Paradoxalmente, o desafio contemporâneo de

uma clínica que não individualiza o sintoma da criança está, justamente, em inseri-lo em relação ao grupo familiar.

A clínica expõe demandas que implicam um posicionamento ético do analista, isto é, aquele que escuta o sofrimento do sujeito. No caso *Parcas*, a ruptura com o enquadre tradicional suscitou o acesso à cena familiar e, conseqüentemente, a uma nova perspectiva sobre o sintoma de Ícaro. Além de uma posição ética, isto é também uma posição política destinada a não se aquiescer com os limites normativos dos atuais manuais psiquiátricos. Assim, a investigação aponta para a primordialidade de uma clínica disposta a invenções, que promova trânsito junto ao grupo familiar.

As contribuições da psicanálise para intervenções que incluam a família como dispositivo de cuidado são fundamentais para instaurar e sustentar a discussão face à insígnia psiquiátrica atribuída à criança. Esta, uma empreitada imperativa em nome da construção de uma clínica que considera os ecos da vigência familiar e que reconhece o *pathos* em sua extensão.

REFERÊNCIAS

American Psychiatry Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. First Edition, DSM-I.

American Psychiatry Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Second Edition, DSM-II.

American Psychiatry Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition, DSM-III.

American Psychiatry Association. (1994). *DSM- IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

American Psychiatry Association. (2013). *DSM- V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ansermet, F. & Giacobino, A. (2015). Considerações sobre a singularidade de cada autista. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê Autismo* (pp.172-177). São Paulo: Instituto Langage.

Aranha, M.S.F (1995) Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. *Temas em psicologia*, 3(2), 63-70.

Araújo, C.A.S. (2003). O ambiente na obra de Winnicott: teoria e prática clínica. *Winnicott e-prints*, 2(2), 1-11.

Araújo, C.A. S. (2005). O ambiente em Winnicott. *Winnicott e-prints*, 4(1), 21-34.

Araújo, G.X. (2010). Quando não há mais espaço – um estudo sobre a fratria de crianças autistas. *Estilos da Clínica*, 15(1), 126-143.

Araújo, G.X; Mrech, L.M.; Saboia, C; Siqueira, T; Nezan, M.; Costa, R.A; Parlato-Oliveira, E.; Pires, M.L.; & Soares, M.B. (2013, abril 7). *Panorama das questões envolvendo psicanálise e autismo na França* [blog]. Recuperado em 17 de março de 2016 de <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/07/panorama-das-questoes-envolvendo-psicanalise-e-autismo-na-franca/>.

Arcangioli, A-M. (1995). Introdução à obra de Winnicott. In J-D. Nasio (Org.), *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan* (pp. 177-202). Rio de Janeiro: Zahar.

Aulagnier, P. (1989). *O aprendiz de historiador e o mestre feiticeiro: do discurso identificador ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta.

Aulagnier, P. (1990). *Um intérprete em busca de sentido - II*. São Paulo: Escuta.

Aulagnier, P. (1999). Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(3), 9-45.

Azevedo, A.M.A. (2011) de. Algumas considerações sobre o tempo. *Jornal de psicanálise*, 44(81), 67-84.

Batista, C.A.M. (2013, julho 08). *Deficiência e autismo*. [blog]. Recuperado em 08 de julho de 2016 de <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/07/08/deficiencia-e-autismo-cristina-abranches-mota-batista/>.

Batistelli, F.M.V; Amorim, M.L.G.; Lisondo,A.B.D; Silva, M.C.P; França, M.T.B; Mendes de Almeida, M; Monteiro, M.H.L & Coimbra, R.E.L. (2014). *Atendimento Psicanalítico do autismo*. São Paulo: Zagodoni.

Berlinck, M. T. (1998). O que é Psicopatologia Fundamental? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(1), 46-59.

Berlinck, M. T. (2009). Editorial. O método clínico: o fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (3), 441-444.

Bernardino, L.M.F. (2006). De que pathos se trata no autismo? In *Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*. Recuperado em 05 de julho de 2016 de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.35.3.3.htm119>.

Bernardino, L.M.F (2010). Mais além do autismo: a psicose infantil e seu não lugar na atual nosografia psiquiátrica. *Psicologia e Argumento*, 28(61), 111-119.

Bertrand, J.; Mars, A.; Boyle, C.; Bove, F.; Yeargin-Allsopp, M. (2001) Prevalence of Autism in a United States Population: The Brick Township, New Jersey, Investigation. *Pediatrics*, 108(5), 1155-1161.

Blum, V.L & Rocha, P.C da (2016). As possibilidades da escuta psicanaliticamente orientada no Âmbito da Defensoria Pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, 36(4), 946-956.

Bolsson, J.Z & Benetti, S.P.C (2011). As manifestações de angústia e o sintoma na infância: considerações psicanalíticas. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 11(2), 555-589.

Bruner, N. (2015). Entradas e Saídas do Autismo. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê Autismo* (pp.120-128). São Paulo: Instituto Langage.

Brasil. (2013a). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 03 agosto, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf.

Brasil. (2013b) *Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 03 agosto, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf.

Brasil. (2014). *Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012*. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Presidência da República - Casa Civil.

Bond, H. (2012, Abril 16). What autism can teach us about psychoanalysis. *The Guardian*. Recuperado de <https://www.theguardian.com/commentisfree/2012/apr/16/autism-psychoanalysis-lacanian>

Bursztejn, C. (2016). Evolução dos conceitos de autismo e psicose na criança. In M.C.Laznik, Bernard Touati e Claude Bursztejn (orgs) *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância* (pp.09-26). São Paulo, SP: Instituto Langage.

Campanário, I. S. (2006). *O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias: uma clínica da antecipação do sujeito*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Campos, E.B.V. (2013). Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(1), 13-24.

Cartocci, L. & Franco, M. M. (1996). Winnicott: contribuições de uma clínica para a atualidade. *Percurso*, 17. Disponível em http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs17/p17_9.htm. Acesso em 05 de julho de 2016.

Cavalcanti, A.E. (2000). Novas narrativas para os autismos: algumas contribuições de Winnicott para uma teoria e clínica dos autismos. *Estilos da Clínica*, 5(8), 38-48.

Ceccarelli, P.R. (2009). Laço social: uma ilusão frente ao desamparo. *Reverso*, 31(58), 33-42.

Center for Disease Control and Prevention. (2010) *Identified Prevalence of Autism Spectrum Disorder*. Recuperado em 18 de julho de 2016 de <<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.

Center for Disease Control and Prevention. (2014). Prevalence of Autism Spectrum Disorders among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010. *Surveillance Summaries, MMWR*, 63(02), pp.1-21.

Cicco, M.F.; Paiva, M.L.S.C & Gomes, I.C. (2005). Família e conjugalidade: o sintoma dos filhos frente à imaturidade do casal parental. *Psicologia Clínica*, 17(2), 53-63.

Cirino, O. (2015) Genealogia da psiquiatria da infância. In M. Kamers, R.M.Mariotto & R. Voltolini (orgs) *Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência* (pp.19-40). São Paulo, SP: Escuta.

Charman, T. (2002) The Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Recent Evidence and Future Challenges. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(6), 249-256.

Cohen, D. & Saint-Georges, C. (2015). O que a sincronia e o manhês podem nos esclarecer sobre a dinâmica interativa dos bebês (futuros autistas) e seus pais? In M.C. Kupfer & M. Szejer (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp.317-346). São Paulo: Instituto Langage.

Coriat, E. (2015). Autismo? In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê Autismo* (pp.129-137). São Paulo: Instituto Langage.

Corso, D.M.L. (1998). A invenção da criança na psicanálise: de Sigmund Freud a Melanie Klein. *Estilos da Clínica*, 3(5), 104-114.

Correa, O.B.R. (2003). Transmissão psíquica entre as gerações. *Psicologia USP*, 14(3), 35-45.

Crespin, G. (2015). Como trabalha um psicanalista com uma criança autista sem linguagem? (pp. 387-410). In M.C. Kupfer & M. Szejer (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp. 387-410). São Paulo: Instituto Langage.

Dawson, M. (2004, Janeiro 18). *The misbehaviour of behaviourists*. Ethical Challenges to the autism – ABA industry [blog]. Recuperado de http://www.sentex.net/~nexus23/naa_aba.html

Dolto, F. (1980/2004). Prefácio. In M. Mannoni, *Primeira entrevista em psicanálise* (pp.7-34). Rio de Janeiro: Campus.

Dolto, F. (1999/2007). *As etapas decisivas da infância*. São Paulo: Martins Fontes.

Dunker, C.I.L. & Neto, F.K. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(4), 611-626.

Dunker, C.I.L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 79-107.

Dunker, C.I.L. & Neto, F.K. (2015). *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre, RS: Criação Humana.

Estado de São Paulo. (2012). Convocação Pública 001/2012. Edital de Convocação para Credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), para eventual celebração de contrato ou convênio. *Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOSP)* – Executivo – Caderno 1 – de 10 de outubro de 2012. Recuperado em 05 de abril de 2016 de: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/41312249/dosp-executivo-caderno-1-10-10-2012-pg-111>> .

Faria, M. R. (1998). *Introdução à Psicanálise de Crianças: O Lugar dos Pais*. São Paulo, Hacker/ Cespuc/Fapesp.

Ferenczi, S. (1928/2011). Adaptação da família à criança. In *Obras Completas/ Sandor Ferenczi*. Psicanálise IV. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Ferenczi, S. (1931/2011). Análises de crianças com adultos. In *Obras Completas/ Sandor Ferenczi*. Psicanálise IV. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Ferenczi, S. (1934/2011). Reflexões sobre o trauma. In *Obras Completas/ Sandor Ferenczi*. Psicanálise IV. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Ferreira, S.S. (2015). Efeitos do discurso contemporâneo no autismo. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê Autismo* (pp.144-153). São Paulo: Instituto Langage.

Florsheim, D. B. (2014). *A 'objetividade' do conhecimento na psicopatologia*, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Fombonne, E. (1999) The Epidemiology of Autism: A Review. *Psychological Medicine*, 29, 769-786.

Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *JAMA*, 289(1), 87-89.

Fombonne, E. (2009). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research*, 65(1), 591-598.

Freud, S. (1893-1895/2016). Estudos sobre a histeria. In *Obras Completas*. (vol.2, pp. 194-260). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1905/2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Obras Completas*. (vol.6, pp. 13-172). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1909/2015). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In *Obras Completas*. (vol.8, pp. 123-283). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1912-1913/2012). Totem e Tabu. In *Obras Completas*. (vol.11, pp. 13-244). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1914a/2006). À guisa de introdução ao Narcisismo. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (vol.1, pp. 95-132). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914b/ 2010). Recordar, Repetir, Elaborar. In *Obras completas* (vol. 10, pp. 193-209). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1915/2006). O inconsciente. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (vol.2, pp. 13-74). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917a/2006). Os caminhos da formação de sintomas. In *Obras completas*. (vol.13, pp. 475-499). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917b/2006). Luto e Melancolia. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (vol.2, pp. 99-122). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917c/2011). O tabu da virgindade. In *Obras completas*. (vol. 9, pp. 364-387). São Paulo: Companhia das Letras

Freud, S. (1919/2010). O inquietante. In *Obras completas*. (vol. 13, pp. 328-376). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1920/2010). Além do Princípio do Prazer. In *Obras completas*. (vol. 14, pp. 161-239). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1921/2011). Psicologia das Massas e Análise do Eu. In *Obras completas*. (vol. 15, pp. 13-113). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1923/2011). O Eu e o Id. In *Obras completas*. (vol. 16, pp. 13-74). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1923/ 1987). Dois verbetes de enciclopédia. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (vol.18, pp. 98-134). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1924a/2011). Neurose e Psicose. In *Obras completas*. (vol. 16, pp. 176-183). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1924b/2011). O problema econômico do masoquismo. In *Obras completas*. (vol. 16, pp. 184-202). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1930/2011). O mal-estar na civilização. In *Obras completas*. (vol. 18, pp. 13-123). São Paulo: Companhia das Letras.

Fulgencio, L. (2011). A ética do cuidado psicanalítico para D.W. Winnicott. *A peste*, 3(2), 39-62.

Guerra, L.B. (2016). Bases neurobiológicas que tornam crianças e adolescentes peculiares/singulares. In A. P. R. de Souza & V.B. Zimmermann (Orgs.), *Inserção de crianças e adolescentes na cultura* (p.193-214). São Paulo, SP: Instituto Langage.

Gomes, I.C. (2011). *O sintoma da criança e a dinâmica do casal*. São Paulo: Escuta.

Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 115-138.

Januário, L.M. & Tafuri, M.I. (2011). A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott. *Ágora*, 14(2), 259-274.

Jerusalinsky, A. (2010). Considerações preliminares a todo tratamento possível do autismo. *Psicologia e Argumento*, 28(61), 121-125.

Jerusalinsky, A. & Fendrik, S. (2011). Introdução. In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp.5-12). São Paulo, SP: Via Lettera.

Jerusalinsky, A. (2015a). Vicissitudes e destinos na psicopatologia. In M. Kamers, R.M. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp.69-102). São Paulo: Escuta.

Jerusalinsky, A. (2015b). Indicadores de risco: como a psicanálise pode proteger os bebês. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê Autismo* (pp.418-433). São Paulo: Instituto Langage.

Jerusalinsky, A. (2015c). Para um autista uma verdadeira inclusão acontece quando ele decide se incluir. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê Autismo* (pp.252-275). São Paulo: Instituto Langage.

Jerusalinsky, D. (2015). Etiologia das alterações do desenvolvimento: algumas hipóteses a partir das neurociências. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê Autismo* (pp.178-192). São Paulo: Instituto Langage.

Jerusalinsky, J. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. In M. Kamers, R.M. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp.103-116). São Paulo: Escuta.

Kaës, R. (2014). *As alianças inconscientes*. São Paulo: Ideias & Letras.

Kanner, L. (1943/1997). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In P. Rocha (Org.). *Autismos*. São Paulo, SP: Escuta.

Kamers, M. (2013) A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165.

Klein, M. (1930/1996). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In A. Cardoso (Trad.), *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos* (pp. 249-264). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Klein, M. (1955/1991). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In E. M. Rocha & L. P. Chaves (Orgs.), *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (pp. 149-168). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Klein, M. (1952/2006). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In E. M. Rocha & L. P. Chaves (Orgs.), *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (pp.85-118). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Klin, A. (2006) Autismo e Síndrome de Asperger: Uma Visão Geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 3-11.

Kupfer, M.C.M. (2015). O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In M. Kamers, R.M. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 169-186). São Paulo: Escuta.

Kupfer, M.C.M.; Bernardino, L.M.F; Mariotto, R.M. & Taulois, D. (2015) Metodologia IRDI nas creches: um acompanhamento do desenvolvimento psíquico na primeira infância. In M.C. Kupfer & M. Szejer (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o*

desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções (pp.35-46). São Paulo: Instituto Langage.

Lacan, J. (1953-54/1986) *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1956/1988). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1969/2003). Nota sobre a criança. *Outros escritos* (pp. 369-370). Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Laurent, E. (2014) *A batalha do autismo: da clínica à política*. Rio de Janeiro: Escuta.

Laznik, M. C. (2011a). *Rumo à Fala: Três crianças autistas em Psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Cia de Freud.

Laznik, M.C. (2011b). Linguagem e comunicação do bebê até os três meses. In M.C. Laznik & D. Cohen (Orgs.), *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp.93-100). São Paulo: Instituto Langage.

Laznik, M.C. (2013). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito* (pp.21-35). Salvador: Ágalma.

Lebovici, S. (2000). Diálogo Letícia Solis-Ponton e Sergue Lebovici. In M.C.P. Silva; & L. Solis-Ponton (Org.), *Ser Pai, Ser Mãe, Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 21-28). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ledoux, M.H. (1995). Introdução à obra de Françoise Dolto. In J-D. Nasio (Org.), *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan* (pp.203-258). Rio de Janeiro: Zahar.

Lejarraga, A.L. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. *Natureza Humana*, 10(2), 115-148.

Lima, R.C.; Couto, M.C.V.; Delgado, P.G.G. & Oliveira, B.D.C. (2014). Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis*, 24(3), 715-739.

Lisondo, A.B.D. (2001). O lugar dos pais na análise de crianças e adolescentes: uma menina-rainha em um trono-trincheira mental. *Psychê*, 5(8), 95-115.

Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Winnicott e-prints*, 1(1), 1-29.

López, R.M.M; Sarti, C. (2013). Eles vão ficando mais próximos do normal... Considerações sobre normalização na assistência ao autismo infantil. *Idéias*, 6 (1), 77-98.

Lotito, A.P.N; Campos, L.M.M.A; Dias, M.H.P. & Silva, C.A.A (2004). Distrofia simpático-reflexa. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 159-162.

Maldonado, G. & Cardoso, M.R. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 45-57.

Mannoni, M. (1998). Conversando sobre Bonneuil: Entrevistas com Maud Mannoni, Marie-José Richer-Lérès e Lito Benvenuti. *Estilos da Clínica*, 3(4), 20-40.

Mannoni, M. (1967/1999). *A criança, sua "doença" e os outros*. São Paulo: Via Lettera

Napolitani, I. (2007). O trabalho com os pais na análise de crianças. *Psicologia em Revista*, 6(1), 29-49.

Nasio, J.D. (2001). *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Ochoa-Torres, C. & Lelong, I. (2000). A função parental: uma abordagem a partir da teoria do apego. In M.C.P. Silva; & L. Solis-Ponton (Org.), *Ser Pai, Ser Mãe, Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 21-28). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, N.R. & Tafuri, M.I. (2012). O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da universidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 838-850.

Oliveira, B.D.C. (2015) *Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ortega, F. (2008). O sujeito cerebral e a neurodiversidade. *Mana*, 14(2), 477-509.

Parlato-Oliveira, E. (2009). *À escuta da linguagem nos bebês*. Trabalho apresentado no Colóquio do LEPSI, São Paulo. Recuperado de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100031&script=sci_arttext.

Parlato-Oliveira, E. (2011). A clínica da linguagem de bebê: um trabalho transdisciplinar. In M.C. Laznik & D. Cohen (Orgs.), *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp.253-260). São Paulo: Instituto Langage.

Passos, M.C. & Polak, P.M. (2004). A identificação como dispositivo da constituição do sujeito na família. *Mental*, 2(3), 39-50.

Passos, M.C. (2005). Nem tudo que muda, muda tudo: um estudo sobre as funções da família. In Féres-Carneiro, T. (org.), *Família e Casal: efeitos da contemporaneidade* (pp.11-23). Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio.

Paula, C.S; Fombonne, E; Gadia, C.; Tuchman, R.; Rosanoff, M. (2011). Autism in Brazil – perspectives from science and society. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(1), 2-5.

Pereira, M. E. C. (1996) Questões preliminares para um debate entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da psicopatologia. In L. F.S. Couto. *Pesquisa em Psicanálise* (p. 43-54). Belo Horizonte: Segrac.

Pereira, M.E.C. (1998) *O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?* Recuperado em 15 de janeiro, 2016, de www.estadosgerais.org/historia/98-dsm-iv.shtml

Pereira, M.E.C (2000) A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In R. Pacheco Filho *et al* *Ciência, pesquisa, representação em psicanálise* (p.119-152). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Phillips, A. (2006). *Winnicott*. São Paulo: Idéias e Letras.

Pimenta, P.R. (2003). *Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito? Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Pinheiro, M.T da S.; Quintella, R.R. & Vertzman, J. S. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, 22(2), 147-168.

Prado, A. (1976/2002). *Bagagem*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Priszkulnik, L. (1995). A criança e a psicanálise: o “lugar” dos pais no atendimento infantil. *Psicologia USP*, 6(2), 95-102.

Raskin, S. (2015). Genética e psicanálise: um encontro possível? In M. Kamers, R.M. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp.149-168). São Paulo: Escuta.

Rice, C.E; Rosanoff, M.; Dawson, G; Durkin, M.S; Croen, L.A; Singer, A; Yeargin-Allsopp, M. (2012). Evaluating changes in the prevalence of the Autism Spectrum Disorders. *Public Health Reviews*, 34(2), 2-22.

Ribeiro, S.H.B (2007). *Prevalência dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento no município de Atibaia: um estudo piloto*. 114f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

Robert, S. (2011). *Le mur, La psychanalyse à l'épreuve de l'autisme* [Filme-vídeo]. S. Robert, dir., Ocean Invisible Productions, prod. Paris. 1 Filme, 52 min, color. Son.

Rocha, Z. (2007). Esperança não é esperar, é caminhar. Reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(2), 255-273.

Rosa, J.G. (1988). *Primeiras Estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Rosemberg, A. M. S. (org.) (1994). *O Lugar dos Pais Na Psicanálise de Crianças*. São Paulo, Escuta.

Russo, J.; & Venâncio, A.T.A (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-483.

Rutter, M. (2004) Incidence of Autistic Spectrum Disorders: Changes Over Time and Their Meaning. *Acta Paediatrica*, 94, 2-15.

Scatolin, H.G. (2011). Contribuições de Piera Aulagnier à metapsicologia freudiana: um enfoque sobre os modos de funcionamento originário, primário e secundário para a constituição do Eu. *Psicologia Revista*, 20(2), 145-165.

Sibemberg, N. (2015). Atenção com o diagnóstico: a suspeita de autismo nem sempre se confirma. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê Autismo* (pp.96-107). São Paulo: Instituto Langage.

Silva, M.H.B. (1997a). Uma contribuição de D.W. Winnicott para a clínica do autismo. A noção de angústia impensável. In P.S. Rocha (Org.), *Autismos* (pp. 91-96). São Paulo: Escuta.

Silva, A.R.R. da (1997b). O mito individual do autista. In P.S. Rocha (Org.), *Autismos* (pp. 27-38). São Paulo: Escuta.

Silva, M.C.P.da (2003). *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Szejer, M. (2015). Palavras para nascer. In M.C. Kupfer & M. Szejer (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp.141-152). São Paulo: Instituto Langage.

Tafari, M.I. (2003). *Dos Sons à Palavra: Explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília: ABRAFIPP.

Telles, C.M.A (2011). *O(s) Obscuro(s) dizer(es) de mães sobre o autismo de seus filhos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Telles, C.M.A (2012). Os efeitos de (não) sentido do autismo para o sujeito ideológico. *Fragmentum*, 32, 27-31.

Touati, B; Mercier, A & Tuil, L. (2016). Autismo, uma pesquisa. Da necessidade de reprecisar o campo do autismo e aqueles dos TID não autístico. In M.C.Laznik, Bernard Touati e Claude Bursztejn (orgs) *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância* (pp.57-90). São Paulo, SP: Instituto Langage.

Trevarthen, C. (2011). Desenvolvimento da intersubjetividade no primeiro ano de vida. In M.C. Laznik & D. Cohen (Orgs.), *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp.117-126). São Paulo: Instituto Langage.

Veneziane, J. (2015). Uma proposta para a clínica psicanalítica de intervenção precoce. In M.C. Kupfer & M. Szejer (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp.85-94). São Paulo: Instituto Langage.

Vertzman, J.S. (2002). O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. *Ágora*, 5(1), 59-78.

Vorcaro, A.M.R. (2001). Incidência da matriz simbolizante no organismo: o advento da fala. *Letras de Hoje*, 36(3), 273-281.

Vorcaro, A.M.R. (2003). Sob a clínica: Escritas do caso. *Estilos da Clínica*, 8(14), 90-113.

Vorcaro, A.M.R. & Guimarães, M.R. (2014). Lacan leitor de Klein: da clínica kleiniana com Dick à teorização lacaniana. *Gerais: Revista interinstitucional de Psicologia*, 7(2), 208-219.

Wagner, M.B (1998). Medindo a ocorrência da doença: prevalência ou incidência?. *Jornal de Pediatria*, 74(1998), 157-162.

Winnicott, D W. (1949/ 1979). O bebê como pessoa. In *A criança e seu mundo* (pp.83-88). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Winnicott, D W. (1952/ 2000). Psicoses e cuidados maternos. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.305-315). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Winnicott, D W. (1956/ 2000). A preocupação materna primária. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.399-405). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1956).

Winnicott, D W. (1957/ 2011). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp.59-72). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D W. (1958/ 2001). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp.3-20). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D W. (1959/2011). Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp.101-114). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D W. (1960a/ 2011). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp 21-28). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D W. (1960b/ 2001). Segurança. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp 43-48). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D W. (1960c/ 2001). Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp 89-100). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D W. (1961/ 1987). Variedades de psicoterapia. In *Privação e Delinquência* (pp.237-246). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D W. (1961/ 2011). Adolescência. Transpondo a zona das calmarias. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp.115-128). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D W. (1962/ 2007). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp.152-155). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D W. (1966/ 1999). A mãe dedicada comum. In *Os bebês e suas mães* (pp.1-12). São Paulo: Martins Fontes.

Zeppellini Junior, J. C. (2013). *Demências: sob o domínio das lembranças*, Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ANEXO A

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reverberações do diagnóstico de autismo para a família: um estudo psicanalítico

Pesquisador Responsável: Anamaria Silva Neves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56209016.8.0000.5152

Submetido em: 14/06/2016

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:



PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_717653

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR

Prezado(a) senhor(a), o(a) menor, pelo qual o(a) senhor(a) é responsável, está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Reverberações do diagnóstico de autismo para a família: um estudo psicanalítico”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof.Dra. Anamaria Silva Neves e Maíra Lopes Almeida.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender quais os efeitos que o diagnóstico de autismo da criança pode ter para sua família. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Maíra Lopes Almeida, antes ou após o atendimento psicológico realizado na Clínica Psicológica da Universidade Federal de Uberlândia.

Na participação do(a) menor, serão lidas as sessões de atendimento em que ele esteve presente. Nesses relatos constarão falas e brincadeiras da criança durante o atendimento. Esses escritos da psicoterapeuta ficam guardados em prontuário na clínica. Nesta pesquisa, o prontuário será usado e esses relatos serão lidos pelas pesquisadoras, de forma a buscar entender quais foram os efeitos do diagnóstico de autismo para ele e seus pais. Em nenhum momento, o(a) menor será identificado(a).

Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O(A) menor não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos, da participação do(a) menor na pesquisa, consistem na identificação e exposição, de forma a quebrar o anonimato. No entanto, os pesquisadores utilizarão nomes fictícios e evitarão quaisquer informações que possam quebrar o sigilo, a fim de minimizar os riscos. Os benefícios serão estudo teórico aprofundado da pesquisadora, que poderá repercutir no tratamento psicológico de crianças que tenham diagnóstico de TEA e na atenção às suas famílias, além de produzir mais conhecimento científico sobre o assunto.

O(A) menor é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Se o senhor(a) ou o menor não puderem ou não desejarem mais participar mais da pesquisa, não haverá nenhum prejuízo para o tratamento que estão fazendo. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a), responsável legal pelo(a) menor.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a), responsável legal pelo(a) menor, poderá entrar em contato com Prof.Dra. Anamaria Silva Neves: (34) 3218-2701 ou Maíra Lopes Almeida, fone: (34) 3218-2702; ou pelo endereço: Av. Maranhão, s/nº, Bloco 2C, Sala 2C54 - Campus Umuarama - Bairro: Jardim Umuarama - Caixa Postal: 593 Uberlândia –MG, CEP 38400-902. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, de de 200.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu, responsável legal pelo(a) menor _____, consinto na sua participação no projeto citado acima, caso ele(a) deseje, após ter sido devidamente esclarecido.

Responsável pelo(a) menor participante da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Reverberações do diagnóstico de autismo para a família: um estudo psicanalítico”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof.Dra. Anamaria Silva Neves e Maíra Lopes Almeida.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender quais os efeitos que o diagnóstico de autismo da criança pode ter para sua família. Procura-se investigar se o diagnóstico pode ter impacto sobre o núcleo familiar e, se tiver, quais são. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Maíra Lopes Almeida.

Na sua participação, serão lidas as sessões de atendimento psicológico em que você esteve presente. Ao final de todo atendimento, a psicoterapeuta faz um relato, no qual descreve o que foi falado, compartilhado e trabalhado naquele dia. Esses escritos da psicoterapeuta ficam guardados em um prontuário na clínica. Nesta pesquisa, esse prontuário será usado e esses relatos escritos dos atendimentos que vocês participaram serão lidos e analisados pelas pesquisadoras, de forma a buscar entender quais foram os efeitos do diagnóstico de autismo para a criança e seus pais. Em nenhum momento, você será identificado(a).

Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos desta pesquisa consistem na identificação e exposição, de forma a quebrar o anonimato. No entanto, os pesquisadores utilizarão nomes fictícios e evitarão quaisquer informações que possam quebrar o sigilo, a fim de minimizar os riscos. Os benefícios serão estudo teórico aprofundado da pesquisadora, que poderá repercutir no tratamento da criança e sua família, aprimoramento dos profissionais que trabalham com crianças com autismo para uma melhor atenção à família.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Se o senhor(a) ou o menor não puderem ou não desejarem mais participar mais da pesquisa, não haverá nenhum prejuízo para o tratamento que estão fazendo. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Prof.Dra. Anamaria Silva Neves: (34) 3218-2701 ou Maíra Lopes Almeida, fone: (34) 3218-2702; ou pelo endereço: Av. Maranhão, s/nº, Bloco 2C, Sala 2C54 - Campus Umuarama - Bairro: Jardim Umuarama - Caixa Postal: 593 Uberlândia –MG, CEP 38400-902. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, de de 200.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa