

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**O Atendimento Psicanalítico do Bebê com Risco de Autismo e de
Outras Graves Psicopatologias.**

Uma clínica da antecipação do sujeito

Isabela Santoro Campanário

BELO HORIZONTE

2006

Isabela Santoro Campanário

**O Atendimento Psicanalítico do Bebê com Risco de Autismo e de
Outras Graves Psicopatologias.**

Uma clínica da antecipação do sujeito

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos.

Linha de Pesquisa: Investigações Clínicas em Psicanálise.

Orientador: Professor Jeferson Machado Pinto

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG
2006

Ficha catalográfica preparada para o Serviço de Biblioteca da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG

Campanário, I. S.

O Atendimento Psicanalítico do Bebê com Risco de Autismo e de Outras graves Psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito / Isabela Santoro Campanário: Belo Horizonte: s.n., 2006. _169 p.

Dissertação (mestrado) _ Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Psicologia. Pós-graduação em Psicologia; Área de Concentração em Estudos Psicanalíticos. Linha de Pesquisa: Investigações Clínicas em Psicanálise.

Orientador: Jeferson Machado Pinto

1. Psicanálise 2. Bebês 3. Autismo 4. Psicose infantil 5. Debilidade 6. Fenômenos psicossomáticos. I. Título.

**O Atendimento Psicanalítico do Bebê com Risco de Autismo e Outras
Graves Psicopatologias.
Uma clínica da antecipação do sujeito**

Isabela Santoro Campanário

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Angélica Bastos - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Professor Dr. Antônio Teixeira - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Professor Dr. Jeferson Machado Pinto - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Dissertação defendida e aprovada em: 23/02/2006

*A Pedro, Ana, Mateus, Cecília, Isabela, Arthur, Carolina e Ana Paula,
Com amor.*

*Dedico este trabalho também às crianças Francesca,
John, Lucio, Maurício, Rafael,
e a tantas outras
que não estão neste trabalho,
mas que muito me ensinaram.*

Agradecimentos

Ao meu orientador Jeferson Machado Pinto, que me incentivou a fazer o mestrado e pela ajuda indispensável no “momento de concluir”. Sem seu apoio fundamental este trabalho provavelmente não seria terminado. Parabéns pela ética, pela orientação precisa nos momentos mais difíceis que ambos enfrentamos durante este trabalho, e pela vocação para o ensino, mesmo sabendo que ensinar é tarefa impossível.

A Marie-Christine Laznik, cuja obra mudou especialmente minha clínica, pela disponibilidade e generosidade em partilhar seu saber, ajudando este trabalho através de seus escritos, pessoalmente em cursos e/ ou supervisões, ou por e-mail. Seus comentários enriqueceram minha dissertação e me fazem querer continuar a aprender sempre. Sua posição de humildade diante do não-saber faz com que cada vez mais eu fique admirada...

A Angela Vorcaro, que participou da qualificação de meu projeto de mestrado, pelas indicações bibliográficas, empréstimo de livros, disponibilidade em me socorrer em minhas dúvidas teóricas, pela correção rigorosa de meu texto e “empréstimo de palavras”, quando elas faltavam.

A Oscar Cirino, que orientou minha monografia sobre o autismo em 1995 e participou da qualificação de meu projeto de mestrado, pelas indicações bibliográficas e empréstimo de livros.

A Angélica Bastos e Antônio Teixeira pelas participações enriquecedoras na Banca examinadora.

Especial agradecimento a Hélio Lauer, pela ajuda pontual fundamental e generosa na organização da estrutura final dos capítulos. Olha como as contingências da vida nos ajudam!

A Cláudio David, pela Monografia A Linguagem Sonora, que me ajudou a entender minhas intervenções clínicas com as crianças autistas através da música.

A todos os colegas e professores do mestrado, obrigada por acolherem minhas idéias, sugerirem bibliografia, emprestarem artigos, e contribuírem muito nas discussões do meu tema em sala de aula.

A Ana Patrícia, pelas aulas de francês e ajuda na tradução de textos. A Berenicy, pela revisão de português. A Si, pela amizade e pela revisão do *abstract*. A Eunice, Edna e Patrícia pela digitação de partes deste trabalho.

À Beth, da secretaria, e ao Alessandro, da Seção de Ensino, pela atenção e disponibilidade nos atendimentos burocráticos do mestrado. A todos que apoiaram direta ou indiretamente meu trabalho, pois é difícil agradecer a todos.

Novamente, agradeço a meus pacientes, especialmente a Francesca, John, Lucio, Maurício, Rafael, e a tantos outros que não estão neste trabalho, mas que muito me ensinaram; agradeço também a seus pais.

À gerente do Centro de Saúde Tia Amância, Eliana Miranda e Silva Moreira, sábia nos conselhos e na política, agradeço especialmente pela liberação de carga horária, sem a qual seria impossível realizar este trabalho. À G1 da Centro-Sul, Regina Helena Lemos da Silva, pelo apoio. Aos profissionais da Atenção à Saúde da Regional Centro-Sul, obrigada também pelo apoio e pela liberação de carga horária.

À Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, pela implantação do projeto de “Intervenção a tempo” no município e pela prontidão em aprová-lo para a Comissão de Ética.

Aos amigos e colegas da Equipe de Saúde Mental e do Centro de Saúde Tia Amância, onde desenvolvi a parte prática do projeto, meu muito obrigada pelo Trabalho em Equipe. Aos outros funcionários, amigos e colegas do Centro de Saúde Tia Amância, por acolherem nossos pacientes e nossa equipe. Aos amigos e colegas de outras equipes na Regional Centro-Sul, agradeço o apoio pelo projeto da criança na Regional.

À Equipe Complementar Barreiro, equipe maravilhosa, com a qual trabalhei por muitos anos e onde tanto aprendi, e de onde trago um caso clínico para a dissertação.

À Equipe Complementar do Centro de Saúde Itamarati, pela detecção do primeiro caso de risco de autismo da rede municipal de Belo Horizonte, meu muito obrigada pela oportunidade de ter atuado como observadora e pela abertura para a troca de conhecimentos.

Aos amigos e colegas das outras Equipes Complementares que acolheram o projeto de “Intervenção a tempo”, meus agradecimentos.

Aos professores e supervisores que foram especiais em minha formação, meu carinho a Antonio Ribeiro (*in memoriam*) e Gilda Paoliello.

Aos meus analistas Eliana Rodrigues, André Carneiro e Eduardo Vidal.

Aos amigos e colegas do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais, onde fiz minha formação em psicanálise, onde permaneço em “formação continuada” e onde dou aulas.

Aos amigos e colegas do Campo Lacaniano de Belo Horizonte, especialmente Ângela Diniz, Fernando Grossi e Zilda Machado, pelas discussões teóricas sobre meu tema, localização de citações fundamentais e empréstimo dos seminários inéditos de Lacan.

Aos amigos e colegas do IPSEMG, especialmente Laís Valadares, que propiciou meu primeiro encontro pessoal com Laznik e Cristina Contigli.

Aos amigos, colegas e preceptores do Raul Soares, onde fiz minha formação em psiquiatria.

Aos amigos, colegas e preceptores do Centropsicopedagógico, onde fiz minha formação em Psiquiatria Infantil.

E por último, mas primeiro em meu coração, agradeço à minha família e aos meus amigos:

Ao Leo, mesmo com encontros e desencontros.

A minha mãe Vanessa, que me ensinou a ir atrás de meus porquês.

A meu pai Rubens.

A meu padrasto Arlindo, um grande professor.

A minha avó Vera, por seu amor infinito, e aos meus outros avós Roberto, Manuel e Graciema (in memoriam).

Aos meus irmãos Pedro, Flávia, Luciana, Marco Aurélio e Adriano, meu carinho e a esperança de tempos melhores para todos. Aos primos-irmãos Juliana e Roberto.

Aos meus sobrinhos e afilhados Pedro, Ana, Mateus, Cecília, Isabela, Arthur, Carolina e Ana Paula, com todo o afeto.

Ao amigo e mestre Gil, que ajudou que a pintura brotasse de dentro de mim. Aos amigos de todas as horas, alguns mesmo à distância, Si, Fatinha, Vanessa, Waninha, Ana Maria, Suzana, Carol, Dani, e a tantos outros que se tornaram especiais no meu percurso de estudo, como Simone, Cláudia, Ana Carolina, Chico, Alessandra, Cristiana, Daniele, Tatiane.

À eterna criança que habita em mim e que quer saber por quê.

E, sobretudo, a Deus, muito obrigada por tudo, pois mesmo depois de tocada pela psicanálise, não deixei de acreditar Nele.

Sumário

Introdução. Partindo de dificuldades clínicas, procuramos avançar teoricamente.....	14
Capítulo 1- Autismo e risco de autismo. Da psiquiatria à psicanálise. Da fenomenologia desenvolvimentista à metapsicologia.....	25
1.1 Autismo e psiquiatria.....	25
1.1.1 Psicogênese ou organogênese- Uma questão estéril.....	36
1.2 Características clínicas segundo a psicologia do desenvolvimento.....	41
1.3 Autismo e psicanálise.....	46
1.3.1 O Caso Dick por Melanie Klein.....	50
1.3.2 O Caso Timmy por Donald Meltzer.....	60
1.3.3 O Caso Marie- Françoise por Robert e Rosine Lefort.....	67
1.3.4 O Caso Marina por Marie- Christine Laznik.....	72
Capítulo 2- Autismo e sujeito. Problemas conceituais. Questões que o autismo nos coloca acerca do aparecimento do sujeito.....	77
2.1 O “proto-sujeito” acéfalo da pulsão.....	78
2.2 A alienação e a separação.....	81
2.3 A holófrase e sua incidência na clínica da primeira infância.....	82
2.4 “ É novo ver aparecer um sujeito”.....	86
2.5 Voltando a Maurício.....	88
2.6 A voz da sereia. O manhês e a subjetivação.....	99

2.7 A música da fala.....	106
2.8 A capacidade de se surpreender do Outro primordial.....	108
2.9 O brincar e a constituição do sujeito.....	111
2.10 A importância da suposição de sujeito na passagem do infante ao falasser.....	113

Capítulo 3- A suposição de sujeito. Caminho privilegiado na clínica da intervenção precoce..... 117

3. 1 O Caso John ou sobre um “colo” que não consegue sustentar uma singularidade em instalação.....	117
3.1.1 Algumas considerações acerca do risco de autismo.....	121
3. 2 O caso Rafael. Será algum dia possível ler entre as linhas?.....	127
3.2.1 Algumas considerações acerca da debilidade mental na psicanálise... 133	
3. 3 O caso Lúcio ou o que fazer quando se apresenta uma “simbiose”?.....	135
3.3.1 As psicoses não decididas da infância.....	140

Capítulo 4- Aceitando nossa Douta ignorância, quem sabe possamos ir mais além?..... 144

4.1 Prevenção ou antecipação?.....	144
4.2 Considerações acerca do tempo na infância.....	147
4.3 Um contraponto à “dissolução da criança”.....	150

Capítulo 5-A título de conclusão..... 153

Bibliografia..... 159

Resumo

CAMPANÁRIO, Isabela Santoro. O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. Dissertação (mestrado) em psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006, 169 p.

A autora se propôs a articular subsídios teórico-clínicos capazes de sustentar o atendimento psicanalítico precoce de bebês em situação de risco psíquico (autismo e outras psicopatologias graves), que se configura através de sinais de dificuldades no estabelecimento do laço com o agente maternante que esteja dificultando a subjetivação. Há um consenso entre profissionais de variadas profissões que tratam da criança autista em considerar que quanto mais precoce iniciamos o atendimento nestes casos, melhor a evolução. A medicina explica o fato pela maior neuroplasticidade cerebral. Como a psicanálise pode explicá-lo, se o tempo para a psicanálise é lógico e não cronológico? Iniciamos com um percurso pelo conceito de autismo na psiquiatria questionando as últimas classificações, que abarcam condições que apresentam o autismo enquanto sinal fenomenológico, ampliando em muito a incidência da síndrome. Questionamos a utilidade da oposição psicogênese *versus* organogênese, que explica por que pouco caminhamos no tratamento destas crianças. Utilizamos em seguida sinais desenvolvimentistas para a detecção precoce, visando a um tratamento precoce e não a um diagnóstico precoce, que pode muitas vezes, ao “rotular”, definir um destino que ainda é passível de mudanças, segundo a psicanálise. Percorremos os autores que foram mais relevantes em nosso estudo teórico-clínico do autismo dentro da psicanálise, privilegiando os casos Dick (por Klein), o caso Timmy (por Meltzer), o caso Marie-Françoise (pelo casal Lefort) e o caso Marina (por Laznik), procurando correlacionar a idade no início do tratamento com a melhor evolução clínica. Realmente, os casos que foram atendidos mais cedo pela psicanálise tiveram a melhor evolução clínica. O mesmo não podemos dizer dos casos diagnosticados precocemente no artigo inaugural de Kanner (1943), que não tiveram melhor evolução do que os que foram mais tardiamente diagnosticados. Isso corroborou a nossa hipótese de que o importante é o tratamento precoce e que devemos evitar dar um diagnóstico psiquiátrico precoce, que pode funcionar como uma nomeação para estes casos, em que a incidência do simbólico já claudica. O diagnóstico psicanalítico, ao contrário, vem com o tempo e é feito sob transferência, considerando de que modo a interdição vige no sujeito. Destacamos a importância do manê, maneira particular que as mães têm de falar com seus bebês na subjetivação, além de outros passos fundamentais da constituição do sujeito. Trabalhamos um caso de nossa clínica (Maurício) que já nos chegou com a estrutura cristalizada. Foi possível um trabalho, ainda que com mais dificuldades. Em seguida trouxemos um caso clínico de risco de autismo e outros de outras graves psicopatologias (Rafael e Lúcio). Todos estes casos estão em atendimento na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte no “Projeto de Intervenção a Tempo”. Busca-se, nos atendimentos clínicos, o (r) estabelecimento de um laço da mãe com seu bebê através do brincar. A suposição de sujeito é fundamental. Seguimos nos questionando se, ao atendermos precocemente, trata-se de prevenção ou de antecipação. Trouxemos então questões que a infância nos coloca em relação ao estabelecimento do tempo. Nosso trabalho parece sugerir um contraponto à dissolução da criança proposta pela perspectiva estruturalista.

Abstract

CAMPANÁRIO, Isabela Santoro. Psychoanalytical Intervention to babies at risk of autism and other infants' severe psychopathologies. A supposition of a subject's clinics. Thesis for obtaining the Masters degree in Psychology. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006, 169 p.

The author proposed a theoretical and clinical articulation capable of providing support to an earlier psychoanalytical intervention to babies at risk of autism and other severe psychopathologies, as shown by signs of difficulty in establishing mother/child bonds, which could restrict the birth of the subjectivity in the infant. Interdisciplinary professionals that treat autistic children agree that the timing of the beginning of the treatment is essential for accomplishing the best results, which is explained by Medicine because of children's greater cerebral neuroplasticity. How could psychoanalysis explain such fact, since psychoanalysis' time is logical, not chronological? This study researched the concept of autism in psychiatry, reviewing the latest classifications that show autism as a phenomenological sign only, which increases enormously the incidence of the syndrome. This study inquired about the usefulness of the opposition between psychogenesis and organogenesis in autism, which may explain why so little has been accomplished in terms of its treatment. We provided some developmental signs for early detection of autism, aiming not at an earlier diagnosis, but at an earlier intervention. According to psychoanalysis, labeling children early through a diagnosis could lock them into a pathology that is otherwise still changeable, especially through early intervention. This study discussed some clinical cases of psychoanalytical authors that were fundamental in providing insight to the approach proposed here: Dick (by M. Klein), Timmy (by D. Meltzer), Marie- Françoise (by R. & R. Lefort), Marina (by M. -C Laznik). It was observed that, in cases treated by Psychoanalysis, the earliest interventions reached better evolution than interventions tried when children were older. However, cases that were diagnosed early by Psychiatry, as two of the eleven Kanner's inaugural cases, did not evolve better than cases of children diagnosed later. We supposed that an earlier psychiatric diagnosis could make a nomination to children who show problems in establishing the symbolism. The psychoanalytical diagnosis, however, develops over many sessions under transference, considering how the interdiction is accepted by the subject. On the second chapter, we showed the importance of the "motherese" in the birth of children's subjectivity. One case of autism of our own clinical practice (case Mauricio), which started treatment many years after the crystallization of the structure, was discussed. In the third chapter, a clinical case of a child at risk of autism (John) and two other cases of severe psychopathologies in the infancy were described (cases Rafael and Lúcio). All these cases are still in treatment in Belo Horizonte, through a project called "Timely Intervention". The objective of a Psychoanalytical intervention in early infancy is to (re) establish a mother/baby bond through playing, where the supposition of a subject is essential. In the last chapter, it was inquired whether our clinic is preventive or anticipative. We followed showing the particularities of time in the first infancy. The present work suggests a counterpoint to the dissolution of childhood as proposed by structuralistic psychoanalytical approaches.

“O poético está no ouvido de quem ouve.”

Marie-Christine Laznik

*“Ela gorjeia... Então, com sua voz mais terna
Cobrindo com os olhos a criança que Deus fez raiar
Buscando o nome mais doce que possa dar
À sua alegria, a seu anjo em flor, à sua quimera
- Acordaste, horror, diz-lhe a mãe.”*

Victor Hugo

Introdução. Partindo de dificuldades clínicas, procuramos avançar teoricamente

“No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.
Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.”
Carlos Drummond de Andrade.¹

Este trabalho objetiva articular subsídios teórico-clínicos capazes de sustentar a prática psicanalítica de atendimento a bebês em situação de risco psíquico (autismo e outras psicopatologias graves) que se configura através de sinais de dificuldades no estabelecimento de uma relação com seu agente maternante que esteja restringindo a singularização subjetiva. Ressaltamos que bebês são aqui considerados como aqueles sujeitos na condição *infans*, ou seja, que não dominam a fala.

Nos serviços de atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), até o ano de 2003 (dados do Seminário Interno de Saúde Mental da Criança e do Adolescente da PBH), constata-se o predomínio de encaminhamentos de pacientes que se encontram em “idade escolar”, ou seja, aqueles que têm entre seis e doze anos e apresentam certas características que dificultam sua adaptação à escola. Dentre esses pacientes, incluem-se também as crianças cujo diagnóstico aponta psicopatologias graves, como o autismo infantil.

¹ ANDRADE, Carlos Drummond de. In: Moriconi, I. (org.). *Os cem melhores poemas brasileiros do século*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Para ilustrar clinicamente o encaminhamento tardio dessas crianças para a Saúde Mental, e as dificuldades do tratamento de uma criança autista que nos chega nesta idade, traremos fragmentos de um caso clínico de uma criança que iniciou tratamento apenas aos oito anos de idade, que chamarei de Maurício². Ele nos chegou dentro da faixa etária em que nos chega, como já exposto, a maioria das crianças, inclusive as mais graves, tendo sido encaminhado pela Escola Especial.

Por que escrever sobre Maurício? Tive casos de melhor evolução, no entanto, este foi um dos pacientes escolhidos para exemplificar a trajetória difícil pela qual passavam essas crianças até o ano de 2003 em Belo Horizonte. Supomos que outros casos como o dele ainda passem pela mesma dificuldade em cidades com menores recursos de tratamento. Apesar do resultado clínico não tão satisfatório, como geralmente acontece com os casos de autismo muito graves que nos chegam em idade tão avançada, foi possível um trabalho, ainda que com muitas pedras no caminho.

Maurício tinha quase todos os sintomas descritos por Leo Kanner (1997), primeiro psiquiatra a considerar o autismo como síndrome específica. Desde seu artigo inaugural, *Distúrbios autísticos do contato afetivo*, o autor já apontava alguns sinais para a detecção precoce, a partir do primeiro ano de vida: bebê que não se aninha no colo; que não faz movimento de estender os braços para ser carregado; que não apresenta resposta ao sorriso; que evita o contato visual e corporal; entre outros. No entanto, apesar de descritos desde o início, até pouco tempo os sinais precoces foram pouco valorizados.

Maurício não amamentou e não se aconchegava ao colo. Chorava demais e não se importava quando a mãe e o pai se afastavam, não buscando a mãe em situação de aflição.

² Maurício foi atendido por mim dos oito ao quatorze anos. Também atuaram no caso Maurício Juliane Ribeiro da Silva (fonoterapia) e Maria Inês Bino da Silveira Rezende.

Não gostava de brincar e precocemente iniciou balanceio. Ainda no primeiro ano de vida, desenvolveu um sorriso constante, às vezes não condizente com a situação do momento.

A partir do primeiro ano, recusava-se a brincar com outras crianças, ficando isolado, sozinho, batendo palmas e mexendo na terra. Não gostava de brinquedos. Quando queria algo, puxava a pessoa pela mão até o objeto desejado, ficando extremamente agitado com mudanças. Passou a ficar horas na frente da televisão e adorava escutar músicas.

Apresentou desenvolvimento motor normal. Aos oito meses, falou a primeira palavra, aba, referindo-se a água e depois parou e só voltou a falar aos três anos, repetindo propagandas de televisão e músicas, inclusive em outros idiomas. Passou também a se interessar por números, falando-os em série crescente e decrescente.

Recusava alimentos sólidos, por isso a alimentação era difícil e ele estava sempre abaixo do peso ideal. Apesar de ir ao pediatra frequentemente para controle de peso, só foi encaminhado para a Saúde Mental pela escola, aos seis anos. E trata-se de um caso de autismo clássico! Depois houve atraso para conseguir atendimento, passando por outras instituições, e por isso Maurício iniciou o tratamento bem tardiamente.

Estes dados corroboram a hipótese de que um dos maiores problemas enfrentados no tratamento do autismo é seu início muito tardio, ou seja, depois de muitos anos de cristalização dos sintomas, mesmo que tenham sido constatados precocemente. O tratamento de autistas nessa faixa etária é muito difícil. Além de o contato com a criança ser mais limitado, é especialmente o próprio alcance do tratamento, no que se refere ao objetivo terapêutico, que ficará restrito, e ao tempo que esse demanda. A suposta incurabilidade do autista deve-se, em nosso ponto de vista, em sua maior parte, aos encaminhamentos tardios para tratamento.

Na verdade, durante os primeiros anos de vida, são pouco percebidos e ou valorizados pelos clínicos os sinais indicativos de que algo não vai bem com a criança. Os pacientes passam por pediatras e especialistas, são submetidos a vários exames e, por fim, persistindo o atraso da fala, são então encaminhados para tratamento em Saúde Mental.

Maurício veio pela primeira vez com o pai. Era uma criança extremamente magra e franzina, cabelos finos e ralos, que nos lembram os que tiveram desnutrição na primeira infância. Apresentava um sorriso constante nos lábios, uma característica sua bem marcante, o que lhe dava uma aparência bastante simpática. Entrou sem dificuldades na sala, evitando o contato visual. Foi direto ao armário de brinquedos, elegendo um objeto que se tornou especial para ele: um caminhão vermelho, onde se via escrito: “Texaco”.

Brincava de costas, batendo o caminhão no chão. Ao tentarmos nos aproximar, se jogou contra a parede, ficando agitado. Ao afastarmos-nos, ele se acalmou, voltando a bater o caminhão, repetindo: “*Texaco, texaco*”, com uma entonação própria, cantada, mas com poucos picos prosódicos. Via-se que ele era capaz de ler o que queria. Tentamos perguntar, procurando mimetizar sua entonação: “*Você gostou do caminhão Texaco?*”. Tampou os ouvidos. Nossa voz era por demais intrusiva ainda para ele. O conteúdo destas sessões permaneceu igual por meses.

A dificuldade do atendimento de uma criança autista que nos chega nesta idade muitas vezes acarreta o encaminhamento dessas crianças para outros profissionais, como tentativa de solucionar o mal-estar gerado pela pouca potência de nossas intervenções nelas.

Maurício ficou ao nosso cuidado por quase seis anos, continuando o tratamento com outros profissionais da equipe devido à nossa mudança de Centro de Saúde. Apesar de uma

grande melhora inicial, na adolescência houve piora clínica. Parece ocasionalmente ouvir vozes, mostrando uma saída pela psicose, porém não chegou a organizar um delírio.³

Voltamos a enfatizar que o principal objetivo deste trabalho é trazer subsídios para que a intervenção do analista e dos profissionais de Saúde Mental possa ocorrer mais cedo, pois o alcance do tratamento é maior em uma idade precoce, como veremos à frente nos casos clínicos expostos ao longo desta pesquisa.

Estas constatações, dos melhores resultados diante do atendimento precoce, surgiram a partir de uma experiência pouco comum em relação à atual oferta de tratamento. Trabalhamos em um serviço da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), na Regional Centro-Sul, que serve de referência aos casos mais graves de Saúde Mental da Infância e Adolescência da regional. Normalmente, são encaminhadas crianças e adolescentes de até dezoito anos de idade, com demanda proveniente, principalmente, de profissionais da saúde e da educação.

A partir demanda espontânea da mãe de um primeiro bebê, iniciamos um trabalho de sensibilização dos pediatras e generalistas para a possibilidade de atendimento precoce às crianças. Houve então encaminhamento, para o serviço da PBH, de casos que sinalizavam uma dificuldade no laço da mãe com seu bebê, desde as primeiras relações da maternagem.

Curiosamente, essas dificuldades surgiam, em alguns casos, não na atividade de maternagem em si, mas na qualidade das respostas da criança ao que lhe estava sendo oferecido pela mãe. Como explicar este fato? Tentaremos responder a esta questão ao longo do trabalho.

³ Voltaremos ao tratamento de Maurício no Capítulo 2.

É importante frisar que, a partir do primeiro Ante-Projeto de Intervenção Precoce, elaborado pela Regional Centro-Sul, o atendimento precoce com crianças foi implantado pela Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, desde 2003, após discussão em Seminário Interno de Saúde Mental, em todas as Regionais da cidade, já constando como uma das novas diretrizes do Projeto de Saúde Mental Infantil deste município.

Passaram então a chegar outros casos graves revelando dificuldades na relação de maternagem ou no laço do bebê com a mãe (ou seu agente): trata-se de pequenas crianças gravemente enfermas, com infecções de repetição clinicamente injustificada; desnutridos graves resistentes à orientação nutricional e sem causa orgânica que pudesse originar tal quadro; anorexia; depressões; casos de “hospitalismo domiciliar”⁴ (Laznik, 2004: 40), que nos lembram a depressão anaclítica⁵ descrita por René Spitz (1979), sem serem, no entanto, crianças institucionalizadas; bebês alheios ao mundo, característica da criança autista.

O principal interesse deste trabalho centra-se nesses últimos casos, ou seja, em bebês com sinais que apontam para o autismo. Porém, abordaremos também outros quadros psicopatológicos graves do *infans*, visando a ajudar também em seu tratamento precoce.

Utilizaremos como principal referência teórica, neste trabalho, as obras da psicanalista brasileira radicada na França Marie-Christine Laznik (1991, 1997, 2004), desenvolvidas a partir do corpo teórico de Jacques Lacan, que sustenta uma intervenção clínica precoce com crianças com sinais de autismo. Sua hipótese é de que é possível uma evolução clínica muito

⁴ Situação em que a mãe está presente, mas realiza os cuidados com a criança de maneira anônima, semelhante ao que se observa com as enfermeiras e cuidadoras em hospitais ou creches.

⁵ Quadro psicopatológico advindo da separação precoce mãe-filho, temporária ou definitivamente, ainda no primeiro ano de vida, que pode levar em casos extremos à morte da criança.

mais favorável para os casos de risco de autismo desde que atuemos precocemente com a mãe e o bebê. A autora já tem três casos publicados em seu livro *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise* (1997). Atualmente, coordena uma pesquisa multicêntrica sobre o tema da intervenção precoce em bebês com risco de autismo na França e na Itália, que deverá estudar cerca de 25000 bebês. Falamos aqui em risco de autismo porque alguma intervenção que possibilite uma adaptação dos pais a especificidade da sensibilidade e do fechamento de seu bebê ainda pode acontecer. Contamos ainda com uma certa permeabilidade da estrutura a novas inscrições.

Laznik dialoga com outras áreas do saber, como, por exemplo, a psicologia do desenvolvimento, a psicolinguística, a psicologia comportamental, a psiquiatria, a pediatria, entre outras. Faremos nesta pesquisa esta tentativa de articulação, tão importante por se tratar de uma patologia tão grave e ainda com limitações na abordagem clínica.

Infelizmente, de acordo com as últimas classificações psiquiátricas como o *DSM IV* e a *CID 10*, podemos fazer um diagnóstico precoce de autismo desde poucos meses de vida, desde que certo número de critérios fenomenológicos seja preenchido. Porém, esse diagnóstico precoce de autismo, se fornecido aos pais nas primeiras consultas, muitas vezes pode levar a família a um movimento de fuga e de não aderência ao tratamento precoce, que é o mais importante para a obtenção de melhores resultados clínicos.

O diagnóstico psiquiátrico precoce, neste sentido, talvez traga mais malefícios do que benefícios. Além disto, ele não considera a possibilidade de uma mudança de estrutura que ainda pode acontecer, de acordo com o referencial psicanalítico. O diagnóstico psicanalítico, pelo contrário, vem com o tempo e é feito sob transferência.

Por isso, de acordo com comunicação oral de Laznik⁶, houve um consenso no último Congresso Mundial de Autismo, do qual a autora participou, de que só a partir dos três anos podemos fazer um diagnóstico definitivo. Até esta idade, podemos apontar apenas casos de suspeição. Porém, já se deve instituir o tratamento mesmo antes do diagnóstico definitivo, visando aos melhores resultados clínicos. De toda forma, se essas crianças não forem autistas, já apresentam um laço frágil com seu agente maternante, que tem riscos de não dar conta de sustentar uma subjetividade a se constituir para elas.

A preocupação com os sinais de risco para uma singularidade em instalação encontra-se presente também em um estudo multicêntrico realizado em dez capitais brasileiras e financiado pelo Ministério da Saúde intitulado “Sinais de risco para o desenvolvimento infantil”, sob a coordenação-geral de Cristina Kupfer e a coordenação-científica de Alfredo Jerusalinsky.

Para apreender os indícios precoces do autismo considera-se, na perspectiva deste trabalho, que a linguagem preexiste ao sujeito, como nos diz Lacan. O *infans* está já imerso na linguagem antes mesmo de poder falar.

“Mas o que pergunto a quem tiver ouvido a comunicação que questiono é se, sim ou não, uma criança que tapa os ouvidos – dizem-nos: para quê? para alguma coisa que está sendo falada – já não está no pós-verbal, visto que se protege do verbo. No que concerne a uma pretensa construção do espaço que aí se acredita apreender, nascente, parece-me antes encontrar o momento que atesta uma relação já estabelecida com o aqui e o lá, que são estruturas de linguagem” (LACAN, 2003a: 365 _ grifo nosso).

⁶ Curso ministrado no Sedes Sapientiae, em São Paulo, em agosto de 2005.

Portanto, consideramos que os autistas estão na linguagem, mesmo que não falem. Essas crianças são sujeitos, na medida em que elas são faladas; no Outro⁷ há significantes que as representam. São sujeitos, mas não enunciadores, aparecendo como puro significado do Outro (Soler, 1994 a). Porém, qual estatuto de sujeito é possível para eles?⁸

No primeiro capítulo: **Autismo e risco de autismo. Da psiquiatria à psicanálise**, iniciamos um breve percurso pelo conceito de autismo dentro da psiquiatria, desde as primeiras descrições clínicas antes do artigo inaugural de Kanner, até as últimas classificações. Segue-se um questionamento sobre a utilidade da oposição psicogênese *versus* organogênese, infelizmente ainda existente em profissionais de diferentes formações.

Em seguida, utilizamos os sinais clínicos precoces de suspeição de autismo dentro de um referencial desenvolvimentista, que nos auxiliam no diálogo com profissionais não psicanalistas.

Terminamos o capítulo com o percurso pelo conceito de autismo na psicanálise, desde referências indiretas mas fundamentais em Freud, a clínica de alguns pós-freudianos com o autismo, até as referências em Lacan e seus discípulos, especialmente a obra de Laznik. O recurso metodológico empregado será o de casos clínicos atendidos por autores considerados “clássicos do autismo”, tentando correlacionar a idade no início do tratamento com a melhor evolução clínica.

O segundo capítulo: **Autismo e sujeito. Problemas conceituais** inicia com questões que o autismo nos coloca em relação à clínica com o sujeito ainda não constituído. Tanto na

⁷ O agente da função materna vem a se constituir enquanto primeiro Outro para o bebê.

⁸ Retomaremos esta questão no terceiro capítulo.

clínica com bebês como no autismo, o aparecimento do sujeito se coloca pela negativa, ou mais precisamente, é uma clínica onde podemos ou não ver acontecer a subjetivação. Procuramos responder à questão: qual estatuto de sujeito é possível para eles?

Continuamos o capítulo sob o subtítulo de **“o proto-sujeito” acéfalo da pulsão** nos dedicando a aprofundar no conceito de pulsão abordado por Lacan (1985) no *Seminário*, Livro 11, *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, para nos auxiliar em relação à questão do estatuto do sujeito possível nestes casos. Entramos em seguida nas operações de alienação e separação e em que elas nos auxiliam na clínica da primeira infância. Que diferenças existem em relação à alienação no autismo, na psicose e no fenômeno psicossomático?

Passamos em seguida ao conceito de **holófrase e sua incidência na primeira infância**, “holófrase que possui várias manifestações na clínica, ainda que em cada uma dessas manifestações o sujeito não ocupe o mesmo lugar” (Lacan, 1985: 225). Veremos o aparecimento de um “novo sujeito”, termo controverso usado por Lacan (1985: 169), no momento da holófrase e quando o *infans* é capaz de completar o terceiro tempo do circuito pulsional, ao se oferecer, provocando o gozo em seu agente maternante.

Voltamos então à discussão do caso Maurício, apresentado inicialmente nesta introdução, novamente trazendo um caso clínico como recurso metodológico.

Seguimos com um breve apanhado sobre o **“manhês”**, maneira particular das mães falarem com seus bebês, trazendo estudos recentes da aquisição da linguagem em interlocução com a psicanálise, que nos sugerem que a subjetivação acontece nas pausas do manhês, para destacarmos a importância da pulsão invocante na constituição do sujeito.

Segue um comentário sobre a **capacidade de se surpreender do Outro primordial**, ressaltada por Laznik como essencial para a constituição do sujeito, na medida em que faz

um furo no saber do agente maternante, permitindo ao *infans* se posicionar enquanto sujeito justamente através desse furo.

Em seguida, breve referência ao *Fort! Da!* freudiano em **O brincar e a constituição do sujeito**. Continuamos este capítulo ressaltando a **importância da suposição de sujeito na passagem do infante, ser desprovido de fala, ao *falasser***, ou seja, ser que habita a fala. Formulamos a hipótese de que mesmo que o sujeito não venha a se constituir, a suposição de sujeito por parte de quem atende justifica o uso do termo atendimento psicanalítico nesta clínica.

O terceiro capítulo: **A suposição de sujeito. Caminho privilegiado na clínica da intervenção precoce** trará um caso clínico de risco de autismo (caso John) e outros dois (casos Rafael e Lúcio) de outras graves psicopatologias do *infans*, visando também a ajudar no tratamento precoce dessas outras patologias. O recurso metodológico empregado neste capítulo serão os casos clínicos atendidos precocemente na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

No quarto capítulo: **Aceitando nossa douda ignorância, quem sabe possamos ir mais além?** Iniciamos nos interrogando se, ao atendermos precocemente, trata-se de **prevenção ou de antecipação**. Seguimos trazendo questões que a infância nos coloca em relação ao tempo. Continuamos com a noção de **sinthoma**, considerado saída também possível nestes casos. Em seguida, fazemos uma reflexão sobre o nosso trabalho, que parece apontar para um contraponto **ao desaparecimento da infância**.

Traremos ao final, ainda que de maneira provisória, devido à novidade e dificuldade do tema, nossas **conclusões**.

Capítulo 1 – Autismo e risco de autismo. Da psiquiatria à psicanálise. Da fenomenologia desenvolvimentista à metapsicologia.

1.1- Autismo e psiquiatria.

“O imperador desfilava debaixo do lindo dossel, e nas ruas e janelas todos diziam: _ Vejam! Que beleza a roupa nova do imperador! [...] Ninguém via nada, mas ninguém queria que os outros percebessem[...] Nunca uma roupa do imperador fez tanto sucesso quanto aquela.

_ *Mas ele está sem nada!* _ disse uma criança pequena.
_ Nossa! Ouçam o que disse esta inocente! _ disse o pai da criança.

E as pessoas começaram a repetir umas para as outras as palavras da criança, até que o povo inteiro começou a gritar:

_ Mas ele está sem nada!

O imperador sentiu o sangue gelar, pois percebeu que todo mundo tinha razão, mas pensou consigo: agora preciso continuar até o fim do desfile. E os valetes iam andando atrás, carregando uma cauda que simplesmente não existia”(grifo nosso).

Hans Christian Andersen⁹

No fim do século XVIII, a criança não é mais considerada um adulto em miniatura, um ser incompleto a ser treinado para que se torne um adulto. A partir de então, ela passa a ser digna, por si mesma, de maior interesse, merecendo, portanto, cuidados específicos, com o desenvolvimento das áreas de saúde e educação. O início da descrição dos quadros psiquiátricos infantis se deu no começo do século XIX com o retardamento mental, posto que este quadro apontava para os limites da escolarização que se tornou obrigatória na França após a Revolução Francesa. Alguns médicos e pedagogos começam, a partir daí, a distinguir crianças com outras patologias na multidão dos deficientes mentais (Rosenberg, 1991).

⁹Parte final do conto infantil A roupa nova do rei, in: *Histórias maravilhosas de Andersen*. São Paulo: Companhia das Letrinhas, 1995. Segundo comunicação oral de Christopher Gillberg, autoridade psiquiátrica mundial em autismo, em curso proferido em Belo Horizonte em 13/10/2005, Andersen (1805-1875), criador de 156 contos considerados maravilhosos, teria sido autista.

Em 1801, foi encontrado nos bosques de Aveyron, França, um menino de onze a doze anos, que andava nu em meio aos lobos com quem vivia. Foi levado para Paris, onde ficou sob os cuidados do educador Jean Marc Itard, que o chamou de Victor de Aveyron. As descrições do caso e do tratamento estão detalhadas nas memórias de Itard e parece ser um caso de autismo infantil, apresentando alguns sintomas típicos: tendência a pisar nas pontas dos pés, cheirar os objetos (mesmo os inodoros) e ausência de linguagem (Rosenberg, 1991).

Segundo o autor, muitos psiquiatras e pedagogos descreveram isoladamente casos ilustrativos do que consideramos autismo infantil, sem no entanto nomeá-los como tal.

Nomes importantes dentro da história da psiquiatria, como Esquirol (1834) e Griesinger (1845), entre outros, também descreveram casos isolados, ainda sem nomeá-los como autismo. Em 1887, Maudsley, médico inglês, escreveu um tratado sobre fisiologia e patologia do espírito, dedicando 30 páginas à alienação da primeira infância, encontrando forte reação dos médicos contemporâneos, pois a infância era então considerada como a “idade da inocência”. O autor utilizava critérios e terminologias da psiquiatria de adultos ao descrever os transtornos infantis (Rosenberg, 1991).

No entanto, ainda não há referências sobre doença mental e bebê.

Segundo Bercherie (1992), o saber psiquiátrico sobre a criança se deu em três tempos. Num primeiro período (séc. XIX), ele é essencialmente dedicado à discussão do retardamento mental.

Num segundo momento, a nosologia do adulto começou a ser aplicada à criança. Assim, no início do século XX, Sante de Sanctis introduz o termo “*Dementia precocíssima*” para descrever casos de início precoce da “*Dementia praecox*” de Kraepelin.

O terceiro período começa na década de 30 do século XX, estendendo-se até a atualidade. A clínica psiquiátrica específica da criança, segundo Bercherie, só se estabelece a partir daí, sendo, portanto, bastante posterior à clínica psiquiátrica do adulto.

Como se pode notar, o psiquismo infantil ficou praticamente desconsiderado dos debates por mais de dois séculos. A psicopatologia da criança tem, portanto, uma história bastante recente. A constituição da clínica psiquiátrica infantil propriamente dita, conforme visto, é essencialmente pós-psicanalítica.

Heller (*apud* Suplicy, 1993), em 1928, publica um trabalho no qual relata casos de seis crianças com um início de patologia por volta dos dois a quatro anos de idade, após um desenvolvimento inicial normal. Há uma perda das habilidades adquiridas, como controle esfinteriano e linguagem, porém a fisionomia permanece inteligente. Nomeia esses quadros de “*Dementia infantilis*”. Posteriormente, em 1969, Rutter (*apud* Suplicy, 1993) introduz o termo “Psicoses desintegrativas” para designar o quadro descrito por Heller.

Segundo a *CID 10* (Classificação Internacional de Doenças), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua última edição, o diagnóstico da síndrome de Heller é baseado em um desenvolvimento normal até cerca de dois anos, seguido de perda definitiva de habilidades adquiridas, acompanhado de um funcionamento social anormal. É comum haver profunda regressão da linguagem, das brincadeiras, podendo ocorrer perda do controle intestinal e vesical. Há diminuição de interesse pelo ambiente, maneirismos e comprometimento do tipo autista da interação social e da comunicação. Raramente ocorrem alucinações visuais e auditivas.

Dentro deste diagnóstico se encaixam também os quadros em que predomina uma ligação excessiva e patológica com a mãe, conhecida como psicose simbiótica, descrita inicialmente por Margareth Mahler (*apud* Volnovich, 1993). Este quadro encontra-se

atualmente incluído pela *CID 10* entre os transtornos globais do desenvolvimento, ao lado do autismo.

O primeiro autor a falar de esquizofrenia infantil parece ter sido Homburger (*apud* Suplicy, 1993), em seu tratado de 1926.

Em 1933, Potter (*apud* Volnovich, 1993) sistematiza critérios diagnósticos para a esquizofrenia infantil. Entre os critérios estão: retração generalizada dos interesses, distúrbios do pensamento (bloqueio, perseveração, condensação, incoerência, mutismo) e afetividade diminuídos, rígidos ou distorcidos.

Ajuriaguerra (1978), em seu já clássico *Manual de Psiquiatria Infantil*, classifica a esquizofrenia infantil entre as psicoses da idade escolar, que aparecem entre os cinco e doze anos de idade. Elas são também chamadas de “Psicoses da fase de latência”.

As psicoses adotam aspectos particulares conforme o período cronológico em que se manifestam. É a chamada “lei da idade”, descrita por Clérambault (*apud* Ajuriaguerra, 1978) em psiquiatria geral. Quanto mais cedo aparecem, mais grave o quadro clínico e mais reservado o prognóstico. A maioria dos autores assinala que a psicose infantil de aparecimento tardio está relacionada às formas adultas de esquizofrenia. O quadro clínico se assemelha cada vez mais ao do adulto, conforme a criança seja mais velha. Voltaremos à frente a esta “lei da idade”, que nos parece útil na clínica.

Mais freqüentemente, o início da esquizofrenia infantil é insidioso e progressivo e se caracteriza por distúrbios de conduta, retraimento autista e alterações de humor. Quase sempre, a procura por um médico ocorre apenas depois de alguns anos do início do quadro. Estereotípias são comuns, além de incoerência, neologismos, linguagem cifrada ou mesmo língua estrangeira podem aparecer na fala. No entanto, ao contrário do autismo, há pouca ecolalia e inversão pronominal, que acontecem em apenas seis por cento dos casos.

A maioria dos autores considera que as idéias delirantes só aparecem nas crianças com mais de seis anos de idade. Há um estado de perplexidade, sentindo o corpo debilitado, fragmentado. Aparecem distúrbios de identidade. O delírio sistematizado é raro antes da adolescência. Griesinger (*apud* Ajuriaguerra, 1978: 682) afirmava que a mobilidade da infância é tal, “que uma ordem determinada de idéias delirantes não pode, nesta época da vida, se assenhestrar do espírito do indivíduo e se sistematizar, como sucede em idades mais avançadas”. Se acontecer o delírio, ele é pouco consistente, de conteúdo fantástico ou persecutório.

O termo esquizofrenia infantil desaparece na *CID 10*. Devemos classificar estas crianças como portadoras de um transtorno esquizofrênico, assinalando através de um outro eixo classificatório o início na infância.

O termo autismo foi introduzido na literatura médica por Bleuler (*apud* Alvarenga, sd) em 1911. É um neologismo forjado por ele, provindo da condensação do termo “autoerotismo” (retirando-se eros, o sexual), termo já utilizado por Freud para referir-se às neuroses narcísicas (psicoses).

Ainda segundo Alvarenga, Bleuler retira o termo eros devido à influência de seu discípulo Jung, que discordava de Freud em relação à etiologia sexual das psicose neuroses. Para Bleuler, o autismo, a ambivalência e a dissociação psíquica são as três características fundamentais da esquizofrenia, sendo que o autismo significa para esse autor uma perda de contato com a realidade.

Como visto, o termo autismo foi criado para ser utilizado como sinal fenomenológico de outra patologia (a esquizofrenia), ainda não estando neste primeiro momento definido o autismo enquanto entidade nosológica própria.

O tratado de Kanner, primeiro grande tratado de psiquiatria infantil, cuja primeira edição é de 1935, mostra uma confortável incorporação de teses psicanalíticas à clínica psiquiátrica.

Porém, o marco fundamental foi, sem dúvida, a publicação, em 1943, de um artigo de Kanner intitulado *Os Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo*. Nesse texto inaugural, o autor descreve uma síndrome única, em que a desordem fundamental é a incapacidade dessas crianças de se relacionarem com outras pessoas desde o início da vida.

Mais do que um quadro nosológico, o autor definiu uma patologia própria da criança, autônoma com relação à patologia adulta. Algumas outras características fundamentais citadas são: linguagem alterada ou inexistente, preferências por atividades repetitivas, mesmice e isolamento extremo. Apesar disso, afirma que possuem inteligência normal.

Kanner já apontava para o fato de os sintomas surgirem nos primeiros dois anos de vida. Salientava que os pais eram pessoas intelectualizadas, porém distantes afetivamente, o que posteriormente foi contradito por estudos epidemiológicos. O autor irá retomar o quadro em vários artigos posteriores ao longo de sua extensa obra.

Dos onze casos descritos inicialmente no primeiro artigo, depois de um seguimento de cerca de 30 anos, apenas dois tiveram uma relativa boa evolução, chegando à universidade e conseguindo trabalho na vida adulta, porém permaneceram com poucos laços sociais e afetivos. Dois casos se perderam. O restante dos casos permaneceu por toda a vida em instituições psiquiátricas. Um último caso, apesar de ter permanecido fora de uma instituição psiquiátrica, nunca adquiriu a fala (Kanner, 1971).

No artigo não fica claro o tipo de atendimento feito a estas crianças, que foram chamadas de “observações” e “testes”. Nos primeiros anos eram feitas consultas e testes

anuais, não parecendo haver um atendimento mais freqüente. Em apenas duas dessas crianças, o diagnóstico foi feito durante o segundo ano de vida; os outros tiveram diagnóstico mais tardio, entre quatro e oito anos (Kanner,1971).

No entanto, os dois casos que tiveram o diagnóstico psiquiátrico mais precoce não foram os que tiveram melhor evolução. Vemos aqui um importante exemplo para sustentar nossa tese de que o mais importante não é o diagnóstico precoce e sim o tratamento precoce dos casos de suspeição de autismo infantil.

Em 1944, Asperger (*apud* Suplicy, 1993) descreve um grupo de crianças com características semelhantes, porém mais inteligentes, tendo usado o termo “Psicopatia autística” para designá-las.

Segundo a *CID 10*, a Síndrome de Asperger é caracterizada pelo mesmo tipo de anormalidades qualitativas da interação social que caracteriza o autismo, junto com um repertório de interesses e atividades restritos. A maioria dos indivíduos tem inteligência global normal ou superior. Podem representar variedades leves de autismo. Episódios psicóticos ocasionalmente ocorrem no início da vida adulta.

Trata-se geralmente dos casos de autistas que conseguem um laço maior em termos de relações afetivas, escolarização e inserção no mercado de trabalho. Este quadro encontra-se atualmente incluído na *CID 10*, classificado entre os distúrbios globais do desenvolvimento, também ao lado do autismo.

Kanner (1958) considera posteriormente que a síndrome poderia ser vista como uma forma precoce da esquizofrenia infantil, sendo suas características específicas influenciadas pela idade de início da doença.

Ainda na década de 60, persistiam as dúvidas sobre onde o autismo deveria ser incluído nas classificações. Kanner (1965) volta a defender a singularidade da síndrome e,

em 1968, afirma que o autismo não deveria ser atribuído a características dos pais (distantes e intelectualizados) - como afirmou em 1943 - e, sim, a uma postulável organicidade. É interessante observar como Kanner foi corajoso em fazer viradas ao longo de sua obra em seu ponto de vista em relação ao autismo infantil.

Em 1966, Rhett (*apud* Suplicy, 1993) descreve, na Alemanha, uma síndrome que leva seu nome, só reconhecida como distinta do autismo infantil em 1983.

Segundo a *CID 10*, a Síndrome de Rhett é uma patologia relatada somente em meninas. Há um desenvolvimento inicial normal seguido por perda total ou parcial das habilidades manuais e da fala, junto com uma desaceleração do crescimento do crânio, inicialmente com começo até os dois anos de idade. Aparecem movimentos do tipo “lavar as mãos”, prejuízo mental grave, marcha de base alargada, hipotonia, atrofia espinhais com incapacidade motora que se desenvolvem na adolescência. Estas crianças têm convulsões de difícil controle que podem, inclusive, ocasionar a morte.

Os sinais de comprometimento neurológico são proeminente nesta patologia que se encontra atualmente incluída pela *CID 10* entre os transtornos globais do desenvolvimento, também ao lado do autismo.

Em artigo de 1968, Rutter (*apud* Suplicy, 1993) propõe quatro critérios fundamentais para o diagnóstico de autismo: início antes dos 30 meses de idade, mostrando que dentro da própria psiquiatria outros autores observaram a precocidade já apontada por Kanner dos sinais de autismo; desenvolvimento social anormal; desenvolvimento alterado da linguagem; estereotípias. Posteriormente (1978), acrescenta um quinto critério: ausência de delírios e alucinações.

Apesar da diferenciação feita por Rutter, em 1968, no *DSM II*, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, as crianças autistas ainda foram incluídas no termo "esquizofrenia de início na infância" (Suplicy, 1993).

Ajuriaguerra (1978) divide as psicoses infantis em: distúrbios psicóticos precoces, nos quais o autor inclui o autismo precoce de Kanner e o autismo precoce no sentido mais amplo do termo, que inclui formas deficitárias (tipo em que ocorre uma regressão que nos lembra a psicose desintegrativa de Heller) e as distorções precoces da personalidade (que nos lembram a psicose simbiótica de Mahler); e em distúrbios psicóticos da idade escolar (esquizofrenia infantil), anteriormente citada.

Esta classificação psicodinâmica das psicoses infantis proposta por Ajuriaguerra nos parece ainda bastante útil na clínica psiquiátrica infantil, superior às últimas classificações como a *CID 10* e o *DSM IV*, de acordo com nosso ponto de vista, já que houve um rompimento destas últimas com a nosologia clássica, como veremos à frente, apesar de não concordarmos com a inclusão do autismo entre os distúrbios psicóticos precoces.¹⁰

A partir da década de 70, começa uma mudança na visão do autismo infantil. Se antes era considerado como uma psicose com um déficit social primário, passa a ser mais valorizado como uma deficiência cognitiva. A ênfase desloca-se, portanto, da deficiência no relacionamento social para a deficiência intelectual.

Em 1980, o *DSM III* cria o termo "Distúrbios Pervasivos do Desenvolvimento", classificando o autismo separadamente da esquizofrenia infantil (Rosenberg, 1991).

¹⁰ Marie-Christine Laznik, ao comentar sobre este ponto de vista, informa: aqui na França, o próprio Misès, que era o autor da classificação que se opunha ao *DSM IV*, não sustenta mais o autismo dentro das psicoses infantis. O que mereceria ficar nesta classificação é o que os americanos chamam de distúrbios pervasivos do desenvolvimento não específicos.

A partir do *DSM III*, segundo Carol Sonenreich (2004), há um rompimento da classificação psiquiátrica em relação à nosologia clássica proposta desde Kraepelin. Desaparecem os termos psicose, esquizofrenia e autismo. Interrogamos-nos para que serve o desaparecimento destes termos nas classificações posteriores.

Porém, no mesmo ano, na *CID 9*, publicada pela OMS, o autismo infantil é ainda classificado como uma psicose infantil e não como uma alteração do desenvolvimento. Vemos que a OMS resistiu um pouco mais a abandonar a nosologia clássica, o que vai acontecer apenas na sua última edição publicada, a *CID 10*.

Em 1987, lança-se o *DSM III-R*, no qual o Autismo Infantil é chamado de “distúrbio autístico”, ampliando-se os critérios diagnósticos (Rosenberg, 1991).

Na *CID 10*, o autismo deixa de ser considerado uma psicose infantil, sendo adotado o termo “distúrbio global do desenvolvimento”, mantendo-se a ampliação dos critérios diagnósticos.

Essa ampliação tem como consequência um grande aumento da incidência da síndrome, que passa a abarcar várias condições que apresentem apenas sinais fenomenológicos de autismo, como, por exemplo, as anteriormente citadas Síndromes de Rhett, onde os sinais de acometimento neurológico são evidentes, e a de Heller, que se trata de uma psicose infantil.

Pensamos que há uma perda da capacidade de diferenciação da síndrome com estas últimas classificações, quando passam a abarcar condições que apresentam o autismo apenas enquanto sinal fenomenológico.

Na década de 90, aparecem várias críticas quanto à denominação de “distúrbios pervasivos (globais) do desenvolvimento”, surgindo outros termos, como “transtornos do espectro autista”.

Nessa complexa rede de classificações e descrições, alguns autores psiquiatras voltam a enfatizar o conceito original de Kanner, em que o déficit social seria primário e não o déficit cognitivo, como querem as últimas classificações.

Em termos psiquiátricos, o autismo passa a ser, cada vez mais, considerado como uma síndrome comportamental, com prejuízo neurológico e etiologias variadas, além de não ser tão raro como antes se supunha, por abarcar várias outras patologias. Esta tendência se mantém no *DSM IV* e na *CID 10*, as últimas classificações editadas.

Quando analisamos o conceito de autismo na psiquiatria desde a descrição de Kanner, vemos que sempre foi um quadro que gerou polêmicas. Seria uma psicose infantil ou não? O déficit social seria primário, ou o déficit cognitivo, como tem sido apontado nas últimas classificações? De toda forma, por todo este percurso na psiquiatria, duas palavras perpassam o conceito: déficit e comportamento. Tratar a síndrome com ênfase no comportamento e considerando-a uma deficiência é uma abordagem restritiva para uma síndrome tão complexa.¹¹

Faz-se importante ressaltar que com Clérambault (*apud* Ajuriaguerra, 1978) vimos surgir um dado importante que correlaciona a precocidade do aparecimento de um quadro psicopatológico com sua gravidade. De maneira geral, esta “lei da idade” tem bastante utilidade na clínica, no entanto, veremos ao longo deste trabalho que há outras variáveis que nos dirão do bom ou mau prognóstico, tais como: idade no início do tratamento, tipo de

¹¹ Comentando sobre esta abordagem restritiva, Marie-Christine Laznik acrescenta: em novembro de 2004 saiu um livro importante no mundo cognitivista. O braço direito da Uta Frith, Laurent Mottron, publica *L'autisme: une autre intelligence*. Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle, pela editora belga Mardaga, que recusa a noção de déficit para o autismo. Ele trabalha na Rivière des Près no Canadá, um dos grandes centros cognitivistas sobre o autismo.

tratamento, de que maneira e quando esse diagnóstico foi dado aos pais e se havia suposição de sujeito por parte dos que estavam atendendo o caso.

Entre as polêmicas, existe uma que ocupa um lugar relevante: a que se refere à etiologia do autismo. De um lado, agrupam-se psiquiatras que defendem uma organogênese da psicose e, de outro, alguns psicanalistas que sustentam uma psicogênese do autismo infantil.

1.1.1- Psicogênese ou organogênese - Uma questão estéril.

Desde a descrição inicial de Kanner, muito tem sido escrito sobre o autismo. Uma das razões para esse grande número de publicações, além da gravidade do quadro clínico, talvez seja a questão etiológica, que permanece ainda calcada em hipóteses. Essa questão motiva discussões apaixonadas, mas estéreis. O autismo foi descrito inicialmente por Kanner como tendo etiologia psicológica e, posteriormente, orgânica.

A síndrome atualmente é vista por grande número de psiquiatras como tendo etiologia orgânica, dependendo, principalmente, da formação teórica do profissional. Kanner, desde o início, deixa bem claro que lidava com teorias que, como tal, mudam. Efetivamente, ainda não temos como explicar o autismo, principalmente se nos detivermos na busca de uma relação causa-efeito direta.

Inicialmente, Kanner (1997) aponta para o fato de as crianças serem de nível econômico elevado, porém estudos subseqüentes não demonstram o fato. Provavelmente, sua observação inicial foi distorcida pelo fato de a classe mais favorecida economicamente ter maior acesso aos serviços médicos. Não há relação significativa da patologia com raça, religião, educação ou ocupação dos pais, como a princípio pensava o autor.

Anormalidades organoneurobiológicas e bioquímicas inespecíficas são encontradas em crianças autistas. Estudos genéticos mostram que dois a quatro por cento dos irmãos de pessoas autistas possuem a mesma patologia, uma taxa 50 vezes superior à da população em geral¹². Há co-morbidade de autismo com várias síndromes orgânicas como rubéola congênita, fenilcetonúria, esclerose tuberosa, síndrome de Rhatt, síndrome de Down, entre outras (Kaplan *et al.*,1993).

Porém, podemos nos perguntar se a criança portadora de alguma síndrome estaria mais propensa a desenvolver um quadro de autismo pela própria síndrome ou pela dificuldade maior de subjetivação que ela encontra devido a suas peculiares diferenças. Talvez a criança “diferente” possa encontrar maiores percalços em ser libidinalmente investida pelos pais e mesmo em fazer-se investir. O autismo aqui, portanto, seria secundário (Laznik, 2004).

A eterna dialética entre organogênese e psicogênese interessa a este trabalho, devido ao fato de apontar a veemência da exclusão de um dos termos, trazendo prejuízos, no nosso ponto de vista, ao desenvolvimento de tratamentos clínicos mais efetivos. Talvez devido à dificuldade de interlocução dos saberes, pouco avançamos no tratamento farmacológico ou psicoterápico dessas crianças.

Consideramos importante pesquisar todos os campos de saber sobre o assunto, exatamente por ser um quadro psicopatológico tão grave e difícil de abordar. Eis um quadro que expõe a fragilidade desta dualidade _ psíquico e orgânico _, herança da ciência moderna inaugurada por Descartes.

¹² Consideramos bastante relevantes as pesquisas genéticas sobre o autismo, no entanto, apesar de vários estudos, ainda não podemos tirar conclusões etiológicas das mesmas. Cairíamos aqui na organogênese simplista que também estamos questionando neste trabalho.

Uma das mais claras afirmações deste conflito pode ser retomada na afirmação de que o autismo é “... um quadro psicopatológico que coloca radicalmente em xeque o suposto positivista de que a cada fenomenologia nosográfica corresponde uma determinada etiologia. Uma destituição exemplar da linearidade causal” (Alfredo Jerusalinsky, 2005).¹³

Laznik (2004) também nos aponta o perigo de tomarmos partido de um destes dois pontos de vista de maneira excludente, dizendo que fez sua formação, como vários outros psicanalistas, em um universo que apenas considerava a psicogênese:

“Acho importante que constem aqui todos os caminhos tortuosos pelos quais tive que passar oriunda, como muitos, de um universo que vê tudo em termos exclusivos de psicogênese, esquecidos da existência de um real que resiste, com o qual, no entanto, Lacan tentara nos familiarizar. *O autismo tem tido este papel de real para todos os pesquisadores sérios que vêm se confrontando a ele. Não é somente uma psicogênese simplista que não se sustenta. Convicções genéticas também se vêem derrubadas pela simples existência de um casal de gêmeos monozigóticos, onde apenas um desenvolve o autismo. Esta patologia é uma grande mestra porque obriga-nos a aceitar a humilde Doutra Ignorância*, proposta como porta de entrada para todo novo saber, pelo escolástico medieval da Sorbonne: Nicolau de Cusa. Ele é citado com admiração por Lacan que por isso dera a sua instituição analítica o nome de Escola”(LAZNIK, 2004:14_ grifo nosso).

Para Jorge Volnovich (1993: 44), “a polêmica adquiriu características de sintoma na psiquiatria e ‘da’ psiquiatria”. Segundo esse autor, é muito difícil acharmos, na atualidade, uma corrente psiquiátrica que não sustente uma multideterminação orgânica, dinâmica e social. Na releitura de Lacan, feita em 1955, do termo “sobredeterminação”, presente na obra freudiana, torna-se possível compreender que, para a psicanálise, não existe organogênese ou psicogênese dos quadros psicopatológicos.

¹³ Aula proferida em São Paulo, no Instituto de Psicologia da USP, em 7 de novembro de 2005.

Lacan amplia o sentido desse termo ao defini-lo como uma rede significativa que precede a todo sujeito em sua existência. Ou seja, um sujeito já vem ao mundo submetido a uma história, uma árvore genealógica, numa cadeia de gerações que vai influenciar seu desejo inconsciente como o somatório de desejos de todos que desejaram por ele e para ele e que lhe é passada através dos significantes vindos do Outro. O sujeito tem que aceitar esses significantes na alienação fundante para sair da condição de puro ser vivo e se humanizar, podendo ou não se separar dessas determinações posteriormente.

Podemos concluir também do estudo da obra de Lacan que, além disto, a criança vem ao mundo com um real orgânico que se apresenta em seu corpo, perfeito em alguns casos, sindrômico em outros, que pode facilitar ou não seu caminho em direção à subjetivação.

De nossa perspectiva, o ponto de fixação tão precoce que origina estes quadros psicopatológicos graves nos aponta para o primitivo da manifestação clínica dessas crianças. Alguns clínicos são tentados a atribuir estes quadros a uma suposta organicidade devido à precocidade do aparecimento dos sintomas, já nos primeiros meses de vida.

Porém, tendo acesso às novidades apresentadas pela medicina fetal, que nos mostra capacidades não antes suspeitadas no bebê, pode-se hipotetizar em que medida há um funcionamento mental mais avançado do que foi até então suposto no período pré-natal e nos primeiros meses de vida, capaz, portanto, de algum nível de relação com a mãe ou com quem faz esta função.¹⁴

A psicolingüística nos diz que um bebê prefere a voz da mãe já nas primeiras horas de vida (Benédicte de Boysson Bardies, 1996, *apud* Laznik, 2004), o que provavelmente

¹⁴ A ciência, seja física, genética ou qualquer outra, sempre questionou a psicanálise e a faz se posicionar a cada novo achado. Faz parte da relação entre estes dois discursos.

indica a fundamental importância da mãe na subjetivação do bebê. Estes fatos tornam necessário o estudo da especificidade do laço possível entre mãe e bebê, que ultrapassa a hipótese orgânica.

Laznik (2004) cita ainda os trabalhos de Mme. Busnel sobre as competências acústicas do feto, abrindo todo um campo de estudo em relação ao psiquismo fetal, ainda pouco explorado.

Pimenta (2003), em sua dissertação de mestrado defendida na UFMG “*Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito?*”, nos diz que: “*É de ampla aceitação, por médicos e psicanalistas, a idéia de que, quanto mais cedo se inicia o tratamento, melhores respostas dele se obtêm. A idade máxima estipulada para este período ‘produtivo’ é a de cinco anos*” (Pimenta, 2003: 137_ grifo nosso).

Laznik (2004), baseando-se em sua ampla experiência clínica, restringe ainda mais a idade “produtiva”:

“Mesmo nas crianças autistas de três ou quatro anos conseguimos geralmente (r) estabelecê-lo [o circuito pulsional completo, que para a autora, estaria ausente no autismo, I.S.C.], mas o período sensível onde a criança entra com naturalidade no campo dos significantes do Outro e pode deles se apropriar já passou. A criança poderá ainda começar a falar, mas é preciso labutar muito mais .” (LAZNIK, 2004: 30_ grifo nosso).

Voltando a Pimenta (2003), a autora nos diz ainda que a medicina justifica este fato pela maior plasticidade cerebral encontrada nos primeiros anos de vida, formando novas conexões neuronais com maior facilidade.

Em seguida, ela questiona a respeito de como a psicanálise pode explicar este fato, nos lembrando que a constituição do sujeito para a psicanálise é ligada a um referencial lógico e não cronológico, e sendo assim, como pensar na maior eficácia das intervenções

analíticas nos primeiros anos de vida?¹⁵ *“Estaria o autista, no início de sua vida, em uma posição de maior abertura aos significantes do Outro primordial? E o que aconteceria após os cinco anos, para que ele voltasse a excluir ainda mais os signos da presença do Outro?”* (Pimenta, 2003: 137_grifo nosso).

A autora diz não ter respostas para esta questão, no entanto nos lembra da maior importância do corpo enquanto condensador de gozo na infância em detrimento da palavra, nos sugerindo que a abertura inicial maior ao Outro possa ter alguma ligação com este fato.

1.2- Características clínicas segundo a psicologia do desenvolvimento.

A psicologia do desenvolvimento construiu interessantes instrumentos de pesquisa visando à detecção precoce do autismo infantil. Além disto, ela permite o esclarecimento necessário das manifestações constatadas estatisticamente em cada faixa etária. A despeito de seus limites, talvez suas constatações permitam esclarecimentos, contrapontos e debates imprescindíveis.

A observação sistematizada fenomenologicamente por faixa etária nos permite, em muitos casos e em meios não psicanalíticos, como por exemplo, no meio médico, com o qual se faz necessário dialogar, a detecção precoce de quadros psicopatológicos graves, por isto estas características desenvolvimentistas ajudam o psicanalista que está em contato com esses outros profissionais.

No entanto, esta disciplina apresenta o risco de supor que a subjetivação de um bebê é conseqüência de um processo maturacional. O desenvolvimento de um bebê do ponto de vista da psicanálise – nos aspectos psicomotor, cognitivo e de aquisição da língua – não é um

¹⁵ Tentaremos responder a esta questão nos Capítulos 3 e na Conclusão.

efeito do puro processo de maturação (que impõe certas condições orgânicas às aquisições), mas da articulação deste real orgânico à tela simbólica parental, dando lugar às antecipações imaginárias e funcionais que os pais colocam em cena para um bebê.

Um dos mais eminentes pesquisadores do bebê foi Spitz (1979). Estabelecendo o que denominou como “organizadores” _ resposta ao sorriso dos três a quatro meses (primeiro organizador), angústia do oitavo mês (segundo organizador) e, finalmente, o aparecimento do não (terceiro organizador)_ permite considerar que os efeitos de sua ausência em bebês apontem para psicopatologias graves. Todos esses organizadores podem estar ausentes no bebê ou pequenas crianças com risco de psicopatologias graves.

Sistematizando e sintetizando aspectos observáveis na perspectiva fenomenológica e desenvolvimentista do autismo infantil, usaremos como referência o artigo de revisão feito por Bandim *et al.*, que seguiremos nos próximos parágrafos (1995).

As manifestações da primeira infância são mais sutis, sendo que o comportamento não segue um padrão. Podem, inclusive, apresentar características opostas. Às vezes são “bebês-modelo”, nunca choram, “não incomodam”. Demonstram não gostar de companhia e podem tornar-se flácidos ou rígidos quando levantados. Outras vezes, têm comportamento oposto: irritáveis, reagindo a pequenos estímulos.

Costumam não responder ao sorriso. Aos quatro meses, não apresentam movimento antecipatório para serem carregados. O balbucio e a lalação estão ausentes ou atrasados. Mostram indiferença ou aversão ao contato afetivo.

Aos oito meses, não revelam medo ou ansiedade diante de estranhos. Não se interessam por olhar o mundo à sua volta. Não apresentam júbilo quando levados diante do espelho, nem olham para o adulto que os sustenta como para confirmar sua imagem através de seu olhar.

Com o tempo, passam a ter episódios de pânico e agitação diante de estímulos sensoriais como sons e ruídos. Frequentemente aparecem dificuldades na alimentação: sucção fraca e recusa de sólidos após o desmame. É comum a preferência por alimentos pastosos. As etapas do desenvolvimento motor, como andar, engatinhar ou sentar, podem ser normais ou, mais raramente, atrasadas. Mantém-se a indiferença da criança autista diante do espelho.

A partir do segundo ano, a sintomatologia vai se tornando mais evidente: aparecem os primeiros sinais de atraso na linguagem. O comportamento perante os sons é anormal: ignoram barulhos fortes e tentam fugir de sons mais brandos, tapando os ouvidos ou entrando em grande ansiedade. Não demonstram interesse quando chamados pelo nome. Aparecem maneirismos e estereotípicos de mão e dedos, com movimentos repetitivos. Podem apresentar movimentos de ninar, bater com a cabeça, balanceio da cabeça ou do tronco. Determinados estímulos podem provocar comportamento de excitação ou agitação, correndo em círculos, na ponta dos pés, ou iniciando o balanceio.

Outro importante estudo também baseado nas manifestações do desenvolvimento de crianças foi realizado por Baron-Cohen e colaboradores (Baron-Cohen, Allen & Gillberg¹⁶, 1992; Baron-Cohen *et al.*, 1996; Baird *et al.*, 2001 apud Wetherby, Amy *et al.*, 2004). Usando o *Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)*¹⁷, os autores realizaram um estudo prospectivo longitudinal em 16.000 crianças. Este instrumento, ao ser aplicado a crianças

¹⁶ Gillberg, colaborador de Baron-Cohen nas pesquisas do CHAT, é o mesmo que falou a respeito do escritor Hans Christian Andersen ter sido autista em curso oferecido em Belo Horizonte.

¹⁷ Recentemente o CHAT, questionário para verificação de autismo em bebês, foi traduzido para o português e lançado em CD de distribuição gratuita ilustrado por Maurício de Souza_ criador da Turma da Mônica, editado pela Associação de Amigos do Autista, com apoio da Secretaria Especial dos Direitos Humanos do Governo Federal. Vemos que dentro da psiquiatria há uma recente preocupação com o diagnóstico precoce de autismo. Porém, como discutiremos ao longo deste trabalho, preocupam-nos os diagnósticos psiquiátricos precoces de autismo, que podem fixar o bebê em uma patologia que ainda é passível de mudanças, de acordo com o referencial psicanalítico.

aos 18 meses, identificou 19 crianças que mais tarde se comprovaram autistas. O diagnóstico baseou-se na falha de três itens do teste: o apontar protodeclarativo, apontar que não pode estar ligado a objetos da necessidade da criança; o jogar simbólico, ou seja, o brincar de “faz-de-conta”; o evitar do olhar.

No entanto, acompanhando esta amostra, aos sete anos, 94 casos de autismo foram identificados (Baird *et al.*, 2000). O CHAT, portanto, mostrou ter uma especificidade de 98%, mas uma sensibilidade de apenas 38%, deixando de diagnosticar muitas crianças que mais tarde se tornaram autistas. Ainda não existem testes estabelecidos para idades inferiores a dezoito meses¹⁸.

Laznik (2004) nos diz que as crianças que não são detectadas pelo CHAT e que mais tarde se comprovam autistas apresentam uma precoce capacidade de fazer o que se espera delas em um teste. Geralmente, estas crianças mimetizam o brincar simbólico, que é o segundo item do teste.

Bandim *et al.* (1995) descrevem ainda as características das crianças autistas a partir dos três anos, sendo sua capacidade imaginativa e de fantasiar pequena. Os brinquedos são usados de maneira estranha. O olhar é vago, parecendo olhar através das pessoas ou encarando-as como objetos. Há um interesse grande por objetos que rodam. As brincadeiras são mecânicas, repetitivas, sem criatividade.

Mostram grande necessidade de manter a rotina e a uniformidade do ambiente. Qualquer mudança nestas provoca reações de raiva e pânico. Podem apegar-se também, de forma exagerada, a objetos sem atrativo aparente (garrafas vazias, sacolas, caixinhas, papel,

¹⁸ Segundo comunicação pessoal de Gillberg, no anteriormente referido curso.

etc). Assustam-se com coisas inofensivas e ignoram perigos reais. Por vezes, riem ou choram sem motivo aparente.

Segundo os autores, por volta dos quatro a cinco anos, há uma diminuição da intensidade dos sintomas, porém as alterações de linguagem se tornam mais significativas. Pode não haver desenvolvimento da linguagem falada, ou, caso exista, ela é pouco comunicativa. No início, gritam quando querem alguma coisa, depois passam a levar a outra pessoa pela mão até o objeto desejado. Observa-se ecolalia imediata e retardada.

A maioria dos autistas adora música, podem cantar bem, costumam ter facilidades com quebra-cabeças, jogos de encaixe, material elétrico ou mecânico. Podem ser superdotados em áreas específicas: calcular longas somas de cabeça rapidamente, tocar, compor. Porém, têm muita dificuldade em lidar com as atividades básicas da vida.

Segundo nossa observação clínica, à medida que os pacientes vão se aproximando da adolescência ou idade adulta, as características autísticas se perdem. Alguns se tornam semelhantes aos indivíduos com deficiência mental, principalmente os que não tiveram acesso a tratamento adequado.

Quantos pacientes que supúnhamos deficientes quando tínhamos apenas a formação em psiquiatria de adultos, mais tarde, quando passamos a valorizar os primeiros anos de vida nas histórias clínicas, munidos do saber que a nosologia psiquiátrica infantil nos trouxe, revelaram-se, então, autistas.

Quando o autista é mais inteligente, desenvolve a linguagem, porém permanece com dificuldades no relacionamento interpessoal e com deficiências cognitivas, principalmente se o tratamento foi iniciado mais tardiamente.

Alguns podem apresentar características de um surto esquizofrênico. No entanto, um prognóstico mais favorável parece se abrir quando o tratamento é precoce, como veremos ao longo deste trabalho.

Kanner (1943; 1946) descreveu muito bem as características da linguagem da criança autista: o “eu” e o “sim” estão ausentes. Até o 6º ano, “você” ou “tu” são usados no lugar do “eu” (inversão pronominal). O “sim” é indicado pela repetição da pergunta (afirmação por repetição). Há pronúncias idiossincráticas, repetição de frases fora do contexto (ecolalia diferida), como, por exemplo, repetição de propagandas de televisão. Podem emitir melodias rítmicas sem qualquer sentido, porém com caráter expressivo.

A união de palavras por assonância ou sua condensação (holófrase)¹⁹ são comuns. Cada palavra tem apenas um significado, havendo dificuldade de abstração.

Apesar da importância da observação sistematizada fenomenologicamente na medida em que permite, em muitos casos e em meios não psicanalíticos, a detecção precoce de quadros psicopatológicos graves, estas referências não se fazem suficientes, na medida em que vários casos não conseguem ser detectados no primeiro ano de vida.

A psicanálise, como veremos à frente, propõe-se a detectar casos de risco de autismo desde os primeiros meses de vida, baseando-se na relação estabelecida pelo bebê com seu agente maternante.

1.3 Autismo e psicanálise.

Freud (1990 [1911]), em *Formulações sobre os dois princípios de funcionamento mental*, usou o adjetivo autístico aludindo à obra de Eugène Bleuler sobre as

¹⁹ As manifestações holofrásicas têm grande importância clínica e serão abordadas no Capítulo 2.

esquizofrenias, para descrever o ensimesmamento do bebê desligado da realidade externa. Para Freud, o bebê pode tomar o próprio corpo como objeto de satisfação prazerosa e assim desprezar, excluir ou ignorar, por certo tempo, a realidade. Nesse ponto, Freud explicita em nota de rodapé que tentará ampliar a descrição esquemática que acabara de fazer com pormenores. É o que se segue:

“Corretamente objetar-se-á que uma organização que fosse escrava do princípio do prazer e negligenciasse a realidade do mundo externo não se poderia manter viva, nem mesmo pelo tempo mais breve, de maneira que não poderia ter existido de modo algum. A utilização de uma ficção como essa, contudo, justifica-se quando se considera que o bebê _ desde que se inclua o cuidado que ele recebe da mãe _ quase realiza um sistema psíquico desse tipo.[...]. _ *Um exemplo nítido de sistema psíquico isolado dos estímulos do mundo externo e capaz de satisfazer autisticamente para empregar a expressão de Bleuler [1912] mesmo suas exigências nutricionais é fornecido por um ovo de pássaro, com sua provisão de alimento encerrada na casca; para ele, o cuidado proporcionado pela mãe limita-se ao fornecimento de calor.* _ Não o encararei como correção, mas como amplificação do quadro esquemático em exame, se se insistir que um sistema que vive de acordo com o princípio de prazer deve possuir dispositivos que o capacitem a afastar-se dos estímulos da realidade” (FREUD, 1990 [1911]: 279_ grifo nosso).

Freud (1990 [1905]) também retoma esta discussão na revisão feita em 1915 dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, escrito inicialmente em 1905, empregando o termo auto-erotismo no sentido de uma retração da libido sobre o eu. As primeiras manifestações sexuais presentes desde o nascimento do *infans* não têm por finalidade apenas a nutrição:

“O chupar o dedo já aparece na primeira infância e pode continuar na maturidade ou mesmo persistir por toda a vida. [...] O chupar sensual envolve completa absorção e leva ou ao sono ou mesmo a uma reação motora com o caráter de um orgasmo. Não raras vezes ele se combina com a fricção de alguma parte sensível do corpo tais como os seios ou os órgãos genitais externos. Muitas crianças passam, por este caminho, do ato de sugar para a masturbação [...] Deve-se insistir que a característica mais nítida desta atividade sexual é que a pulsão não é dirigida para outras

peças, mas obtém satisfação no corpo do próprio indivíduo. *É auto-erótico, para chamá-lo por um termo bem escolhido, introduzido por Haverlock Ellis (1910). [...] ela se liga a uma das funções somáticas vitais, ainda não se tem objeto sexual e é, assim, auto-erótica e seu objetivo sexual é dominado por uma zona erógena*” (FREUD, 1990 [1905]: 184 e 186-7_ grifo nosso).

Porém, estas afirmações de Freud jamais chegaram a dar consistência a uma síndrome específica.

A partir da teoria da libido freudiana, é possível diferenciarmos dois pólos dentro da estrutura psicótica: a esquizofrenia e a paranóia. Na esquizofrenia, a libido fica fixada no auto-erotismo, centrando-se sobre o corpo, ainda não unificado pelo narcisismo.

Na paranóia, uma “nova ação psíquica” (Freud, 1990 [1914]: 93) unifica o corpo, fixando a libido no nível do narcisismo. Entretanto, nenhum desses pólos contempla especificamente o autismo. Foi a ele que vários psicanalistas se dedicaram posteriormente e até hoje mantêm polêmicas em torno da especificidade do quadro de autismo.

Por exemplo, vários psicanalistas pós-freudianos têm importantes contribuições em relação ao tema do autismo, sendo considerados “clássicos do autismo”. Devido à vasta literatura existente, privilegiaremos nesta revisão bibliográfica apenas os autores que mais nos ajudaram em nosso percurso teórico-clínico sobre o autismo.

Melanie Klein foi a primeira psicanalista a atender e publicar um caso de uma criança autista, o caso Dick, no final da década de 20, antes, portanto, da descrição da síndrome feita por Kanner .

Segundo Klein (1969a), na primeira infância surgem ansiedades características das psicoses. A posição esquizoparanóide é a posição mais primitiva do psiquismo humano

para a autora, possuindo vários tipos de defesa muito primitivos. Porém, Klein postula mesmo nesta fase primitiva a existência de um eu arcaico. É neste período que se encontram os pontos de fixação de todos os distúrbios psicóticos. No entanto, muitos de seus pontos de vista foram erroneamente interpretados, como o de que há uma fase psicótica inicial em todo sujeito humano.

A autora nos diz: *“Essa hipótese levou algumas pessoas a acreditar que eu considerava todos os bebês como psicóticos; mas já tratei suficientemente deste mal entendido em outras ocasiões”* (Klein, 1969a: 21_ grifo nosso).

Em outro texto, *Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê*, Klein nos aponta a diferença entre as ansiedades psicóticas do bebê e o quadro de psicose já instalado.

“Este fato, em minha opinião, é uma das diferenças fundamentais entre o bebê que sofreu ansiedades de natureza psicótica e o adulto psicótico, visto que, ao mesmo tempo em que o bebê passa por estas ansiedades, já se encontram em ação os processos que levarão à modificação daquelas” (KLEIN, 1969c: 240).

Klein, em *Comportamento dos bebês*, nos diz:

“Uma persistente falta de interesse na mãe, mesmo nesse estágio inicial, a que se somará, pouco depois, uma indiferença em relação às pessoas, em geral, e aos brinquedos, sugere uma perturbação mais grave da mesma ordem. Essas atitudes também podem ser observadas em bebês que não são difíceis de ser alimentados. Tais crianças, que não choram muito, podem parecer satisfeitas e ‘boas’ ao observador superficial. Pela análise de adultos e crianças, cujas graves dificuldades pude reconstituir até atingir os primeiros anos da infância, concluí que muitos desses bebês estão, de fato, mentalmente enfermos e afastam-se do mundo externo devido a uma forte ansiedade persecutória e excessivo uso dos mecanismos esquizóides” (KLEIN, 1969b: 269_ grifo nosso).

Aqui, apesar de não nomear, Klein pode estar se referindo aos casos de bebês com risco de autismo chamados na psiquiatria de “bebês-modelos”, bebês quietos e parados no berço, que não incomodam seus pais, aceitando facilmente a alimentação. Sabemos que de modelo esses bebês não têm nada e que estes casos chegam ainda mais tardiamente aos profissionais de saúde mental exatamente por “não incomodarem muito”.

Klein nos diz ainda que tais bebês não podem superar a ansiedade depressiva com êxito, estando a capacidade de amor, as relações objetais, a vida de fantasia e a formação de símbolos dificultados, resultando numa inibição de interesses e sublimações.

1.3.1- O Caso Dick por Melanie Klein.

Dick era uma criança de quatro anos quando iniciou tratamento, “carente de afetos e indiferente à presença ou ausência da mãe ou da ama-seca” (Klein,1970: 298). Quase nunca manifestava ansiedade, não brincava e não tinha contato com o meio ambiente. Na maior parte do tempo articulava sons ininteligíveis. Falava poucas palavras, e de maneira incorreta. Não desejava se fazer entender. Predominava nele um negativismo ativo, fazendo exatamente o contrário do que dele se esperava.

Apresentava também uma falta de coordenação, especialmente ao manusear facas e tesouras. Interessava-se por trens, estações ferroviárias e por abrir e fechar portas. Desde a primeira consulta entrou sozinho, deixando que sua ama-seca se retirasse com indiferença. No consultório, correu de um lado para o outro, tratando Klein como um objeto a mais na sala. A autora atendia-o diariamente, cinco sessões por semana.

Sua lactância fora insatisfatória devido à recusa do peito até quase Dick morrer de inanição. Não aceitou mamar na ama-de-leite, por isso tiveram que recorrer à alimentação

artificial. Depois apresentou recusa de alimentos sólidos. Apesar dos cuidados recebidos, nunca recebeu amor devido à atitude materna marcada por uma excessiva angústia. Nem o pai, nem a ama-seca também lhe demonstravam afeto.

Aos dois anos, a ama-seca foi trocada por outra mais carinhosa e foi morar com a avó, também muito dedicada, tendo apresentado melhoras no desenvolvimento; no entanto, nem as duas conseguiram pôr em marcha a “ausente relação objetal”. Porém, esta troca precoce do agente maternante pode ter tido efeitos sobre o paciente de nosso ponto de vista.

Na análise de Dick, a autora constata que a formação de símbolos se detivera pelo temor ao castigo que receberia por parte do pênis do pai quando houvesse penetrado o corpo da mãe. A dificuldade de alimentação seria explicada por defesas contra seus impulsos destruidores ao mastigar os alimentos²⁰. Não podia manejar talheres e facas, segundo a autora, também por defesa contra os impulsos sádicos dirigidos contra o corpo materno.

Para Klein (1970), o complexo edípico começa num período em que predomina o sadismo, na fase que se inicia com o desejo sádico-oral de devorar o seio da mãe. O objeto atacado se converte em fonte de perigo porque o sujeito pode receber dele ataques retaliatórios. As fantasias sádicas dirigidas contra o corpo materno constituem a primeira relação com o mundo exterior e com a realidade. Dependendo da maneira como o sujeito atravessa esta fase, o bebê poderá alcançar um mundo externo que corresponda à realidade. A primeira realidade da criança para Klein é, portanto, fantástica.

²⁰ Essa análise feita por Klein sugere essas interpretações psicodinâmicas para aqueles comportamentos. Porém, com Lacan, passamos a questionar essa relação causa-efeito direta.

Dick começa a manifestar angústia após algum tempo de tratamento, passando a chamar Klein e depois passa a sentir falta da ama-seca. Houve aumento do interesse pelos objetos e uma transferência cada vez mais intensa com a analista. Tornou-se mais afetuoso com a mãe e a ama-seca, aparecendo indícios de uma atitude edípica normal em relação ao pai. Após seis meses do início da análise, a evolução justificava um prognóstico favorável.

Dick fora encaminhado por um psiquiatra com o diagnóstico de demência precoce (esquizofrenia). Percebemos a genialidade de Klein que nos diz que, contra o diagnóstico de demência precoce, havia o fato de que o traço fundamental no caso Dick era uma inibição do desenvolvimento e não uma regressão. Sem o saber, a autora explicita assim a diferença diagnóstica mais fundamental entre o autismo e a esquizofrenia. Lembremo-nos que o autismo ainda não existia enquanto entidade clínica separada, o que só aconteceu com Kanner em 1943.

Klein (1970: 309-310) faz observações interessantes e ainda bastante atuais sobre as psicoses infantis: a resistência dos pais em procurar ajuda, por isso grande número de casos não chega à observação médica; a dificuldade do diagnóstico de esquizofrenia infantil entre os que chegam à avaliação médica, sendo usado os termos: “parada no desenvolvimento”, “deficiência mental”, “tendências sociais”, “predisposição psicopática”, etc; a esquizofrenia na infância tem traços menos notáveis que nos adultos, dificultando o diagnóstico; encontram-se com mais frequência traços psicóticos nas crianças que psicoses manifestas.

A autora conclui, por estes motivos, que a presença de traços esquizofrênicos na infância é um fenômeno mais generalizado do que se supõe e que o “conceito de esquizofrenia em particular e de psicose em geral, tais como ocorrem na infância, devem

ser ampliados e creio que uma das tarefas fundamentais da análise infantil consiste em descobrir e curar as psicoses infantis”.

O conhecimento das psicoses da infância seria fundamental para a “compreensão da estrutura das psicoses e nos ajudaria, ao mesmo tempo, a estabelecer diagnósticos diferenciais mais exatos entre as várias enfermidades”. Klein reafirma que Dick não se enquadraria num quadro de demência precoce, mas apenas quando utilizamos este termo de forma ampliada.

Vemos em Dick sintomatologia de autismo. No entanto, o paciente apresentou melhora em poucos meses, o que é raro, principalmente devido ao início relativamente tardio do tratamento. Porém, pode acontecer, porque cada caso é único, como nos ensina a psicanálise. Além disto, Dick foi morar com a avó, mais afetuosa, aos dois anos, o que pode ter favorecido o prognóstico, devido à troca precoce do agente maternante.

O caso Dick é amplamente discutido na psicanálise. Vejamos os comentários de Lacan em *O Seminário: Livro 1, os escritos técnicos de Freud* sobre a intervenção de Klein com Dick, que afirma que ela foi “brutal” (1979: 83), pelo fato de ter interpretado seu mito edipiano logo nos primeiros meses de tratamento.

Porém, como nos lembra o próprio Lacan (1999), em *O Seminário: Livro 5, as formações do inconsciente*, a entrada do pai é sempre brutal, porque marca a entrada do significante que destitui a criança de ser o falo da mãe. A entrada na linguagem é sempre intrusiva. Apanhamos ao entrar na linguagem, o que é denotado pela fantasia universal “uma criança é espancada” (Freud, 1990 [1919]: 225). A fantasia de espancamento vem recobrir o que o significante descobre. Somos batidos pelo significante e é esse atravessamento inicial pela linguagem que nos faz entrar na ordem simbólica.

Em seguida, Lacan, em uma intuição genial, comenta que a importância não estava no que Klein falou (o conteúdo), e sim que ela falou com Dick. “*Ela ousa falar com ele*”, nos diz Lacan (1979: 85_grifo nosso). “Ele está lá como se ela não existisse”, mas ela dá nomes ao que, “para esse sujeito, só era, até então, realidade pura e simples”.

“(...) essa criança é, até certo nível, mestre da linguagem, mas ela não fala. É um sujeito que está aí e que, literalmente, não responde (...) A fala não chegou a ele. A linguagem não envolveu seu sistema imaginário”. (LACAN, 1979: 102_grifo nosso).

Acrescentamos aqui que, além de ter falado com ele, Klein antecipou um sujeito²¹ ao afirmar em ato ser Dick capaz de chegar ao mito edipiano, e isso pode ter propiciado que Dick avançasse.

Vejamos com Julieta Jerusalinsky (2002: 248) de que se trata quando falamos de antecipar ou supor um sujeito: a suposição do sujeito é exercida pelo agente de função materna, que antecipa um sujeito em seu bebê ou pequena criança. A mãe toma as reações involuntárias de um bebê ao nascer como produções de um sujeito, atribuindo a autoria destas ao desejo que supõe no bebê. “*Trata-se aí de uma suposição, já que o bebê não foi ainda constituído como sujeito*”. Porém, tal constituição depende justamente de que ela seja inicialmente antecipada.

É a chamada “loucura natural das mães”, expressão muito feliz de Winnicott (1993), ao se referir ao fato de que a mãe enxerga coisas que o bebê ainda não é capaz de fazer, mas o fato de que ela “enxergue antes” faz toda a diferença.

Se, para Dick, até então o real e o imaginário eram equivalentes, a partir da nomeação de Klein, há a entrada da linguagem, ou seja, do simbólico, propiciando outro

²¹ Ela supôs um sujeito ao saber.

tipo de articulação. A partir daí Dick pode verbalizar seu primeiro apelo falado, que pode ser recusado, estabelecendo, portanto, uma nova relação de dependência para com o Outro.

Vorcaro (2003) nos diz que é surpreendente o esforço de Melanie Klein para elaborar a teoria sobre o funcionamento simbólico do sujeito, nos anos 30, contando apenas com a hipótese energética do funcionamento pulsional desenvolvida pelo próprio Freud.

A hipótese energética é bastante limitada ao inatismo biológico. A partir da importância dada por Lacan à linguagem como regulador do sistema pulsional, passamos a entender a questão quantitativa enquanto economia libidinal e não mais como energia natural. Como afirma Vorcaro (2003), o autor aponta para o comércio sexual entre agente cuidador e neonato que se baseia em um sistema de troca (não mais de energias, mas de valores), possível a partir da sua leitura de Saussure, Jakobson, Lévi-Strauss e Karl Marx.

Não se trata de negar que exista um real orgânico no bebê, mas de pensar que esse real orgânico é recoberto pelo imaginário (lembramos da dor-fantasma de um membro amputado, por exemplo) e sofre a incidência do simbólico.

Cabe lembrar que Klein (1979) contava também com a teoria da formação de símbolos de Ferenczi, Abraham e Jones que parece ser importante fonte para a compreensão da origem do pensamento kleiniano da simbolização precoce.

O surgimento da noção de autismo normal com Margareth Mahler contrastou com a perspectiva nosológica de Kanner. As psicoses infantis começaram a ser estudadas por Winnicott e Mahler a partir de uma nova metodologia de pesquisa: as relações mães-bêbes (Cavalcanti e Rocha, 2001).

Mahler, pediatra e psicanalista, tornou-se referência para os psicanalistas interessados nas patologias infantis. Tinha o apoio de Kanner. Sua produção situa-se entre

os anos 50 e 70, tendo como pressuposto que as psicoses infantis seriam distorções de fases do desenvolvimento normal, no seio das relações estabelecidas entre mãe e filho.

A autora descreveu o desenvolvimento em três fases: os autismos primários normais, presentes até os três primeiros meses, em que há indiferenciação de instâncias psíquicas, libido centrada no próprio corpo, ausência de relações de objeto e um ego rudimentar com predisposições inatas; a simbiose, na qual a mãe é extensão da criança, onipotentemente controlada, sendo que esta matriz simbiótica seria a base da estruturação do ego; a separação/individuação, em que há investimento no mundo externo, percepção da mãe como separada e autônoma, sob os efeitos da prova da realidade, tratando-se do verdadeiro nascimento da criança. Para sustentar sua concepção de autismo normal, remeteu-se à metáfora de Freud (1911) sobre o “ovo de Pássaro”, anteriormente citada (Cavalcanti e Rocha, 2001).

Mahler diferenciou psicose autística (em que a mãe não é percebida como elemento externo e não é investida) e psicose simbiótica (em que a representação psíquica da mãe existe fusionada ao *self*) (Cavalcanti e Rocha, 2001).

Apesar do equívoco de propor a “fase autística normal”, achamos interessante que Mahler já se referia à fase de separação/individuação como o verdadeiro nascimento da criança.

Lacan refere-se, anos mais tarde, à separação dos dois significantes primordiais (S1_S2), no intervalo dos quais emerge o sujeito desejante.

Pensamos também que sua descrição da psicose simbiótica, em 1952, foi de grande importância para a nosologia psiquiátrica infantil.

Ainda segundo Cavalcanti e Rocha (2001), a psicanalista Francis Tustin, autora que mais escreveu sobre o autismo em psicanálise, apresenta uma obra dividida em três partes. Inicialmente, apoiou-se na teoria kleiniana, em seguida foi influenciada por Mahler.

Neste segundo momento, entendia o autismo como regressão a uma fase do desenvolvimento normal, distinguindo quatro tipos: o autismo primário normal, caracterizado como os momentos que sucedem ao nascimento, presente em qualquer criança. Nele, está num estado de não diferenciação, sem qualquer consciência; o autismo primário anormal, caracterizado pela permanência no estado anormal devido a atropelos na relação do bebê com o meio ambiente dadas as dificuldades de um ou de outro; o autismo secundário encapsulado, que corresponde à descrição de Kanner em que, devido a dificuldades de separação, recusa-se a qualquer contato com o objeto não-eu; e o autismo secundário regressivo, desencadeado durante um processo de desenvolvimento comprometido correspondente à psicose simbiótica de Mahler.

Para Tustin (1984: 18, *apud* Cavalcanti e Rocha , 2001), em *Estados autísticos em crianças*, os primeiros momentos da vida do bebê constituiriam uma fase de auto-sensualidade, ainda não de auto-erotismo. Nesse estado de autismo normal a que ela permanecia ainda concebendo neste momento, a criança estabeleceria relação com objetos-sensação construídos a partir de sensações corporais experimentados como parte do corpo. As sensações, ritmos e vibrações experimentadas em contato com o corpo da mãe seriam a base para a construção auto-sensual do bebê. A habilidade materna protegeria o bebê de experiências traumáticas do encontro prematuro com o não-eu.

No autismo patológico, a separação materna é vivida como desagregação, buraco negro, sendo a percepção do não-eu traumática.

Ela desenvolve também a idéia de objeto autístico, usado em estados de desagregação pela criança. Usados mesmo na fase normal do autismo para neutralizar percepções de não-eu, são experimentados como parte indissociável do corpo. Estes objetos não se apóiam em fantasias, sendo usados de forma repetitiva e estática sem propiciar redes associativas. Desvitalizados e inanimados, garantem a experiência de domínio completo.

Reposicionando-se em 1991, Tustin (*apud* Cavalcanti e Rocha, 2001) reviu a hipótese veiculada desde 40 de que o autismo patológico seria uma fixação na primeira fase do desenvolvimento. Em sua nova compreensão do autismo, a autora salientou uma ausência inata de receptividade e ausência de investimentos nos estímulos externos.

Para ela o termo autismo deveria ficar restrito à descrição de estados patológicos e, considerando as descobertas relativas às precoces competências do aparato perceptivo do bebê (Stern, 1987; Trevarthen, 1984; Piontelli, 1982 *apud* Tustin, 1991), não se poderia mais falar em fase autística normal em que o bebê encontrar-se-ia imerso em suas próprias sensações, privado dos estímulos externos. Assim, a noção de que inicialmente o bebê viveria fechado a estímulos externos como em uma “casca de ovo” – termo freudiano de 1911, que inspirou a idéia da fase autística normal – não poderia mais ser aceita.

Assim, Tustin (1995), em seu artigo “*A perpetuação de um erro*”, voltando atrás nessa consideração do autismo como um estado normal na primeira infância, passa a vê-lo como uma “aberração no desenvolvimento”.

“... ao ver o autismo como umas sérias aberrações do desenvolvimento seremos mais firmes e menos indulgentes na nossa aproximação [segundo a autora, I. S. C.] do que se o víssemos meramente como uma regressão a um estágio normal de desenvolvimento infantil. Seremos mais ativos para corrigir tendências desviantes”(TUSTIN, 1995: 75).

Como vemos, de estado normal em todas as crianças, a autora passa a ver o autismo como “tendência desviante”. Apesar de sua importância histórica pelo fato de ter sido a autora que mais escreveu sobre autismo em psicanálise, suas idéias não se mostram ferramentas úteis à nossa aproximação, a não ser quando aponta a capacidade precoce do bebê de entrar em contato com o agente maternante, em seus últimos textos.

Além disso, seu conceito de objeto autístico, usado pela criança em estados de angústia, é importante pois estes objetos nos ajudam sobremaneira durante os atendimentos clínicos.

Como Kanner, consideramos Tustin muito corajosa em abrir mão de uma idéia que vinha defendendo há décadas_ a do “autismo normal” na primeira infância _, mudando de idéia publicamente, ao final de sua obra.

Já Meltzer (1980), apresenta uma obra bastante interessante do nosso ponto de vista sobre o autismo infantil. Para o autor, as dimensões de tempo e espaço estão gravemente perturbadas no autismo, com o que concordamos.

Estas dimensões de tempo e espaço são descritas como distúrbios de dimensionalidade: o mundo seria sem percepção de tempo ou distância. É um estado regido por atos reflexos, realizados pelos mecanismos típicos do autismo: desmantelamento e identificação.

O desmantelamento é um procedimento passivo que consiste em deixar os vários sentidos ligarem-se ao objeto mais estimulante daquele instante, atraído por características visuais, olfativas ou auditivas, ficando o reconhecimento do objeto como um todo temporariamente suspenso. Assim as qualidades sensoriais do ego e do objeto são fragmentadas em um estado primitivo dominado pelo id e pela compulsão à repetição,

deixando os objetos vagarem sem possibilidade de apreender o objeto total. O uso repetitivo do desmantelamento priva a criança de experiências maturativas de constituição do ego e dos objetos.

A identificação é de tipo muito específico: adesiva. A tendência dos bebês a se aderirem àqueles que estavam próximos de si foi também observada por Esther Bick (cf. pele psíquica em Anzieu²², 1985). Aderida em relação fusional ao objeto, a criança desenvolve uma intolerância à separação vivida como perda de partes do corpo.

1.3.2- O Caso Timmy por Donald Meltzer.

Timmy era uma criança de seis anos quando foi atendido por Bremner, analisante e discípulo de Meltzer (1980), que o supervisionou. Quando tinha dois anos, foi hospitalizado por uma hérnia umbilical, ao mesmo tempo em que a mãe se descobriu grávida. Quando seu irmão nasceu, ele fugiu de casa. Não foi muito longe, pois tinha apenas dois anos. Desencadeou-se, logo em seguida, o quadro de autismo.

Timmy foi atendido dos seis aos dez anos, cinco sessões por semana, por Bremner. A criança entrava nos cômodos a princípio como um carro sem piloto, indo em todos os sentidos, sem direção, como uma máquina desgovernada.

O analista vai operar tentando primeiramente se fazer objeto para Timmy.

Segundo o autor, o corpo do paciente não tinha “superfície”, era sem profundidade, como todos os objetos de seu mundo. A meta seguinte foi a de criar esta profundidade, esta superfície.

²² ANZIEU, D. *Le moi-peau*. Paris: Dunod, 1985.

Após três ou quatro sessões finais em que o paciente defecou na sala do analista, algum objeto pôde se destacar do corpo de Timmy, endereçado ao analista. De acordo com Meltzer, isso fez com que o paciente passasse da “bidimensionalidade para a tridimensionalidade”, e que, por isso, o considerou “curado”. Porém, o estado “normal” para Melzer seria a quadridimensionabilidade, a que o autista não teria acesso.

Entretanto, parece ter sido uma cura bastante limitada a melhoras no plano da adequação a normas e pequena melhora na interação social. Porém, aqui também se faz necessário ressaltar que o tratamento teve um início tardio, aos seis anos.

Achamos interessante como Meltzer deu importância ao fato de um objeto ter se destacado do corpo na suposta cura do paciente. Fez-nos lembrar da importância do destaque do corpo do objeto para sempre perdido da satisfação, objeto denominado por Lacan de *a*.²³

Conforme observado na psiquiatria, também dentro da psicologia e da psicanálise alguns clínicos trataram o autismo por muitos anos enquanto uma patologia deficitária, relacionada a uma disfunção de síntese do ego, só se levando em conta a dimensão de adaptação à realidade, esquecendo-se de sua dimensão libidinal.

Citemos Bruno Bettelheim (1987), que pelo título de seu mais famoso livro, *A fortaleza vazia*, nos mostra metaforicamente sua posição.

Bettelheim (*apud* Volnovich, 1993: 110) a partir de observação de pacientes vítimas de campos de concentração, tendo ele mesmo sido prisioneiro em Dachau, descreve

²³ No Capítulo 2 voltaremos à importância da extração do objeto *a* para a constituição do sujeito.

a noção de situação extrema. Os autistas experimentariam situações extremas que os fariam mergulhar no autismo.

Bettelheim deixa depreender de seu livro que sempre existe uma frustração real na gênese do autismo, frustração proeminente do seu encontro com o outro, atribuído a um ódio inconsciente da mãe em relação a seu bebê ou pelo menos o desejo de que ele não existisse.

Essa atitude inconsciente dos pais apareceria em sua relação com o filho, marcada pela distância. Houve também uma tendência a culpabilizar a mãe pela doença do filho, aparecendo o termo “mãe geladeira”, o que motivou grande resistência das mães em relação ao tratamento psicanalítico.

Algumas mães, segundo nossa observação clínica, são bastante afetivas, por isto consideramos esse termo inadequado. Algumas vezes o desejo inconsciente da mãe não fica explícito claramente em sua relação com o filho e encontramos mesmo casos onde o filho foi desejado. Não consideramos haver esta relação biunívoca _ do desejo da mãe e de seu comportamento em relação ao filho_ tão direta como supunha Bettelheim.

Kanner (*apud* Tafuri, 2003) escreve um livro em defesa das mães, *In defense of mothers*, criticando o livro de Bettelheim, nos sugerindo cautela em relação à explicação da etiologia e ao propor tratamentos para o autismo.

Ao localizar o problema do autismo no comprometimento do desejo da mãe em relação à criança, alguns clínicos banalizaram a concepção psicanalítica que não confunde desejo, inconsciente, com querer, consciente. Além disto, apostaram todas as fichas em uma “psicogênese simplista”, já que propõe uma relação biunívoca causal direta, da qual também discordamos.

Concordamos que há uma “situação extrema” psíquica presente no autismo, porém nem sempre ela está presente na realidade externa, objetiva da criança, e sim em sua realidade psíquica.

Winnicott criticou o conceito de autismo de Kanner afirmando: *“Não tenho certeza de que só tenha havido ganho com o rótulo de autismo dado por Kanner a estes casos... Em outras palavras, o que estou tentando dizer é que esta doença denominada de autismo infantil precoce não existe”* (Winnicott, 1963: 185, *apud* Tafuri, 2003: 157).

Concordamos com o autor que este rótulo muitas vezes carrega em si uma condenação, porém discordamos de sua posição em não reconhecer a especificidade do autismo em relação às outras psicoses.

Para ele, destacar o autismo como uma síndrome diferenciada das psicoses serviria apenas para nomear os fenômenos de ensimesmamento e o afastamento da realidade. A nomeação desta síndrome teria trazido prejuízos para a compreensão dos distúrbios psíquicos em crianças, posição da qual discordamos, na medida em que foram confundidos com características essenciais da constituição do sujeito psíquico. O autor considera o autismo um tipo de esquizofrenia infantil.

A idéia de buraco negro provém de Winnicott, que utilizou esta referência para falar da depressão psicótica, considerando o efeito catastrófico do encontro com o objeto. Winnicott postula que o isolamento faz parte da constituição de um eu separado do psiquismo materno.

Winnicott se aproxima de Bettelheim ao apontar o ódio inconsciente das mães em relação a seus bebês, posição anteriormente comentada.

No entanto, o conceito de objeto transicional de Winnicott, que ocuparia um espaço social intermediário entre o corpo da criança e o corpo da mãe, parece-nos muito interessante. Volnovich nos diz que esta área transicional poderia estar ligada à área dos intercâmbios lingüísticos, sendo a palavra o objeto transicional por excelência. Segundo Volnovich (1993: 105), “o verdadeiro objeto transicional é o objeto que não está, objeto ausente, denominado por Lacan de objeto *a*”.

Thomas Ogden (1996) postula a existência de uma posição ainda mais primitiva do psiquismo do bebê do que a posição esquizoparanóide de Klein, que ele denomina posição autista-contígua. Baseando-se na idéia Winnicotiana de que há um isolamento necessário para todo sujeito humano se constituir, ele nos diz:

“A dimensão autista-contígua do isolamento constitui uma dimensão universal da experiência humana e é uma parte essencial do processo global de vir a ser um ser humano. Representa um ponto de repouso necessário ou um santuário dentro do processo de tornar-se (e ser) humano” (OGDEN, 1996: 170).

A mãe deve suportar estes momentos de isolamento do bebê e resgatá-lo de forma compassada e periódica para “o mundo dos seres vivos”. Para este autor, no autismo há uma falha na mãe em propiciar um ambiente de *holding* (ambiente de sustentação compatível com a integridade do bebê) suficientemente bom (ou por inadequação da mãe ou por hipersensibilidade do bebê), levando o *infans* a um terror de aniquilamento iminente.

Todo ser vivo pode voltar em alguns momentos à posição autista-contígua. No entanto, Ogden não concorda com a fase autística inicial de todo sujeito humano:

“...Hoje em dia existe um consenso entre teóricos da psicanálise (apoiados nos estudos de observação neonatal e na aplicação de modelos etológicos à psicanálise) de que *o bebê ao nascer já é uma entidade psicológica envolvida em um complexo conjunto de interações interpessoais com a mãe*. Há muito pouca evidência, se é que há alguma, para suportar a noção e um estágio

precoce ou de uma fase de desenvolvimento na qual um bebê existe num estado de casulo que é anterior à relação primitiva com seres humanos. Atualmente, tal posição parece insustentável. Os trabalhos de Bower (1977), Brazelton (1981), Eimas (1975), Sander (1964), Sten (1977), Trevarthan (1979), e muitos outros, proporcionam uma forte evidência para a noção de que, *desde os primeiros momentos de vida extra-uterina, o bebê está constitucionalmente equipado para perceber e entrar num diálogo recíproco com a mãe ou seu substituto*” (OGDEN, 1996: 165_ grifo nosso).

Vemos que Ogden também ressalta a precoce capacidade do bebê de entrar em contato com a mãe. Achamos interessante também que o autor não centra a etiologia do autismo apenas na mãe, nos sugerindo uma participação precoce do bebê em se furta ao laço com o agente maternante devido a uma “hipersensibilidade”, posição também defendida por este trabalho.

Lacan (1998) raramente faz menção ao autismo, mas aproxima-o da esquizofrenia na *Conferência de Genebra sobre o sintoma*. Há uma outra enigmática menção ao autismo em *O Seminário*, Livro 24 (1976-77), *l'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre*, quando o autor comenta que a psicanálise é “um autismo a dois”. No entanto, apesar de poucas referências diretas, encontramos em sua obra e na de seus discípulos bastante material para trabalharmos o autismo.

Foi o trabalho de Lacan que permitiu o estabelecimento rigoroso e sistemático do conceito de estrutura em psicanálise, distinguindo, como estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão, considerando os modos pelos quais a interdição vige no sujeito²⁴. Na neurose estaria em jogo o recalque; na psicose, a forclusão e na perversão, a recusa ou

²⁴ O conceito de estrutura em Lacan foi objeto de toda a sua obra, mais especialmente do chamado primeiro classicismo lacaniano e vai muito além do que nos interessa neste momento. Para o leitor interessado, cf. *A obra clara*, Jean Claude Milner. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

desmentido da lei interditora do pai. Os trabalhos produzidos pelos discípulos de Lacan têm pelo menos dois pontos de vista distintos sobre a relação entre autismo e estrutura.

Colette Soler (1994a), seguindo a posição de Lacan, defende uma identidade de estrutura entre autismo, esquizofrenia e paranóia. Chama o autismo de “doença da libido”, além de uma perturbação das ditas “relações de objetos”.

A autora neste mesmo texto (1994a) nos diz que, ao percorrermos a vasta literatura existente sobre a clínica com crianças autistas, notamos uma mesma dificuldade: crianças que melhoram um pouco o contato, que se tornam “educáveis” quando antes pareciam não ser, que podem até adquirir alguma autonomia, mas permanecendo com um que de “papagaios, de marionetes” do Outro. Cita como exemplo os casos Joey (atendido por Bettelheim) e o caso Stanley (atendido por Mahler).

Apesar de não ser muito otimista em relação ao tratamento do autismo, Soler defende um estatuto de sujeito possível para estes pacientes, pois, apesar de fora do discurso, eles estão dentro da linguagem. No Outro há significantes que os representam e eles apenas não podem assumir seu lugar de sujeito da enunciação.

Bernard Nominé (sd), também seguindo a posição de Lacan, concorda com a hipótese de mesma estrutura entre autismo e esquizofrenia.

O autor nos diz que, percorrendo a literatura clínica existente sobre o autismo, não encontrou um caso convincente que descrevesse uma saída do autismo como um sintoma. Ele nos diz que alguns podem até se virar bem ao longo da vida, mas que permanecem sempre dependentes de uma máquina que funciona em lugar de um sintoma que eles não podem construir.

De nosso ponto de vista, seria precipitado afirmar que os casos atendidos precocemente não possam algum dia vir a construir um sintoma. Serão necessários trabalhos posteriores para melhor esclarecer este aspecto.

Já Robert e Rosine Lefort e seus seguidores falam do autismo como uma quarta estrutura (1998: 224), tal a radicalidade do estatuto do Outro para esses sujeitos. A princípio, não haveria Outro, que se reduz a uma ausência, não existindo para estas crianças nem mesmo objeto *a*. A criança está por inteiro no lugar do objeto *a*, objeto não especularizável, por isto falta-lhes a imagem especular.

Referem-se também ao autismo enquanto “a estrutura” (1992), ou seja, fora dos padrões das estruturas clínicas estabelecidas pela psicanálise, diferenciando-a da psicose, em que haveria Outro e um objeto *a* incorporado ao real como um objeto *a* mais. Os autores têm uma vasta e importante obra em relação ao tema do autismo.

Concordamos com a posição dos Lefort do autismo enquanto fora dos padrões estruturais até então concebidos pela psicanálise.²⁵

1.3.3- O Caso Marie-Françoise por Robert e Rosine Lefort

A obra de Robert e Rosine Lefort, *O nascimento do Outro* (1984), nos traz o caso Marie-Françoise, criança que inicia tratamento relativamente precoce, quando contava com

²⁵ Sobre estes padrões já concebidos, Marie-Christine Laznik comenta: penso que o trabalho desenvolvido por Lacan com a teoria dos nós põe em xeque a questão simplista das três estruturas. Aurélio de Souza, da Bahia, mostrou como os nós permitem pensar uma porção de novos enodamentos que nos deixam livres das três estruturas, neurose, psicose e perversão, as quais Lacan sempre utilizou, mas não criou (isto é, a escola francesa de psiquiatria o fez). Como todo criador, não teve tempo de se dar conta de que sua teoria dos nós permitiria reinventar uma nosografia mais flexível.

30 meses. Apresentava sintomatologia autística. Foi uma criança abandonada pela mãe aos dois meses e institucionalizada desde então.

Passou por várias internações hospitalares, que duraram meses, por problemas orgânicos até os dois anos, quando chega à instituição Fundação Parent de Rosan, que fazia parte do serviço de Jenny Aubry. Ali foi atendida por Rosine Lefort, ainda na década de 50.

Neste livro, os autores chamam a atenção para que, apesar da linguagem preexistir ao sujeito, é necessário que o Outro se constitua como tal na assunção subjetiva. Para Marie-Françoise, a princípio, não havia Outro. A analista era um objeto para ela como todos os demais.

Nas primeiras sessões, ela só se dirigia à analista para destruí-la, atirando-lhe objetos desde o primeiro encontro, o que teve pelo menos o efeito de permitir menos atos autodestrutivos por parte da criança.

É muito interessante uma sessão em que a criança tentou enfiar um objeto no olho de Rosine Lefort. Isso demonstrou que a analista não era para ela um Outro furado, o que ela tentou fazer através deste ato. Em outra sessão, a paciente contornou sua boca com fezes, tentando um bordejamento de seu corpo sem bordas.

Posteriormente, a paciente enfiou a cabeça através da abertura da blusa da analista, ao mesmo tempo em que pronunciou os significantes: “*Não quero*”, recusa ativa de ser fisicamente objeto de um Outro.

Em outra sessão, a criança colou um bebê e um marinheiro contra seu olho. A analista interpretou que estes objetos poderiam funcionar como duplos que serviriam para defendê-la do Outro real, absoluto, porém em vão.

Depois, entrou em um quadro de recusa alimentar diante de um prato de arroz, cena de extrema angústia, pois não podia suportar que a alimentação proviesse do Outro. Ela

pronuncia “*mamãebêê*”, em uma holófrase dirigida olhando para o prato, que elimina toda a demanda ao Outro que ali poderia se inscrever.

Ela entendia a voz da analista, porém fazia tudo para calá-la, emitindo fonemas agressivos durante sua fala. A palavra do Outro redobrava sua presença real. Era incapaz de uma reação de júbilo ao ver sua imagem refletida em um espelho.

Atendida mais precocemente que os outros casos anteriormente citados, e por apenas dois meses, a paciente teve uma evolução favorável, endereçando um apelo a Rosine Lefort na última sessão, chamando-a “*mamãe*”, mostrando o advento do Outro para ela. O tratamento teve que ser interrompido a seguir.

Em artigo publicado em 1997, os autores continuam sustentando uma diferenciação de estrutura entre o autismo e a psicose, ao mostrar a diferença clínica entre Marie-Françoise, autista, e Robert, psicótico.

Jerusalinsky (1993) nos diz que entre a psicose e o autismo não há nenhuma identidade de estrutura, porque, no primeiro caso, trata-se da forclusão, ao passo que no segundo trata-se da exclusão:

"A diferença entre forclusão e exclusão consiste em que, no caso da forclusão, se produz uma inscrição do sujeito numa posição tal que esta inscrição não pode ter conseqüências na função significante. No caso da exclusão, não há inscrição do sujeito; no lugar onde a inscrição deveria se encontrar, se encontra o real, ou seja, a ausência de inscrição" (JERUSALINSKY, A., 1993: 62-73_ grifo nosso).

Segundo ele, advogando um ponto de vista que, como já salientado, não é semelhante entre psicanalistas lacanianos,

“a diferença entre o autista e o psicótico exprime-se, então, em que, se para o psicótico cada palavra carrega o seu próprio e definitivo sentido, para o autista cada palavra carrega o seu apagamento[...] Se a mãe da criança psicótica a retém junto a seu corpo como representante real do falo simbólico, a mãe do autista

coloca seu filho exatamente na mesma posição que o turista coloca o monumento na fotografia que ele mostrará a seus familiares no retorno de sua viagem. Ou seja, se fotografará de costas ao objeto que foi ver. *A mãe do autista é uma turista do desejo, o objeto de seu desejo está fora de seu olhar. A mãe do psicótico é uma profissional do desejo, nada de seu filho escapa ao seu olhar*” (JERUSALINSKY, A., 1993: 62-73_ grifo nosso).

Laznik (1997), baseando-se em sua experiência clínica, também não concorda que autismo e psicose pertençam à mesma estrutura.

A psicanálise vem nos ajudar na detecção precoce dos casos de risco de autismo através do laço entre a mãe e o seu bebê, desde os primórdios da vida extra-uterina.

Laznik (2004) vem valorizando dois sinais clínicos no primeiro ano de vida. O primeiro seria o não olhar entre a mãe e seu bebê. Ela faz uma ressalva a este primeiro sinal, pois quando se faz presente o “manhês”, a maneira particular das mães falarem com seus bebês, caracterizado por picos prosódicos acentuados e prolongamento das vogais, o bebê com risco de autismo é capaz de olhar para a mãe ou para quem emite este tipo de fala, o pai ou o examinador.²⁶

O segundo e mais importante sinal consistiria na criança não se oferecer à mãe. Laznik (2004 [1992]) localiza o autismo a partir do fracasso no estabelecimento da pulsão. Trata-se da não constituição do circuito pulsional completo, especificamente, do terceiro tempo deste circuito.²⁷

²⁶ Em comentário posterior, Marie-Christine Laznik afirma: hoje mudei de idéia. A pesquisa com os 2000 primeiros bebês mostra que o que se deve buscar não é o olhar do bebê em resposta ao Outro mas sim o fato de o bebê se fazer olhar pelo Outro. O terceiro tempo do circuito pulsional é vital. Vários bebês olham e viram autistas, mas não encontrei nenhum que buscasse se fazer olhar e virasse autista.

²⁷ Sobre os sinais clínicos, Marie-Christine Laznik comenta: como se vê, os dois sinais _pulsão escópica e pulsão oral_ são agora buscados ao nível do terceiro tempo do circuito pulsional.

Para isso, a autora segue Lacan (1985) no *Seminário*, Livro 11, *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* que denomina a satisfação pulsional o percurso do circuito que se faz em três tempos: ativo, reflexivo e passivo conforme Freud (1990[1915]) esclarece em *Pulsões e destinos de pulsão*. O primeiro tempo, ativo, é aquele em que o bebê se dirige para o objeto, seio ou mamadeira, e o agarra; o segundo tempo, reflexivo, dos processos auto-eróticos, ou autocalmantes, é quando o bebê toma uma parte do corpo como objeto de sua pulsão; o terceiro tempo, dito passivo, é aquele do assujeitamento, em que se vê surgir “um novo sujeito”²⁸.

Finalmente, vai aparecer um sujeito, posto que, nos dois primeiros tempos, o “proto-sujeito da pulsão” seria acéfalo. Trata-se para o bebê de fisgar o Outro, se fazendo objeto e provocando o gozo do Outro. É o registro do faz-de-conta essencial para a estruturação simbólica do aparelho psíquico. Se o terceiro tempo não é atingido, o auto-erotismo será desprovido da marca do laço com o Outro, que nomeamos Eros. Daí, o processo de funcionamento da fala não sobrevém.

A hipótese de Laznik é a de um fracasso por impossibilidade ou recusa do remate do terceiro tempo do percurso pulsional, tempo em que o *Ich* se faz objeto de um novo sujeito. É necessário para a constituição do terceiro tempo do circuito pulsional que a criança “se faça” nos dizeres de Freud (1990 [1915]) sujeito de um outro.

Acrescentamos, que a criança se faça comer, se faça olhar, se faça escutar, se faça carregar pela mãe. Ao completar este terceiro tempo do circuito pulsional, aparece um novo sujeito. Podemos notar este sinal observando a mãe e o bebê durante o exame clínico. A

²⁸ Trataremos do novo sujeito com maiores detalhes no Capítulo 3. Esta denominação de “novo sujeito” é controversa. Hitler advogava “um novo homem”. Esclarecemos aqui que poderíamos pensar que crer na contribuição de “um novo sujeito”, sobre o qual a psicanálise deteria um saber, nos colocaria em uma posição autoritária, com a qual não compactuamos. Apesar da origem controversa do termo, na falta de denominação melhor, continuaremos a utilizar este conceito, bastante ressaltado por Laznik em seus escritos, pois ele tem bastante utilidade na clínica, como veremos à frente.

criança se oferece, provoca seu agente maternante para ser beijada ou “comida de brincadeira”, estendendo os braços, pés ou barriga em direção à boca da mãe, quando esta fala com ele, durante a alimentação ou os cuidados diários.

Laznik (2004 [2000]) questiona mesmo se poder-se-ia falar em auto-erotismo, já que para ela é necessário que a criança completasse o terceiro tempo do circuito pulsional, quando se ofereceria ao gozo do Outro. Haveria neste momento a alienação, para podermos acrescentar Eros ao autismo (auto Eros tismo).

1.3.4- O Caso Marina por Marie-Christine Laznik.

Marina chega a tratamento aos três meses e meio, pois não estabelece nenhuma troca de olhar com sua mãe. Outras pessoas conseguem captar seu olhar ocasionalmente. Marina apresenta uma hipertonia do tronco, se curvando para trás em opistótono, o que facilita sua evitação do olhar.

Ela é prontamente atendida por Laznik (2004), devido à hipótese de risco de autismo, onde a rapidez da intervenção é essencial. Marina chega no porta-bebê, com o olhar grudado no teto. A mãe fala que o pai consegue captar o olhar da filha, mas ela não. A mãe queixa-se também do choro intenso de Marina devido a cólicas e de sua incapacidade em fazê-la se calar. Fica totalmente desamparada diante dos berros da filha, tendo pensado, inclusive, em se matar com ela. Não conseguia entender nenhum endereçamento do bebê em direção a ela e a primeira intervenção de Laznik é, como se falasse pelo bebê, pedir colo à mãe. Marina olha, diante da entonação da voz de Laznik. A mãe a pega e Marina se entrega em seus braços, adormecendo.

A mãe, então, passa a contar sobre a relação difícil com sua própria mãe. A única coisa que a avó de Marina dizia sobre o nascimento da mãe é que este fora extremamente cansativo. A dificuldade de maternagem da mãe para com Marina reatualizava, como visto, uma dificuldade de maternagem da avó em relação à mãe.

A partir da segunda sessão, Marina e a mãe estão melhores. A intervenção de Laznik restituiu ou instaurou um saber sobre a filha rapidamente. Porém, ao ficar alguns dias sem sessão, o olhar do bebê começava a se perder novamente. Na segunda sessão, Laznik intervém quando Marina começa a sugar o dedo da mãe, falando novamente no lugar de Marina sobre como era gostoso o dedo da mãe.

No diálogo que se estabelece, a mãe confessa o prazer sentido também em fazer Marina objeto de seu gozo oral, ao sugar-lhe o dedo e o pezinho. Marina olha, enganchada pela satisfação presente na fala da mãe, e começa a lalação pela primeira vez. Laznik se faz de intérprete nas protoconversações mãe-filha.

Laznik recebe Marina três vezes por mês e nos últimos dias antes da sessão seu olhar volta a planar. Estabelece-se uma rotina: depois de se dirigir a Marina e capturar seu olhar, esta dorme e a mãe fala de si, da relação com o pai de Marina, que escondia a filha. A analista faz uma intervenção, comparando-o a Mitterrand, que também escondia a filha. Surge em seguida a triste história da avó materna, cujos bebês não foram fonte de prazer para ela. Porém, tem boas recordações do avô e ri ao se lembrar de suas histórias. Marina se vira, atônita ao ver sua mãe rindo, e ri também.

Aos nove meses, a mãe se emociona e chora durante uma sessão. Marina aponta um móbile bonito para consolar a mãe (surge o apontar protodeclarativo do CHAT)²⁹. A mãe

²⁹ O apontar protodeclarativo é um apontar para objetos que possam provocar um gozo escópico no agente maternante. Trata-se do primeiro item avaliado no CHAT, o questionário para verificação de autismo em

resolve batizar Marina e apresentá-la à família, demonstrando haver agora um lugar simbólico para ela.

Laznik, em comunicação oral feita recentemente³⁰, nos fala que, diante da excelente evolução de Marina, deixou de atendê-la por alguns meses, passando a atender a mãe, que rapidamente entrou em análise. Depois de algum tempo sem atendimento, houve piora clínica de Marina, que regrediu à ausência completa de olhar. A autora retomou o trabalho com Marina, nos indicando um acompanhamento da criança por um tempo maior nos casos de risco de autismo para que o melhor resultado clínico obtido pela intervenção precoce se mantenha.

Como conclusão parcial deste capítulo, ressaltamos que a clínica com crianças autistas deixa depreender que a idade no início do tratamento é determinante de sua melhor evolução. Este foi o caso de Marie-Françoise, que iniciou tratamento aos 30 meses, e de Marina, que iniciou aos três meses e meio. Em Dick, apesar do início relativamente tardio, aos quatro anos, houve troca do agente maternante aos dois anos de idade, o que pode ter favorecido o bom prognóstico. Timmy, entre os pacientes trazidos neste capítulo, teve a pior evolução clínica. Porém, como visto, iniciou tratamento mais tardiamente, aos seis anos.

Mas como observado nos casos inaugurais de Kanner, não apenas a idade no início do tratamento deve ser levada em conta: o tipo de tratamento, a frequência dos atendimentos, de que maneira e quando este diagnóstico foi dado aos pais e se havia

bebês aos dezoito meses, anteriormente comentado no subitem deste capítulo: Características clínicas segundo a psicologia do desenvolvimento.

³⁰ Curso ministrado no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, em agosto de 2005.

suposição de sujeito por parte dos que estavam atendendo o caso também devem ser levados em consideração em relação à melhor evolução clínica.

Após doze anos de clínica com crianças autistas, a dificuldade em discernir o autismo como estrutura diferente da psicose deve-se, no nosso ponto de vista, ao fato do encaminhamento tardio, prejudicando as intervenções clínicas devido à fixidez que se instala.

Pactuamos com a idéia de uma estrutura própria ao autismo infantil, particular em relação às outras três estruturas clínicas propostas por Lacan, devido ao estatuto radical do Outro observado antes do tratamento para essas crianças.

Esta distinção apenas nos interessa na medida em que nos auxilia em nossas intervenções clínicas, que são diferentes nos dois casos, do nosso ponto de vista.

Trabalhamos no autismo, a princípio, funcionando “como espelho”, para que justamente essas crianças possam algum dia chegar ao estágio do espelho. Já na psicose, estas intervenções de espelhamento muitas vezes provocam reações de agressividade contra o analista, devendo ser evitadas.

Pensamos ser possível através do atendimento precoce do bebê com sua mãe que se estabeleça um laço capaz de sustentar a subjetivação da criança, necessário para a “saída do autismo”, ainda podendo se fazer possível a entrada do pai enquanto função, necessária para a “saída da psicose”.

Consideramos a psicose uma das possibilidades de “saída” para o autismo, a mais freqüente na clínica, com certeza, porém não a melhor.

O atendimento precoce parece apontar para outras possibilidades. Serão necessários trabalhos futuros para melhor esclarecer este ponto, ou seja, ao atender

precocemente a criança autista seria possível outra “escolha” de estrutura pelo sujeito que não apenas a psicose?

Como bem ressaltou Laznik, o autismo vem ocupando um papel de real para todos os estudiosos sérios que se confrontam com ele. É um mistério que já dura mais de 60 anos e que vem motivando estudos que tentam recobrir este real com suplências imaginárias possíveis. Por isto, iniciamos este capítulo de revisão bibliográfica com a metáfora da roupa imaginária do rei, do conto infantil de Andersen.

O autismo, como também a criança, denuncia os pontos frágeis de nossas teorizações e os limites de nossa abordagem clínica. Porém, diferentemente do rei, não precisamos continuar o desfile com roupas imaginárias que não cabem mais...

Capítulo 2. Autismo e sujeito. Problemas conceituais. Questões que o autismo nos coloca acerca do aparecimento do sujeito.

“O Senhor mire e veja: o mais importante e bonito do mundo é isto-que *as pessoas não são sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior*”...

João Guimarães Rosa

(Grande Sertão, Veredas. Grifo nosso).

A partir da melhor delimitação de minhas questões sobre o atendimento precoce à criança autista, chegamos ao ponto que mais nos intriga. Ao assistirmos a filmagens caseiras de crianças que se tornaram autistas (pacientes atendidos por Laznik), observamos que o bebê muito precocemente – já nos primeiros meses de vida – evita ativamente o olhar do Outro. Como podemos explicar este fato, já que o bebê nesse momento ainda não seria um sujeito e sim um assujeitado ao Outro?

Aqui acontece apenas uma recusa pulsional, acéfala, ou esta criança já é um sujeito capaz de alguma escolha _ aceitar ou excluir a mãe? Como explicar este evitar do olhar que parece da ordem de uma escolha, já que acontece seletivamente com apenas algumas pessoas?

François Ansermet (2003) atenta para que, tanto no autismo quanto na clínica com o bebê, a questão do aparecimento do sujeito se coloca pela negativa, ou mais precisamente, é uma clínica onde podemos ver ou não o seu aparecimento.

“O autista seria aquele que permaneceu congelado no processo de sua assunção subjetiva. O estudo do autismo permitiria questionar as condições de nascimento subjetivo, para além das

leis do organismo. Não se trata de negar as determinações biológicas, identificadas aqui pela categoria de organismo. Podemos considerá-la inseridas na ordem da necessidade. O que está em jogo na clínica psicanalítica do autismo, todavia, é apreender se e *como o sujeito pode emergir de tal situação extrema, para além das restrições eventualmente determinadas por seu organismo*". (ANSERMET, 2003: 81 _ grifo nosso).

Concordamos com a posição do autor a respeito da visão do autismo como uma dificuldade extrema no caminho da subjetivação, independentemente das condições orgânicas que possam existir no real do corpo do bebê, condições estas porventura, em alguns casos, existentes e que não negamos neste trabalho.

2.1- O “proto-sujeito” acéfalo da pulsão.

Precisaremos retomar a linguagem como condição da pulsão, o que não é contudo um outro meio de abordar as operações de alienação e de separação. Como Lacan (1985) nos lembra em *O Seminário*, Livro 11, *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* esbarramos em grande dificuldade ao tentar equacionar a relação entre o fluxo vital instintivo do ser e a linguagem. Afinal, por dependermos do significante, somos impotentes para pensar o que escapa à linguagem. É o que nos exige seja uma representação mítica da pulsão, seja um artifício topológico. Para compreendermos a especificidade da pulsão, é preciso considerar a libido como um órgão irreal. *Órgão Irreal* que se define *por se articular ao real do organismo*, órgão que é parte e instrumento do organismo, sendo, no entanto, órgão que se encarna de um modo que nos escapa.³¹

³¹ Os próximos parágrafos sintetizam notas de curso proferido por Angela Vorcaro relativo ao Seminário de Lacan (1964), Livro 11, em São Paulo, 2001.

Nos cuidados maternantes, o agente da linguagem traça uma cartografia³², mapeando _ ao percorrer, distinguir, organizar e historiar _ o organismo e seus orifícios. Nessa composição de um tecido significativo, o corpo do ser é libidinizado: o gozo do fluxo vital é, assim, subtraído ao ser vivo, na necessária submissão ao esquadramento da linguagem, que faz deste ser um sujeito.

Em sua atividade, a pulsão opera o movimento circular do impulso que, como apelo, sai através da borda erógena, para a ela retornar, na resposta do Outro. Esse retorno é feito do contorno do objeto perdido da satisfação, objeto *a*, contorno este que é substituição do fluxo vital pelos significantes que o Outro lhe oferece: representantes, figurações do objeto perdido. Assim, o sujeito começa no lugar do Outro, lá onde surge o primeiro significante: o apelo que o representa para outro significante.

O circuito – o vai-e-vem que constitui o alvo da pulsão, sai da zona erógena para ir buscar algo que, a cada vez, responde no Outro. Portanto, a incidência da linguagem no ser pode ser localizada como produção de um movimento: que emana do ser em direção ao alvo, só preenchendo sua função ao retornar ao sujeito e não mais ao ser. É o que define o movimento pulsional que representa, em si mesmo, a parte da morte no ser vivo, que é chamado, pela linguagem, à subjetivação.

Pela via da circularidade da pulsão, o sujeito irá atingir a dimensão de falta, também no Outro: os significantes se substituem, mas não se igualam. Entre ida e volta da pulsão, entre a substituição do apelo pela resposta, a heterogeneidade se destaca. Esse intervalo mostra uma hiância. E o que se pode chamar de atividade pulsional é propriamente o fazer-se no lugar dessa hiância. O sujeito reside aí, distingue-se aí, aparece através disso.

³² Usamos aqui um termo de Alfredo Jerusalinsky.

Soler (1997: 65-6) nos lembra que as pulsões não falam, satisfazem-se na ação, silenciosamente, sem que se inscrevam no tempo, já que a estrutura temporal aí em jogo é o instante, tempo de encontro, que opera como corte na continuidade do tempo significativo. O sujeito não pode evitar ou deter a pulsão, não escolhe nem assume a pulsão. Por isso, o sujeito é dividido, não só pelo significante, mas também pela pulsão: algo não completamente inscrito ou escrito, que é a forma específica de satisfação encontrada pelo sujeito na pulsão.

Interessa apontar a este respeito as observações de Balbo (1995: 10-11, *apud* Vorcaro, 1999: 35) que nos ensina a dizer que, “em quaisquer emissões vocais gestuais ou escritas, o que faz falta ao autismo é o tempo. O tempo é significante da assunção subjetiva, pois ele é o deslocamento, o recalçamento. Sem tempo, tudo é contínuo: repetição que não produz diferença, que o vocábulo estereotipia nomeia, designando falta de diferença”.

A associação de fonemas forma uma unidade banalizada, em que a palavra perde todo seu valor de troca. Desse modo, o funcionamento da linguagem corrompe a função da fala, tornando-se independente de toda lei fálica.

“Na clínica, trata-se precisamente de contar com a incidência do sujeito da pulsão, para aí reconhecer um trajeto, fazendo incidir o corte do significante na substância de gozo, cartografando-a e dando-lhe outra extensão! Seria esse um caminho possível para a orientação do tratamento dessas crianças numa outra via de separação, numa lógica posicional em que a rede significante da linguagem aparelhe o organismo, balizando as condições de gozo, de modo que elas possam, assim, laçar o intervalo desejante?” (VORCARO, 2005, inédito).

Concordamos com a autora em sua direção do tratamento com crianças autistas. Muitas vezes não conseguimos produzir um movimento mais efetivo de separação, porém, simplesmente ao nos dirigirmos a elas, antecipando um sujeito, criamos certa possibilidade

de contenção de gozo, “mapeando” seu corpo através de nossa fala, já submetida à estrutura da linguagem.

2.2- A alienação e a separação.

A incidência do lençol de linguagem que precede o ser produz maneiras particulares de resposta às questões: O que isso quer? perder-me? Nas modalidades de resposta, derrama-se a impossibilidade de o sujeito se interrogar sobre o saber do Outro e engendrar-se como resposta a essa questão.

“Enquanto que o primeiro tempo [a alienação, I. S. C.] está fundado na subestrutura da reunião, o segundo [a separação, I.S. C.] está fundado na subestrutura que chamamos de interseção ou produto. Ela vem justamente situar-se nessa mesma lúnula onde vocês reencontrarão a forma da hiância, da borda” (LACAN, 1985: 202).

Podemos pensar também a separação enquanto intervalo. É o que vem permitir a função da fala e o aparecimento do sujeito dividido.

Interessa notar que temos crianças que não situam a incidência do intervalo entre significantes. Por isso ocorreria, segundo Lacan, o fenômeno holofrásico, tanto no autismo como na psicose e no fenômeno psicossomático. Haveria solidificação dos significantes, mantendo a alienação. Estes não se separariam.

“A separação é um efeito articulado por Lacan ao intervalo entre os dois termos do casal de significantes. Dentro deste intervalo dorme o desejo... este desejo, que aparece como desejo do Outro, repousa dentro do intervalo destes dois significantes primordiais...” (STEVENS, 1987: 68).³³

³³ Tradução própria.

A separação é o que vem permitir a função da fala e o aparecimento do sujeito dividido, a princípio impossível para o autista.

2.3- A holófrase e sua incidência na clínica da primeira infância.

A lingüística histórica buscou, no século XIX, classificar as línguas. Von Humboldt (*apud* Vorcaro, 1999) estabeleceu uma tripartição fundada na estrutura predominante da palavra em línguas isolantes (chinês e conexas), línguas flexionais (indo-européias e semíticas) e línguas aglutinantes (todas as outras). A holófrase aparece nestas últimas, em que as palavras-frases se formam por aglutinação de morfemas.

Lacan faz uma torção do conceito de holófrase da lingüística, em vários momentos de sua obra.³⁴

Segundo Ana Lydia Santiago (2005), o trabalho de Maud Mannoni (1985) despertou grande interesse em Lacan. A tese principal de Mannoni é de que a debilidade resulta da “fusão de corpos”, ou seja, um tipo de relação dual que a mãe da criança dita débil estabelece com seu filho na qual este fica aprisionado à fantasia fundamental da mãe. A “fusão de corpos” resulta, para Mannoni, da frustração que a criança débil traz para a mãe por não poder realizar seu desejo. A falta apontada pela criança débil faz a mãe sobrepor a ela uma imagem fantasmática, fixando a criança em uma relação dual em que a imagem interditora do pai não pode advir. A criança passa a encarnar para a mãe algo não simbolizado, que não pode ser posto em palavras. A criança fica impossibilitada de constituir seu corpo próprio, tornando-se aderida como um duplo ao corpo da mãe, formando um só corpo, fusionado pela ausência da entrada da função separadora do pai.

³⁴ Alexandre Stevens (1987) nos apresenta um excelente trabalho sobre este tema.

Lacan (1985) em *O Seminário*, Livro11, *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, introduz algo inteiramente inédito para pensar a debilidade, a saber, substitui a “fusão de corpos” pela “fusão de significantes”, ou seja, a holófrase do par primordial de significantes (S1-S2) que, quando solidificado, impede o advento de um sujeito capaz de fazer uso da fala em nome próprio. Lacan situa a criança débil no lugar de objeto do desejo da mãe, “psicotizada”, na medida em que o S1 adquire uma maior potência pela identificação da criança ao significante imaginário da falta no Outro. Pela fusão do par de significantes, torna-se impossível o advento da metáfora paterna, ficando a criança impossibilitada de interpretar o que ela significa no campo do desejo do Outro. (Santiago, 2005: 161- 166).

Iremos direto ao ponto que interessa ao nosso trabalho, na referência que Lacan (1985) faz à holófrase em *O Seminário*, Livro11.

“...quando não há intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, temos o modelo de toda uma série de casos _ ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar” (LACAN, 1985: 225).

Esta série de casos a que se refere são casos de psicose, debilidade e fenômenos psicossomáticos. Após a *Conferência de Genebra sobre o Sintoma*, Lacan (1998) nos autoriza a acrescentar o autismo a esta série, ao aproximá-lo da esquizofrenia.

Apesar das inúmeras diferenças entre estas patologias, há um ponto em comum. O princípio mínimo de estrutura significante da linguagem, em que um sujeito é representado no intervalo entre dois significantes (S1→\$→S2), não existe nestes casos, pois a holófrase não permite que o sujeito dividido pelo significante advenha. O significante S2, que permitiria sua representação a partir de S1, comparece de modo singular (Stevens, 1987).

A holófrase como uma ausência deste intervalo é uma solução elegante. Ela mostra a causa _ solidificação, ausência de intervalo _ e ao mesmo tempo anuncia o efeito, o caráter não dialetizável do significante. A holófrase é um outro nome da Forclusão do Nome do Pai (Stevens, 1987).

Holófrase é, enfim, o nome que Lacan dá à ausência da dimensão metafórica. A solidificação de S1 e S2 impede a vinda de outros significantes, já que eles ocupam o mesmo lugar. O primeiro significante, aquele do traço unário, representa um sujeito ao ser introduzido no campo do Outro por outro significante (S2), sob o qual o sujeito é representado e desaparece na afânise, significante que faz entrar em jogo o sujeito como falta. Se há holófrase, o sujeito não aparece como falta, mas como monolito cuja significação se iguala à mensagem enunciada. Se há holófrase, o aparecimento de *a*, como causa de desejo, está impossibilitado (Stevens, 1987).

Vamos nos aprofundar nestas outras manifestações holofráscas à frente, no Capítulo 3, usando casos clínicos, visando melhor sistematizar as graves psicopatologias do *infans*.

Seguiremos aqui a trilha de Vorcaro (1999), que propõe distinguir a alienação e a separação nos quadros de autismo, psicose, debilidade e no fenômeno psicossomático.

Como anteriormente já dito, alguns autores aproximam, como Lacan, o autismo da esquizofrenia, havendo, portanto, alienação. Outros pensam o autismo anterior mesmo à questão da alienação, como Soler (1994a).

Supondo a existência do que denomina de alienação real, distinta da alienação simbólica (submissão à linguagem) e da alienação imaginária (estádio do espelho), Laznik (2004) considera que o autismo estaria circunscrito à alienação real.

Vorcaro (1999) apresenta a hipótese de que a criança entra na alienação para, em seguida, se destacar, sem entretanto efetuar uma interpenetração entre os campos do ser e do Outro. A autora interroga a posição de outros psicanalistas:

“Ela é, sem interpolação, ou puro ser vivo, organismo, ou pura máquina significante. Suas aquisições são reflexas, na medida em que, na maquinação significante em que se faz ventríloqua, nada diz respeito ao funcionamento do corpo tomado pelo significante e, em suas funções orgânicas, nada diz respeito ao funcionamento significante. Há um funcionamento paralelo e exclusivo do ser e do significante, demonstrado por uma exclusão ativa.

Nessa perspectiva, a criança faria oposição, com seu ser, ao Outro real que ela duplicaria. A criança seria o espelho no real, do qual os Lefort (1997) nos falam? Ela realizaria a demanda negativa direta, sem inversão da exclusão que o Outro lhe propõe, como diz Jerusalinsky? (1993: 93-99). Ela operaria, como mostra Calligaris (1986: 27-8), uma retração que apaga a falha desejante do Outro, em um não sendo em que opera a retração que responde à indeterminação do desejo do Outro, fazendo-se de morto a partir do isso quer minha perda?” (VORCARO, 1999: 34).

Vorcaro condensa neste parágrafo a posição de outros psicanalistas a respeito do autismo, posições com as quais concordamos. Para o casal Lefort, o autista funcionaria como duplo do Outro real. Para Jerusalinsky, a criança não inverteria a demanda de exclusão advinda do Outro. Para Calligaris, a criança faz-se de morto a partir da indeterminação perante o desejo do Outro.

Seguindo Vorcaro (1999), no que diz respeito à psicose, a questão da alienação não traz discordância entre os autores. Há uma hipertrofia deste momento lógico, o que fica claro em suas manifestações clínicas. A criança é o que falta ao Outro. Tanto no autismo como na psicose e na debilidade, não há um intervalo que permita o aparecimento da falta no Outro, assim não há interrogação sobre seu saber.

Porém, diferente do psicótico, o débil não encarna a falta do Outro porque a ele nada faltaria. A criança débil se identifica ao lugar do verdadeiro, sem dialetizar o sentido, pois

não pode duvidar do saber do Outro, permanecendo, na maior parte dos casos, alienada ao saber do Outro. A criança portadora de um fenômeno psicossomático está situada no limite da estrutura da linguagem: algo da ordem do escrito, como um hieróglifo, que não sabemos ler, como nos diz Lacan (1985).

As operações de alienação e separação podem nos orientar na clínica, a exemplo do que nos sugere Vorcaro (1999). A condição *infans* permite sairmos da posição de espera para a posição de intervenção, isto porque o bebê ou pequena criança apresenta diferenças em relação à estrutura cristalizada do adulto. Concluimos que nossa intervenção pode mudar o modo de gestão do gozo nessas crianças.

2.4- “É novo ver aparecer um sujeito”.

Em certo momento de seu texto, Stevens (1987: 68) afirma que a holófrase é o sujeito. Que sujeito seria este? Não o sujeito do inconsciente, dividido, só possível de aparecer no intervalo entre os dois significantes primordiais, só possível após a separação. Poderíamos pensar aqui, no momento da holófrase, em um outro sujeito, anterior ao sujeito dividido?

Freud (1915, *apud* Laznik, 2004) emprega o termo *subjekt* por oito vezes em seu texto *As pulsões e suas vicissitudes*, sendo este um termo que ele usa pouquíssimo ao longo de sua obra. Aponta, como já mencionado neste texto, que a pulsão possui três tempos: um primeiro ativo, um segundo reflexivo e um terceiro passivo. Um novo sujeito (*Ein neues subjekt*) apareceria após completo o terceiro tempo do circuito pulsional.

Lacan (1985), retomando esta passagem em Freud, fala do aparecimento de um “novo sujeito” no momento do remate da pulsão através do terceiro tempo pulsional, quando o bebê “se faz”, se aliena, provocando gozo no Outro.

“É preciso bem distinguir a volta em circuito de uma pulsão do que aparece _ mas também por não aparecer _ num terceiro tempo. Isto é, o aparecimento de *ein neues subjekt* que é preciso entender assim _ não que ali já não houvesse um, a saber, o sujeito da pulsão, mas que *é novo ver aparecer um sujeito*. Esse sujeito, que é propriamente o outro, aparece no que a pulsão pôde fechar seu curso circular. É somente com sua aparição no nível do outro que pode ser realizado o que é da função da pulsão.” (LACAN, 1985: 169 _ grifo nosso).

A explicitação de que sujeito é este tem trazido uma série de controvérsias entre os psicanalistas. É o que permite a Laznik (1993) afirmar que este “novo sujeito” tem sido relegado a segundo plano na psicanálise. Soler (1997), porém, nos lembra que o “novo sujeito” nada mais é do que o sujeito da parte inferior do grafo do desejo, sobre o qual não há nada de novo, pois Lacan já vinha escrevendo sobre ele há mais de dez anos. No entanto, este conceito nos ajuda clinicamente, por isto o continuamos ressaltando aqui.

É possível considerar que o sujeito que não vai além deste terceiro tempo pulsional, fixando-se aí, manter-se-á objeto da subjetividade da mãe, o que localiza a psicose, a debilidade e os fenômenos psicossomáticos. Segundo Lacan (2003b), a criança nesta posição seria correlata do objeto *a* no fantasma materno.

De nosso ponto de vista, para que o autista chegue a ser este “novo sujeito”, ou seja, para que ele “se faça” para o Outro, fazem-se necessárias muitas intervenções.

Laznik (1997) nos diz que um dos problemas das crianças autistas é que freqüentemente não há nenhuma separação entre as palavras, mesmo na chamada linguagem dita “pós-autística”. Trata-se, nestes fenômenos holofrásicos, da dimensão do equívoco estar banida. Por não funcionarem como significantes que se remetem a outro em cadeia, não há o aparecimento do sujeito do inconsciente, dividido.

No entanto, podemos nos questionar se estas manifestações holofrásicas denunciam o aparecimento do novo modo de ver o sujeito. Veremos um exemplo voltando ao caso Maurício.

2.5 Voltando a Maurício.

Maurício³⁵ era um paciente portador de um caso muito grave de autismo que nos chega aos oito anos, já com a estrutura cristalizada. Estudava em Escola Especial, após ter passados dois anos na escola regular, com muitas dificuldades. Era excelente em matemática, mas em português, conhecia as letras, mas não sabia juntá-las, segundo relatório de sua professora. Veremos logo mais, no entanto, que Maurício já lia, porém apenas o que lhe interessava. Decorava propagandas de televisão, que repetia sem parar.

Veio pela primeira vez apenas com o pai, que contou que tinha dois filhos do primeiro casamento. Após ter ficado viúvo, casou-se com a mãe de Maurício, que não queria ter filhos, por medo de morrer no parto. Após a saída do pai, Maurício permaneceu sozinho na sala sem dificuldades desde nosso primeiro contato, correndo para o caminhão, lendo “*Texaco*” com uma entonação própria, cantada, mas monótona, com poucos picos prosódicos.

Esta entonação de voz diferente é uma das características mais interessantes que podem estar presentes no autismo, no nosso ponto de vista. A sonoridade da voz adquire um valor muito especial para essas crianças, constituindo-se em uma importante ferramenta durante os atendimentos clínicos, como veremos à frente.

³⁵ Outras observações relativas a este caso foram abordadas na Introdução deste trabalho.

Maurício veio na sessão seguinte com a mãe, que nos contou que ao engravidar, ficou apavorada. Ela falou: *“Não é que não queria... tinha medo. Toda vida tinha medo de ter filho... as pessoas falavam que parto era pé na cova... no dia que passei mal dele, não queria ir para o hospital de jeito nenhum.”*

Maurício nos ignorava totalmente, brincando de bater o caminhão. Começamos a bater o pé no chão no mesmo ritmo em que ele batia o caminhão. Sem olhar, Maurício tentou segurar as pernas para que parássemos de bater o pé. O contato ainda era insuportável e ele evitava entrar em sintonia através do ritmo. Um parar diante da possibilidade da alienação fundante?

Havia papel e lápis de cor sobre a mesa. Fazia rabiscos dizendo: *“leão”*. Questionamos, tentando usar a mesma entonação de sua voz, o que não conseguimos, a princípio: *“Papai leão”*? Irritou-se, jogando-se contra a parede. Acalmou-se com um balanceio.

Em outra sessão, voltou a rabiscar dizendo: *“leoa”*. Novamente intervimos: *“mamãe leoa”*? Desta vez não se irritou, parecendo aceitar a fala. Talvez tenhamos conseguido nesta segunda interpretação estar mais próxima da entonação de sua voz que, por isto, foi mais bem acolhida. Achamos interessante que o que mais agredia Maurício não era a interpretação em si, mas a qualidade tonal da voz dirigida a ele.^{36, 37}

³⁶ O conteúdo pode ser qualquer um. Lalangue seria mais importante para essas crianças?

³⁷ Comentando sobre a entonação da voz, Marie-Christine Laznik diz à mestrandia: ponto importante, o enunciado nada diz do desejo do Outro (um dia lhe explico como vejo atualmente o grande Outro, mas deixo para depois de sua tese). O que diz é a enunciação, termo um pouco largo, mas que seguramente inclui a qualidade tonal.

Nos próximos dois meses, repetia sempre a brincadeira com o caminhão, falando “*texaco*”, e o desenho de rabiscos (desenho um), falando “*leoa*”. Aceitava melhor as intervenções através da fala, porém se nossos olhares se encontravam, ficava agitado.

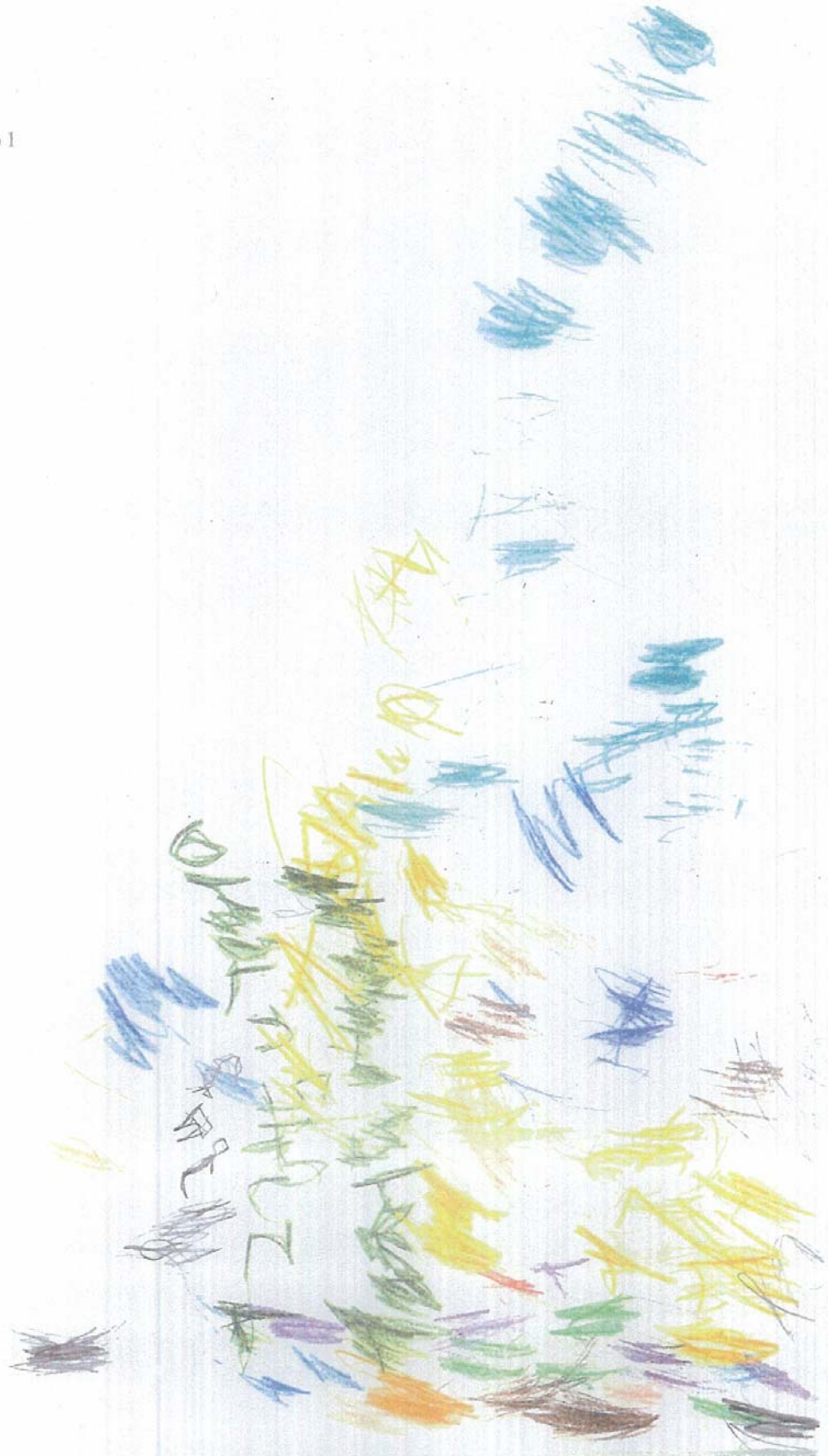
Após dois meses, iniciou a escrita repetida de números, após ter escrito *Texaco* (desenho dois). A mãe notou melhora clínica significativa da agitação e melhora do contato, além de intenção maior de se comunicar. Esta escrita de números se tornou constante em suas sessões por muitos anos.

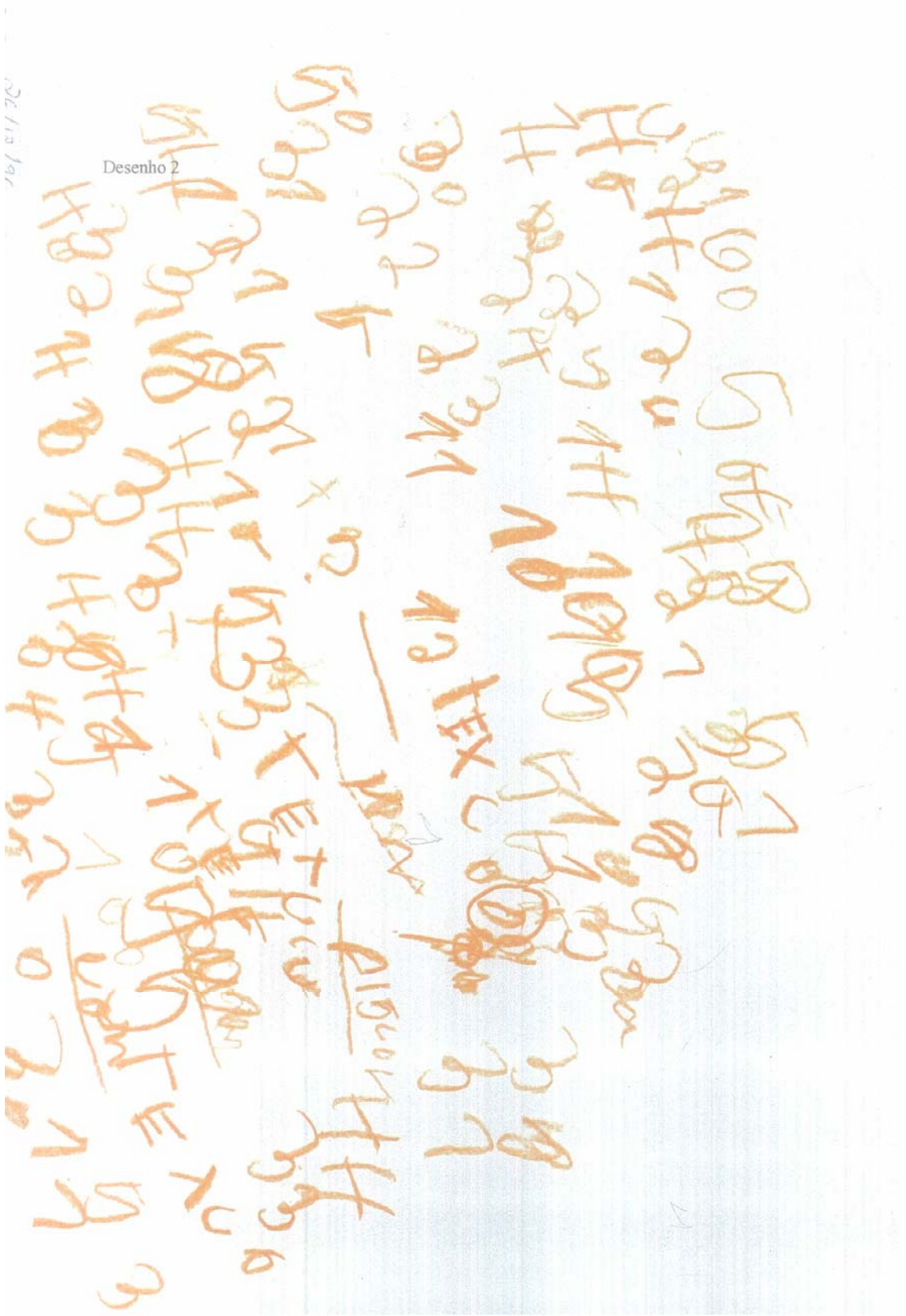
O paciente iniciou melhora clínica a partir desta escrita de números. Com a leitura de um texto de Miller (1993), passei a entender esta escrita de números presente nos desenhos como o primeiro saber no real possível a Maurício. A seqüência de números de Maurício passou a uma gradativa conversão em palavras, ainda em seus desenhos.

Miller aponta neste texto uma dupla subtração necessária de gozo para a constituição do sujeito. A primeira, Lacan denomina de contagem, ou seja, tornar o gozo calculável. Isso justifica a numeração inicial. Nos desenhos vemos surgir, com o tempo, letras e depois palavras a partir dos números.

A segunda subtração de gozo é a extração do que Lacan chamou objeto *a*, impossível para Maurício devido à holófrase do par de significantes primordiais. No entanto, nessa época, passou a aceitar melhor a batida com o pé, no mesmo ritmo que ele batia o caminhão. Passou mesmo a se divertir com este jogo de sons, rindo e explorando nosso corpo com as mãos, ainda sem olhar.

Desenho 1





Quando mais tarde ele mesmo propôs uma “batucada com lápis”, pensei que de certa maneira houve um deslocamento do corpo para um objeto externo, o lápis. Seria aqui um ensaio primitivo da tentativa de extrair o objeto *a*?³⁸

Quatro meses após o início do tratamento, começou a escrita repetida do ônibus que pegava para ir às sessões. Iniciou também trabalho fonoaudiológico.

Seis meses após o início do tratamento, veio com a seguinte frase: “*Texacoomundoconfia*” e, algumas sessões depois, com “*Texacovocêconfia*”, sem separação entre as palavras. A manifestação holofrástica já indicava o aparecimento de um novo modo de ver o sujeito, permitindo a Maurício alienar-se?

Fizemos nova interpretação: “*Você está dizendo que confia no nosso trabalho?*” Tomamos a holófrase como “significante de transferência”. Antecipação de sujeito? O fato é que nessa época apresentou melhora clínica acentuada, passando a ler e a escrever na escola e aumentando em muito a interação social.

Insistia em escrever as frases holofrásticas, pedindo que escrevêssemos também, funcionando como espelho para ele (desenho três). Porém, insistíamos em escrever as palavras separadas, e ele imitava. Entretanto, ainda não era capaz de um movimento real de separação por si. Mas fazia-se necessário que primeiro uma função de terceiro sustentasse esta separação, antecipando-a.

Finalmente, escreveu pela primeira vez o nome próprio, repetindo-o sem cessar, batendo no peito. Foi uma sessão emocionante, quase como um autobatismo.

³⁸ Sobre o ritmo e o corpo, Marie-Christine Laznik faz o seguinte comentário: esta questão do ritmo é tão central na constituição do sujeito que nosso seminário fechado da Associação Lacaniana Internacional sobre o autismo, neste ano de 2006, trata apenas deste tema.

TEXACO VOCÊ CONFIAR
TEXACO VOCÊ CONFIAR
TEXACO VOCÊ CONFIAR

Desenho

TEXACO VOCÊ CONFIAR

TEXACO VOCÊ CONFIAR

TEXACO VOCÊ CONFIAR

TEXACO VOCÊ CONFIAR

TEXACO

01 5 8 79548070
02 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Posteriormente, escreve o nome completo, primeiro com o sobrenome materno, depois com o sobrenome paterno.

Logo após, o pai faleceu de maneira inesperada. Maurício regrediu quase à estaca zero, deixou de falar, voltou a apresentar balanceio de tronco, recusando-se a voltar à escola. Passou a recusar a medicação e às vezes não queria mesmo vir ao tratamento. Quando vinha, os desenhos voltaram a traços e números (desenho quatro). Voltou a predominar a ecolalia e a auto-agressão. Enquanto se recusava a vir, eu atendia a mãe em seu lugar.

A morte do pai motiva abalo no tratamento de crianças de qualquer estrutura. No entanto, chama a atenção a piora clínica do paciente. Realmente aqui podemos comprovar uma das observações clínicas de Laznik (1997) a respeito da hipersensibilidade dessas crianças às contingências da vida.

A mãe resolveu voltar para a casa dos pais no interior. Fizemos relatório para continuidade do tratamento na cidade mais próxima que tinha equipe de saúde mental. Mudou-se para o interior e, após alguns meses, retornaram por não encontrar tratamento para Maurício no local.

Após um ano da morte do pai, passou novamente a melhorar, voltando a ficar tranqüilo, escrevendo números no papel e, finalmente, voltou a escrever seu nome. Iniciou jogo de sons batendo um lápis no pé da mesa, esperando que copiássemos.

Nossa comunicação passou a acontecer através da “batucada” com os lápis. No início, batucávamos no ritmo, depois passamos a acrescentar novos ritmos, como para introduzir um terceiro elemento entre nós.

Aos poucos, surgiram outros nomes a partir dos números: o nome do pai, da mãe, da irmã, e colegas. Voltou a apresentar melhora clínica. Finalmente, surgiu a primeira

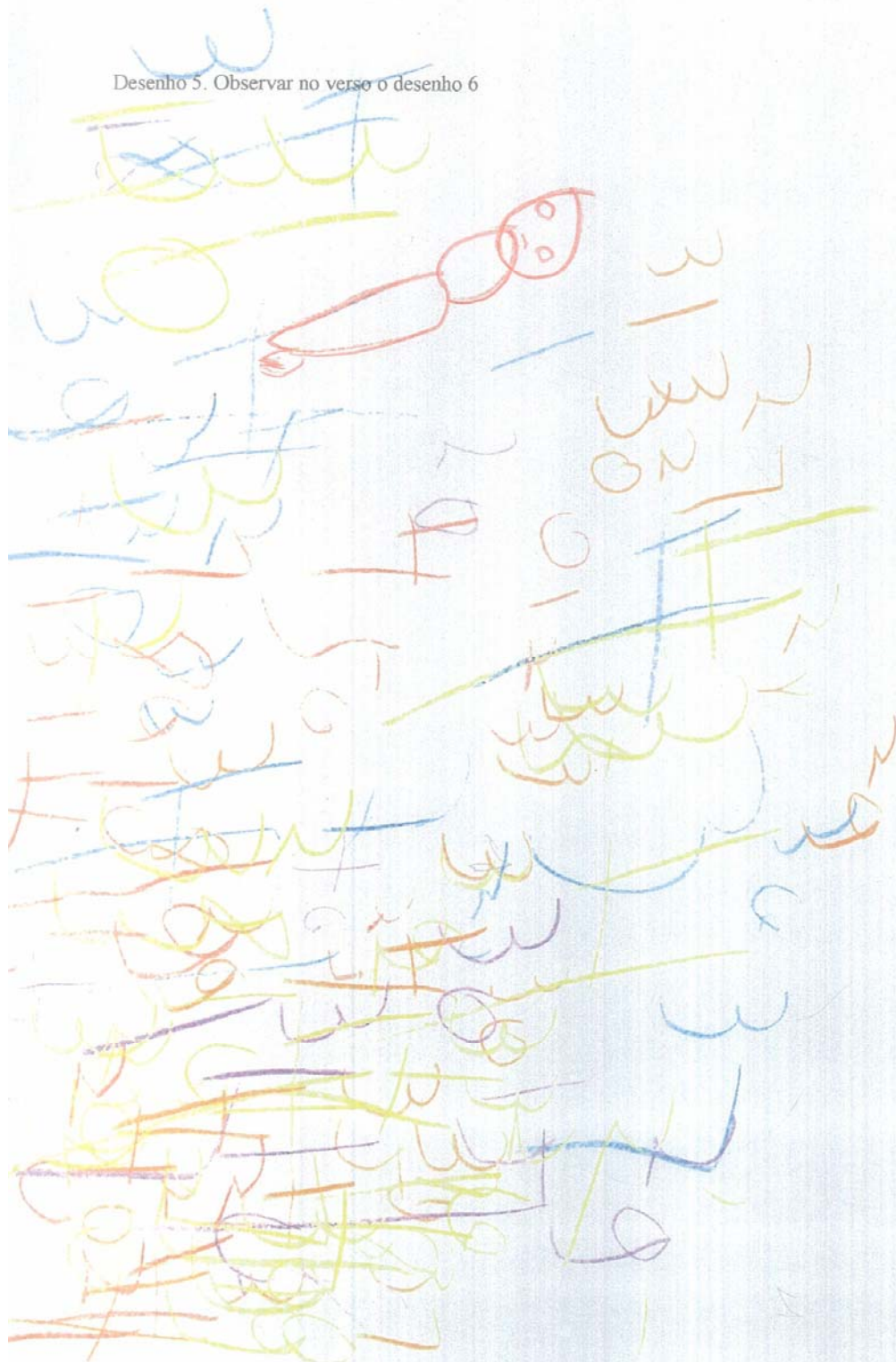


Desenho 1

representação de figura humana, duplicada no verso (desenho 5 e, no verso, observar o desenho 6).

O que dizer da relação entre o circuito pulsional que se completa no terceiro tempo e as manifestações holofráscas? Trata-se de interrogar que espécie de articulação existe entre a pulsão e a fala. Podemos ensaiar uma resposta a partir do destacamento da pulsão invocante.

Desenho 5. Observar no verso o desenho 6



2.6- A voz da sereia. O manhês e a subjetivação.

“A questão é saber se aquilo que os manuais parecem expor _ ou seja, que a literatura é uma acomodação de restos _ é um caso *de colocar no escrito o que primeiro seria canto, mito falado ou procissão dramática*”(LACAN, 2003: 16 _ grifo nosso).

O artigo de Marianne Cavalcante (2005), “*Pausas no manhês: lugar de subjetivação*”, traz pesquisas que a pesquisadora Cláudia De Lemos conduz desde 1999 na área de aquisição da linguagem em interlocução com a psicanálise. A mãe passa a criar manifestações de subjetividade por parte do bebê através do manhês, a maneira particular que cada mãe tem de falar com seu filho.

Esta subjetividade antecipada pela mãe faz do bebê um interlocutor desde as protoconversações. “A instauração da especularidade materna, através do pseudodiálogo, traz a possibilidade de configurar a relação mãe-bebê, desde o início, como de uma constituição subjetiva” (Cavalcante, 2005: 36).

Depois aparece a fala atribuída, que se caracteriza por curvas ascendentes e descendentes, voz em *falsetto* e infantilizada, onde a mãe “faz de conta que o bebê está falando”. Depois destas falas, aparecem pausas longas, onde o lugar locutório do bebê se faz presente. Aqui, através das pausas prolongadas, o próprio lugar de falante do bebê é garantido.

Aos nove meses, diante de um bebê mais ativo vocalmente, a mãe realiza outro deslocamento, agora para seu próprio lugar de mãe. A fala materna passa a pontuar as produções do bebê através da fala ritmada, possibilitando à criança inserir-se no compasso da língua.

A mãe usa a fala recortada neste momento para recortar produções do infante por ela espelhado. A mãe se cala, cedendo lugar ao bebê.

A criança, a partir dos quinze meses, passa a assumir seu próprio lugar de sujeito e também assume outros lugares, como faz a mãe. É o momento da fala enfática.

A fala e a constituição do sujeito

Tipos de fala	A mãe	O bebê
Fala atribuída	Voz materna em <i>falsetto</i> e infantilizada. A mãe “faz-de-conta” que o bebê está falando.	Pausas longas na fala materna garantem o lugar de falante do bebê, que inicia a lalação.
Fala ritmada	A mãe desloca-se para seu lugar de mãe.	Possibilita à criança inserir-se no compasso da língua.
Fala recortada	A mãe recorta as produções do infante.	A mãe se cala, cedendo lugar ao bebê.
Fala enfática		A criança assume seu próprio lugar de sujeito.

Fonte: Elaborado a partir do artigo de Cavalcante (2005).

Laznik (2004), em um de seus últimos escritos, compara a voz da mãe no primeiro momento à voz da sereia, que tem ou não o poder de atrair o olhar de seu filho. Segundo a autora, retomando elementos de um clássico grego, *A Odisséia*, há três tipos de canto da

sereia. Um primeiro canto, *Op's*, é ligado à fala. É o canto sedutor, que atrai os homens e os leva a se afogar no fundo do mar. Compara este canto ao manhês, que tem picos prosódicos acentuados e atrai o olhar do bebê, provocando a alienação fundante.

Erika Parlato, trabalhando com Laznik, vem desenvolvendo uma pesquisa muito interessante em relação à fala materna dirigida a seu bebê. Ela tem analisado as falas de pais de crianças que se tornaram autistas, em gravações domésticas feitas nos primeiros meses de vida, enfocando seus picos prosódicos. Ainda não temos acesso à pesquisa completa³⁹, mas parece haver uma diminuição de entonações de alegria e surpresa. Esses picos prosódicos, quando emitidos por outras pessoas, outros familiares ou pediatras, por exemplo, atraem o olhar da criança autista.

Laznik problematiza estes fatos. Haveria uma ausência primária destes sons por parte da mãe ou, diante de uma criança que não responde, o que pode tornar o bebê mais ativo do que antes supúnhamos em relação à “escolha forçada” estrutural, há um esgotamento da mãe em fazê-los?

Essa pesquisa abre um importante campo relacionado ao tratamento das crianças autistas. Atuando precocemente poderíamos intervir nas modulações das protoconversações mãe-filho?

Pela nossa observação, em mães de crianças com risco de evolução psicótica, ao contrário, esses picos prosódicos são até mais acentuados e duram muitas vezes até a primeira infância. Enquanto, no caso de risco de autismo, a sereia não atrai⁴⁰, no risco de

³⁹ Logo teremos acesso a sua tese de doutorado, em fase final de elaboração, segundo comunicação pessoal da autora.

⁴⁰ Penso que a sereia sempre atrai, o problema é que ninguém é de ferro e que só pode segurar o papel de sereia alguém que é buscado pelo bebê. Penso até que a constituição desta prosódia, que vai melhorando dia a dia quando o bebê responde, indica a constituição de uma função que seria propriamente o Outro, como função. Isto está no último Lacan, que lhe peço para deixar para depois de março de 2006, o Lacan marcado pela semiótica, por Peirce e Fregue. (Comentário de Marie-Christine Laznik).

evolução psicótica, há um excesso, uma saturação de atração, podendo o bebê “se afogar” na alienação fundante provocada pelo manhês.

Recordamos de um caso de uma criança portadora de um quadro grave de psicose infantil que atendemos por algum tempo. Apesar de a criança já contar com cinco anos, a mãe persistia com uma entonação carregada de picos prosódicos. O que falta no autismo abunda aqui.

Laznik (2004) nos fala de um segundo canto, *Ftogos*, o canto do puro som inarticulado, o grito da soprano na ópera, que nos lembra uma descarga pura de pulsão de morte. Aqui é como se houvesse uma des fusão pulsional e Tânatos comparece de maneira singular. Laznik (1997) chega a comentar sobre uma paciente autista, Luisa, que tinha adoração por um trecho de ópera em que a soprano soltava este grito.⁴¹

Esse grito nos remete também ao grito de Robert, o menino lobo, caso atendido por Rosine Lefort e comentado por Lacan (1979: 110-127) em *O Seminário*, Livro 1, *os escritos técnicos de Freud*. É o “caroço da palavra”, nos diz o autor.

Lúcio, outra criança de dois anos recebida em outubro de 2004, é atendida há cerca de um ano. Apresentava-se, a princípio, “*enroscado no colo da mãe*”, que não podia nem fechar a porta ao ir ao banheiro. Não tinha brincar espontâneo, não falava e não dormia. Apesar disto, não havia sinais de risco de autismo.

Foi uma gravidez desejada pela mãe e contra a vontade do pai e da família. Logo que nasceu, a mãe entrou em um quadro de agitação extrema, gritando sem parar, não conseguindo tocar no filho ou falar com ele, porém não deixava que o retirassem de perto,

⁴¹ Sobre este grito, Marie-Christine Laznik informa ao comentar esta Dissertação: trata-se da mãe na Flauta encantada.

por medo de ser roubado ou trocado. Este quadro durou três meses, durante os quais mãe e criança gritavam, em desamparo extremo, só podendo contar com o auxílio da medicação da mãe e da ajuda claudicante da avó materna, cansada e doente, com quem Lúcio foi deixado a partir dos três meses.

Vemos que este mesmo grito se tornou a única comunicação possível entre Lúcio e sua mãe. Até dezoito meses o bebê se desenvolveu normalmente, não apresentando sintomatologia psíquica, porém nesta idade começou um “uivo desesperado”, tendo sido sedado pelo neurologista. Há seis meses os pais reataram o relacionamento e buscaram Lúcio⁴², que passara a chorar muito à noite, incomodando a avó.

O interessante é que mesmo esse grito produziu alguma ligação, pois Lúcio nunca apresentou sintomatologia de risco de autismo. Mesmo através dele foi possível a alienação. Diante do exposto, será que poderíamos pensar que a simples massa sonora inarticulada pode investir libidinalmente a criança, alienando-a?

O problema é que aqui só há presença. Falta a ausência. Falta a falta. O que pode se inscrever através da modulação da fala, através exatamente dos picos prosódicos, não seria exatamente a falta? Através do manhês não seria possível a primeira abertura para a inscrição do nome-do-pai, possibilitando assim a operação da separação?

Segundo Lacan (1973- 74) em *O seminário*, livro 21, *les non- dupes errent*:⁴³

“...todo homem só chega a se fundar sobre esta exceção de alguma coisa, o pai, enquanto que proposicionalmente, ele diz não a esta essência. O desfiladeiro do significante pelo qual passa ao exercício dessa alguma coisa que é o amor, é muito precisamente esse nome do pai, *esse nome do pai* que não é non (não), (n.o.n.) que a nível do dizer e *que se amoeda, que se cunha pela voz da mãe*, no dizer-não de um certo número de interdições, isto neste caso, nos casos felizes...”(LACAN, 1973-74 _ grifo nosso).

⁴² Voltaremos ao caso Lúcio no Capítulo 3.

⁴³ Lição de 19 de março de 1974.

Segundo Lacan, portanto, a voz da mãe cunha o nome do pai.

Nominé, em comunicação oral⁴⁴, refere-se a uma passagem do *Seminário*, Livro 10, *a Angústia*, no qual Lacan (2005), ao tratar da pulsão invocante, comenta que a voz só é ouvida de fato na psicose.

O autor nos lembra que a voz que interessa à psicanálise não é a que se escuta quando emitida pelo órgão fálico do cantor, pois esta já possui um recobrimento narcisista que veste o objeto *a*. O que interessa é o vazio sonoro, o puro objeto lógico voz. Somente depois de privada da voz primordial é que se torna possível a subjetivação da criança, aparecendo então a fala.

Os primeiros gritos do bebê e a eficácia da voz materna em atender seus apelos vão determinar a constituição psíquica particular de cada sujeito. Os primeiros intercâmbios sonoros já marcam o início da estruturação dos processos psíquicos. Por isso a fala aponta para o aparecimento do sujeito do inconsciente, fixando-se como principal forma de expressão psíquica

Primeiro construímos nossos próprios signos fonéticos, chamados por Freud (1990 [1895]) de “sons verbais primários”. Só aprendemos a falar a língua das outras pessoas em um segundo momento da comunicação, esforçando-nos por tornar a imagem sonora produzida por nós o mais semelhante possível à que deu lugar à nossa inervação motora. Aprendemos a repetir, a dizer imitando outras pessoas (David, 2004).

A linguagem verbal se solidifica tardiamente em um jogo de relações sonoras muito limitadas e codificadas. A palavra evolui até alcançar uma maior clareza e riqueza expressiva que a afasta cada vez mais do sentido sonoro puro, que poderíamos aproximar do conceito lacaniano de *lalangue*, a “massa sonora”.

⁴⁴ Conferência proferida em Belo Horizonte em 27/09/2005.

Laznik nos fala ainda de um terceiro canto, *Aöide*, que não é a voz, mas o hino em si mesmo. *Aöide*, que não é a voz, também não é um conteúdo, mas promessa de saber, nos diz a autora. Vejamos um exemplo clínico onde o encontro com a massa sonora de uma língua desconhecida dificultou um laço capaz de sustentar uma subjetividade em instalação.

Francesca chega a atendimento aos quatro anos. Teve diagnóstico de risco de autismo na Itália, onde morou com os pais na primeira infância, tendo sido atendida precocemente, com excelente resultado. Não apresenta mais quase nenhum sintoma autístico.

A mãe, brasileira, conheceu o pai, italiano, pela Internet. Depois de poucos encontros, ela engravidou de Francesca e casou-se, tendo ido morar na Itália, sem falar o idioma. Logo se deu conta de que o marido era usuário de drogas, não trabalhava e morava a expensas da família, que não acolheu bem a mãe e a filha.

A mãe relata ter entrado em um estado de “estranhamento diante da língua, do país, de sua nova realidade”, do qual só se recobrou após o “susto” tomado pelo diagnóstico de risco de autismo de Francesca com um ano e três meses. Ficava horas andando a esmo pela cidade, sem rumo. O que mais a incomodava era o som da nova língua, da qual só conseguiu aprender poucas palavras. Após cerca de um ano de tratamento dela e da criança, voltou ao Brasil com a filha e o marido.

Melman (1989, *apud* Laznik, 1997) nos fala da dificuldade de estrangeiros que não falam a língua ao terem filhos que passam a ser educados no novo idioma. Diz que a função de pai simbólico passa a ser exercida pela nova língua, ficando os pais restritos ao papel de pais reais, acarretando por vezes dificuldade de subjetivação destas crianças.

2.7 A música da fala.

“No início era o verbo”⁴⁵

João O 1; 1. O evangelho segundo São João.
Bíblia Sagrada.

É interessante notarmos que a música, os ritmos e a entonação da voz são essenciais no tratamento das crianças autistas, uma das mais primitivas patologias humanas. Seria quase impossível abordar uma criança autista sem o acesso aos recursos que a música permite.

Segundo David (2004) em sua monografia apresentada à UFMG: *A linguagem sonora*, “a música abrange diversos fenômenos que ultrapassam a delimitação de uma forma estética. Ela acompanha o homem desde seus primórdios, das canções de ninar aos transes religiosos e rituais fúnebres”.

Para o autor, a voz é considerada o primeiro instrumento melódico e as mãos e os pés os primeiros instrumentos de percussão. O homem primitivo buscava harmonizar seu próprio ritmo com o dos seus semelhantes. Assim, a dança e o canto se acompanhavam do bater das palmas e dos pés. Ao associar a melodia cantada a uma representação de tempo, ele podia colocar-se em uníssono com os demais, representando simultaneamente sua unidade e sua separação com um objeto. Podemos nos remeter aqui aos conceitos lacanianos de alienação e separação?

⁴⁵ O manhês é um verbo ou um ato?

Na maior parte das civilizações da Antiguidade, a música foi considerada como a maior de todas as artes. De fato, a voz é o registro mais primitivo de que dispomos. Como acentua bem Laznik (2004), a voz vem anterior ao olhar para o bebê.

“Os primeiros sons emitidos e percebidos pelo lactante possuem uma função estruturante no psiquismo. Aproximando a fala da música, podemos ampliar nossa compreensão da linguagem humana. No *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud (1985) associa a origem dos processos psíquicos aos primeiros intercâmbios sonoros do bebê. A psicanálise trabalha com a fala para tentar traduzir uma cena sonora” (DAVID, 2004).

Como visto anteriormente, o manhês abre caminho para a subjetivação, conforme aponta o autor nesta citação. Além disto, a fala segue tendo importância fundamental para a psicanálise, pois é através dela que podemos dizer do que nos marcou.

A voz tem padrões de tom, timbre, ritmo e intensidade variáveis que já são captados pelo bebê, que já é possível de ser afetado pelos sons desde o último trimestre de gestação, segundo a medicina fetal. O bebê é extremamente precoce em relação ao contato com o estímulo sonoro. Muitas mães relatam que seus bebês se mexem na barriga diante de certos estímulos sonoros específicos, certas músicas ou da fala de certas pessoas. Pesquisas recentes comprovam que, nos últimos meses de gravidez, o feto já responde a padrões sonoros como a voz da mãe ou musicais, indicando uma maturação biológica extremamente precoce das sensações acústicas (David, 2004).

Freud (1990 [1925]) nos fala que o investimento nos músculos vocais e no pulmão ao nascimento prenuncia a relação de objeto que logo será estabelecida.

Voltando a David (2004), a fala e a música se originam de conflitos auditivos que remetem à própria origem da capacidade de significação humana.

O autor remete-nos ao *Projeto para uma psicologia científica*, no qual Freud (1990

[1985]) descreve a origem da linguagem humana através da comunicação sonora desenvolvida precocemente entre o recém-nascido e o *Nebenmensch*, o ser experiente que cuida. A inervação da fala é a primeira via de descarga, ela funciona como uma válvula de escape para regular as oscilações do *quantum* de energia até que se descubra a ação específica. Os sons emitidos e percebidos fazem uma primeira mediação, ligando a realidade interna e externa do bebê.

Citemos, como exemplo, a mãe que canta enquanto prepara a mamadeira, e a criança muitas vezes se cala, satisfeita momentaneamente pela voz materna.

Para David (2004), a música e a fala tomam caminhos diferentes em um segundo momento da comunicação humana, mas continuamente recorrem um ao outro graças à origem sonora comum, como notamos na poesia ou na canção. Do grito até os significantes verbais, passando pela música, procuramos compreender a posição privilegiada dos sons através da pulsão invocante, dando origem à subjetivação humana.

2.8 A capacidade de se surpreender do Outro primordial⁴⁶.

Laznik (1997) apresenta o caso de uma menina autista chamada Luisa, a mesma que ficava maravilhada diante do grito de uma soprano na ópera, que chegou a tratamento aos quatro anos e meio de idade, fase em que já se faz necessário trabalhar com maiores percalços.

Porém, desde um ano e meio, havia feito um trabalho com uma psicomotricista interessada em psicanálise. Quando chegou, embora pudesse andar, perdia o eixo de seu corpo, tornando-se desvitalizada como uma boneca de pano.

⁴⁶Expressão criada por Laznik em seu artigo L'étonnement de l'Autre maternel (apud Fernandes, L.R., 2000: 146).

Pronunciava, no entanto, fragmentos de antigas canções francesas, às quais os pais a princípio não davam importância, mas com as quais Laznik pôs-se a trabalhar.

O primeiro enunciado da criança foi: “*Eu sou Lou, o pequeno lobo das estepes*”, ecolalia diferida de uma história infantil. No entanto, Laznik nos aponta que Lou era o apelido que a mãe lhe dava. Há já o esboço de uma representação simbólica, mesmo que seu apelido remeta mais a um animal (*loup*- lobo) do que a uma menina.

Logo após, outro enunciado solto emitido pela criança: “*riacho profundo*.”⁴⁷ Laznik questiona o pai, presente nessa sessão, e ele reconhece parte de uma canção cantada por Yves Montand chamada “*Nos degraus do palácio*”⁴⁸.

O pai e a filha cantam e quando ele pronuncia: “*existe uma linda menina*”⁴⁹, Luisa tem uma reação de intenso júbilo.

A analista então percebe que pela primeira vez o termo “filha”⁵⁰ pôde ser dirigido a ela. Na canção, tratava-se da história de uma bela menina, cheia de admiradores, que acaba aceitando como pretendente um sapateiro que a calçou.

Laznik pede ao pai que calce seus sapatos, que freqüentemente escorregavam de seu pé, cantando a estrofe: “foi ao calçá-la”⁵¹. Luisa estende o pé em direção ao pai pela primeira vez como uma bela menina/filha.

A análise continuou através de outras canções, numa das quais um pai reconhecia sua filha. Nova reação de alegria por parte da paciente.

Porém, para a mãe, por bastante tempo, Luisa continuava sendo apenas a menina-lobo.

⁴⁷ “*rivière profonde*”.

⁴⁸ “*Aux marches du palais*.”

⁴⁹ “*y a une tant belle fille*”.

⁵⁰ O termo *fille* em francês pode significar menina, mas também filha.

⁵¹ “*c’est en la lui chaussant*.”

Por último, e com ambos os pais já interessados nas “traduções” das canções e histórias infantis de Luisa, vem a surgir o mito de Rabelais em que um filho de um gigante, “um bebê formidável”, aparece. Luiza exclama: “À voir! À voir!”, “A ver! A ver!”, quando no mito a frase pronunciada diante do bebê formidável era “À boir! À boir!”⁵².

Laznik se surpreende. Considera que Luisa fazia aqui um chiste, pedindo para ser vista, já que a criança podia diferenciar perfeitamente ver de beber.

Todas as frases que faziam Luisa se manifestar com júbilo remetiam a um reconhecimento por um pai que deseja uma filha, tocando também na questão do olhar do Outro primordial.

Fernandes (2000: 146-154), que continuaremos a seguir nos próximos parágrafos, nos diz que o olhar do Outro primordial nos remete à terceira pessoa do chiste. Sugere que tomemos as produções de pouco sentido do bebê (gestuais, sonoras, musculares) como chistes no primeiro tempo de sua aparição. Para que um Outro possa se surpreender perante as produções de pouco sentido (*peau-de-sens*) de um bebê nos primeiros meses de vida, é necessário que este Outro se furte de seu saber.

Isto nos remete a $-\phi$ ⁵³, marca de uma falta que torna possível a substituição de um objeto. Já que o falo não tem consistência, qualquer objeto pode vir a substituí-lo. Porém, trata-se de uma falta que instaura a espera de algo, de uma metáfora.

Quando o Outro primordial encontra-se apagado, perde-se a capacidade de metaforizar o real do bebê, remetendo a criança a um deslizamento do sentido. Quando o Outro simbólico não faz função, o Outro primordial fica incapaz de reagir ao chiste originário da criança, respondendo com um branco, impedindo a metáfora originária

⁵² A beber! A beber!

⁵³ Letra utilizada por Lacan (1960) para referir-se ao falo negativizado na imagem especular, possibilitando, então, a interdição do gozo.

Fernandes (2000: 151).

Somente quando o desejo materno se metaforiza em $-\phi$, aparecendo dos furos do desejo os significantes do ideal, é que se pode ver a imagem idealizada da criança, ou “Sua Majestade, o Bebê” de que nos fala Freud (1990 [1914]). O corpo real do bebê se reveste então de objetos a (o segundo passo do olhar).

É do surgimento desta imagem, cheia de perfeição, que advém o prazer do Outro primordial, que passa a tomar qualquer gesto do bebê como precioso e, por isso, recolhido como mensagem. Através do prazer do Outro é que o bebê pode completar o terceiro tempo da pulsão, se humanizando. Como anteriormente citado, Laznik considera que os autistas estariam com um obstáculo aqui, neste momento essencial da constituição do sujeito.

2.9 O brincar e a constituição do sujeito.

O brincar é uma linguagem, tem um caráter de prática significativa. O jogo do *Fort!* -*Da!* tornou-se um marco na psicanálise, sinalizando o acesso da criança ao simbólico.⁵⁴

O jogo em questão foi observado por Freud (1990 [1920]) em seu neto de 18 meses que, diante da ausência da mãe, repete um jogo de ocultação de um carretel, fazendo-o aparecer e desaparecer, acompanhado dos sons *fort* (fora) e *da* (aqui).

A criança repetia incessantemente uma experiência penosa configurada pela partida da mãe e cuja expressão (o desaparecimento) era mais freqüente que o jogo completo (a aparição). A compulsão à repetição é a tentativa de elaborar algo impressionante – a ausência da mãe. O jogo é situado na passagem de Tânetos a Eros, da pulsão de morte ao sexual, campo das representações.

⁵⁴ Para os interessados em ampliar a leitura sobre o brincar em psicanálise, cf. Santa Roza, *Quando brincar é dizer*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2.ed., 1993.

É o momento em que a criança, mergulhada na linguagem, é por ela tomada. O jogo é o protótipo de uma atividade simbólica. É o momento do recalque originário e da entrada no simbólico. Os jogos de ocultação são antecipadores da presença e da ausência, sendo, por isso, bastante valorizados quando aparece nos atendimentos mãe-bebê.

Winnicott (1993, *apud* Santa Roza, 1993) observa determinadas brincadeiras a partir do segundo semestre de vida: ocultar o rosto com uma fralda e desvendá-lo, deixar cair objetos para o adulto resgatar, lançá-los a distância, abrir e fechar caixas e portas, esconde-esconde. Esses jogos são constituídos em torno da dialética presença/ausência. O autor chama a atenção para o uso prevalente de algum objeto – uma fralda, um cobertor, ou a emissão de sons repetitivos – denominando-os de fenômenos transicionais.

Trata-se de uma área intermediária entre o corpo da criança e o corpo da mãe, que não pertence a nenhum dos dois. Ela é instaurada a partir da desilusão, tarefa materna fundamental para Winnicott. Os fenômenos transicionais são precursores das operações simbólicas. Comentamos anteriormente⁵⁵ a aproximação que Volnovich (1993) faz entre o objeto transicional e o objeto *a*.⁵⁶

Lacan (1988) faz ressurgir o estudo das relações entre o sujeito e a linguagem, inaugurado por Freud, lembrando aos analistas que a psicanálise é uma prática que se estabelece no campo da palavra e da linguagem.

A criança, em virtude dos limites de sua verbalização e sua tendência à ação, apresenta, entretanto, em seu jogo, tudo que lhe causa impressão (Freud, 1990 [1908]).

⁵⁵ Capítulo 1.

⁵⁶ Marie-Christine Laznik comenta que Lacan mesmo faz esta ligação entre os dois objetos.

Por isso, a proposta do atendimento infantil deve ser deixar a criança livre para se expressar da maneira como lhe convém, pedindo-lhe que fale sobre si da forma que puder. Verificamos então uma fatalidade: a criança brinca.

Mesmo nas formas psicopatológicas muito graves o brincar espontâneo está presente, se apresentando, porém, de forma bizarra. Mas podemos nos interrogar se mesmo este brincar estereotipado, o balanceio da criança autista, por exemplo, já pode ser considerado uma tentativa de linguagem, uma tentativa de representar a presença/ausência do significante.

Devemos à obra de Klein a utilização do método lúdico na psicanálise com crianças. No entanto, o brincar foi relegado a segundo plano durante algum tempo no atendimento infantil em nome de um purismo da psicanálise, restringindo a linguagem à palavra, esquecendo-se de *lalangue*. O brincar em seu estatuto de linguagem vem sendo cada vez mais revalorizado, ressurgindo com força o método que deu origem à psicanálise com crianças.

2.10- A importância da suposição de sujeito na passagem do infante ao *falasser*.

Os primeiros anos de vida caracterizam um momento lógico de incorporação simbólica, desde as primeiras marcas e traços constitutivos de cada sujeito até o momento em que o *infans* (que etimologicamente denomina aquele que não tem fala) começa a falar em nome próprio, formulando suas próprias versões do que o marcou.

“Para que o *infans* possa percorrer o caminho da inscrição da letra à condição de falante, não basta simplesmente um processo maturacional ligado ao desenvolvimento da aquisição da linguagem,

mas fundamentalmente que possa ter ocorrido no laço dos pais com o bebê uma transmissão da estrutura da linguagem. *A passagem do infante ao falasser, ou seja, ser que habita a fala, supõe determinadas funções como o estabelecimento da demanda, a suposição do sujeito, a alternância e a alterização*” (JERUSALINSKY, J., 2002: 251_ grifo nosso).⁵⁷

Para que a criança, para além da aquisição da língua, possa se constituir como sujeito desejante, é preciso que os agentes da função materna e paterna sustentem essas condições lógicas supracitadas. Seguiremos com J. Jerusalinsky (2002: 251-252) na explicitação de cada um destes termos nos próximos parágrafos.

A suposição de sujeito é exercida pelo agente da função materna, que antecipa um sujeito em seu bebê. A mãe toma as reações de pouco sentido de um bebê ao nascer como produções de um sujeito, dando sentido a elas. Trata-se aí, como anteriormente citado, de uma antecipação, já que o bebê ainda não foi constituído como sujeito.

Porém, tal constituição depende justamente de que ela seja inicialmente antecipada. Como exemplo, temos a mãe que ouve palavras, enquanto seu bebê está apenas emitindo sons (lalação), porém tal antecipação é fundamental para que um dia a criança venha a falar. Vamos explorar mais a suposição de sujeito à frente, no Capítulo 3, como caminho privilegiado de intervenção nos casos clínicos.

Formulamos a hipótese de que mesmo que o sujeito não venha a se constituir, a suposição de sujeito por parte de quem atende justifica o uso do termo atendimento psicanalítico nesta clínica.

No estabelecimento da demanda, o agente da função materna traduz em palavras as ações regidas pelos reflexos arcaicos do bebê, tal como o choro. A mãe supõe no choro, por

⁵⁷ A autora utiliza aqui o mesmo referencial da já anteriormente citada pesquisa nacional multicêntrica patrocinada pelo Ministério da Saúde chamada “Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil”.

exemplo, um pedido e o interpreta (Será frio? Será fome? Quer carinho?, etc.). Ela exerce seu saber com o bebê, estabelecendo a significação das demandas através de seu tesouro significativo.

Através dessas duas funções, suposição do sujeito e estabelecimento da demanda, pensamos produzir-se a alienação.

Porém, a mãe deve manter no laço uma certa dimensão de não-saber, pois a produção do bebê comporta um enigma cuja decifração ela ignora, sustentando pelo bebê um movimento de separação; apesar de ele não ter ainda condições de realizá-lo por si mesmo, esta função de separação deve ficar sustentada pela mãe, ocupando uma posição de terceiro.

Segundo Jerusalinsky (2005), “Quando a mãe não chega nem a estabelecer o reconhecimento de um enigma que a implique e que tome corpo em seu bebê, ou quando a mãe exerce um saber pleno sobre ele, deixando de fora esta condição enigmática do laço, ficam em risco as condições de instauração de um sujeito desejante” – autismo e psicose, respectivamente, de nosso ponto de vista.⁵⁸

A alternância presença-ausência faz com que a função materna não seja marcada sempre pela ausência ou pela presença, mas que se produza um revezamento. Essa alternância deve ser vista em sua dimensão psíquica e não física. É a alternância simbólica que permitirá a inscrição pulsional, abandonando o funcionamento em nível da necessidade para um funcionamento desejante.

⁵⁸ Sobre esta questão, Marie-Christine Laznik comenta: aqui não posso deixar de discordar. Com efeito, o encontro com a mãe de uma criança caminhando para o autismo aos 10 - 12 meses, nos põe diante deste quadro muitas vezes. Quando escutamos uma mãe de um bebê bem menor endereçar-se a ele _ daí o interesse da análise de discurso das falas das mães destes bebês que se tornaram mais tarde autistas _ não é isto que encontramos. Da mesma maneira que os organicistas tomaram as modificações cerebrais nas crianças e adultos autistas como causa, quando estas indubitáveis modificações fossem talvez consequência, muitos analistas buscam na incapacidade da mãe uma origem. Todos precisamos de resposta, de crença, de religião. Fragilidade bem humana.

A alterização consiste em que um bebê fique referido em suas manifestações não a seu próprio corpo, mas a uma ordem simbólica. Para isto é preciso que a mãe situe a lei como referência terceira em seu laço com a criança, não fazendo desta apenas um objeto que se presta à sua satisfação.⁵⁹

Todas estas funções podem estar ausentes nas psicopatologias graves do *infans*, segundo nossa observação clínica.

Trabalharemos clinicamente no próximo capítulo com estas funções, destacando a importância da suposição de sujeito na clínica da intervenção psicanalítica precoce.

⁵⁹ Sobre a referência à lei, Marie-Christine Laznik comenta: senão de fato pode haver psicose.

Capítulo 3 – A suposição de sujeito. Caminho privilegiado na clínica da intervenção precoce.

“A criança autista _ mesmo quando seus achados lingüísticos involuntários nos deslumbram _ não é um poeta. Nos acontece _ seria para nos assegurar? _ de considerá-la como um poema vivo...”⁶⁰

Traremos nesta parte deste trabalho fragmentos de casos clínicos atendidos precocemente na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Como se trata de três casos ainda em atendimento, certos dados foram omitidos para proteção da identidade destas crianças.

3. 1 O Caso John ou sobre um “colo” que não consegue sustentar uma singularidade em instalação.

John chega a atendimento com um ano e três meses de idade, em julho de 2003 – (PBH)⁶¹. É atendido há pouco mais de dois anos com bons resultados, apresentando atualmente pouca sintomatologia autística. Tem atualmente cerca de três anos e meio.

John foi encaminhado por sua pediatra, que percebeu os sinais de risco de autismo. Com esta idade, já apresentava balanceio de tronco e um brincar estereotipado com os dedos da mão, parecendo “ausente”, o que foi notado primeiramente na creche.

⁶⁰ Hochmann, J. “Prefácio”, in: Durey, B. *Austisme e humanité*. Paris: Thétète, 1995.

⁶¹ Agradeço a Adriana Ataíde (fonoaudióloga), Cristiana Guimarães (terapeuta ocupacional), Maria de Fátima Pissolato (psiquiatra infantil) e Najma Hamizs (psicóloga), profissionais que atendem a este caso. Aqui atuei apenas como observadora em algumas sessões, tentando ajudar nas diretrizes da condução clínica.

A gravidez não foi planejada, o casal não tinha boa convivência, pensando em se separar, pois o pai saía do trabalho e ia para o bar ficar com os amigos, dando pouca assistência à esposa e ao filho mais velho, de quatro anos. Marta, a mãe, engravidou contra sua vontade, tomando injeção de anticoncepcional.

Marta tinha uma história marcada por perdas: havia perdido o pai em um acidente com espingarda quando tinha nove anos de idade e a mãe há cerca de três anos devido a uma crise asmática, por falta de assistência médica no interior.

Ela trabalhou até a véspera do parto, que foi sem intercorrências. John chorou muito até quatro meses. Apresentava sorriso social, porém não fazia movimento antecipatório para ser carregado, ficando muito tempo quieto, parado no berço.

A mãe não notava nenhum problema, mas o pai já notava diferenças em relação ao outro filho. Achava que John podia ser surdo, pois não reagia ao ser chamado.

Iniciou a creche quando a mãe voltou a trabalhar, aos cinco meses. Lá brincava muito pouco, sozinho ou com outras crianças. Às vezes olhava quando chamado, outras vezes evitava o olhar.

A psicóloga da creche o havia encaminhado para avaliação em saúde mental desde os seis meses, pois John já apresentava alguns sintomas, porém a mãe não aceitava o encaminhamento.

Com um ano e dois meses, caiu da cama, tendo tido um traumatismo crânioencefálico (TCE). A mãe achou a queda pouco importante e o levou à creche, onde chorou o dia todo. As professoras da creche avisaram a mãe, que então se lembrou da queda. No dia seguinte, como não parava de chorar, a mãe examinou sua cabeça e percebeu que estava “mole”, tendo então procurado atendimento neurológico, que detectou fratura.

Felizmente não houve repercussões neurológicas desta queda, mas chama a atenção a dificuldade da mãe em perceber que algo tão objetivo não ia bem com seu filho.

Foi avaliado inicialmente pela equipe (psicóloga, psiquiatra infantil e fonoaudióloga), tendo iniciado atendimento com a fonoaudióloga semanalmente, que se tornou sua técnica de referência.

Até um ano e meio, apresentava apenas lalação, não falando nenhuma palavra e andando com dificuldade. Quanto ao olhar para quem se dirigia a ele, algumas vezes olhava e em outras não. Mantinha o balanceio.

Após cinco meses do início do tratamento, começa a falar: “*ma*”, se referindo à mãe e “*a*”, ao pedir água. A terapeuta antecipa um sujeito, dando sentido aos enunciados fragmentados proferidos por John, o que ainda era impossível para a mãe. A criança passa a locomover-se bem e pára o balanceio de tronco.

Em ambientes fora de casa, passa a ficar “grudado com a mãe” (antes não notava sua falta, entrando inclusive sozinho na sala de atendimento). A alternância presença-ausência começa a se inscrever, na medida em que John passa a sentir falta da mãe, que melhora bastante a interação com o filho.

Porém, com quase dois anos, a professora ainda notava que em alguns momentos se isolava na escola, olhando o ventilador fixamente. Evitava contato físico, mesmo durante o banho. Ainda não apresentava intenção de comunicação verbal.

A terapeuta estimula a mãe para que ela se dirija a ele verbalmente, ao que a mãe responde que julgava “normal” que John ainda não falasse, já que seu pai, segundo ela, também apresentou atraso de fala e de marcha e agora é “normal”.

Porém, mesmo sem muito estímulo por parte da mãe, com dois anos e três meses apareceram várias palavras sem significado, como uma língua estrangeira, que John dirigia

ao interlocutor aparentemente com intenção de se comunicar. Há grande melhora na interação social.

Nas sessões com a terapeuta, a princípio, pegava sempre o mesmo brinquedo (pinos de encaixe), empilhando-os de acordo com sua forma geométrica. Não reagia quando chamado, afastando a mão da terapeuta quando ela tentava intervir na brincadeira.

Aos dois anos e meio, fomos ao Centro de Saúde e observamos algumas sessões, em que John mantinha o mesmo brincar ritualizado, de costas para os adultos presentes na sala. A mãe passa a ser incluída nos atendimentos do filho. Observamos que John olha quando o interlocutor acentua os picos prosódicos da fala, como bem observou Laznik.

A mãe atualmente preocupa-se com a comunicação de John, percebendo agora o atraso que ainda se mantém na linguagem. Passa a funcionar com o filho não tão colada apenas às necessidades, transformando-as, aos poucos, em demandas.

Porém, a mãe ainda não se empenha muito para a evolução do tratamento, dificultando trazê-lo em certos horários propostos pela equipe.

Em março de 2005, John começou também atendimento com a terapeuta ocupacional. A criança tem ótima interação com as terapeutas, ficando muito feliz ao vê-las, querendo ser atendido. Ao terminar as consultas, resiste em ir embora. Agora, devido à licença-maternidade da técnica de referência, passará a ser atendido por outro membro da equipe.

Na creche foi observada a melhora da interação e do comportamento da criança, porém permanece ainda por vezes alheio a outras crianças.

O brincar tem apresentado boa evolução: a brincadeira de faz-de-conta e imitação têm surgido, mostrando o advento do uso simbólico do brincar, entendido como linguagem. Tem interesse por várias atividades, não se fixando em apenas um tipo de brinquedo, como

no começo dos atendimentos. Solicita, às vezes, a presença das terapeutas. Aceita melhor o contato físico. Porém, permanece ainda pouco receptivo a outros estímulos (sons, toques, etc.) quando está entretido em uma brincadeira.

John desenvolveu uma linguagem própria, verbalizando frases ainda sem muito significado aparente, porém apresenta intenção de se comunicar, parecendo não se dar conta de que sua fala não é compreendida pelos outros.

Quando contrariado fica muito irritado, apresentando dificuldades em aceitar limites, tentando manipular para conseguir o que quer. A mãe tem dificuldades em colocar limites nos dois filhos. A alteridade ou referência a um terceiro ainda necessita se inscrever melhor para John, que tem reagido às normas através de “birras”.

3.1.1- Algumas considerações acerca do risco de autismo.

Fábio Landa (1991), em *Unheimliche e autismo*, nos traz um caso em que atuou como observador (anotando as sessões). O caso era atendido por Laznik. Na história, a mãe da criança que se tornou autista conta que se sentia tão cansada quando esta nasceu, que adormecia ao dar mamar. Este episódio ocorreu várias vezes. Neste caso, é a repetição que chama a atenção. Quando acordava, a criança estava com o rosto encoberto pelos seios, quase se sufocando.

Em outro caso atendido por mim, a criança “escorregou no chão” durante a mamada por duas vezes, e a mãe não “percebeu”, tendo a criança que ser acudida pela avó.

Na história clínica de algumas crianças autistas algumas vezes observarmos quedas, inclusive durante a amamentação, não percebidas ou pouco valorizadas pela mãe.

O deixar cair vistos nestes casos é bem concreto, a criança é algo que se deixa cair, que cai como resto, como um dejetivo. Esse deixar cair, correlato da passagem ao ato, é visto do lado do sujeito embaraçado, no momento em que ele aparece apagado ao máximo, se precipitando para fora da cena. (Lacan, 2005)

Todas as crianças costumam cair. No entanto, chamam a atenção certas características das quedas observadas em pacientes autistas, como a repetição e a não percepção da mãe, não as valorizando, como no caso John.

O fato de a criança autista “não se adaptar ao colo” talvez seja justamente o contrário, ela está adaptada ao colo que solta, larga, não pega, não sustenta e a criança se solta, fica um objeto que caiu sem a voz e o olhar, e mais, está sendo sufocada. Não se trata aqui da queda do objeto *a*, necessária à subjetivação, e sim de outra queda, concreta, que pode nos dizer da problemática relacionada ao desejo da mãe no autismo.⁶²

Porém, não localizaremos a questão apenas na mãe. Aventamos também a hipótese de a criança, por uma maior sensibilidade⁶³ às relações humanas, ou por ser, como nos diz Laznik, precocemente capaz de perceber as armadilhas e a ambivalência do amor, furtar-se a este, não se adaptando ao colo, “fazendo-se cair”.

⁶² Sobre a atribuição única da problemática do autismo à ausência do desejo da mãe, Marie-Christine Laznik comenta: se todos os bebês tão pouco desejados como ele se tornassem autistas, penso que pelo menos 10% da humanidade seria autista. O caso que o Fábio Landa conta, em que uma mãe nos relatou os terríveis percalços pelos quais passou durante a gravidez, não corresponde ao tipo mais banal de história autística. Além disto, penso que a evolução extremamente deficitária da filha, que atendi por dez anos, pode nos levar a pensar que há algum problema orgânico correlato ao seu autismo. Os epidemiologistas americanos reconhecem apenas 15% de déficit em crianças cujo autismo não vem acompanhado de uma patologia outra. O autismo vem a mais, como se não bastasse.

⁶³ Laznik, em comunicação oral feita em curso no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, em agosto de 2005, remete-nos à história infantil *A princesa e a ervilha*, outro conto de Hans Christian Andersen. Neste, um príncipe escolhe sua princesa quando ela não consegue dormir à noite devido a uma ervilha colocada debaixo de vinte colchões. Laznik utiliza esta história como metáfora para mostrar a “hipersensibilidade” destas crianças às mais variadas situações da vida.

Não centraremos a questão, como Laznik, nem na mãe nem na criança, e sim na relação mãe-criança, visto não se estabelecer um “colo que seja capaz de sustentar” uma singularidade em instalação.

Lacan (2005) no *Seminário*, Livro 10, *a angústia*, nos aponta que existe uma relação estrutural entre a passagem ao ato e o objeto causa de desejo, porque tanto em um quanto no outro se manifesta, fenomenologicamente, na forma de *niederkommen*, na forma do “deixar cair”. Consultando o termo *niederkommen* em alemão, ele quer dizer, não somente, jogar para baixo, como também parir, dar a luz, porém com certa depreciação.

Devemos nos lembrar que a falta é constitutiva do psiquismo humano e é ela que nos faz desejar. Assim, é necessário que o vazio permaneça para que o ser humano deseje, esteja sempre atrás de um objeto que preencha este vazio, esse é o movimento de Eros. A incompletude aqui é constitutiva.

Se esse vazio é preenchido, ou seja, se algum objeto se apresenta no local em que o objeto *a* está subtraído, o resultado é a aparição da angústia. Segundo Lacan (2005) ressalta em *O Seminário*, Livro 10, a falta da falta é, portanto, angustiante, renunciando Tânatos.

Lacan (2003), em *Nota sobre a Criança*, nos coloca duas possibilidades. Na primeira, a criança é sintoma do par parental, estando, portanto, mais aberta às intervenções do analista. Na segunda, a criança vem situar-se como correlato do objeto *a* no fantasma materno, o que dificulta o trabalho analítico. Trata-se dos casos de psicose e fenômenos psicossomáticos. Como para Lacan (1998) o autismo se aproxima da esquizofrenia, encontrando-se, portanto, dentro da estrutura psicótica, incluimos o mesmo aqui nesta posição apenas para fim desta argumentação em específico, já que deixamos bem claro em várias partes de nosso trabalho nossa discordância de estrutura entre autismo e psicose.

Podemos pensar então a hipótese de a criança autista vir a ocupar na subjetividade da mãe o lugar do objeto *a*, objeto estranho, não especularizável, gerando angústia, já que este local deveria se encontrar vazio? ⁶⁴

Recorreremos à literatura. Trata-se de um conto de Edgar Allan Poe chamado *O Visionário*, que trata da história da Marquesa Afrodite, “*adorada por Veneza inteira, a mais alegre das criaturas alegres, a mais bela onde todas eram belas*”.

Uma criança, escorregando dos braços de sua própria mãe (a Marquesa Afrodite), tinha caído de uma das janelas de um edifício dentro de um fundo canal e a mãe solta um grito interminável.

“Contudo – estranho é dizê-lo– seus grandes e brilhantes olhos [da mãe, I. S. C.] não estavam voltados para baixo, para aquela sepultura onde jazia mergulhada sua mais brilhante esperança, mas fixavam-se numa direção completamente diversa [...] *Mas como poderia aquela mulher olhar tão fixamente para ele [um estrangeiro, I. S. C.] quando abaixo dela estava-se extinguindo seu próprio filho?*” (POE, 1981: 32)

Trazemos esta história por parecer-nos uma boa metáfora da relação observada da criança com risco de autismo e sua mãe. Muitas vezes, a mãe não percebe os sinais de “morte enquanto sujeito desejante” de seu filho, como se olhasse em outra direção.

Voltando ao conto, parecia haver pouca esperança de salvar a criança até que um vulto, envolto numa capa, resgatou-a do canal ainda viva e a respirar. O salvador era um estrangeiro. A mãe espera receber seu filho, mas os braços de outrem tomam o filho das mãos do estrangeiro, conduzindo-o para longe. O encontro do estrangeiro com a Marquesa Afrodite termina com a marcação de um encontro entre ambos.

⁶⁴ Marie-Christine Laznik comenta esta hipótese dizendo: com certeza, se você aceitar isto como consequência e não como causa.

O narrador acompanha o estrangeiro a seu *palazzo*. Após beberem muito, o estrangeiro pronuncia alguns versos dirigidos à Marquesa, caindo morto. A criada da Marquesa Afrodite irrompe na sala, avisando também de sua morte por envenenamento. A verdade do pacto de morte entre a marquesa e o estrangeiro então se revela ao narrador.

Este conto pareceu-nos uma boa metáfora também para a questão das quedas observadas em algumas crianças autistas, como John. A criança cai (ou faz-se cair) e o olhar da mãe dirige-se para outra direção, sendo a criança salva pelo estrangeiro, mas levada para longe da mãe. O agente maternante pode acabar morrendo, em alguns casos, enquanto sujeito desejante, ou seja, encontra-se em um momento tal que se mostra incapaz de investir libidinalmente seu filho.⁶⁵

⁶⁵ Marie-Christine Laznik faz um belo comentário clínico, voltando ao caso Marina: adorei o conto, muito obrigada pelo presente. Só que vou empregá-lo ao inverso, para metaforizar a morte psíquica da criança autista que a mãe chama desesperadamente e sem sucesso. Foi Marina quem “nos deu um samba” há duas semanas, na mãe e em mim. Ela vai muito bem agora e eu continuo atendendo-a com a mãe por conta do susto que nos deu em sua recaída aos 15 meses, recaída que levou um ano e meio para desaparecer totalmente. Ela conta durante uma sessão a história de um pequeno pônei e de sua mãe. A mãe-pônei, segundo a criança, não entende a necessidade de deixar seu filho com um velho objeto transicional nojento e compra-lhe um novo e limpo. Joga o velho no lixo e tranca a sete chaves este lixo. A mãe, na realidade, nunca fez isto com o coelhinho dela que, por sinal, grande bagaço, está em cima da mesa. Diante da intransigência da mãe-pônei, o filhinho pônei sobe numa ponte e se joga no rio (ela não conhece aos quatro anos o termo suicídio). A partir daí, ela joga sozinha o papel da mãe que se lança no rio para salvar o filho, que o traz à beira, mas ele está morto. Começa então um monólogo longo, de muitos e muitos minutos, em que a mãe suplica ao ponezinho para voltar à vida, para olhá-la, para mexer uma patinha sequer. O ponezinho continuava morto. E o desespero da mãe, contido e terrível, como se o mundo tivesse acabado para ela, continua nas súplicas ao corpo inerte do filho, para que este voltasse à vida. A mãe dela e eu assistimos petrificadas à cena perfeitamente realista, e Marina, no papel da mãe cujas preces são incapazes de trazer de volta o filho, em desespero, chora com lágrimas verdadeiras. Há trinta e cinco anos que atendo crianças, nunca vi isto. Ela não viveu nem ouviu falar de nenhuma morte real de um filho chorado amargamente pela mãe. Marie-Christine Laznik, trabalhando com colegas, chega à conclusão que Marina restituía uma cena que havia vivido. O desespero de sua própria mãe quando a criança se fechava ao mundo e a ela também e a aflição da mãe tentando chamá-la de novo à vida. Nesses momentos, tínhamos a impressão de que ela nada ouvira. Mas a sua hipersensibilidade a fizera viver por dentro o desespero real da mãe. Penso que este atendimento tão precoce não permitiu a Marina estragar o silhã temporal superior, área cerebral onde a voz humana é percebida em toda sua qualidade afetiva. Não deu tempo. Caso tivesse sido danificada esta área pelo desuso, nunca teríamos sabido de seu saber sobre o sofrimento da própria mãe.

Freud (1990[1919]), em *O estranho*, nos diz que *unheimliche* é tudo que deveria ter permanecido secreto e oculto, mas veio à luz. *Heimlich* é uma palavra que se desenvolve na direção da ambivalência até que finalmente coincide com seu oposto, *unheimliche*.

Freud (1990[1919]) estava sentado sozinho no compartimento do carro-leito quando um solavanco do trem fez girar a porta do toailete anexo, e um senhor de idade, de roupão e boné, entrou. Presumiu que o intruso tivesse entrado em seu compartimento por engano e levantou-se, querendo mostrar o equívoco. Para espanto seu, o intruso era ele próprio refletido no espelho da porta aberta. Recorda que antipatizou totalmente com sua aparência.

Nestes exemplos, o desconhecimento da própria imagem gera o efeito do sinistro. Um dos mais importantes temas que nos remete ao sinistro diz respeito ao fenômeno do duplo. Inicialmente, o duplo era uma segurança contra a destruição do eu, uma enérgica negação da morte. É a etapa do narcisismo primário. Entretanto, quando está superada esta época, o duplo inverte seu aspecto. Depois de haver sido uma garantia de imortalidade, transforma-se num estranho anunciador da morte, provocando estranheza e horror. Posteriormente, o duplo, que tem a função de observar e criticar o eu e desenvolver a autocensura, passa a constituir o ideal do eu e o supereu (Cesarotto, 1987).

Há também uma categoria em que o elemento que amedronta é, segundo Freud (1990[1919]), algo recalcado que retorna.

Agora podemos entender com mais clareza o uso lingüístico estender das *Heimliche* para seu oposto, das *Unheimliche*; pois este estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente e que somente se alienou desta através do recalque.

Faz também compreender a definição de Schelling citada por Freud no referido texto como algo que deveria ter permanecido oculto mas que veio à luz. No entanto, nem

tudo que evoca conteúdos recalçados é forçosamente sinistro. Mas pode vir a sê-lo, desde que cumpra certas condições. Uma delas é a que destaca as conseqüências terríveis da realização do desejo.

Poderíamos então aproximar o bebê que se tornará autista com o familiar que se torna estrangeiro por vir a ocupar um lugar que deveria ter permanecido vazio na subjetividade da mãe, e por isso muitas vezes faz-se cair. Estas quedas não seriam, talvez, uma tentativa concreta de fazer cair o objeto *a*, necessário à constituição psíquica, uma tentativa de dar à luz a um sujeito desejante?

3.2 O Caso Rafael . Será possível algum dia ler entre as linhas?

Rafael chegou aos dez meses, em março de 2003⁶⁶. Atualmente, Rafael tem pouco mais de três anos e meio.

Era uma criança gravemente enferma organicamente, tendo tido meningite com seqüelas no desenvolvimento neuropsicomotor, abscesso de mão, septicemia, sangramentos de causa desconhecida e *status epilepticus* (crises convulsivas repetidas) até aquela idade. Não fazia contato visual e era muito parado e passivo. Respondeu rapidamente ao tratamento.

Em março de 2003, Viviane, a mãe de Rafael, procurou espontaneamente nossa equipe e marcou uma primeira consulta com a psiquiatra infantil. No dia da consulta, a avó de Rafael nos procurou e nos pediu desculpas porque sua filha Viviane tinha errado ao marcar a consulta com psiquiatra para um bebê, já que o paciente contava apenas com dez

⁶⁶ Caso atendido em equipe por Flávia Villar (fonoaudióloga) e Luciana Del Prete (terapeuta ocupacional) .

meses, ao que lhe respondemos que achávamos a consulta adequada, pois o bebê já estava sendo medicado com neuroléptico pelo neurologista infantil.

A consulta foi remarcada. Na segunda data, a tia compareceu para desmarcar novamente. Foi pedido que ela entrasse e falasse sobre o Rafael. A tia contou, então, que Viviane, a mãe de Rafael, tinha problemas psiquiátricos, com freqüentes internações e diagnóstico de psicose. Porém, não aderiu aos tratamentos, e tinha crises de agitação quando quebrava tudo em casa. A família chamava a polícia e a levava para tomar “*sossega leão*”. Algumas vezes ficava internada. Nestas crises, gritava no ouvido de Rafael e tentava agredi-lo fisicamente.

Logo após, nesta mesma sessão, Viviane adentrou o consultório, discutindo e agredindo a irmã, chamando-a de mentirosa e dizendo que ela não tinha o direito de contar nada sobre seu filho. Fez-se necessária uma intervenção e a tia foi embora.

Viviane continuou a sessão contando que conheceu o pai de Rafael através de um anúncio de jornal, tiveram dois encontros “*amorosos*” e Viviane engravidou. O pai não assumiu a criança. A gravidez foi descoberta quando ela teve uma hemorragia. Pensou várias vezes em abortar, pois sofreu “*tortura psicológica*” durante a gravidez, tanto por parte da família quanto do pai da criança, porém queria muito a criança e decidiu levar a gravidez adiante.

Ela teve pré-eclampsia, tendo sido o parto cesárea, prematuro, com 33 semanas. A criança, após alguns minutos do nascimento, sofreu parada respiratória, tendo permanecido por nove dias no CTI.

Quando a mãe viu o bebê pela primeira vez, achou que ele não sobreviveria. “*Era um ratinho, minguido, pequeno*”, segundo ela. Não havia nenhuma suposição de sujeito por parte dela, a princípio, nem mesmo suposição de que seu bebê fosse viver.

A criança não mamou no seio. A mãe teve quadro depressivo acentuado pós-parto. *“Não conseguia entender o que ele queria e por que chorava tanto”*.

Observamos aqui o insuportável da dimensão do bebê enquanto real, impossível de significar algo para a mãe. Em vez do pouco sentido oferecido pelo bebê ao nascer, vemos a mãe responder com um não-sentido absoluto.

Com um mês e meio de nascido, Rafael apresentou abscesso na mão, tendo permanecido internado. Quando Rafael teve alta, a mãe disse ao médico que teve ódio do filho e, por esse motivo, pediu para ficar internada por quinze dias em hospital psiquiátrico, pois receava matá-lo.

Podemos supor aqui que se instalou uma alternância presença-ausência física (quando a mãe estava em casa, o bebê se internava e vice-versa), devido à impossibilidade da alternância presença-ausência simbólica se instalar.

Até os três primeiros meses, Rafael já era muito “parado”, não rolava, não mexia muito, porém sorria, reconhecia a voz da mãe, olhava e a tocava durante as mamadas com a mamadeira. Viviane o encostava ao peito para dar a mamadeira. Rafael dormia na cama da mãe, gritando muito quando colocado no berço.

Com três meses e meio, numa nova crise, a mãe quis matar Rafael, apertando-lhe a garganta. A família viu e impediu, internando Viviane. Este episódio foi relatado pela avó materna em consulta subsequente.

Aos quatro meses, assim que a mãe teve alta psiquiátrica, Rafael teve meningite e ficou internado por quase dois meses, em estado gravíssimo. Várias vezes os pediatras preveniram a família sobre a morte iminente. Durante esse período, a mãe visitava Rafael todos os dias e chorava muito.

Após a meningite, Rafael ficou com seqüelas: o pescoço mole, não tinha força nas pernas, pisava na ponta dos pés, perdeu a sucção, parou de pegar a mamadeira, engasgava com muita facilidade e chorava muito. Parou de fazer contato visual com as pessoas, em especial a mãe.

Por causa do choro intenso à noite, que provocou inclusive denúncia por parte dos vizinhos no Conselho Tutelar, por suspeitarem de maus-tratos, o bebê foi medicado pelo neurologista infantil com neuroléptico, mas teve alergia. Rafael ainda fazia uso de medicação para convulsão e refluxo gastro-esofágico.

A mãe e a criança moram na casa dos avós, onde habita também a tia materna. Um tio materno mora próximo e fica o dia todo no apartamento, juntamente com um dos seus filhos (primos de Rafael). Viviane tinha péssimo relacionamento com todos os familiares e partia para a quebradeira quando contrariada. A família chamava a polícia, que a levava para ser medicada ou internada. Nas brigas, o bebê era trancado sozinho no quarto “*para sua proteção*”.

A avó materna assumia Rafael na ausência da mãe e o trazia, a princípio, aos atendimentos, alternando com a mãe. No início, falava que Viviane era “*doida*” e nada do que fazia tinha valor. Notamos pequena melhora da relação mãe-filha após nossas intervenções. Houve uma retificação do discurso da avó que chegou a falar, numa sessão, que Viviane ficava bem fora das crises e conseguia trabalhar, dando aulas de reforço. É o que está acontecendo atualmente.

A criança apresentou evolução em seu quadro de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, melhora do contato visual, da agitação, do choro, da alimentação e incremento da linguagem em poucos meses.

Atualmente, a avó tem assumido parcialmente a função materna, levando-o regularmente a alguns atendimentos, sem tanto conflito com a filha. Antes, Viviane não conseguia ser uma “mãe suficientemente boa”, como nos diria Winnicott (1993), por não propiciar um ambiente que proporcionasse uma acalmia para Rafael, além de não deixar que outros o fizessem, daí o choro angustiado do bebê até o início do tratamento.⁶⁷

Com a obra de Lacan, passamos a entender que a mãe suficientemente boa é aquela suficientemente mulher, no sentido de que abre caminho para a função paterna em sua relação com o filho.

Apareceu a suposição de sujeito,⁶⁸ além da alternância presença-ausência que possa psiquicamente se inscrever, já que antes o que se estabelecia era uma alternância presença-ausência física de exclusão – como vimos, um ou outro tinha que estar internado. Vemos aqui o bebê, enquanto um real insuportável para a mãe, ser aos poucos recoberto por um imaginário capaz de certa suplência, além da mediação simbólica possibilitada pelo tratamento.

Apesar de todo o progresso, com cerca de um ano e meio, ao tomar uma vacina, a criança teve reação de febre altíssima e *status epilepticus*. Estava ao lado de sua mãe, que

⁶⁷ Devido ao fato de se aprofundar em seus estudos quase exclusivamente sobre o autismo, Marie-Christine Laznik sugere que os próximos dois casos de outras graves psicopatologias sejam retirados deste trabalho, no entanto os mantenho devido ao fato de achar importante chamar também a atenção para o tratamento precoce das debilidades e das psicoses não decididas da infância.

Marie-Christine Laznik comenta: este caso é muito interessante, mas não num trabalho sobre autismo, pois não corresponde de maneira nenhuma a um quadro autístico. O que não quer dizer que uma mãe louca não prejudique um filho, levando-o, inclusive, a sucumbir a doenças físicas (boa idéia para a criança) ou bem a organizar um quadro massivo de retardo. Na Europa, mães doentes mentais são postas com os filhos em hospitais-dia e/ou noite e o espanto de todos é que o cuidado com estas mães e estes bebês evita toda a evolução para o autismo. Os bebês banais das fileiras autísticas estudadas com detalhes têm mães como nós. Infelizmente para as nossas teorias.

⁶⁸ No congresso do bebê em SP (2006) vou tornar a mostrar como o discurso de uma mãe cujo bebê vai se tornar autista indica perfeitamente que ela faz uma suposição de sujeito nele nos primeiros meses de vida e depois desanima. (Comentário de Marie-Christine Laznik).

assistia à TV e “*não notou nada*”. Quando a avó chegou, percebeu a gravidade da situação, levando-o às pressas ao hospital, onde ficou internado em observação. Pelo histórico, vemos a fragilidade física de Rafael que, até aquela idade, passou por quatro internações com risco de morte. Percebemos ainda o predomínio de Tânatos nas manifestações clínicas que vêm acompanhando este sujeito ainda em sua condição *infans*.

Viviane rejeitava seu filho nas crises, gritava em seu ouvido, já tentou enforcá-lo, não assumia a função materna de maneira adequada. O bebê perto da mãe ficava mais tenso, inseguro, não sorria, não brincava, recusava o olhar, diferente de quando estava perto da avó. Trabalhamos com a hipótese de Rafael ainda estar submetido ao desejo inconsciente de morte da mãe. Como ajudar para que o paciente não mais ofereça seu corpo ao desejo de morte enunciado pela mãe?

“*Rafael é um sobrevivente*”, frase de seu pediatra⁶⁹. Porém, para além da sobrevivência do corpo, como ajudar Rafael a se tornar um sujeito, dividido pela linguagem e não mais emprestando seu frágil corpo ao fantasma materno?

A criança, agora com três anos e meio, não adoece mais com tanta frequência, nem de maneira tão grave. A mãe está relativamente estabilizada, apesar de continuar a recusar tratamento individual, trabalhando como professora de aulas particulares.

Rafael, porém, ainda apresenta algumas seqüelas motoras da meningite e um atraso de fala (fala ainda poucas palavras). Trabalhamos estimulando também estas funções, porém não em detrimento do sujeito.

⁶⁹ Agradecemos a seu pediatra, Dr. Antônio, por manter vivo seu corpo enquanto nosso trabalho ainda não tinha surtido efeito.

Uma falta de limites importante aparece em Rafael, ele parece sempre querer algo proibido, pois a alteridade ou referência paterna ainda precisa se inscrever melhor. Esperamos que a escola faça as vezes de função paterna, ainda muito claudicante para ele.

Em Viviane, apesar da boa evolução clínica de Rafael, notamos apenas recentemente a abertura para a entrada da função paterna em sua relação com o filho. Ela resolve entrar na Justiça contra o pai de Rafael, pedindo, entre outras coisas, que ele o visite. Adiciona o sobrenome paterno ao nome da criança. Sabemos que o nome do pai, agora escrito, ainda precisa ser melhor inscrito. Porém, notamos uma abertura inicial para que isto se dê.

Voltaremos em seguida à questão da debilidade para nos trazer subsídios para trabalhar o caso Rafael.

3.2.1- A debilidade mental na psicanálise⁷⁰.

Inteligere significa ler entre as linhas. Para o débil, o significante do Outro é a verdade, assim ele não pode saber de nada escondido entre as linhas.

Como anteriormente apontado no Capítulo 2, Mannoni (1985) em *A criança atrasada e a mãe*, nos diz que a criança ficará ou não encarcerada dentro da debilidade em função da maneira como ela é acolhida na economia psíquica dos pais, e principalmente da mãe. A criança débil e sua mãe, para a autora, estariam fundidas em um só corpo. A mãe dá ou não à criança débil seu estatuto de sujeito, desembaraçando-a ou não dos significantes parentais e médicos que a identificam como débil.

⁷⁰ Para os que desejarem se aprofundar no tema da debilidade, cf. Santiago, A.L. *A inibição intelectual na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

Lacan (1985) em *O Seminário*, Livro11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, como anteriormente citado, substitui a “fusão de corpos” pela “fusão de significantes”, ou seja, a holófrase do par primordial de significantes (S1- S2) que, quando solidificados, impede o advento de um sujeito capaz de fazer uso da fala em nome próprio. Lacan situa a criança débil no lugar de objeto do desejo da mãe, “psicotizada” pela fusão do par de significantes, ficando impossível o advento da metáfora paterna (Santiago, 2005: 161-166).

Novamente remeto a Lacan que, em *Nota sobre a criança* (2003), aponta duas possibilidades. Quando o sintoma é consequência da subjetividade da mãe, como correlato da fantasia materna, a criança torna-se objeto da mãe. Ela satura a falta da mãe, preenchendo o vazio de uma vida que não encontra outro sentido senão o de carregar esta cruz que a criança pode vir a representar.

A criança impede o acesso da mãe à sua própria verdade, dando corpo a essa verdade. Há um mal-estar fundamental do sujeito quanto ao saber. A lesão orgânica fecha uma porta para que tudo continue do mesmo jeito na estrutura familiar. A criança encarna no seu corpo débil uma verdade que não pode ser dita. A mãe preenche sua falta com o corpo do débil.

O sintoma somático é, para Lacan (2003), o que mais esconde a verdade da castração da mãe. Rafael entra aqui nos dois casos, de debilidade e oferecendo também seu corpo a sintomas somáticos.

Na segunda possibilidade apontada por Lacan no referido texto, é mais fácil de intervirmos, pois o sintoma da criança remete ao par familiar. Infelizmente, Rafael ainda não se encontra nesta posição, pois a referência paterna ainda claudica.

Segundo Alvarenga (1992):

“A análise busca restituir ao sujeito dito débil a sua verdade, muitas vezes oculta pelo diagnóstico. Uma clínica possível da debilidade, para além de uma clínica do déficit, deve incluir uma clínica da produção de um saber: saber sobre a verdade do sujeito, saber que permita ao débil a sua inscrição num mundo de seres que falam e que sofrem”(ALVARENGA, 1992).

Pactuamos com esta direção do tratamento proposta pela autora. Até o dito débil pode possuir um saber, saber esse talvez produzido em análise. Quem sabe um dia ele possa conseguir “ler entre as linhas”? Até onde conseguiremos chegar com Rafael?

3.3- O caso Lúcio ou o que fazer quando se apresenta uma “simbiose”?

Lúcio⁷¹ chegou em outubro de 2004 e tinha quase dois anos ao iniciar o tratamento.⁷² Apresentava a princípio uma ligação tão excessiva com a mãe, Nancy, não saindo do seu colo, ficando “colado” em todas as sessões, que acontecem há cerca de um ano. Em casa, a mãe não podia nem ir ao banheiro de portas fechadas. A criança andava com dificuldade devido a uma precoce obesidade. A mãe não lhe negava nada, inclusive qualquer alimento que a criança quisesse. Atualmente Lúcio está com três anos.

Após um ano de tratamento, iniciou a fala das primeiras palavras e não chora mais quando qualquer outra pessoa se aproxima dele, aceitando ficar sozinho na creche e com outros familiares.

Recebemos Lúcio encaminhado pelo pediatra de sua unidade, sensibilizado pela apresentação do projeto de intervenção precoce em uma supervisão da Regional. A criança não explorava o ambiente e não brincava com outras crianças, porém era presente o contato

⁷¹ Fragmentos deste caso clínico foram anteriormente apresentados no Capítulo 2.

⁷² Agradeço a Flávia Villar e Luciana Del Prete pela atuação em equipe também neste caso.

visual. Não apresentava nenhum tipo de vocalização. À noite, dormia por cerca de três horas, quando então Nancy fazia as tarefas domésticas como lavar, passar a roupa e arrumar a casa. “*Fico escrava dele*” _ nos dizia ela.

Durante os primeiros atendimentos, não descia do colo da mãe e chorava quando os profissionais se aproximavam ou falavam com ele. Sugerimos à mãe, então, que brincasse com ele, ao que ela respondeu não saber fazê-lo. Estimulada a fazê-lo, iniciou uma brincadeira muda e repetitiva com um caminhãozinho, então Lúcio chorou, tampando os ouvidos e batendo a cabeça contra a parede.

Nancy, em certa sessão, nos contou a história da gestação não planejada e não aceita pelo namorado, que gostaria que ela tivesse abortado a criança. No entanto, ela queria muito ser mãe e, mesmo sem o apoio do namorado ou da família, levou a gravidez adiante. Sofria ameaças pelo telefone de outra mulher com quem o namorado se envolveu. Separou-se dele e voltou a morar com os pais no interior, onde o bebê nasceu.

Contou que ao se aproximar a data do parto, “*cismou que iam raptar ou trocar sua criança no hospital*”, por isso não quis se separar dele nem por um momento após o nascimento. No entanto, também não conseguia carregá-lo, colocá-lo ao seio ou falar com ele. Passou a primeira semana no hospital em um quadro de agitação extrema, gritando sem parar, porém, não deixava que Lúcio fosse retirado de perto do “seu olhar”. “*Eu tinha que olhar para ele o tempo todo, mas não conseguia chegar perto; será por isso que ele ficou assim?*”, questionou Nancy.

Após esta primeira semana, voltou para a casa da mãe com a criança, porém mantendo o mesmo quadro psiquiátrico, mais atenuado devido à medicação prescrita. Não amamentou a criança e não conseguia pegar nela, nem falar com ela. “*Ele só ouvia meus gritos, meu uivo, será por isso que não fala?*”, interrogava a mãe.

Este quadro durou cerca de três meses, quando a mãe resolveu voltar a morar em Belo Horizonte, deixando o bebê no interior aos cuidados da avó materna, tendo havido uma separação precoce e abrupta mãe-filho naquela época.

A avó, já doente, deixava Lúcio no berço, tendo pouca disponibilidade física e afetiva para ele. O bebê chegou a ficar com a cabeça mais plana na parte de trás, pois ficava muito tempo na mesma posição. A avó era muito preocupada com a alimentação e ele precocemente desenvolveu um quadro de obesidade, pois qualquer choro era “tamponado” com comida. Nancy o visitava raramente. Não tinha contato com outras crianças.

No entanto, não apresentava sinais de risco de autismo: estendia os braços para ser carregado para fora do berço, seguia a avó com o olhar, aos oito meses passou a “estranhar” os desconhecidos. Apresentou desenvolvimento neuropsicomotor normal até os dezoito meses.

Naquela época, teve uma convulsão febril e passou a ser medicado pelo neurologista. Passou a dormir apenas poucas horas à noite, iniciando um chorar muito alto, o que incomodou a avó, que quis “devolvê-lo” para a mãe. Ele “uivava” a noite toda. É interessante que o primeiro sinal de que as coisas não iam bem foi quando passou a reproduzir o “uivo” materno ouvido nos primeiros meses.

Nancy, após ter reatado o namoro com o pai de Lúcio, passou a visitar mais o filho. O pai então resolveu visitar a criança, e vendo o estado em que se encontrava: parado, com dificuldade de caminhar devido à obesidade, sem brincar espontâneo, sedado pelo neurologista devido aos gritos angustiados e intermináveis à noite, comoveu-se e resolveu trazê-lo para tratamento em Belo Horizonte.

O pai passou a morar com Nancy e Lúcio na casa dos avós paternos. Levaram a criança a vários especialistas e, no dizer do pai, “*estão tentando correr atrás do prejuízo*”.

O casal enfrentou dificuldades em se adaptar a morar com os parentes do pai e em lidar com Lúcio.

O paciente participa do Espaço Pais-Bebês, espaço multidisciplinar, onde os bebês comparecem acompanhados de seus cuidadores. As intervenções são feitas através do brincar, tentando (r) estabelecer um laço do bebê ou pequena criança com seus cuidadores.

Agora Lúcio já apresenta um brincar espontâneo, porém ainda repetitivo, variando um pouco os objetos escolhidos. Desce do colo da mãe, iniciando uma atividade de esvaziar e encher uma caixa de brinquedos ou escondendo objetos e se pondo a procurá-los.

Seria já um brincar indicador da inscrição da alternância presença-ausência e, portanto, simbólico? Aceita melhor quando nos dirigimos a ele. Em casa, passou a brincar mais e já sai de casa com os tios e a avó. Foi encaminhado a uma creche, onde fica sem a mãe. A alternância presença-ausência física é mais bem tolerada, abrindo caminho para que psiquicamente possa se inscrever.

Nancy recebeu da neurologista um prognóstico reservado na última consulta: talvez seu filho não fosse nunca ser “normal” como as outras crianças. Chega à sessão indignada, pedindo que a encaminhemos a outra profissional. *“Antes eu não acreditava em Lúcio, agora, após o nosso tratamento, sei que ele vai melhorar, vejo a cada dia que ele é inteligente e esperto”*. Aparece aqui a suposição de sujeito.

Em outros casos de risco de evolução psicótica, no entanto, já observei precocemente a suposição de sujeito, porém de um sujeito não dividido, não marcado pela falta, delirante. Assim, algumas mães me disseram que já durante a gestação, percebiam que o filho seria muito especial, *“um anjo que mudaria o mundo”*, nos dizeres de outra mãe. Sabemos como esta suposição é essencial para que algum dia Lúcio se torne sujeito, capaz de desejar, de brincar, de falar.

Outra mudança: antes não podia faltar nada ao filho, especialmente no nível da necessidade. Quando começava o chorar angustiado, Nancy o “entupia de comida”, como a avó antes fazia. Agora, conversa com ele e brinca, surgindo a demanda, onde tudo era apenas do registro da necessidade. “*Ainda sou sem jeito de brincar; é porque nunca também minha mãe brincou comigo*”, nos diz. Vemos também neste caso como a relação ruim com a própria mãe era reatualizada na relação de Nancy com Lúcio.

Porém algo ainda faz um obstáculo. A referência a um terceiro, ou alterização. O pai, segundo a mãe, “*não sabe lidar com o filho*”. Foi dormir em outro cômodo, pois o choro e a insônia de Lúcio o incomodam à noite, enquanto a pequena criança dorme ao lado cama da mãe, apesar de nossas intervenções. O pai não sabe lidar com a criança, sai cedo e chega tarde em casa, não comparecendo às sessões, justificando estar muito ocupado com seu trabalho. Recentemente, saiu de casa, colocando a culpa na relação muito estreita mãe-filho, dizendo não haver espaço para ele. A mãe nos disse que está com outra mulher.

Nancy diz: “*Mas não faz falta, agora eu sei lidar com Lúcio*”, fala esta que nos preocupou. Mas parece que o tratamento e a creche parecem começar a funcionar como o terceiro elemento, propiciando já algum esboço de referência paterna.

Vimos com Freud (1990 [1895]) no *Projeto para uma psicologia científica* que, diante do desamparo do bebê, que grita em busca de socorro, o *Nebenmensch*, o ser experiente que cuida, deve acolher, e, através da ação específica, produzir a acalmia.

Aqui, também, Nancy encontrava-se em desamparo e gritava em busca de quem contivesse sua angústia. Diante do real do bebê e do pouco que se inscreveu psiquicamente da relação com sua própria mãe (a avó de Lucio), associada ao fato de não ter amparo algum de função paterna em quem se apoiar, a mãe gritava por socorro. O bebê, por seu

lado, teve que gritar também. A função terceira possível nesta situação foi a intervenção medicamentosa da mãe e o auxílio claudicante da avó materna.

Nos três primeiros meses, Lúcio não teve acesso ao manhês, devido ao quadro de psicose pós-parto de Nancy. Depois, houve uma troca abrupta de agente maternante, ficando aos cuidados da avó materna, também com poucos recursos físicos e psíquicos para exercer a “sonata materna”. O grito se tornou a única comunicação possível entre Lúcio e sua mãe nos três primeiros meses de vida.

E o interessante é que mesmo este grito produziu alguma ligação, pois Lúcio nunca apresentou sintomatologia de risco de autismo. Mesmo através do grito foi possível a alienação. O exposto levou-nos a pensar que a simples massa sonora inarticulada pôde investir libidinalmente a criança, alienando-a, como anteriormente mencionado no Capítulo 2.

O problema é que aqui só há presença. Falta a falta. Passamos a hipotetizar que é através do manhês que se faz possível a primeira abertura para a inscrição dos nomes-do-pai, a que Lúcio até então não tinha tido acesso.

3.3.1- As psicoses não decididas da infância.

Ao darmos precocemente um diagnóstico de psicose infantil, a criança passa a ser tratada diferentemente pela família, pela escola e, muitas vezes, pela própria equipe de tratamento. Considerando que a estrutura do *infans* ainda possui certa permeabilidade a novas inscrições, aqui, no caso, da função paterna, um diagnóstico precoce de psicose pode mais atrapalhar do que ajudar na condução do tratamento, constituindo um entrave para que a criança possa ter outra “escolha forçada” de estrutura.

Aqui, mais uma vez, o mais importante não é o diagnóstico precoce e sim o atendimento precoce.

Segundo Leda Bernardino (2004: 30), os psicanalistas lacanianos se dividem em dois grupos: no primeiro, encontram-se os que consideram um tempo lógico de subjetivação, fundando o Inconsciente, e que, uma vez definida a estrutura, seria impossível que esta sofresse mudanças, seja no adulto, seja na criança; já no segundo grupo, há os psicanalistas que, embora concebendo o Inconsciente referido a uma lógica e a um tempo próprio, apontam uma diferença ao considerar o tempo do desenvolvimento refletindo no tempo lógico, avaliando diferenças essenciais na estruturação do sujeito na infância. Seguindo Bernardino (2004), no primeiro grupo encontram-se teóricos que se opõem radicalmente a qualquer especificidade do sujeito enquanto criança.

Posicionamo-nos no segundo grupo descrito pela autora, sustentando uma especificidade do sujeito enquanto infante.

Este posicionamento, no entanto, vem sendo questionado por alguns teóricos como Jacques-Alain Miller (1992, *apud* Bernardino, 2004: 31):

“Esta vocação de dissolver a criança é a dificuldade que introduz esta perspectiva lacaniana. Do ponto de vista do Inconsciente, se tomarmos a fórmula freudiana de que este não conhece o tempo, pode-se pensar que o Inconsciente não conhece a criança tampouco. Assim, a criança seria uma denominação cronológica e quando se é partidário da perspectiva estruturalista, não se pode sustentar que a criança existe [...] Devemos recuperar um conceito operativo da criança, e isto é um trabalho a ser feito [...] Há uma definição da criança : é um sujeito cuja libido não se deslocou dos objetos primários. Não vou dizer que é uma excelente definição, mas na libido não é indiferente o fator tempo”.(MILLER *apud* Bernardino, 2004: 31 _ grifo nosso).

Soler (*apud* Bernardino, 2004: 32), se refere a dois campos de atuação na psicanálise de crianças. O primeiro, ela denomina “psicanálise invertida” (p.10), pois vai do

real ao simbólico, ao contrário da psicanálise habitual. O analista tem que lidar com a criança em posição de objeto e produzir um “efeito-sujeito” que seria uma defesa contra o real.

No segundo campo, Soler situa a criança já sujeito, onde uma das questões a serem trabalhadas é as diferenças entre ela e um sujeito adulto.

Em seguida, Bernardino apresenta uma diferença entre estrutura e efetuação desta estrutura. Segundo a autora, “fazer uma diferença entre uma estrutura e sua efetuação é justamente colocar a estrutura, na infância, num tempo de latência, no aguardo de um momento de decisão” (p.33). Mais adiante, no mesmo texto, Soler coloca a posição da criança como “incompletamente decidida no que diz respeito ao gozo” (p.11), devendo aguardar o advento da possibilidade do exercício da sexualidade propriamente dita.

Soler, tanto quanto Miller, apesar de compartilharem da posição estruturalista, deixam depreender de seu texto que há uma interferência do desenvolvimento em relação à palavra da criança e a seu modo de gestão de gozo.

Jean-Jacques Rassiál (1997a, *apud* Bernardino, 2004) “*vai distinguir, no caso do sujeito criança, uma estrutura clínica R.S.I., que seria suscetível a mudanças, da estrutura primeira R.S.I.*” (p.32). Para Rassiál, é na adolescência que a inscrição ou forclusão do nome do pai será comprovada, na medida em que o sujeito possa conseguir sua independência simbólica, podendo reduzir o lugar do Outro para além da metáfora paterna, constituindo outros nomes-do-pai (p.31).

Para Jerusalinky (1993a: 23, *apud* Bernardino, 2004: 34), pode-se dizer que as psicoses infantis precocíssimas devem ser consideradas como não decididas, porquê ainda pode estar por vir uma metaforização possível às inscrições. Este autor (1993b, *apud* Bernardino, 2004: 35) propõe o termo “*psicoses não decididas*”, justificando que a

infância reconhece a possibilidade de estados provisórios que podem se decidir mais tardiamente quanto à estrutura.

Bernardino (2004: 84) nos diz que um diagnóstico fechado neste momento poderia funcionar como uma nomeação, como um S1, com todo o peso do “discurso científico” aí embutido, podendo, por isso, adquirir um valor de imperativo, fixando um destino.

Mannoni (1981: 58, *apud* Bernardino, 2004: 84) contribui em relação a denunciar os efeitos das “verdades do saber psiquiátrico”:

“Desde que um diagnóstico de psicose se enuncia, pressões da família e da sociedade levam o médico a tomar medidas num terreno onde, talvez, a única providência médica válida seria a de opor uma recusa à solicitação familiar e uma atenção de escuta às palavras de um paciente que espreita o perigo de desaparecer como indivíduo sob as vestes da loucura, a fim de transformar-se, para sempre, no objeto de que se fala, que se manipula e de que se dispõe”.(MANNONI, M. *apud* BERNARDINO, 2004: 84_ grifo nosso).

Este diagnóstico, de psicoses não decididas da infância, é um operador clínico importante na infância, permitindo-nos intervenções que não fixem o sujeito em uma patologia, “rotulando-o” e fechando portas para a construção de saídas que ainda são possíveis.

Capítulo 4 – Aceitando nossa Doutra Ignorância, quem sabe possamos ir mais além?

4.1 Prevenção ou antecipação?

“Eternidade não era só o tempo,
mas algo como a certeza
enraizadamente profunda
de não poder contê-lo no corpo
por causa da morte”.
Clarice Lispector

Em seu artigo *Prevenção ou antecipação?*, Cláudia Rohenkohl (1999) discute uma questão fundamental para quem se propõe a pensar a intervenção precoce. “Como a psicanálise pode falar em prevenir se o tempo que trabalha é o só-depois? A prevenção para a psicanálise não seria então uma psicanálise ao avesso?”.

Por mais calculada e planejada que seja a estratégia de prevenção, sempre algum aspecto irá escapar, já que o real, o impossível de simbolizarmos e que insiste em se repetir, trará sempre algo do qual não se pode prevenir. A autora nos lembra, no entanto, que em cada análise tentamos fazer da letra significante, ou seja, tratar o real pelo simbólico.

Lembre-mo-nos do texto de Soler (*apud* Bernardino, 2004: 32) anteriormente citado no Capítulo 3, no qual a autora nos aponta uma particularidade da análise da criança. Apesar da psicanálise não ser preventiva, tem uma faceta da análise da criança em posição de objeto, que tenta uma defesa contra as facetas irruptivas do real.

Soler, no citado texto, como anteriormente ressaltado, se refere a dois campos de atuação na psicanálise de crianças. O primeiro, que ela denomina “psicanálise invertida” (p.10), pois vai do real ao simbólico, é uma clínica bem mais difícil, de nosso ponto de vista, pois o analista tem que lidar com a criança em posição de objeto e produzir um “efeito-sujeito” que seria uma defesa contra o real.

Rohenkohl (1999) nos remete a outra noção: a da garantia. Não há como garantir uma intervenção analítica, mas podemos apostar na existência do inconsciente, ou que daí vai advir um sujeito. Define então uma contribuição da psicanálise para outras disciplinas neste ponto: tornar a prevenção uma questão, interrogar seu ideal e sua tentativa de controle, uma característica poderosa da noção de prevenção. A dimensão de real destitui a prevenção de ser “toda”.

A autora parece apontar a possibilidade de uma prevenção “não-toda”, que nos remete à noção do mestre não-todo, mestre castrado, dividido, que se deixa interrogar pelo discurso analítico, deixa apontar sua falta. Ou seja, enquanto a prevenção para as ciências se aproxima do discurso do mestre, a prevenção possível para a psicanálise seria interrogada pelo discurso analítico, que deixa aparecer seus furos.

Rohenkohl nos fala do conceito de prevenção em duas analistas: Françoise Dolto, que em sua *Maison Vert* tem como um dos objetivos a prevenção. Dolto define a prevenção da seguinte maneira: “prevenir é atender alguém quando este precisa”. Este “precisar” pode ser em qualquer época da vida, mesmo no bebê.

A outra definição referida pela autora vem de Laznik, que preconiza a prevenção⁷³ do autismo através da detecção de dois sinais: um não olhar entre a mãe e seu bebê e a não-instauração do terceiro tempo do circuito pulsional. Ela aposta na intervenção para trabalhar precocemente a relação do Outro primordial com a criança.

Diante da contingência do agente maternante que incide enquanto impossibilidade real de estruturação do bebê em sujeito, propomos uma intervenção talvez ainda a tempo da estruturação, quando as condições de implantação do simbólico na carne claudicam. Do

⁷³ Laznik (2004) não se refere mais ao seu trabalho como preventivo, pois algo já vai mal na relação do bebê com seu agente maternante.

nosso ponto de vista, não se trata de prevenção, visto que o laço do agente maternante com seu bebê já se apresenta com poucas condições de sustentar uma singularidade em instalação.

No entanto, parece-nos interessante o conceito de prevenção de Dolto. No sentido apontado pela autora, nosso trabalho seria preventivo, na medida em que atendemos quando alguém precisa do atendimento, mesmo nos primeiros meses de vida. No entanto, tratar-se-ia de uma prevenção interrogada pelo discurso analítico, “não-toda”, como bem ressaltou Rohenkohl.

Seguimos Rohenkohl, que nos diz que o cerne da polêmica sobre a prevenção está agregado à noção do tempo, pois o tempo do só-depois se tornaria incompatível com uma visão preventiva da psicanálise. Então, a autora nos diz se tratarem de duas lógicas diferentes (a formal e a do Inconsciente) e de dois discursos distintos (um de dizer o Bem, que consolida a oposição bondade e maldade, e o do Bem dizer, que é regido por uma ética do dizer sob o enigma erótico e amoroso que une e desune uma mulher e um homem).

Segundo a autora, estas posições são excludentes porque, no primeiro caso, sabe-se o que será o Bem para o indivíduo e no segundo caso, longe de trabalhar com este ideal, realizar-se-á uma criação a partir do enigma do dizer. Lembremo-nos que o discurso da psicanálise aponta para a segunda posição, enquanto o da ciência toma partido da primeira.

Segundo Porge (*apud* Rohenkohl, 1999), a noção do tempo para a psicanálise não se limita ao só-depois. Além da sincronia e da diacronia, Lacan acrescenta a pressa. Unindo lógica e tempo, ele aponta duas escansões.

No só-depois verifica alguma coisa que é atingida antes mesmo de poder ser verificada. É a verificação da antecipação da verdade. Conclui o autor: “há um hiato irreduzível entre a verdade e sua verificação, hiato que se reduz à dimensão temporal da pressa”. Lacan desenvolveu a noção de antecipação: precipitação do sujeito diante do Outro.

No texto *O estádio do espelho como formador da função do eu*, Lacan (1949, *apud* Rohenkohl, 1999) nos diz que: “o estádio do espelho é um drama onde o impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação”. No texto *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade* (1960, *apud* Rohenkohl, 1999), ele veicula um esquema imaginário e ilusório na formação do eu na antecipação de sua imagem pelo Outro, simbólico.

Então, se no primeiro texto a antecipação é da ordem do imaginário, no segundo existe também uma antecipação simbólica. A função da pressa no estádio do espelho é decisiva. Essa pressa instaura outro tempo para a psicanálise, o tempo da suposição entre a precipitação e sua verificação.

Daniela Teperman (2002: 139), em sua dissertação de mestrado “*Bases Psicanalíticas da Intervenção Precoce: Uma Clínica Preventiva dos Transtornos de Desenvolvimento*”, nos questiona: o que prevenimos? Prevenir, para a autora, seria antecipar o sujeito... “*prevenir faz pensar em pré-venir, pré-venir o sujeito, antecipar um sujeito para a criança quando os pais não puderam fazê-lo*”.

Quando nos encontramos diante de agentes de função materna e paterna que não conseguem ver seu filho para além de uma libra de carne, podemos intervir antecipando um sujeito. Esta seria a única prevenção possível, porém tratar-se-ia de uma prevenção sem garantias, prevenção castrada, “não-toda”, como muito bem apontado por Rohenkohl.

4.2- Considerações acerca do tempo na infância.

Bernardino (2004: 76) nos diz que devemos considerar mais algumas variantes em relação ao tempo na infância. Há um tempo do estabelecimento da estrutura, sincrônico, que

implica a inscrição ou não do Nome-do-Pai, tempo lógico, que depende das condições particulares de cada um perante o encontro com a linguagem; existe um organismo submetido às contingências reais de um crescimento, que dá suporte imaginário ao sujeito que pode ou não advir.

A estrutura sincrônica vai se articular com elementos diacrônicos, a saber: o real do organismo submetido ao crescimento corporal e à maturação neurológica e sensorial, que dependem, no entanto, do desejo e da linguagem para se pôr em marcha; a imaginarização do Outro social que reconhece a criança de acordo com um referencial cronológico, situando-a em diferentes lugares perante a lei e as organizações sociais.

É por isso que Bernardino (2004: 80) propõe situar três momentos-chave na estruturação subjetiva, retomando os três tempos lógicos descritos por Lacan (1961-1962) em *O Seminário, Livro 9, a identificação*. O instante do olhar situaria o momento em que o olhar do Outro primordial marca um traço, inscrevendo um significante, possibilitando a vivência do estágio do espelho.

O tempo para compreender: a partir de um apagamento promovido pelo recalque originário, resultante da inscrição do Nome-do-Pai enquanto metáfora paterna, propicia-se um primeiro saber sobre o desejo próprio e sobre o desejo do Outro. É o tempo do Édipo e da latência.

O momento de concluir, finalmente, acontece quando o sujeito, diante da adolescência, conclui com a escolha do *sinthoma*.

Seguindo a autora, é nos hiatos destes tempos que o sujeito pode emergir ou não. Há nestes momentos a necessidade de um remanejamento da significação do falo, de acordo com diferentes faltas, tendo como consequência que a inscrição do significante necessita de confirmações posteriores através de um agente maternante portador de significantes e mais, que há uma abertura para a palavra e seus efeitos durante estas suspensões.

A tese de Bernardino (2004: 81) é de que, entre estes tempos, se encontrariam momentos de vacilação, como tempos de suspensão. Nos momentos de encontro com a falta significante do Outro, o sujeito fica paralisado, indefinido quanto ao seu lugar de *fallasser*. A autora propõe situar estas paralisações em relação às operações psíquicas essenciais à constituição do sujeito, podendo se estabelecer riscos de patologias como defesa.

Tomaremos aqui apenas as duas primeiras escansões de que a autora fala, já que são as que mais interessam ao nosso trabalho. Na escansão entre o tempo mítico zero e o narcisismo primário, a não-resposta do Outro situaria o risco da elisão deste Outro, podendo o autismo advir como defesa. Na segunda escansão, entre a inscrição e seu apagamento, haveria o risco de forclusão do nome-do-pai, podendo a psicose surgir como defesa.

Esta é uma hipótese clínica extremamente interessante, pois coincide com nosso modo de ver o autismo e a psicose infantil; além disto, leva em conta o movimento pulsional inconsciente, e seus hiatos.

Para Vorcaro (1997: 134, *apud* Bernardino, 2004: 35), autismo, psicose e debilidade são modalidades não borromeanas de estrutura. “*O sujeito pode constituir invenções para o atamento borromeano, em suprimento dos pontos de fracasso do enodamento, pontos em que*

a função da metáfora paterna não teve incidência, nas versões (père – versions) que amarram R. S. I. para suportar a modalização subjetiva”.

O momento de concluir, como apontado por Bernardino, acontece quando o sujeito, diante da adolescência, conclui com a escolha do *sinthoma*. Pensamos ser um importante caminho para estudos posteriores a escolha do *sinthoma* nas modalidades não borromeanas de estrutura, por isso introduzimos aqui esta questão, ainda que de maneira pouco aprofundada.

O termo *sinthoma* surge na obra de Lacan (1975/1976) em *O Seminário*, Livro 23, *O sinthoma*. Diante das limitações do nó borromeo a três para dar conta das relações do sujeito com o mundo, o autor propõe o nó a quatro, mantendo a especificidade de cada registro (real, simbólico e imaginário) e garantindo seu funcionamento articulado. Denomina este quarto nó de *sinthoma*, utilizando uma grafia diferente do sintoma clínico (*symptôme*).

Todo este desenvolvimento se faz a partir da questão suscitada em Lacan pela obra do escritor irlandês James Joyce⁷⁴, a princípio um psicótico, que não se revelou como tal pela função da letra, desempenhada por sua escritura. Vem daí a noção do quarto nó como suplência nas psicoses. No caso de Joyce, sua arte: “*uma escritura, portanto, é um fazer que dá suporte ao pensamento*” (Bernardino, 2004:162). O *sinthoma* abre saídas possíveis também aqui, nas psicopatologias não decididas da infância.

4.3- Um contraponto à “dissolução da infância”.

⁷⁴ Para os interessados em ampliar o conhecimento sobre este tema, cf. Mandil, Ram, *Os efeitos da letra. Lacan leitor de Joyce*. Rio de Janeiro / Belo Horizonte: Contra Capa / Faculdade de Letras UFMG, 2003.

A infância não é uma categoria natural, mas uma construção histórica e social⁷⁵.
Estaria ocorrendo um desaparecimento da infância?

Conforme apontado por Bernardino (2004), existe dentro da psicanálise teóricos que se opõem radicalmente a qualquer especificidade do sujeito enquanto criança. Porém, vimos também no Capítulo 3 que este posicionamento vem sendo questionado por alguns teóricos como Jacques-Alain Miller (1992: 9-10, *apud* Bernardino, 2004: 31), que nos alerta para o perigo da perspectiva lacaniana “dissolver a criança”. O autor nos lembra que a criança é uma denominação cronológica e que quando se é partidário da perspectiva estruturalista, fica difícil de sustentar sua existência.

“Se o Inconsciente não conhece o tempo, não conhece a criança tampouco”. Propõe um trabalho: “recuperar um conceito operativo da criança” e, como já dissemos, uma definição de criança como a de um sujeito que não deslocou sua libido dos objetos primários, lembrando-nos que o fator tempo deve ser levado em consideração na libido.

Se a infância vem desaparecendo, que dizer do bebê, da primeiríssima infância? Ao propormos um atendimento precoce ao bebê e seus pais, estaria nosso trabalho indo à contramão do ideário social contemporâneo? Nosso trabalho parece apontar, portanto, para um contraponto ao desaparecimento da infância.

Do nosso ponto de vista, se a psicanálise lacaniana precisou se “esquecer do desenvolvimento” e da criança durante o chamado primeiro classicismo lacaniano⁷⁶, para sustentar-se numa perspectiva estruturalista, neste momento, após os últimos textos de Lacan, esta posição não se faz mais necessária.

⁷⁵ Cf. ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

⁷⁶ Cf. MILNER, J.-C. *A obra clara. Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

Podemos ir além, recuperando o real do desenvolvimento incidindo na estrutura, o tempo do infantil, pois é ele “que nos põe em movimento e faz a verdadeira reforma” (Campanário, I. S., 2004).⁷⁷

⁷⁷ Cf. CAMPANÁRIO, Isabela Santoro. A reforma psiquiátrica e movimento social no atendimento a crianças e adolescentes. *DIÁLOGOS EM SAÚDE MENTAL- REFORMA PSIQUIÁTRICA E MOVIMENTO SOCIAL- ABP, AMP, AMMG, RES.- IRS, RES.- CPP* . Publicação da Associação Mineira de Psiquiatria, 2004.

Capítulo 5-A título de conclusão

*“Uma clínica na qual a criança passa a ser concebida como alguém capaz de portar um discurso novo que **pode nos surpreender** deve objetivar nosso trabalho”. (CIRINO, 1992: 79_grifo nosso).*

O modelo da psicanálise com bebês confere a eles um estatuto de sujeito antes de seu advento. Quando o analista se dirige a um bebê ou pequena criança, não importa que ali ainda não haja um sujeito do inconsciente constituído. Ao falarmos com o bebê, fazemos uma antecipação de sujeito que é necessária para que algum dia um sujeito dali possa surgir.

Apresentamos a hipótese da suposição de sujeito da parte de quem atende justificar o termo “atendimento psicanalítico” para estas crianças. Porém, como anteriormente ressaltado, este atendimento faz uma aposta que não oferece garantias.

Podemos justificar o endereçamento do analista ao bebê desde os primeiros meses de vida. Provavelmente, este não será capaz de compreender o sentido das palavras, mas já é possível de ser tocado pela entonação e pelos picos prosódicos de nossa voz. Os picos prosódicos de nossa voz podem abrir caminho para a inscrição dos nomes-do-pai, conforme apontamos no Capítulo 2.

Alem disto, o psicanalista fala ao bebê também para o agente da função materna ouvir. A mãe escuta que o analista dá lugar ao bebê, e isso pode abrir caminho para que ela também passe a antecipar um sujeito.

O tratamento do Outro também se faz necessário, e pode ser feito inclusive através do (r) estabelecimento do laço com o bebê, conforme visto no caso Rafael (Capítulo 3),

onde a mãe estabiliza sua psicose sem outro tratamento que não “o da criança”, visto que ela recusa tratamento individual.

Deve-se trabalhar clinicamente, além da suposição de sujeito, suas conseqüências: o estabelecimento da demanda, a alternância presença-ausência e a alteridade na relação do bebê com seu agente maternante.

As intervenções e interpretações devem se dirigir ao bebê, ao agente que exerce a função materna, e à relação do bebê com este agente, visando, como já citado, ao (r) estabelecimento de um laço capaz de sustentar uma singularidade em instalação. Estas intervenções e interpretações têm sido feitas a partir do lúdico, propiciando um laço através do brincar entre a mãe e o bebê.

O autista funciona refletindo o Outro esférico sem inversão (o não te desejo da mãe é espelhado pelo não te olho e não suporte te escutar da criança). O manejo clínico consiste em fazer esta inversão.

Também tentar furar este Outro esférico é uma necessidade clínica. O Outro deve ter a capacidade de se despir de seu saber para poder se surpreender diante das produções de pouco sentido apresentadas pelo bebê, para que estas não fiquem localizadas como sem-sentido. Nestes furos do saber do Outro, o bebê pode se enganchar, aparecendo como sujeito.

Apesar de precocemente trabalharmos também estimulando funções, não podemos fazê-lo em detrimento do sujeito.

Em caso de risco de autismo e nas psicoses não decididas da infância, no nosso ponto de vista, ao atendermos precocemente, não se trata de prevenção, pois a criança já apresenta sinais de que algo não vai bem. Trata-se sim de um tratamento que se antecipa à

estruturação psíquica, podendo permitir ainda que alguma retificação da função paterna e materna aconteça.

No entanto, achamos interessante o conceito de prevenção de Dolto. De acordo com seu conceito de prevenção, “atender quando alguém precisa”, nossa clínica seria preventiva, porém a única prevenção possível seria sem garantias, prevenção castrada, “não-toda”, como bem apontado por Rohenkohl.

É difícil falar de prevenção em psicanálise. No entanto, é inegável que um sintoma que pode ser ouvido e trabalhado no período de seu aparecimento possa trazer conseqüências psíquicas menos graves no adulto. No entanto, como anteriormente sublinhado, não há garantias desta intervenção.

“A criança é o pai do homem”, nos diz o poeta romântico inglês William Wordsworth (1770-1850). Conforme a maneira que tratarmos o bebê e a criança, produziremos sujeitos ou autômatos.

A relevância da prática do atendimento precoce já foi constatada em outros trabalhos.

Estes atendimentos vêm sendo realizados ainda há pouco tempo e é necessário um trabalho *a posteriori* para avaliação da estruturação clínica dos pacientes atendidos desde precocemente.

A música da fala nos abre muitas perspectivas de pesquisa clínica e novas possibilidades de intervenção.

O novo modo de ver o sujeito, que surge no momento da alienação, tem sido pouco valorizado pela psicanálise. A despeito das controvérsias provocadas pelo termo, este

conceito ajuda sobremaneira a sustentação da clínica com as crianças mais graves, pois dá a elas o estatuto do humano.

A clínica do autismo pode ensinar muito ao psicanalista. O fato de que muitas crianças melhoram após um susto concreto tomado pela analista em algum momento do atendimento nos ensina que devemos nos surpreender diante de cada caso.

Levantamos a hipótese de que este susto funcionaria furando o Outro esférico do autista. Enquanto atendemos imbuídos de um saber pronto, nada acontece. Devemos nos despir do saber prévio, do prognóstico reservado que nos ensina a psiquiatria e mesmo a psicanálise, para possibilitar que algo de novo advenha.

Novas pesquisas são necessárias em relação ao psiquismo fetal. Como nos diz Laznik (2004), pouco sabemos do que ocorre no psiquismo do feto durante a gestação. Laznik espera que seu trabalho, que chama a atenção para a importância do que ocorre nos primeiros meses de vida extra-uterina incentivem pesquisas do campo da psicanálise no campo pouco explorado da relação do feto com seu Outro materno.

Faço minhas as suas palavras. Sublinhamos que esta mesma questão já fora apontada por Klein na década de 40.

Como já dito, a palavra infância vem do latim – *infans* – que é aquele que não fala. A criança, de fato, não fala até certa idade. No entanto, mesmo após adquiri-la, sua fala é pouco considerada. O profissional que atende a criança fica submetido a outro tipo de linguagem _ como o brincar, por exemplo _ até a ponto de, muitas vezes, negligenciá-la.

Estarmos sempre atentos para não cair nesse engodo da não-consideração da fala da criança é fundamental. Antecipar, pôr esta fala em evidência e escutá-la é nosso objetivo, pois cair no engodo de não escutar é abandonar a clínica. O aspecto da não-consideração da

fala da criança faz com que ela geralmente não apareça na primeira pessoa nos discursos que dela se ocupam.

O ser humano vem ao mundo de maneira extremamente frágil. Se não houver os cuidados do Outro experiente que eroginiza e que nutre o bebê, este entra em um quadro marasmático que pode evoluir até a morte. Seus primeiros sons dependem de um sentido dado pela mãe. O sujeito recebe através dos significantes do Outro, uma significação que lhe confere a estrutura de sujeito. Alienado no discurso, permanece até que o trabalho psíquico possibilite sua separação em relação ao desejo do Outro.

Recebemos então o bebê e a criança a partir da demanda desse Outro: pais, escola, Conselho Tutelar, pediatra ou outros profissionais. Como a demanda vem do Outro, a prática do atendimento a bebês, crianças e adolescentes pode se direcionar, muitas vezes, para a correção das crianças e famílias. Este processo disciplinar, exercido a partir de normas, cumpre função de manutenção da ordem moral e social (Akerman, 1995).

É o perigo do Divã de Procusto. Trata-se do mito de Procusto, dono de uma hospedaria, que esticava ou cortava os pés dos hóspedes, caso não coubessem na cama. Infelizmente, assistimos muitas vezes a atitudes semelhantes do profissional que atende esta clientela, cortando os pés dos pacientes na medida em que excedem o tamanho do Divã (Mannoni, O.).

Dar a fala à criança é nosso dever: quando ela passa a falar através do sintoma ou do sinthoma, que consideramos ser um progresso do tratamento, por isso não devemos calá-los a qualquer custo, não temos que obrigá-las ao silêncio.

Como vimos acima, é quase impossível ser bem sucedido no tratamento de um bebê ou de uma pequena criança se os pais também não forem trabalhados. A família tem uma função de moderar o gozo da criança, através da entrada da função paterna como lei. Em algumas famílias, esta função está comprometida e cabe ao profissional uma intervenção buscando tentar uma retificação da função familiar, sem, no entanto, tentar normatizá-la.

No entanto, na escuta dos pais, não podemos desconsiderar a dimensão subjetiva da criança. Ela é um sujeito, mesmo que não enunciador em alguns casos, e sua verdade deve ser ouvida, mesmo que a análise de um bebê ou pequena criança tenha que passar também algumas vezes pela escuta dos pais.

Dar ao bebê e à criança pequena a possibilidade de ser atendida de forma integral como sujeito e cidadão deve objetivar as novas ações no âmbito da nossa clínica.

Faço votos que este trabalho, ainda que abrindo mais questões do que concluindo, possa ser útil para que estas crianças, ainda desprovidas de fala, mas com outras possibilidades de linguagem, sejam mais bem acolhidas para tratamento nos Serviços de Saúde Mental, mais “acostumados” à clientela que fala e demanda.

Bibliografia:

AJURIAGUERRA, J. *Manual de psiquiatria infantil*. Seg. Ed. Rev. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1978.

AKERMAN, Jacques. Estratégias de segregação na infância e adolescência: problemas e impasses do encaminhamento para tratamento em saúde mental, in: *Rev. Psiquiatr. Psicanal. Crianças Adolesc.* 1(2): 31- 34. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico /FHEMIG, 1 995.

ALVARENGA, Elisa. Considerações preliminares a um tratamento possível do autismo infantil, in: *Fascículos Fhemig*, n. 7: 138-143. Belo Horizonte, 1992.

_____ *O conceito de psicose em Freud*. Belo Horizonte: Tahl, sd.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANDERSEN, Hans Christian. *Histórias maravilhosas de Andersen*. São Paulo: Companhia das Letrinhas, 1995.

ANDRADE, Carlos Drummond. In: Moriconi, I. (org.). *Os cem melhores poemas brasileiros do século*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

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

ANZIEU, D. *Le moi-peau*. Paris: Dunod, 1985.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

BALBO, Gabriel. Le mot, la chose, leurs phonèmes et leur ratage unien. *La Psychanalyse de l'enfant*. n.18, éditions de l'Association Freudienne. Paris, 1995: 10-11.

- BANDIM, J.M. et. al. Autismo. Características clínicas, curso e tratamento, in: *J.Bras. Psiq.* 44 (12): 649- 654. Rio de Janeiro, 1 995.
- BERCHERIE, Paul. A clínica psiquiátrica da criança. Estudo histórico, in: *Fascículos Fhemig*, n.7: 20 - 38. Belo Horizonte, 1992.
- BERNARDINO, Leda Maria Fischer. *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- BETTELHEIM, Bruno. *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- BICK, Esther. The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 49, 1968: 484-6.
- CALLIGARIS, Contardo. *Hipótese sobre o fantasma*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- CAMPANÁRIO, Isabela Santoro. A reforma psiquiátrica e movimento social no atendimento a crianças e adolescentes. *DIÁLOGOS EM SAÚDE MENTAL _ REFORMA PSQUIÁTRICA E MOVIMENTO SOCIAL _ ABP, AMP, AMMG, RES.- IRS, RES.- CPP* Publicação da Associação Mineira de Psiquiatria, 2004.
- CAVALCANTI, Ana Elisabeth e ROCHA, Paulina Schmidtbauer. *Autismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- CAVALCANTE, Marianne. Pausas no manhês: lugar de subjetivação, in: SALES, Lea (org.) *Pra que esta boca tão grande?: questões acerca da oralidade*. Salvador: Ágalma, 2005.
- CESAROTTO, Oscar. *No olho do outro*. HOFFMANN, E.T.A. *Contos sinistros*. São Paulo: Max Limonad Ltda, 1 987.
- CHASLIN, KRAEPELIN, MAGNAN, MAUDSLEY, SÉRIEUX E CAPGRAS. *História da psicopatologia. Textos originais de grandes autores*. DALGARRONDO, P.; SONENREICH, C.; ODA, A. M. G. (orgs.). São Paulo: Lemos, 2004.

CIRINO, Oscar. O descaminho daquele que conhece, in: *Fascículos Fhemig*, n.7: 79. Belo Horizonte, 1992.

_____. Diagnóstico estrutural: algumas considerações, in: *Rev. Psiquiatr. Psicanal. Crianças Adolesc.* 1(1): 25-36. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico /FHEMIG, 1.994.

_____. *Psicanálise e psiquiatria com crianças. Desenvolvimento ou estrutura.* Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

DAVID, Cláudio Munayer. *A linguagem sonora. Monografia* apresentada à UFMG para conclusão do Curso de Especialização em Psicanálise, 2004.

FERNANDES, Lia Ribeiro. *O olhar do engano. Autismo e Outro primordial.* São Paulo: Escuta, 2000.

FREUD, Sigmund. (1895) Projeto para uma psicologia científica, v. I, *ESB.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, v. VII, *ESB.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1908 [1907]). Escritores criativos e devaneio, v. IX, *ESB.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1911) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico, v. XII, *ESB.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução, v. XIV, *ESB.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1915) As pulsões e suas vicissitudes, v. XIV, *ESB.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1919) O estranho, v. XVII, *ESB.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1919) “Uma criança é espancada”: uma contribuição ao estudo da origem

das perversões sexuais, v. XVII, *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ (1920) Além do princípio de prazer, v. XVIII, *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ (1926 [1925]) Inibições, sintomas e ansiedade, v. XX, *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

HOCHMANN, J. Prefácio, in: DUREY, B. *Austisme e humanité*. Paris: Thétète, 1995.

JERUSALINSKY, Alfredo. Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem (Entrevista com Alfredo Jerusalinsky). *APPOA - Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 9: 62-73. 1.993a.

_____ Seminário de clínica psicanalítica de crianças (transcrição digitada de fita cassete). Curitiba, ago. 1993b. Inédito.

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

KANNER, Leo. Os distúrbios autísticos do contato afetivo, in: ROCHA, Paulina (org.) *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997, p.111-170.

_____ Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *American Journal of Psychiatry*, v. 103: 242- 6, 1946.

_____ The specificity of early infantile autism. *Acta Paedopsychiatry*, v.25, n.1-2: 108-13, 1958.

_____ Infantile autism and schizoprenias. *Behavioral Science*, v.10, n.4: 412-20, 1965.

_____ Early infantile autism revisited. *Psychiatry Digest*, v. 29: 17- 28, 1968.

_____ Follow-up studies of eleven autistic children originally reported in 1943. In: *Journal of Autism and childhood schizophrenia*, 2-1: 9-33, 1971.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B.J. *Compêndio de psiquiatria*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLEIN, Melanie. (1930) A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do eu. *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

_____ (1946) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969a.

_____ (1952) Comportamento dos bebês. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969b.

_____ (1952) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969c.

LACAN, Jacques. (1945). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada, in: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____ (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise, in: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____ (1953- 54) *O seminário*, livro 1, *os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

_____ (1955- 56) *O seminário*, livro 3, *as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____ (1957- 58) *O seminário*, livro 5, *as formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____ (1958) A significação do falo, in: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____ (1961- 62) *O seminário*, livro 9, *a identificação*. Inédito. Edição h-e-R-e-S-I-a. Para circulação interna. Formações Clínicas do Campo Lacaniano.

_____ (1963) *O seminário*, livro 10, *a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____ (1964) *O seminário*, livro 11, *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____ (1967) Alocução sobre as psicoses da criança. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a.

_____ (1969) Duas notas sobre a criança. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.

_____ (1975) Conferência em Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*. São Paulo: Eólia, 1998.

_____ (1973- 74) *O seminário*, livro 21, *les non- dupes errent*. Inédito. Edição h-e-R-e-S-I-a. Para circulação interna. Formações Clínicas do Campo Lacaniano.

_____ (1975- 76) *O seminário*, livro 23, *o sinthoma*. Inédito. Edição h-e-R-e-S-I-a. Para circulação interna. Formações Clínicas do Campo Lacaniano.

_____ (1976- 77) *O seminário*, livro 24, *l'insu que sait de l'une- bévue s'aile à mourre*. Inédito. Edição h-e-R-e-S-I-a. Para circulação interna. Formações Clínicas do Campo Lacaniano.

LANDA, Fábio. Unheimliche e autismo: da eficácia do segredo, in: LAZNIK-PENOT, M.-C. (org.). *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1991.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. 1982. *Vocabulário de psicanálise*, 3. ed. Trad. Pedro Tamen, São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAZNIK, Marie-Christine (1993) Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional _ quando a alienação faz falta, in: LAZNIK, M.-C. (org). *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1991.

_____ *Rumo à palavra. Três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1997.

_____ Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. *Agora eu era o Rei. Os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999.

_____ Risco de autismo em bebês. *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____ (2000) A voz como primeiro objeto da pulsão oral, in: *A voz da sereia. O autismo e os impasses da constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma, 2004.

_____ (1999) Entrevista com Marie-Christine Laznik por Laura Battaglia, in: *A voz da sereia. O autismo e os impasses da constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma, 2004.

LEFORT, Robert & LEFORT, Rosine. O autismo, especificidade. *Fundação do Campo Freudiano: o sintoma charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____ *O nascimento do Outro*. Salvador: Fator, 1984.

_____ Autisme et psychose, deux signifiants: “partie” et “casse”. In: *Séries Decouverte Freudienne*, n.8: 229- 238. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail, 1992.

_____ L'accès de l'enfant à la parole condition du lien social. *Bulletin du Groupe Petite Enfance. L'autisme*, n. 10, jan. 1997.

MAHLER, Margareth. On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychosis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7: 284-305, 1952.

MANDIL, Ram. *Os efeitos da letra. Lacan leitor de Joyce*. Rio de Janeiro/ Belo Horizonte: Contra Capa/ Faculdade de Letras UFMG, 2003.

MELMAN, Charles. *Chimneys Weeping*, in: *Le langage et l'inconscient après les enseignements de Freud e de Lacan, Bibl. do trimestre psychanalytique*. Paris, Association Freudienne, 1989.

MELTZER, Donald. *et al.* (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Trad. G. Haag et al. Paris: Payot, 1980.

MANNONI, Maud. *A criança retartada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

_____ (1970). *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

MANNONI, Octave. O divã de Procusto. In: McDougall, Joyce e Colls. *O divã de Procusto*.

MILLER, Jacques-Alain. A. *Apertura de las II jornadas Nacionales: desarrollo y estructura em la dirección de la cura*. Buenos Aires: Centro Pequeno Hans, 1992.

_____ Sobre o transfinito. Em relação a um novo significante. *Opção Lacaniana*, n.6, ano 1, out. 1993.

MILNER, Jean- Claude. *A obra clara. Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

MOTTRON, Laurent. *L'autisme: une autre intelligence*. Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle. Spirmont, Belgique: Pierre Mardaga ed., 2004. 240p.

NOMINÉ, Bernard. A questão do sintoma e a problemática do corpo no autismo in: *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquize*, sd.

OGDEN, Thomas. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID- 10; Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PIMENTA, Paula Ramos. Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito? Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo. *Dissertação (Mestrado)*. UFMG, Belo Horizonte, 2003.

POE, Edgar Allan. O visionário. In: *Contos de terror, de mistério e de morte*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

PORGE, Erik. *Psicanálise e tempo – o tempo lógico em Lacan*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1994.

RASSIAL, Jean-Jacques. Da mudança esperada do tratamento psicanalítico da criança, in: BERNARDINO, Leda Maria Fischer (org.). *Neurose Infantil x Neurose da criança*. Salvador: Ágalma, 1997a.

RIBEIRO, Maria Anita Carneiro. Autismo: o último véu, in: *Rev. Psiquiatr. Psicanal. Crianças Adolesc.* (1) 2: 67-72. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico /FHEMIG, 1995.

ROCHA, Guilherme Massara. Os sons e as coisas – notas sobre o real em Freud. In: *Destarte*. v. 2, n. 1 (1.sem.2003). Vitória: Faculdade Estácio de Sá.

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

ROSA, João Guimarães. *Grande sertão veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

ROSENBERG, Raymond. Autismo: histórico e conceito atual, in: *Temas sobre desenvolvimento*, n.1: 4 -7, 1 991.

SANTA ROZA, Elisa. *Quando brincar é dizer*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1993.

SANTIAGO, Ana Lydia. *A inibição intelectual na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SOLER, Colette. Fora do discurso: autismo e paranóia, in: *Rev. Psiquiatr. Psicanal. Crianças Adolesc.*, 1 (1): 71 – 80. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico /FHEMIG, 1994a.

_____ (1994). L'enfant et le désir de l'analyste, in: *XVII Jornada de Estudos do CEREDA*: 7-11. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, dez. 1994b.

_____ O sujeito e o Outro II, in: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (orgs.) *Para ler o seminário 11 de Lacan, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

SPITZ, René. *Do nascimento à palavra. O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

STEVENS, Alexandre. L'holophrase, entre psychose e psychosomatique. *Ornicar?*, Revue du Champ Freudien, n. 42: 45- 54, juil- sept 1987.

SUPLICY, A. Autismo infantil, revisão conceitual, in: *Rev. Neuropsiq. da Infância e Adolescência*, 1 (1): 21 - 28, 1993.

TAFURI, Maria Izabel. *Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília: ABRAFIPP, 2003.

TEPERMAN, Daniela Waldman. Bases psicanalíticas da intervenção precoce: uma clínica preventiva dos transtornos de desenvolvimento. *Dissertação* (mestrado) apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2002.

TUSTIN, Francis. Autistic shapes. *Int. Review Psychoanal.*, 11: 279-290, 1984.

_____ A perpetuação de um erro. *O autismo. Letra Freudiana*, ano XIV, n. 14. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

VOLNOVICH, Jorge. *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VORCARO, Angela. *Crianças na psicanálise. Clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

_____ A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, 15 (2): 265-287, dez. 2003.

_____ *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

WETHERBY, Amy M. et. Al. Early indicators of autism spectrum. Disorders in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol.34, n. 5: 473- 493, october 2004.

WINNICOTT, Donald (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação*, p.79-87. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

_____ (1941) Textos selecionados. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
