



PUC
RIO

SHEILA ABRAMOVITCH

CONSTRUÇÕES ACERCA DO AUTISMO INFANTIL PRECOCE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2000.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

N.Cham. 150 A161 TESE UC

Título Construções acerca do autismo infantil precoce



Ex.2 PUC-Rio - PUCB

00152084

Sheila Abramovitch

**CONSTRUÇÕES ACERCA DO AUTISMO INFANTIL
PRECOCE**

Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia da
PUC/RJ como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Mestre
em Psicologia.

Orientador: **Octavio Almeida de
Souza.**

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, abril de 2000.

102817

pc/d



150
A161
TEFE UC
ex. 2

Ao Roberto, com amor, por essa conquista.
À Debora, Gabriela, Guilherme e Breno, por preencherem
meu coração de alegria, tornando-me capaz de ajudar a outras
crianças.
Aos meus pais, Burech (*in memoriam*) e Zlata, pela indicação
do caminho universitário.
À minha família, pelos momentos compartilhados.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof.Dr. Octavio Almeida de Souza, por ter-me confiado essa tarefa, indicando-me o caminho.

Aos professores e colegas do Departamento de Psicologia da PUC-RJ, pela calorosa acolhida e às tantas contribuições que se somaram ao curso de mestrado.

Aos mestres: Prof.Dr. Washington Loyello e Prof.Dr. Paulo Roberto Chaves Pavão, por terem me ensinado uma outra psiquiatria: a do ser humano.

Ao Dr.Moacyr dos Reis Abreu, *in memoriam*, meu primeiro analista, pela certeza de que eu chegaria a esse lugar.

À Prof^aDr^a Maria Anita Carneiro Ribeiro, pelos muitos anos, aos quais vem acompanhando minha trajetória pessoal e profissional, com sua disponibilidade em ouvir-me e ensinar-me psicanálise.

Às Prof.^aDr^a Vera Pollo, Prof^aDr^a Ivanise Fontes e Prof^a Graça Pamplona, agradeço pelas sugestões e, sobretudo, às indicações bibliográficas, aos quais constituíram-se a alma dessa dissertação.

Ao Prof.Dr. Antônio Quinet, com quem encontrei a trilha de um percurso, há muito procurado, da psiquiatria à psicanálise. Agradeço pelos ensinamentos e incentivos sempre prontos, nesse longo e difícil encontro com Freud e Lacan.

Aos colegas da Rede de Pesquisa sobre Psicanálise com Crianças e da Rede de Pesquisa sobre Psicose, das Formações Clínicas do Campo Lacaniano-R.J, por nossas muitas noites de estudos e discussões.

À equipe da Psiquiatria Infantil, a qual me orgulho em coordenar, pelo carinho e dedicação com que abraçam minhas idéias, ajudando-me a concretizá-las. À Maria Cláudia Maia, Maria Lúcia Moreira, Simone Biangolino Rocha e Zélia Carmo Gouveia, que se envolveram com esse trabalho, em todos os momentos que precisei.

Às crianças autistas e suas mães, do Hospital-Dia, do setor infanto-juvenil, da Unidade Docente-Assistencial, do Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ, meus agradecimentos especiais.

RESUMO

Essa dissertação é um estudo sobre o autismo infantil precoce à luz de teoria psicanalítica, objetivando contribuir ao entendimento etiológico e à comprovação da hipótese de que o autismo é uma psicose, distinta da esquizofrenia, porém, precocemente desencadeada. Inicialmente, é apresentada a evolução do diagnóstico de autismo na história da psiquiatria. Na seleção realizada entre psicanalistas de orientações diferentes (Frances Tustin, Collete Soler, Rosine e Robert Lefort, Marie-Christine Laznik-Penot e Pierre Bruno), confrontamos as posições daqueles que consideram o autismo pertencente à estrutura psicótica com os que dela divergem.

Uma vez evidenciados os principais aspectos do pensamento psicanalítico, discutimos, finalmente, a existência ou não de um Outro para a criança autista.

ABSTRACT

This dissertation intends to contribute to the comprehension of early infantile autism, based on psychoanalytical theories. The objective of this work is to study the ethiology and to subside the hypothesis that autism is a psychosis developed in early life, distinct from schizophrenia.

The work begins with a review on the history of autism diagnosis followed by a discussion regarding to whether autism belongs to psychotic structure, based on different psychoanalytical approaches (Francis Tustin, Colette Soler, Rosine e Robert Lefort, Marie Christine Laznik-Penot e Pierre Bruno). Once pointed the main aspects of the psychoanalytic thoughts related of autism, there is a final discussion on the existence or not of the Other for the autistic child.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
Capítulo I. A EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NA HISTÓRIA DA PSQUIATRIA	
I.1. A ERA PRÉ-KANNERIANA.....	7
I.2. LEO KANNER.....	10
I.3. BLEULER EM KANNER.....	12
I.4. HASPERGER.....	14
I.5. A PARTIR DOS ANOS 70.....	15
Capítulo II. O PENSAMENTO PSICANALÍTICO INGLÊS: FRANCES TUSTIN	
II.1. INTRODUÇÃO.....	20
II.2. AUTO-EROTISMO E AUTO-SENSUALIDADE.....	22
2.1. O AUTO-EROTISMO EM FREUD.....	22
2.2. A AUTO-SENSUALIDADE EM TUSTIN.....	27
II.3. O AUTISMO EM TUSTIN	
3.1. A NOÇÃO DE AUTISMO.....	31
3.2. A DISTINÇÃO ENTRE O AUTISMO E A ESQUIZOFRENIA.....	35
3.2.1. OS OBJETOS AUTÍSTICOS.....	38
3.2.2. OS OBJETOS CONFUSIONAIS.....	41
II.4. A DEPRESSÃO COMO ETIOLOGIA.....	42
Capítulo III. O AUTISMO EM ALGUNS SEGUIDORES DE LACAN	49
III.1. A FUNDAÇÃO DO SUJEITO.....	51
1.1. O PEQUENO OUTRO (a) E O GRANDE OUTRO (A).....	59
III.2. A CRIANÇA COMO "UM PURO FALADO DO OUTRO".....	63
2.1. O AUTISMO COMO UM FENÔMENO DA PSICOSE.....	66
2.2. A RELAÇÃO DO AUTISTA COM O OUTRO.....	73
III.3. A TEORIA DO CASAL LEFORT	
3.1. O AUTISMO COMO UMA A-ESTRUTURA.....	77
3.2. CLÍNICA E TOPOLOGIA.....	87
3.3. A REVISÃO DOS CONCEITOS.....	90
III.4. A CLÍNICA DO " NÃO-OLHAR" MATERNO.....	93
III.5. UMA ESQUIZOFRENIA PRECOCEMENTE DESENCADEADA.....	99
5.1. A "NÃO-FUNÇÃO DO DESEJO MATERNO" NA ETIOLOGIA DO AUTISMO.....	102
5.2. UM RETORNO A FREUD.....	105
5.3. LACAN E O AUTISMO.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120

INTRODUÇÃO

*"As coisas estão longe de ser tão tangíveis e
dizíveis quanto se nos pretenderia fazer e ver; a
maior parte dos acontecimentos é inexprimível
e ocorre num espaço em que nenhuma palavra
nunca pisou".*

Rainer Maria Rilke

O presente trabalho tem por finalidade estudar o autismo infantil precoce sob a ótica psicanalítica, contrapondo a Escola Inglesa, com base no desenvolvimento, à Francesa, com base na estrutura. Os autistas representam um grupo de difícil abordagem, cuja pesquisa tem pouco avançado; há escassos recursos terapêuticos disponíveis, que, ainda assim, animam as investigações e apontam para os limites de atuação dos profissionais que deles se ocupam.

Agregam-se a isso algumas peculiaridades como, por exemplo, a recusa de fazer contato, que transformam essa população, composta de seres excluídos socialmente, em um desafio para seus cuidadores. Além disso, do ponto de vista diagnóstico, o autismo revela-se extremamente recente na história da psiquiatria, e a psicanálise dele se apropria para dizer algo sobre o sujeito acometido.

Atender crianças autistas faz parte de meu dia-a-dia, desde que iniciei a minha formação como pediatra, depois como psiquiatra infantil e, a seguir, como psicanalista. Dessa forma, ao longo de 16 anos, o autismo vem-me suscitando indagações e o desejo de poder intervir, em algum momento, nesse doloroso processo.

Em 1987, junto com outros colegas, trabalhamos no posto avançado da UERJ, no morro do Borel, onde tivemos a oportunidade de atender a duas crianças em psicoterapia: uma de cinco anos, autista, e outra de sete anos, com um quadro psicótico. Durante a experiência, percebemos o quanto esse trabalho se perdia dentro das contradições intrínsecas àquela realidade. Como era possível atender crianças tão graves naquele contexto? Desde então, vimos refletindo sobre essas crianças precocemente excluídas do processo de crescimento e sobre a

forma de inseri-las numa proposta terapêutica.

O autismo – diagnóstico daqueles que se recusam a pertencer à humanidade nos desafiou a estudá-lo e, na tentativa de entender o que é o autismo e qual a sua origem, temos desenvolvido o projeto HOSPITAL-DIA COM CRIANÇAS, na Unidade Docente-Assistencial de Psiquiatria, do Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ, no setor de Psiquiatria Infanto-Juvenil, em conjunto com uma equipe multidisciplinar, que está sob a minha coordenação.

O projeto surge como fruto da realidade vivida diariamente no ambulatório daquele setor, onde um grupo de crianças portadoras de doenças psiquiátricas encontram na rede pública escassos recursos para seu tratamento. Dos 250 atendimentos mensais, cerca de 15% pertencem a tal grupo. São eles autistas, psicóticos ou neuróticos graves.

Sendo uma oferta de atenção da abordagem clínica, o Hospital-Dia funciona como local intermediário entre a escola e internação; é facilitador, em potencial, para que possa vir a emergir um sujeito. O objetivo clínico é criar um programa individualizado, em que a indicação de psicofármacos e/ou psicanálise seja verificada caso a caso. As crianças participam de oficinas onde são propostas atividades de exercícios físicos, artes, música, psicopedagogia e literatura. A equipe multidisciplinar, responsável pelas atividades, reúne-se semanalmente para supervisão, estudo e discussão administrativa.

Em outro plano, oferecem-se condições de socialização – as crianças aprendem hábitos de higiene e são incentivadas nas tarefas da vida diária para obtenção de autonomia. Em relação às mães e aos familiares, um programa de oficinas é desenvolvido paralelamente às atividades das crianças, com o objetivo de implicá-los no tratamento de seus filhos. É interessante observar que são frequentes os pedidos de atendimento individual por parte deles.

Continuamos a interrogar sobre a clínica da psicose, em particular, do autismo, dentro de uma perspectiva psicanalítica, e sobre o Hospital-Dia como uma nova modalidade de

atendimento a crianças, por considerá-los meios de responder a essa faixa da demanda na área de saúde.

A nova orientação do Ministério da Saúde quanto à descentralização do atendimento na área de Psiquiatria e a construção de uma rede de serviços (Hospital-Dia, Centro de Atendimento Psicossocial, etc.) em substituição ao modelo hospitalocêntrico propiciaram a construção do projeto HOSPITAL-DIA COM CRIANÇAS, no setor de Psiquiatria Infanto-Juvenil da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria, do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE-UERJ), que nos permitiu agora, com esta dissertação de mestrado, endereçar à academia o estudo de um grupo não menos importante, mas pouco ouvido: o das crianças autistas.

Surge, então, a necessidade de uma investigação maior da teoria, a fim de buscar referências para fundamentar nossa prática e encaminhar as inúmeras questões provenientes dessa clínica singular: a clínica do autismo. As tantas perguntas que se foram somando direcionaram a presente pesquisa, nascida do âmago da psiquiatria clássica e fundamentada na psicanálise contemporânea.

Pretendemos, com essa dissertação, uma compreensão teórica dessas crianças que não são vistas como sujeitos, mas como portadoras de um déficit, malgrado todos os avanços da psiquiatria. Sustentamos a premissa de que, por maior que seja o prejuízo orgânico ou psíquico, não se deve desistir do sujeito. É essa, portanto, a direção que seguimos, sob a orientação do ensino de Jacques Lacan.

Considerando-se as diversas manifestações – comportamental, cognitiva e afetiva –, a criança autista tem uma singular existência. Sua fala, muitas vezes, é incompreensível: aos gritos, por ecolalia, inversão pronominal ou, até mesmo, mutismo. Como entender a relação desses sujeitos com o Outro da linguagem? O que ocorre com eles para se desviarem

radicalmente do processo de humanização? A criança autista também porta um sentido e é nessa aparente falta de sentido que podemos buscar alguma interação.

Interrogamo-nos: o autismo é um sintoma ou uma estrutura? Se for uma psicose, é uma esquizofrenia precocemente desencadeada (Bruno, 1991) ou um outro tipo de psicose (Soler, 1990)? Existe uma polêmica em torno desse tema. Se, para alguns autores, nem se pode afirmar que o autismo seja necessariamente uma psicose (Lefort 1990; Laznik-Penot, 1991), para outros, ele é o protótipo das psicoses que surgem durante a primeira infância (Ajuriaguerra, 1983).

Das discussões que se sucederam ao trabalho de orientação, chegamos ao cerne da questão inerente à problemática que envolve essas crianças: como o olhar clínico é determinado pelo suporte teórico subjacente, tendo conseqüências no tratamento de eleição. Assim sendo, pela maneira como um grupo de sintomas é reunido e interpretado, constrói-se um diagnóstico e traça-se uma conduta, numa aposta ou não de que ali exista um sujeito. Para um melhor entendimento do tema, dispusemos os capítulos em quatro blocos temáticos:

- 1) A evolução do diagnóstico de autismo na história da psiquiatria;
- 2) Autismo por Frances Tustin: o pensamento psicanalítico inglês;
- 3) Autismo na teoria lacaniana;
- 4) Considerações finais.

Ao longo da história da psiquiatria infantil, percorremos o caminho das manifestações inaugurais, nas crianças acometidas por doenças psiquiátricas, e verificamos como estas foram vistas de forma indiferenciada, tomando de empréstimo os diagnósticos do adulto, até Lutz, em 1937. A seguir, ressaltaremos a necessidade de especificar o adoecer infantil e de precisar a sintomatologia da esquizofrenia infantil.

Kanner (1943) destaca a descrição de uma psicose precoce, com características próprias,

mas distinta da esquizofrenia. A fenomenologia da síndrome do autismo infantil precoce aponta para a psicopatologia, que é própria das doenças psiquiátricas. Mas o autismo foi-se distanciando das psicoses, apesar do quadro clínico, para ser incluído em novas categorias, classificadas como um transtorno cognitivo, à semelhança do retardo mental.

Como suporte teórico para o nosso trabalho, elegemos as correntes kleiniana e lacaniana, aqui representados por Frances Tustin, de um lado, e por Colette Soler, Rosine e Robert Lefort, Marie-Christine Laznik-Penot e Pierre Bruno, de outro. A escolha de Frances Tustin como representante do grupo psicanalítico inglês, contrapondo-se aos psicanalistas franceses de orientação em Freud-Lacan, deve-se à sua sólida formação kleiniana e às referências constantes, em sua obra, a diversos psicanalistas, como: Winnicott, Mahler, Meltzer e Bion. Essa autora destaca-se pelos vários livros e artigos publicados sobre o autismo, além da vasta experiência consagrada na clínica com crianças autistas, por mais de 30 anos.

O autismo continua sendo um campo aberto de pesquisas para a psicanálise, principalmente na linha teórica de Freud-Lacan, onde encontramos, no momento, várias posições que abordaremos a seguir.

Soler (1990) entende o autismo como um "parar na entrada, na borda da operação de constituição do sujeito", permanecendo a criança aquém da alienação significante. Em seus trabalhos mais recentes (1999b), destaca o papel da simbolização primordial como uma função que aponta para o lugar que a mãe, em seu discurso, reservou para o Nome-do-Pai na promoção da lei.

Para os Lefort (1990), a criança autista ainda não foi marcada por uma estrutura clínica, distinguindo-se da criança psicótica, porque para a primeira não há inscrição da falta, permanecendo, assim, exclusivamente no registro do real. A criança autista encontra-se fora da fantasia materna, contrapondo-se com a criança psicótica, que é um objeto de gozo no fantasma

materno.

Laznik-Penot (1991) contribui com seu trabalho sobre o “não-olhar materno” na gênese do autismo, destacando as patologias que acometem os bebês antes do estágio do espelho. Cria o termo “hospitalismo em casa”, para designar uma mãe que, apesar de estar fisicamente ao lado de um filho, é incapaz de olhá-lo.

Por sua vez, Bruno (1991) pensa o autismo como uma esquizofrenia precocemente desencadeada, tendo por base Lacan (1975a), quando este ensina serem os autistas também portadores de alucinações auditivas, à semelhança dos esquizofrênicos.

Enfim, este trabalho é um apanhado teórico em torno do autismo, enquanto um diagnóstico clínico, verificando a presença ou não do grande Outro e se ele é ou não uma forma de esquizofrenia. Em outras palavras, ditas, pela primeira vez, do alto de uma escadaria, por um menino de seis anos com diagnóstico de autismo que, até então, segundo os pais, nunca pronunciara uma única palavra: “-- Aqui começa a inquisição!”

I - A EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NA HISTÓRIA DA PSQUIATRIA

*"Nasce um deus. Outros morrem. A Verdade
Nem veio nem se foi: O erro mudou.
Temos agora uma outra Eternidade,
E era sempre melhor o que passou.
Cega, a Ciência a inútil gleba lavra.
Louca, a Fé vive o sonho do seu culto.
Um novo deus é só uma palavra.
Não procures nem creias: tudo é oculto".*

Fernando Pessoa

I.1 - ERA PRÉ-KANNERIANA

Há um momento na história da psiquiatria, bem no início do século XIX, em que se aventou a hipótese de as crianças virem a enlouquecer. Observam-se, então, crianças muito pequenas apresentando graves comprometimentos mentais, que, apesar de mal compreendidos na época, evidenciam uma profunda alteração no processo de desenvolvimento, numa constatação de que este não está ocorrendo conforme o esperado para a idade.

Em 1867, na Inglaterra, Maudsley, no tratado *Physiology and Pathology of the Mind* (Maudsley, 1867), revela-se como o primeiro psiquiatra a prestar atenção à alienação da primeira infância, dedicando ao tema 30 páginas no citado livro. Seu relato suscita reações muito negativas por parte do corpo médico, tendo em vista que a infância ainda era suposta como a "idade da inocência" (Rosenberg, 1991: 5). Em *La Folie Chez Les Enfants*, de 1888, encontramos o registro de Moreau de Tours de que a loucura pode aparecer tanto em crianças quanto em adultos, apresentando-se com as mesmas características. Devido àquelas primeiras alterações serem funcionais, ou seja, por surgirem em organismos previamente saudáveis, foram classificadas como psicoses da infância (Kaplan, 1995: II:2276).

Tanto Kraepellins quanto Bleuler reconhecem que muitos de seus pacientes já estavam

5- E. Kraepellin, em 1906, cunha o termo "demência precoce" para um grupo de entidades mórbidas que tinham

sintomas psicóticos desde tenra idade (Ajuriaguerra, 1983:665), assim como evidenciavam doenças psiquiátricas em crianças (Kaplan, 1995). Em 1905, De Sanctis descreve um quadro de demência na infância e chama-o de demência precocíssima. Esta caracteriza-se por uma sintomatologia muito parecida com a demência precoce de Kraepelin, pois ocorre em indivíduos jovens, além de evoluir rapidamente para a demência.

Heller, em 1909, aponta a existência de demências já no início da vida. *Dementia infantilis* (demência de Heller) é um quadro de severa regressão, estereotípias e perda da fala. Sua rápida evolução, segundo o autor, está associada a uma doença neurológica de base. No entanto, hoje sabemos que esses casos são psicoses infantis secundárias a processos orgânicos (Leibovici, 1991:11), distinguindo-se daqueles a que Kanner, mais tarde, denominará de autismo infantil precoce.

Em 1933, Potter estabelece o diagnóstico de "esquizofrenia infantil", observando crianças que apresentam os mesmos sintomas do adulto esquizofrênico:

- 1) Dissociação do pensamento;
- 2) Alterações da afetividade;
- 3) Autismo.

Faz-se necessária, assim, uma melhor definição da nova entidade clínica. Lutz, em 1937, busca elementos próprios da esquizofrenia infantil, valorizando o fator tempo e priorizando o aparecimento dos sintomas psicóticos nessa faixa etária, caracterizada como fase de formação da personalidade, ou, em suas palavras, como "desenvolvimento global da personalidade doente" (Lutz *apud* Ajuriaguerra, 1983:665). Dessa forma, Lutz distingue a clínica do adulto da clínica da criança; nesta, a doença incide em um momento no qual o *infans* não tem recursos

em comum o início na juventude e a evolução demencial. O termo "autista", entretanto, foi introduzido por Ploulier, em 1906, como um adjetivo, para designar a tendência dos pacientes com demência precoce de "referirem a si mesmos tudo o que ocorria em sua volta" (Laznik, 1991:15). -

E. Bleuler, em 1911, cria a "esquizofrenia", do grego "cisão da mente", por discordar de Kraepelin quanto à incidência se exclusivamente em jovens e o final obrigatoriamente demencial.

próprios para se defender da invasão dos elementos psicopatológicos provenientes da psicose, por sua personalidade em formação. Enquanto naquela, os sintomas produtivos podem organizar-se como um sistema delirante.

A sintomatologia varia conforme o momento de desencadeamento do surto esquizofrênico, modificando-se com a idade em que o fenômeno irrompe. Devem haver tantos desencadeantes quanto implicações distintas, ao ser considerado o fato de um sujeito surtar com três ou trinta anos. Se a esquizofrenia da criança e do adulto estão etiologicamente relacionadas, as suas formas de apresentação clínica diferem; é preciso, pois, continuar a procurar as particularidades do adoecer infantil.

A gravidade do adoecer psíquico em crianças tão pequenas dá-se pela falta de tempo hábil de que ela dispõe para construir bengalas imaginárias ou pontos de sustentação na existência, o que a faz ficar vulnerável à sua própria estrutura. Lutz (*ibid.*) encontra sintomas comuns às crianças, formando uma entidade clínica independente. Elas têm:

- 1) Tendência ao isolamento;
- 2) Embotamento, dissociação ou desestruturação da afetividade;
- 3) Comportamento apático ou excitação impulsiva.

Já Bender, em 1940, é taxativa: define a esquizofrenia infantil como uma “desordem de surto precoce, causada por uma anomalia do sistema nervoso central” (Bender, 1975:419-62).

1.2 - LEO KANNER

Leo Kanner, inventor da síndrome do autismo infantil precoce, nasce em 1894, em Klekotow, na Áustria. Estuda medicina na Universidade de Berlim, graduando-se em 1922. Inicia sua carreira como pediatra, na cidade de Dakota do Sul, E.U.A (1924), dando-lhe continuidade na John Hopkins University, Baltimore, quando se torna professor adjunto (1948).

No ano de 1957, é nomeado professor de Psiquiatria Infantil. Escreve três tratados de Psiquiatria e oito artigos sobre a síndrome do autismo infantil precoces. Marca profundamente a história da psiquiatria infantil ao descrever uma síndrome com a peculiaridade de só acometer crianças e de portar uma fenomenologia própria, não sendo mais necessário tomá-la de empréstimo ao adulto.

Inicialmente, Kanner chama de “distúrbios autísticos do contato afetivo” (1943, 2:217) aos casos de retraimento em crianças menores de um ano. No ano seguinte (1944, 25:211), renomeia-os de “síndrome do autismo infantil precoce”⁶, retirando o termo autismo de dentro da esquizofrenia de Bleuler (1960)⁷. Para Kanner, o autismo é o sintoma primário e fundamental, sendo todos os outros secundários a ele.

O quadro clínico, apesar de parecer-se com o da esquizofrenia infantil, diferencia-se desta pelo fato de portar um isolamento extremo e um desapego ao ambiente, desde o início da vida (Kanner, 1997:167). As crianças autistas agem como se os humanos à sua volta não existissem, pois, segundo o autor, se encontram impossibilitadas de estabelecerem relações com pessoas – tendência à solidão autística (*ibid*:168) –, o que sela o diagnóstico.

O aspecto inato evidenciado não se caracteriza como orgânico; o transtorno básico encobre a capacidade cognitiva das crianças (Kanner, 1990:737), constituindo-se um déficit

2 Cf. Referências Bibliográficas.

3 Também conhecida como síndrome de Kanner.

4 Ver sintomas da esquizofrenia no cap. 1.1.

intelectual que não se confunde com a debilidade mental; ao contrário, “elas têm uma fisionomia notadamente inteligente” (Kanner, 1997:165).

A criança autista não fala, balbucia um solilóquio ininteligível ou porta uma fala com ecolalia, inversão pronominal ou concretismo. Sendo assim, um quadro deficitário impõe-se fenomenologicamente, dando a impressão de que todas as crianças autistas são retardadas mentais. Algumas delas podem apresentar, também, sintomas considerados excepcionais, expressando sua forma singular de viver, por exemplo, a prodigiosa memória que conservam de objetos, listas, *slogans* e refrões musicais (*ibid.*).

Observa-se que o mundo dos autistas é vivido como ameaçador e eles não conseguem localizar de onde isso vem. Portanto toda ação vinda do exterior é tomada como uma intrusão: a alimentação, os cuidados corporais ou, simplesmente, a presença de alguém. Além disso, manipulam objetos de forma estereotipada, rejeitando qualquer intromissão em suas “brincadeiras”. Quando entram em contato com algo ao redor, fazem-no apenas para cumprirem um impulso de sua vontade e qualquer mudança introduzida em sua rotina, como simplesmente a disposição dos móveis, leva-os ao desespero. Outra característica é o fato de eles baterem-se, não terem noção do perigo e agirem como se não tivessem um corpo, uma vez que sua coordenação espaço-temporal encontra-se alterada. Além disso, Kanner nota, quanto à casualidade da síndrome, as peculiaridades de os pais serem obcecados por detalhes e pouco afetivos (1997:170).

Lewis (1995:513) resume a clínica do autismo infantil em:

- 1) Incapacidade de relacionar-se com pessoas, contrastando com a capacidade de fazê-lo com objetos;
- 2) A linguagem, quando chega a se desenvolver, apresenta ecolalia, inversão pronominal e concretismo;

- 3) O comportamento apresenta-se por atividades repetitivas e aparentemente despropositadas (estereotípias), mas responde ao ambiente inanimado. Os autistas não toleram mudanças.

A validade do conceito de Kanner como algo distinto da esquizofrenia foi estabelecida ao longo das décadas seguintes, à medida que várias linhas de pesquisa tornaram-se disponíveis.

1.3 - BLEULER EM KANNER

Quando Kanner retira o termo autismo dos sintomas da esquizofrenia (Bleuler, 1960), sugere uma associação entre o autismo infantil precoce e a esquizofrenia; contudo os casos clínicos anteriormente diagnosticados como esquizofrenia infantis passam a chamar-se de autismo infantil precoce. Bleuler (1960) define o autismo como um retraimento da realidade, acompanhado de abulia, indiferença e absorção no mundo interior, aliado a um esvaziamento afetivo. Fernandez (1968:328) comenta que o autismo de Bleuler é um sintoma que expressa a falta de contato com a vida exterior, em consequência da falta de conexão entre os elementos psicológicos.

Bleuler (1929), muito influenciado pelas idéias de Freud através de Jung, sugere que os desejos instintivos inconscientes e os complexos reprimidos, aproveitando a frouxidão dos laços associativos, podem penetrar na consciência e reger a vida psíquica e a conduta. Continuando suas investigações, o autor divide os sintomas esquizofrênicos em duas classes:

- 1) O grupo dos sintomas fundamentais e dos sintomas acessórios;
- 2) O grupo dos sintomas primários e dos sintomas secundários.

⁵Cf. Lutz cap.I.1.

O sintoma do autismo pertence, assim, ao grupo dos sintomas fundamentais, ou seja, que estão presentes em todos os casos de esquizofrenia. Jannet (*apud* Pavão, 1986) endossa as palavras de Bleuler (1929) e comenta:

“É um sintoma fundamental, talvez o sintoma que melhor exprima a essência da esquizofrenia: o sujeito vive em um mundo interior, subjetivo, onde predomina a ação de sua afetividade. É a maneira pela qual o sujeito reestrutura seu mundo interno (subjetividade) frente à divisão do pensamento”. (Jannet *apud* Pavão, 1986)⁶

Contudo o autismo é *secundário*, sob o ponto de vista da explicação genética, ao processo que ocorre no nível do pensamento. Portanto primário é a frouxidão dos nexos associativos, ou seja, a dissociação das idéias. Depreende-se, então, que a esquizofrenia de Bleuler e o autismo de Kanner referem-se a um distúrbio relacional entre o funcionamento mental (mundo interior) e o mundo exterior; porém a esquizofrenia concerne às idéias e o autismo ao afeto.

A descrição psicopatológica do autismo de Kanner supõe um distúrbio, próximo ao descrito por Bleuler na esquizofrenia. Entretanto o primeiro considera que o termo autismo, por ele empregado, não corresponde inteiramente aos critérios bleulerianos. Na criança, não ocorre um fechamento sobre si mesma, mas uma espécie de contato particular e específico com o mundo exterior.

6- Citação encontrada na tese “O Processo de Assujeitamento na Esquizofrenia”, ao título de livre-docência à

1.4 – H. ASPERGER

Asperger ⁷, em 1944, propôs o diagnóstico de psicopatia autística para uma síndrome que, em vários aspectos, assemelha-se à síndrome autística de Kanner. Atualmente, conhecida como síndrome de Asperger para evitar a ambivalência produzida pela palavra psicopatia, tem sido particularmente descrito na literatura européia. Apesar da polêmica existente na academia de que seriam a mesma patologia, a síndrome descrita por Asperger tem início posterior (entre 4 e 5 anos) e o contato com essas crianças, embora perturbado, é possível. Esse autor refere-se, também, a uma inteligência superior nessas crianças e, além disso, essa síndrome não progride e inexistente a sensação de inacessibilidade.

Asperger, portanto, descreve uma síndrome diferente da síndrome de Kanner, devido:

- 1) Ao início entre os 4 e 5 anos;
- 2) Ao contato muito perturbado, mas superficialmente possível, em crianças inteligentes;
- 3) À recusa de qualquer coisa vinda dos outros;
- 4) À mímica e gestos igualmente perturbados;
- 5) À atividades lúdicas estereotipadas.

As características principais da síndrome são:

- 1) Ausência de progressividade;
- 2) Distúrbios do raciocínio;
- 3) Dissociação afetiva.

Conforme o relato acima, a síndrome de Asperger distingue-se da síndrome de Kanner por não existir a sensação de inacessibilidade, já que essas crianças são comprovadamente inteligentes, mas apesar disso apresentam:

Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, do Prof. Paulo Roberto Chaves Pavão, 1986.
⁷ A descrição dessa síndrome encontra-se, entre outros, no "Child and Adolescent Psychiatry" (Rutter, 1987: 555).

- 1) Dificuldades no contato afetivo;
- 2) Falta de intuição;
- 3) Ausência de empatia.

Na mesma época, Bender, em 1947, escreve sobre crianças esquizofrênicas, com referência a um grupo mais amplo de desordens severas da infância. Logo após, os conceitos de “psicoses simbióticas”, descritos por Mahler e Gosliner, em 1955, e de “criança atípica”, por Rank, em 1955, vieram ao conhecimento acadêmico (Ajuriaguerra, 1983: 666).

Rutter (1987), em 1968, ressalta o fato de a palavra autismo ter sido empregada tanto para referir-se a uma *síndrome* ou *doença* quanto para um *sintoma*, deixando imprecisões na prática com crianças. Adverte, também, quanto ao fato de se classificarem desordens e problemas e não crianças e pessoas (antevê o que se torna a tônica da psiquiatria americana com suas classificações nas décadas de 80 e 90).

I. 5 – A PARTIR DOS ANOS 70:

Rutter, no capítulo *Infantile Autism and Other Pervasive Developmental Disorders* (1987:545), comenta os trabalhos de Kolvin (1971) e o dele próprio (1972), que sugerem uma diferenciação dentro do amplo grupo das crianças psicóticas, quanto à:

- 1) À idade de início;
- 2) À características clínicas;
- 3) À história familiar;
- 4) À evidência de disfunção do sistema nervoso central.

Sobreveio, assim, um crescente reconhecimento de que seria necessário diferenciar entre as desordens mentais que surgem durante o período da infância (*infancy period*), da qual a síndrome do autismo infantil precoce constitui seu protótipo, das psicoses que surgem no final da infância (*childhood*) ou adolescência, que tem a esquizofrenia como seu modelo.

O trabalho desses autores demonstra que o grupo de início precoce exibe dificuldades já no primeiro ano de vida, durante o processo de desenvolvimento. Estão mais de acordo com a descrição feita por Kanner (1943). O grupo de início tardio apresenta:

- 1) Delírios;
- 2) Alucinações;
- 3) Características clínicas, história familiar e evidências de disfunção do sistema nervoso central.

Os familiares desse grupo estão mais propensos a terem história de esquizofrenia. É um grupo de crianças – chamadas de psicóticas –, as quais perderam o senso de realidade quando já tiveram, previamente, um funcionamento normal ou próximo do normal. Aqui o termo esquizofrenia infantil se torna sinônimo de psicose infantil. Com esse estudo, o autismo e a esquizofrenia não mais se relacionam; tomam caminhos diferentes, tendo origem e cursos distintos.

Por essa razão, a partir de 1980, através de sua classificação *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (DSM), a Associação Americana de Psiquiatria adota o termo transtorno global do desenvolvimento (TGD) para o primeiro grupo (precoce), e a esquizofrenia infantil passa a outra categoria, recebendo os mesmos critérios da esquizofrenia do adulto.

O TGD é definido por um conjunto de transtornos, chamados de neuro-psiquiátricos e constituído por atrasos específicos e desvios no desenvolvimento social, comunicativo e cognitivo, que se iniciam tipicamente no primeiro ano de vida. Segundo essa definição, tais

transtornos “estão geralmente associados ao retardo mental” (Rutter, 1978:8,2,139).

A *National Society for Autistic Children* (NSAC) define o autismo como uma síndrome comportamental, anterior aos trinta meses de idade, e tem como causa uma lesão no sistema nervoso central. Em sessenta por cento dos casos, o Q.I é abaixo de cinquenta. A NSAC considera, portanto, o autismo altamente incapacitante (Ritvo, 1978:162).

As definições atuais do autismo, na psiquiatria, continuam sendo profundamente influenciadas pela descrição fenomenológica de Kanner (1943) e modificadas por Rutter (1978). Nesta revisão dos critérios de Kanner, Rutter (1978) considera a existência de diferentes níveis de funcionamento intelectual dentro da mesma categoria diagnóstica. A categoria autismo passa a compreender um número muito maior de casos, com um perfil muito mais variado do que o descrito por Kanner, em 1943.

No referido trabalho de Rutter (1978), o autor aponta, também, para a presença de distúrbios neurológicos e de patologias freqüentemente associadas ao autismo: rubéola congênita, sífilis, toxicoplasmose, entre outras. Alguns problemas se impõem, na tentativa de uma melhor elucidação da síndrome de Kanner:

- 1) A continuidade com outros transtornos tais como esquizofrenia;
- 2) A ampla faixa de expressão da síndrome;
- 3) As mudanças na manifestação da síndrome através da idade;
- 4) A freqüência de sintomas “tipo-autista” em indivíduos com grave retardo mental;
- 5) A baixa freqüência relativa do transtorno.

Para concluir, podemos traçar uma nosologia comparada entre as classificações americanas, que tanto influenciam a Psiquiatria Infantil de hoje:

O DSM- I e o DSM- II refletem a visão predominante do autismo como uma expressão precoce da esquizofrenia. O DSM- III, através dos trabalhos de Rimland (*Apud*, Ajuriaguerra, *op.cit.*:670), de 1964, evidencia a distinção entre autismo, esquizofrenia e psicose. Conceitualiza o autismo não mais como um distúrbio psicogênico e sim como uma desordem neurobiológica.

O DSM-IV e o CID-10 (OMS, 1993) ampliam ainda mais seus parâmetros, influenciados pelos critérios diagnósticos de Lorna Wing de 1989. Essa psiquiatra propõe um *continuum* ou *spectrum autista*, através de um diagnóstico baseado na tríade de comprometimentos sociais, em que ocorre a mudança do critério fenomenológico para o epidemiológico:

- 1) Comprometimento da interação social;
- 2) Comprometimento da comunicação social;
- 3) Desenvolvimento imaginativo.

As classificações acima mencionadas (DSM - IV e CID - 10) consideram, além desses, outros transtornos que comprometem o relacionamento social:

- 1) Transtorno Autístico (protótipo das TGD);
- 2) Transtorno de Rett;
- 3) Transtorno Desintegrativo da Infância;
- 4) Transtorno de Asperger;
- 5) T.G.D –sem outras especificações – que inclui o “autismo atípico”.

Assinalamos, entretanto, que a psiquiatria francesa ainda mantém o autismo dentro dos critérios para psicose, dividindo-a em quatro grandes categorias:

- 1) Psicoses precoces;
- 2) Psicoses da fase de latência;
- 3) Psicoses agudas;

4) Limites da psicose.

As psicoses precoces, por sua vez, podem ser divididas em:

- 1) Autísticas, cuja presença é observada desde o princípio da vida, através do retraimento autístico;
- 2) De expressão deficitária, que se acompanha de retardo mental;
- 3) Distorções precoces da personalidade ou desarmonia evolutiva, que apresentam tanto aspectos de autismo quanto de psicose em tenra idade.

II – FRANCES TUSTIN

“Mais terrível do que qualquer muro, pus grades altíssimas a demarcar o jardim do meu ser. de modo que, vendo perfeitamente os outros, perfeitissimamente eu os excluo e mantenho outros. Escolher modos de não agir foi sempre a atenção e o escrúpulo de minha vida.”

Fernando Pessoa

III – INTRODUÇÃO

Frances Tustin nasce em 1913, em Darlington, na Inglaterra, filha única de um casal de pastores da igreja anglicana, que se separa no período de sua adolescência. Nessa ocasião, o pai, considerado um homem de “espírito livre e curioso” (Haag, s.d:71), retira-se da igreja, mas a mãe permanece fiel ao pensamento e às práticas religiosas.

Inicia a vida como professora primária, porém, logo em seguida, torna-se uma das primeiras psicoterapeutas de crianças, formada pela *Tavistock Clinic*, por Mattie Harris e Dina Rosenbluth.

O interesse pelo autismo surge durante sua formação, na década de 50, com a vinda de Marion Putnam a Londres. Nesse encontro, toma conhecimento do “centro de diagnóstico e tratamento para crianças autistas”, o *Putnam Center*, recém-inaugurado, em Boston, onde continuavam as pesquisas iniciadas por Kanner.

No final do curso na *Tavistock*, viaja para os Estados Unidos e, encorajada por Bowlby, reúne-se à equipe do *Putnam Center*, destacando-se pelo acompanhamento domiciliar, realizado com as mães das crianças autistas.

Ao retornar à Inglaterra, constrói uma brilhante carreira como psicoterapeuta de crianças, com base na sólida orientação em Melanie Klein. Adota conceitos de outros psicanalistas como os de Winnicott, Mahler e Bion, na elaboração de sua própria teoria. Tustin influenciaria gerações de psicanalistas que buscavam um entendimento, bem como um tratamento, através da psicanálise para crianças autistas.

Quanto à obra de Tustin, fazemos referências ao seu trabalho no todo: primeiro artigo sobre o autismo, publicado em 1966, *A significant element in the development of Autism*, a seguir, em 1967, *Psychotherapy with autistic children* e, em 1969, *Autistic Processes*. “Autismo e Psicose Infantil” é o primeiro livro publicado, em 1972, e contém as primeiras descobertas da autora.

Cada livro, sucessivamente, “Estados autísticos em crianças”, de 1981, “Barreiras autísticas em pacientes neurótico”, de 1986, e *The protective shell in children and adults*, de 1990, são aprofundamentos do mesmo tema. Ao longo de seus escritos, a autora continuará a detalhar a psicopatologia do autismo, considerando-o uma psicose precoce, devido ao fato de no autismo, não haver contato com a realidade.

Desenvolve o conceito de “defesa autística” em seus diferentes aspectos sintomáticos: 1) carapaça (concha); 2) objetos autísticos; 3) formas autísticas, que demonstram as alterações do eu corporal quanto à “parada” do desenvolvimento. As implicações técnicas e os desdobramentos do processo terapêutico estarão sempre presentes em seus escritos.

A partir de “Barreiras Autísticas”, vemos a extensão do conceito de autismo e seu emprego em outros quadros clínicos, como é o caso do fenômeno psicossomático e da anorexia nervosa. A barreira, ou seja, o núcleo autista, tem a função tanto de proteger quanto de fornecer limites ao eu, podendo também existir em pacientes neuróticos.

No final da vida, em 1993, escreve um texto, "A perpetuação de um erro"¹, para comunicar o grande engano em que baseou suas formulações teóricas. Não existe uma fase de autismo normal, como inicialmente pensava e, portanto, não há um estado normal de autismo primitivo para o qual o autismo infantil patológico seria uma regressão (Mahler, 1989). Conclui, nesse momento, que não se trata de uma regressão e sim de um estado de onde a criança nunca emergiu.

Apesar desse engano, sua obra continua valiosa para o estudo do autismo, tanto pelas contribuições no campo teórico, provenientes de uma prática clínica por mais de trinta anos como psicoterapeuta infantil², quanto pela tentativas de classificar os quadros clínicos que se apresentam no autismo.

Essa autora chama a atenção para o fato de as crianças autistas não serem todas iguais, como é o caso de existirem tanto autistas apáticos como autistas hiperativos. Além disso, a clínica do autismo muitas vezes se confunde com a clínica de outras patologias, como, por exemplo, a da esquizofrenia, ou a do retardo mental. Há um paradoxo em questão que aponta para apresentações clínicas variáveis e até mesmo contrárias.

Veremos, a seguir, o ponto de partida da pesquisa de Tustin: o auto-erotismo freudiano³. A partir de seu estudo, Tustin marca uma posição: a existência de uma fase prévia, a qual chama de auto-sensualidade. O período auto-sensual poderá se tornar um período patológico, dando origem ao autismo. Portanto faz-se necessário distinguir o auto-erotismo da auto-sensualidade.

¹ Escrito inédito, 1993. Encontra-se traduzido e publicado, In: Letra Freudiana, "Autismo", Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p.63-79.

² Apesar de membro honorário da Sociedade Britânica de Psicanálise (1984), nomeia-se psicoterapeuta psicanalítica de crianças e mantém-se filiada, até sua morte, em 1996, à Associação de Psicoterapeutas Infantis da Inglaterra.

³ Lembramos que o termo "autismo", de Bleuler, é proveniente do auto-erotismo freudiano, porém sem o *Eros*.

IL.2 - AUTO-EROTISMO E AUTO-SENSUALIDADE

IL.2.1 – O AUTO-EROTISMO EM FREUD

A noção de auto-erotismo surge, em Freud, como fruto da pesquisa sobre o tempo mais precoce do desenvolvimento humano, período cujo corpo não ocupa apenas o lugar de sustentação do sujeito: é um corpo ao mesmo tempo fonte e objeto da pulsão sexual. Nesse período, o organismo biológico assume o papel central tanto no crescimento quanto no desenvolvimento do recém-nascido; mas será no *corpo* do bebê, enquanto barreira protetora e, sobretudo, como ponto de contato com os objetos do mundo externo, que se darão os primeiros registros de experiência da criança.

Freud (1905) descobre a existência e a importância da vida sexual das crianças logo nos primeiros anos da infância. A partir disso, verifica que a característica da sexualidade infantil é o “auto-erotismo” e isso se deve ao fato de a criança encontrar o seu objeto de satisfação no próprio corpo. O termo “auto-erótico” é tomado de empréstimo de Havellock Ellis e Freud, em 1920, acrescenta uma nota aos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, para distinguir o uso psicanalítico do termo “auto-erotismo”: “para a psicanálise o ponto essencial não é a gênese da excitação mas a questão de sua relação com o objeto” (1905:186), que é uma parte do próprio corpo. O auto-erotismo é definido, então, como:

“... uma atividade sexual em que a pulsão não é dirigida para outras pessoas, mas, obtém satisfação no corpo do próprio indivíduo” (Freud, 1905:186).

A criança busca reeditar um prazer que já fora experimentado e agora é lembrado, como no exemplo do ato de chupar o dedo: estimulação conjunta da pele do dedo com a

mucosa da boca. De início, a atividade sexual liga-se às funções que atendem à finalidade de autopreservação e só se torna independente dela, quando, mais tarde, a necessidade de repetir a satisfação sexual desliga-se da necessidade de nutrir-se.

É importante frisar que o auto-erotismo tem necessariamente um caráter de perda do objeto alimentar, representado pelo seio materno, e que essa perda induz à sexualidade como a capacidade de repetir o prazer proveniente da alimentação: “o encontro com um objeto é, na realidade, um reencontro” (*ibid.*:203).

Podemos estabelecer, então, três tempos para o auto-erotismo:

- 1) A perda do objeto seio;
- 2) O objeto coincide com a idéia total da pessoa, a quem o objeto pertence: a mãe que satisfaz é a mesma que frustra;
- 3) A pulsão torna-se auto-erótica na tentativa de restabelecer a relação original perdida.

O auto-erotismo é uma fase do desenvolvimento, em que o *eu* ainda é incipiente, ou seja, está por se constituir. Situamos o período denominado por Freud de “organizações pré-genitais” – a organização oral e a organização sádico-anal –, como o período em que a libido se concentra em zonas específicas, o que nos permite reconhecer a possibilidade de “inícios malogrados e estágios preliminares de uma sólida organização, próprios de um regime sexual peculiar” (Freud, 1905:203). Essa etapa é anterior ao narcisismo primário, porém já existe uma organização, em que a libido é auto-erótica e cuja satisfação em partes do corpo permite-nos observar que a fonte da pulsão coincide com o seu alvo. Como nos indica Freud (1914), não existe uma unidade comparável ao *eu* desde o início da vida, o *eu* precisa ser desenvolvido.

Freud ressalta que as fases da organização sexual encontram o seu objetivo no corpo do próprio infante, e as pulsões parciais encontram-se, em geral, desligadas e independentes umas das outras, em busca do seu prazer:

“O objetivo sexual da pulsão infantil consiste em obter satisfação por meio do estímulo apropriado da zona erógena que foi selecionada. Essa satisfação precisa ter sido experimentada anteriormente a fim de ter deixado atrás de si a necessidade de repetição...”
(Freud, 1914:189).

Se, em 1905, Freud destaca a característica do auto-erotismo como a fase em que a libido está voltada para as partes do corpo, em 1914, a partir do texto *Sobre o narcisismo: uma introdução* (Freud, 1914), o auto-erotismo é redefinido como a satisfação própria à condição do narcisismo primário, em que o ser humano tem apenas dois objetos sexuais: ele próprio e a mulher que cuida dele.

“As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são experimentadas em relação às funções vitais que servem à finalidade de auto-preservação” (Freud, 1914:103). As pulsões sexuais estão de início ligadas à satisfação das “pulsões do eu”; somente depois é que elas se tornam independentes destas e encontramos, uma indicação dessa vinculação original no fato de que os primeiros objetos sexuais de uma criança são provenientes das pessoas que se ocupam com sua alimentação, cuidados e proteção: a mãe ou a substituta (escolha objetal do tipo ‘anaclítico’ ou de ‘ligação’).

Em 1915, ao escrever *A Pulsão e suas vicissitudes* (Freud, 1915a) para modificar a parte dos *Três Ensaio*s (Freud, 1905) concernente às ‘pulsões parciais e zonas erógenas’, Freud dota as pulsões de propriedades específicas, afirmando que o que vai diferenciar uma pulsão da outra é a relação com a sua fonte somática e com os seus objetivos.

A fonte da pulsão é um processo excitador de um órgão, e o objetivo imediato da pulsão consiste em suprimir essa excitação; essa estimulação do órgão é que está em jogo. Freud (1895) já havia observado que a questão da excitação do órgão atravessa a experiência de satisfação e é na procura do prazer já experimentado que será desencadeada a repetição da experiência de forma alucinatória.

Freud (1915) refere, ainda, em *A Pulsão e suas vicissitudes*, que nós não sabemos se o processo é regulado por uma natureza química, ou se ele pode também corresponder a uma liberação de outras forças, como, por exemplo, uma força mecânica. Como tratamos de uma questão que se passa em um tempo primitivo do sujeito, em que nem sequer há uma imagem corporal, é necessário considerar-se a importância de uma investigação no terreno orgânico: “Já que a pulsão é apenas o representante psíquico, a fonte somática é o elemento determinante” (Fontes, 1998:54).

Então, no princípio da vida psíquica, o eu catexizado pelas pulsões, é, até certo ponto, capaz de satisfazê-las por si mesmo. A essa condição, Freud (1915) denomina de ‘narcisismo’, e a essa forma de obter satisfação, de auto-erótica (Freud, 1915:155). Nessa ocasião, o mundo externo não é catexizado com interesse; portanto o sujeito do eu coincide com o que é agradável e o mundo exterior, com o que lhe é possivelmente desagradável: “O eu ama somente a si próprio e é indiferente ao mundo externo” (*ibid.*: 157).

No texto “Auto-erotismo e autismo: condições de eficácia de um paradigma em psicopatologia”, Fedida (1990) acrescenta que o déficit fundamental do auto-erotismo se refere ao fracasso do outro no autos do auto-erotismo: “Para a criança autista, o outro é uma aparência aterradora, (...) ou uma presença indiferente totalmente exterior” (*ibid.*:157).

“Assim sendo, o autismo aparece como resultado de um auto-erotismo gravemente impedido. Trata-se de verdadeiras catástrofes ocorridas no início da vida, que destruíram a capacidade imaginária de um círculo auto-erótico da forma...” (Fedida, 1990:156).

Nesse sentido, a teoria freudiana do auto-erotismo convida-nos, ainda hoje, à exploração de novas vias de pesquisa. Se seguirmos a fórmula bleuleriana – “o autismo é o auto-erotismo sem o *Eros*” –, veremos que se faz necessário o percurso pela obra de Tustin.

II.2.2 – A AUTO-SENSUALIDADE EM TUSTIN

... (o autismo) “é o estado em que a auto-sensualidade mantém movimento, sendo a atenção focalizada quase que exclusivamente em ritmos e sensações corporais”. (Tustin, 1984:13).

Tustin inaugura a perspectiva de uma fase ainda mais precoce do que aquela descrita por Freud como auto-erotismo, denominando-a de auto-sensualidade. Esse período, em que a criança não tem consciência de si própria nem do outro que lhe tem cuidados, é vivido em termos de sensações corporais. Essa distinção anima uma série de controvérsias nas escolas de psicanálise em relação à “presença de uma percepção corporal, logo na primeira infância” (1990: 41).

A auto-sensualidade é um conceito criado para destacar o período em que o bebê percebe a mãe como uma parte do seu próprio corpo e constitui uma unidade com ela.

Segundo Tustin (*ibid.*), a primeira fase do desenvolvimento humano é necessária porque introduz a criança no auto-erotismo, preparando-a para que a separação materna não siga de forma traumática. A criança, portanto, deve emergir da auto-sensualidade e ingressar em uma nova etapa do desenvolvimento psíquico: o auto-erotismo. Este, como vimos no cap.II.2.1, pressupõe uma “perda” e o retorno da libido a partes específicas do corpo, repetindo o prazer proporcionado pela mãe nutridora.

Portanto a auto-sensualidade é uma fase isenta de perdas ou separações e termina quando ocorrer: a percepção, pela criança, do afastamento do seio materno; a vivência de separação corporal; e a inauguração no psiquismo da consciência de eu e de não-eu. Destacamos a sensação seio-na-boca como a matriz do núcleo do eu, que, entre outras sensações, são baseadas na qualidade da atenção e no grau de responsividade materna.

Tustin (1984) cita os trabalhos de Brazelton (1969), de Tom Bower (1977) e de Trevarthen (1979) para apontar as primeiras diferenciações entre o recém-nascido e o meio circundante. Tais autores observam que, provavelmente, há momentos vacilantes de consciência de separação física da mãe já nos primeiros momentos de vida, o que prepara a criança para a emergência desse estado primário, dominado pelas sensações, a um estado em que o relacionamento emocional com pessoas (experimentadas como separadas e diferentes de seu corpo) começa a desenvolver-se (auto-erotismo).

As primeiras atividades do eu parecem surgir do sistema neuro-mental quando o recém-nascido reage em termos das tendências neuromentais inatas que são expressas através das atividades auto-sensuais. Tal premissa vem ao encontro do que vimos em Freud (1915): o ego primário é um ego auto-sensual, experienciado no nível do corpo, e funciona como núcleo do futuro psiquismo. Em seu texto, *O Ego e o id*, Freud (1923) ressalta que, no princípio do desenvolvimento do aparelho psíquico, o ego é de superfície: “o ego é primeiro e, acima de tudo, um ego corporal” (Freud, 1923:26).

O bebê, em seus primeiros meses de vida, não faz uma plena distinção entre os mundos interno e externo: “o lado de fora é sentido por ele do mesmo modo que os órgãos, processos e zonas do corpo” (Tustin, 1984:9). A comunicação com o resto do mundo é mínima e a vida interior, uniforme e homogênea. Nesse ponto, a criança reage aos estímulos em termos do seu próprio corpo e de suas disposições internas. Embora a fase auto-sensual seja a mais primitiva, não parece ser um estado desprovido de objeto: o primeiro objeto com que a criança se relaciona é com o próprio corpo.

A auto-sensualidade também tem a função de evitar que o bebê, tão mais vulnerável quanto mais jovem, sofra um impacto demasiadamente violento quando exposto à realidade externa. É uma defesa, ou uma manobra, como prefere a autora, que essa criança encontra para lidar, de forma tolerável, com os obstáculos do mundo não-eu. Nesse período do desenvolvimento, a criança não distingue o mundo exterior do interior. Por um lado, os objetos do mundo externo, quando percebidos, são experimentados como fazendo parte do corpo ou muito assemelhados a ele; por outro, pessoas e coisas raramente são usadas ou vistas como possuidoras de existência autônoma, e sim como uma extensão das atividades corporais e de modo sensual.

O recém-nascido, portanto, emerge desse estado auto-sensual, diferenciando o que é seu do que não é. Aliás o ser humano já nasce com uma disposição para reconhecer padrões, semelhanças, repetições e continuidades e, através desses processos, irá construir uma realidade aceita pelos outros e tomará consciência de si mesmo, num reconhecimento prévio do Outro.

As crianças que não emergem satisfatoriamente desse estado primário de auto-sensualidade normal são consideradas portadoras de autismo, e uma questão nos é colocada logo de saída: por quê existem crianças que não emergem desse estado? Será que são tão prejudicadas que se desviam em constituir-se como sujeitos?

Brazelton (1988) aponta para o fato de as crianças nascerem resguardadas por uma barreira de proteção contra os estímulos intoleráveis e, portanto, não serem totalmente vulneráveis ao meio-ambiente. O autor chama de “habituação” à capacidade de o neonato desligar-se de estímulos insuportáveis, considerando que, desde quando ainda era um feto, intra-útero, o conceito já apresenta essa capacidade; contudo é no mundo exterior que ele necessita exercer ainda mais a capacidade de “habituação” – atitude essa não observada nas crianças autistas (Brazelton, 1988:126-7).

Segundo Tustin (1990: 99), é provável que o bebê humano tenha a disposição inata de criar “formas”. Som, olfato, paladar e visão parecem mais “sentidos” que ouvidos, cheirados, saboreados ou vistos. Ele cria “formas” primárias que são formações vagas de sensações. Essas “formas” tendem a compensar a aleatoriedade do fluxo de sensações. Estas, por sua vez, constituem o “senso de ser primitivo da criança” (*ibid.*).

Se, num primeiro momento, as sensações ocorrem sem a intervenção da criança, logo após ela aprenderá como fazer algumas “formas” reaparecerem por seus próprios movimentos, seja de modo espontâneo, seja auto-induzido. As primeiras “formas” originam-se da “sensação” de substâncias corporais macias: fezes, urina, muco, saliva, alimento na boca e até vômito, sendo, algumas delas, os elementos das futuras experiências a serem repetidas.

Entretanto as “formas” são mais importantes para a criança do que as substâncias corporais: “as substâncias corporais são meramente produtoras de formas” (:100). No desenvolvimento normal, a tendência para criar “formas” logo se tornará associada às formas reais dos objetos concretos e isso resultará na formação de perceptos e conceitos que facilitam uma relação ativa com os objetos e as pessoas do mundo exterior:

“As formas de sensações normais são os rudimentos básicos para o funcionamento emocional, estético e cognitivo”. (Tustin, 1990:100).

Nesse estágio, experiências com o objeto ou com sua mãe (sensação centrada no próprio corpo, ou seja, constituindo partes de seu físico) preparam o bebê para relacionamentos posteriores com objetos *não-eu*, experimentados como uma separação corporal e aos quais a criança terá de aprender a se ajustar.

Para a criança autista ocorre algo traumático: a auto-sensualidade se exagera, deixando-a fixada nas “formas” criadas por ela; essas, por serem dissociadas dos objetos reais, tornam-na isolada do convívio social.

Uma vez examinados o auto-erotismo em Freud e a auto-sensualidade em Tustin, passaremos à análise do autismo propriamente dito.

II.3 – O AUTISMO EM TUSTIN

II.3.1 - A NOÇÃO DE AUTISMO

... “Assim, passei a usar o termo ‘auto-sensual’ para os estados primitivos da infância normal e autismo para o patológico”. (Tustin, 1990:37).

Após vários anos de tentativas para conceitualizar e classificar os estados autísticos, Tustin (1990) decide-se por empregar o termo auto-sensual para os desenvolvimentos infantis normais e reservar o termo autismo para os patológicos. No autismo, há um fracasso do período auto-sensual normal, e a criança interrompe o desenvolvimento psíquico. Se, no desenvolvimento normal, há uma consciência de separação, suportável pelas atividades auto-eróticas que se seguem, no autismo há uma impossibilidade de viver essa consciência de separação.

Conforme assinalamos em Freud⁴, o narcisismo é associado àquilo que se chama relação de objeto, ou seja, à tomada de consciência do outro. Tustin (1994), em seus últimos trabalhos, pensa que no auto-erotismo “existe um pouco da tomada de consciência do outro, um início de tridimensionalidade, mas no autismo há um vazio”. (Tustin, 1994: 95).

De acordo com os encaminhamentos de Tustin, “o autismo não é uma regressão, mas uma aberração que se desenvolve como resultado de uma experiência de separação traumática do corpo materno” (*ibid.*: 109), pois não se trata de uma separação geográfica, mas, sim, uma experiência subjetiva naquele que se separa de sua genitora. Não há, nessa criança, a “cicatrização da ferida” deixada pela separação ocorrida no parto, como nos mostram os trabalhos de Assis e Granido, de 1980 (*Apud*, Tustin, 1984). À cada nova experiência de separação física é reativada a “ferida”; essa separação foi vivida como um desprendimento traumático de uma “coisa” inanimada, ao invés de um processo lento e gradual de diferenciação de um outro ser humano.

O que é, então, o autismo, cuja libido encontra-se fixada na auto-sensualidade?

O autismo é desenvolvido, portanto, na impossibilidade de a criança ascender ao desenvolvimento psíquico, permanecendo a libido retida no período auto-sensual, o que deixa a criança morbidamente fixada no nível físico e concreto. Sendo assim, o pequeno ser fica preso no “mundo das sensações” (Tustin, 1984), o que Bruno Bettelheim (1987) chama de o “mundo das trevas”. A vida psíquica se toma mínima, tanto em pensamentos quanto em fantasias, restando apenas a angústia.

⁴ Cf. cap. II.2.

Tustin (1990) denomina de “buraco negro”⁵ a angústia proveniente do abismo, causado pela separação traumática entre a criança e sua mãe. Essa liância é vivida como um desprendimento, como uma ameaça de dissolução.

A autora trabalha com a perspectiva psicogênica do autismo, mas considera a existência de outras formas de autismo de causa organo-cerebral, que também não são o nosso objeto de estudo. Afirma, em vários momentos de sua obra, que os casos tratados por ela em psicoterapia foram aqueles que não possuíam alterações orgânicas, constituindo-se casos de autismo psicogênico.

A criança autista evita as relações humanas, faltando-lhe as interações responsivas com o meio. É a própria “concha” vazia, constituída apenas das atividades físicas do indivíduo, estabelecendo, portanto, uma barreira às relações com o mundo exterior. Assim sendo, permanece presa dentro de si mesma e sofrendo da ameaça de entrar em contato com o que não lhe é “familiar”.

Para essa criança, a mínima consciência de que existe um *não-eu*, de que ela é alguém separada da mãe, lhe é insuportável. Há uma impossibilidade de realizar a separação, uma vez que esta foi vivida muito precocemente, quando a criança ainda não tinha condições de discernimento. A cada nova ameaça de entrar em contato com o mundo *não-eu*, ou ela se agarra a um objeto autístico, para garantir a todo custo a continuidade do estado autista, ou ela se desintegra, entrando em pânico. O próprio recolhimento na “concha”, com exacerbação da auto-sensualidade, é uma maneira de não entrar em contato com o “terror inominável”, descrito por Bion, em 1961.

Como a criança autista não pode suportar a consciência de separação, ela fica restringida a usar os objetos e formas autistas. As manipulações e as estereotípias,

⁵ Termo criado em psicoterapia, por John, menino tratado por Tustin, que pode nomear o lugar em que ele permanece após a separação traumática da mãe. O “buraco negro” é elevado, pela autora, à categoria de um conceito.

comumente observadas, substituem a comunicação entre a mãe e o bebê, impedindo que ocorram “diferenciações e integrações” (1990:43) entre eles. Sugere o termo “encapsulação cístico” (*ibid.*) para expressar o *eu físico*, hipertrofiado e impenetrável, que, no autismo, funciona como uma defesa contra a confusão da psicose, tipo esquizofrênica.

No princípio da vida humana, prevalecem as sensações, que dão lugar à percepção, à cognição e, finalmente, à emoção, quando, então, a criança emerge ao psicológico. No caso das autistas, parece que elas não realizam essa progressão e, aqui, Tustin (1984) faz referência ao “nascimento psicológico ou nascimento psíquico”, descrito por Mahler (1993), no processo de separação-individuação. No caso do autismo, Mahler nos indica que a não-emergência do *eu* foi ocasionada por uma falha no processo de separação da criança em relação à mãe.

A criança autista, por ter um excesso de auto-sensualidade, se perde nela, permanecendo nesse estado para evitar a percepção dolorosa de que ela tem um corpo diferenciado de outro e, mais particularmente, de que o mamilo não faz parte de sua boca, nem está disponível a cada vez que ela o deseje. Existe uma “frustração traumatizante” (1994:104) nesse tipo de criança e nessa relação mãe-filho:

“Tudo o que eu disse é uma tentativa; não tenho certeza de nada. Digo, simplesmente, que essa experiência é traumatizante para as crianças que compactuam com o trauma, pela via autística, em sua doença em si mesmas”.⁶ (Tustin, 1994:104).

Quanto a uma explicação possível para o fato de essa separação ter transcorrido de modo traumático, comunica que “a separação é traumática, quando causada por uma mãe deprimida e irresponsiva” (1990:41), no período inicial da vida do filho, quando ele

⁶ Do original: Tout ce que se dis est une tentative, je ne suis sûre de rien. Je sais simplement que cette expérience a été traumatisante pour ces enfants, et qu'ils ont pactisé avec le trauma par des voies autistiques, en s'enfermant en eux-mêmes. (Trad. livre)

necessitava de uma presença física e contínua. Por não ter se sentido acolhido, como precisava, construiu para si um “envelope não-psíquico, mas material, feito de substâncias, ... um envelope de sensações”⁷ (*ibid.*).

Segundo a autora, a separação quando traumática, pode ter duas conseqüências clínicas: autismo – encapsulado – e autismo confusional – esquizofrenia. Examinaremos, por ora, a distinção entre eles.

II.3.2- A DISTINÇÃO ENTRE O AUTISMO E A ESQUIZOFRENIA

Tustin (1984) apresenta o autismo e a esquizofrenia como duas entidades clínicas distintas, embora ambas pertençam à categoria da psicose e estejam concernidas a uma “má-separação” da mãe. Ela estabelece a diferença entre as crianças autistas e as esquizofrênicas, a partir de determinados critérios, os quais destacamos:

- 1) A origem do processo de separação materno;
- 2) O tipo de relação mãe-filho (que se estabelece a partir do tipo de separação) e o “tipo” de mãe;
- 3) Os sintomas apresentados.

Segundo a autora, a psicose infantil, em que predominam elementos psicogênicos, parece ter sua origem em situações da infância, nas quais uma criança hipervulnerável toma consciência de que é um ser separado de sua mãe (Tustin, 1984). Nos pequenos autistas, essa separação passa-se de maneira muito dolorosa ou muito precoce e, nos pequenos esquizofrênicos, de um modo conturbado.

Desprovidas das necessárias ilusões protetoras, as crianças autistas têm de lidar com o fato de a separação corporal, ou de o afastamento do seio, ter ocorrido antes que suas

⁷ Cf. com o cap. II.4: A Depressão como etiologia.

organizações neuromentais estivessem integradas para lidar com essa provação. Sendo assim, o hiato entre suas expectativas e os fatos reais lhe é intolerável. Para as crianças esquizofrênicas, entretanto, apesar de a vivência de separação corporal não ser evitada, ela ocorre de um modo confuso, deixando o bebê, cujos limites do corpo tornam-se imprecisos, sujeito a uma relação simbiótica, de interdependência com a genitora.

Quanto ao processo de separação, a autora considera que, no desenvolvimento normal, a “cesura do nascimento é cicatrizada” (Tustin, 1990:41) pelas interações responsivas entre a mãe e o bebê, o que não ocorre nas crianças autistas:

“A cada consciência de separação física da mãe, reatava a ferida primária não cicatrizada de separação física”. (Tustin, 1990:41).

Segundo o pensamento da autora, as crianças autistas experimentam a separação física da mãe como um desprendimento traumático, ao invés de um processo lento e gradual de diferenciação entre dois seres humanos. Tustin (1994) acrescenta não se tratar de uma separação geográfica entre dois corpos, mas de uma experiência subjetiva de separação entre uma mãe e seu filho. Assim permanecem “encapsuladas”, ou seja, ensimesmadas.

Quanto ao tipo de relação que se estabelece entre a mãe e o filho, a mãe da criança autista pode ter experimentado a criança em seu útero apenas como um conforto para seu senso de solidão interior. Em tal situação, quando o bebê nasce, a mãe sente que perdeu uma parte tranquilizadora de seu corpo, e o bebê também parece propenso a essa depressão elementar do tipo “buraco negro”.

Essa mãe pode ser uma mulher deprimida, como veremos adiante (cap.II.4), cuja separação do seu bebê se dá precocemente, ou seja, antes que ela, a mãe, também tenha condições de suportá-la. Tal fato promove no bebê um medo terrível de perder a sua

própria existência; a mãe, por sua vez, quando esquizofrênica, é uma mãe simbiótica, cujo filho tem horror de perder, não a existência, mas sua própria identidade. Nesse caso existe alguma percepção de que ele é um ser separado da mãe e, embora os limites sejam confusos e mal delimitados, eles estão presentes.

Ambas as condições são vividas como uma sensação de perda corpórea, mas, por empregarem manobras distintas, a sintomatologia apresentada também será distinta. Analisando os sintomas relacionados à fala, Tustin (1990) considera falantes e comunicativas as crianças esquizofrênicas, apesar de utilizarem, com frequência, recursos não-verbais como, por exemplo, a agressividade. Já no caso das crianças autistas, elas não fazem qualquer tentativa de serem compreendidas ou de manifestarem o que sentem:

“Crianças tipo esquizofrênicas, ou crianças confusionais, são as que falam e se expressam, já as crianças autistas encapsuladas são fechadas e misteriosas”. (Tustin, 1990:39).

Em relação ao sintoma do autismo, a autora verifica que o encapsulamento é o recurso utilizado na proteção contra a ameaça de separação, dando-nos a observar o profundo isolamento em que os autistas se fecham, ao recusarem contato com seus semelhantes. Os confusionais⁸, por outro lado, utilizam a manobra de se relacionarem com as pessoas, mas com embaraço e confusão. Além disso os esquizofrênicos alucinam e deliram manifestadamente, o que não ocorre com os autistas, que não apresentam nem atividades delirantes, nem distúrbios da senso-percepção. Segundo Tustin (1984), encontramos nos autistas apenas referência ao “delírio de encapsulamento do eu”, segundo o qual o fato de uma criança viver o mundo externo, como se fosse uma parte do seu corpo, se constitui em um delírio.

⁸ Para Tustin, o autismo confusional é sinônimo de esquizofrenia infantil.

A diferença entre o autismo e a esquizofrenia aparece mais nitidamente em “Estados autísticos em crianças”, após a tentativa de Tustin (1984) em elaborar uma classificação. Distingue as crianças autistas encapsuladas, que são as autistas propriamente ditas, das confusionais, que são as esquizofrênicas. Depreendemos a dificuldade de precisar o campo do autismo e o campo da esquizofrenia, pois há uma fronteira comum, isto é, fenômenos que se sobrepõem.

Devido, muitas vezes, à impossibilidade de delimitar-se os dois diagnósticos mencionados acima, a autora estabelece uma série de parâmetros, entre eles: desenvolvimento psicológico, tipo de integração, estado de consciência, delírio operante e/ou uso de objetos, como uma tentativa de entendimento das psicoses que acometem a infância. Desenvolve, também, uma compreensão dos estados autísticos, através dos objetos autísticos e confusionais, propondo, a partir desses, o diagnóstico diferencial entre o autismo e a esquizofrenia. Tomaremos os objetos autísticos e confusionais para um melhor detalhamento.

IL3.3 OS OBJETOS AUTÍSTICOS

O objeto autístico é uma das principais contribuições de Tustin (1984:129) para o estudo do autismo. Segundo ela, é uma manobra e não um mecanismo de defesa, como já mencionamos anteriormente, utilizado pela criança para lidar com a impossibilidade de separação corporal da mãe.

Esses objetos são peculiares a cada criança autista que os cria individualmente. São usados obsessivamente de um modo particular, possuindo uma qualidade ritualística e bizarra. A criança tem uma preocupação rígida com eles: “o objeto autístico não é um

fenômeno transitório e sim obsessivo”, diz-nos Tustin (1984), distinguindo-o do objeto transicional de Winnicott (1978:384-408).

O objeto transicional ocupa a vida psíquica da criança, alojando-se no espaço intermediário entre a realidade externa e a realidade interna, em uma tentativa de entendimento das adversidades que ocorrem do lado de fora da criança. Segundo Winnicott (1958), esse objeto serve de defesa contra a angústia depressiva, que é a angústia experimentada por ela, proveniente do estado depressivo que emerge a partir de uma perda, marcando a passagem do controle onipotente da criança pequena, exercido na fantasia, para o controle através da manipulação de um objeto concreto.

Tustin (1984) escreve que “os objetos autísticos não são acompanhados de fantasia” (1981), bem como evidencia a escassez de fantasias associadas a eles. Enfatiza a maneira repetitiva e até mesmo compulsiva com que são manuseados:

“Nem se pode dizer que sejam usados com propósitos de fantasiar. Há uma qualidade de ‘vamos fazer de conta’, na fantasia, e de separação corporal do objeto que está faltando no uso que a criança psicótica faz de seus objetos autísticos”. (Tustin, 1984:130).

Espera-se que uma criança qualquer manipule objetos que funcionem como elementos simbólicos, permitindo que recrie a realidade conforme a sua compreensão. É no “repetir e elaborar”, de Freud (1920), em *Além do princípio do prazer*, que ela assimila o conteúdo exterior e incompreensível.

A criança autista pode permanecer, durante anos, ligada a um único objeto, sem o mínimo valor aparente, como, por exemplo, uma tampa ou um ralo. Esses objetos são estáticos e não fazem “novas redes de associações” (Tustin, 1984:131), resultando em um círculo vicioso de difícil acesso para o terapeuta. Quando, ao contrário, a criança descarta e substitui o objeto por outros, é o momento em que ela já iniciou um processo terapêutico.

Tustin (1984) explica, ainda, que a propriedade de dureza dos objetos autísticos é um traço característico da maioria, contrastando com os confusionais, que, embora possam também ser qualquer objeto, possuem uma consistência 'mole'. Assim sendo, os objetos autísticos são uma tentativa desesperada de a criança de se apegar a um objeto, para não entrar em contato com o mundo *não-eu*:

“... as crianças psicóticas experimentam a separação antes que tivessem integração suficiente de suas estruturas sensoriais básicas para constituírem um *senso-de-eu*”. (Tustin, 1984:233).

O objeto autístico oblitera a consciência do *não-eu*, evitando um sofrimento ainda maior de entrar em contato com um mundo que lhe é aterrador. Ele representa um *objeto-eu*, experimentado como um pedaço do próprio corpo, que lhe garante a continuidade e lhe proporciona a sensação de segurança e de prazer. Essas crianças nunca viveram uma “falta” como uma experiência; viveram a ausência de uma pessoa como um “buraco”, que pode ser imediatamente preenchido ou substituído por um objeto autístico. A principal finalidade dos objetos autísticos é afastar o perigo que ameaça a criança de aniquilação, todas as vezes que se encontra na iminência de uma separação.

Isso explicaria os “ataques de pânico” ocorridos quando algo é modificado no ambiente ou retirado da posse da criança. Para aquela que é autista, a sensação de que há algo faltando ou incompleto é uma vivência insuportável; por isso ele irá escamotear o vazio, preenchendo-o com os objetos autísticos. Isso ocorre por ele remeter-se à situação de separação, que lhe foi catastrófica. Não houve uma separação gradativa da mãe; via de regra, houve uma separação precoce, por conta de uma mãe deprimida, que não fez contato com o seu bebê.

Tustin (1984) aponta-nos, ainda, que, para a criança autista, um objeto autístico é primeiramente uma sensação experimentada de maneira concreta: o objeto impede-a de

entrar em contato com os cuidados dos seres humanos que a cercam. Ao mesmo tempo, essa atitude a mantém presa em um estado de desolação e assaltada por terrores fantasmáticos.

Quanto ao desapontamento intolerável da separação, ao invés de conduzir a sonhos, fantasias e idéias, vai levá-la a manipular objetos autísticos, mas se, por um lado, eles são desenvolvidos para lidar com as frustrações intoleráveis, por outro impedem a criança de se desenvolver.

Sobre a ecopraxia (repetição de movimentos) e a ecolalia (repetição de sons), Tustin (1984) nos comunica que também funcionam como “objetos-sensação” ou objetos autísticos, cuja função é manter a criança presa a um ciclo vicioso, dominada pelas sensações e, ao mesmo tempo, a um funcionamento primitivo. Esses objetos materiais tornam-se indevidamente importantes pelo excessivo grau de estimulação sensorial, aprisionando a vida da criança autista.

IL3.4 - OBJETOS CONFUSIONAIS

Se Tustin (1984) define o objeto autístico como a primeira possessão *eu* da criança, ao contrário do objeto transicional de Winnicott (1978), que é a primeira possessão *não-eu*, o objeto transicional se situa, certamente, entre o autístico e o confusional.

Os objetos confusionais apontam exatamente para a diferença entre o *eu* e o *não-eu*, que não são claras, mas mal delimitadas e com os limites imprecisos. A criança pode ter vários objetos confusionais, trocá-los ou substituí-los por outros. Eles são macios e não são compartilháveis, ao contrário dos transicionais, que permitem ser divididos com outros pares. São usados por aquelas crianças que se acham em um entrelaçamento com a mãe

não-eu, em que a demarcação de um limite entre elas se confunde, tornando-se vago e confuso.

Esses objetos são manipulados de forma compulsiva, o que obstrui até a consciência da necessidade de cuidados, como, por exemplo, com a nutrição. Pelo fato de eles estarem associados às sensações rígidas e repetitivas, também impedem que a criança reconheça-os como separados dela, já que a criança esquizofrênica se encontra em um estado de consciência oscilante entre o *eu* e o *não-eu*. A função desses objetos é a de proteger o pequeno sujeito dos perigos *não-eu*, que são experimentados concretamente como entidades materiais, já que “a criança é muito tensa para fantasiar de uma maneira normal e fluente”, acrescenta Tustin (1984:155).

A autora chama atenção para o fato de que o uso indevido de objetos autísticos e confusionais acarreta o subfuncionamento das crianças e a aparente deficiência mental em algumas. Kanner (1984) já havia apontado para o aspecto das crianças autistas, contrastante com sua inteligência. Segundo o nosso entendimento, porém, essas crianças não utilizam adequadamente as funções cognitivas porque não têm amarração simbólica para fazerem um uso adequado delas. Dentro da perspectiva psicogênica, o autismo não é causado diretamente por um prejuízo intelectual, mas sim por um impedimento a nível das funções cognitivas.

Sendo assim, os objetos autísticos e confusionais são usados pela criança para lidar com o senso elementar de ‘perda’, fornecendo sensações suaves e satisfatórias, que a ajudam a sentir-se unida e segura à mãe. Os objetos autísticos duros, utilizados pelas crianças do tipo concha, fazem obstrução à consciência do *não-eu* e sustentam o encapsulamento, seja global, seja em segmentos.

Já os objetos confusionais macios, por ofuscarem a consciência do *não-eu*, sem a obliterarem, permitem à criança vir a falar e a sustentar um delírio. A criança confusional

ou esquizofrênica sente-se eclipsada pela mãe e não maternalizada, tendo uma consciência muito vaga do *eu* e do *não-eu*.

II.4 - A DEPRESSÃO COMO ETIOLOGIA

Para sustentar a teoria do autismo, Tustin (1984) recorre a vários autores na tentativa de encontrar uma causa para o fenômeno. Recorre a Winnicott (1958) através do conceito de “depressão psicótica”, quando esse autor destaca que o bebê pode sofrer de depressão quando ele percebe o desaparecimento de uma parte do seu corpo:

“Pode tratar-se, por exemplo, da perda de certos aspectos da boca que desapareceram para o bebê, quando a mãe e o seio se afastaram”. (Winnicott, 1958:222).

Winnicott (1958), explica ser esse o caso da criança autista, que experimenta a separação corporal como a perda de um pedaço do próprio corpo, pois, para ela, o momento de separação da mãe foi prematuro e, por não elaborar essa perda entra em um quadro de depressão. O autismo, então, advém da depressão psicótica do bebê, quando a depressão, enquanto defesa, fracassa.

Tustin (1984) cita os trabalhos de Rank e Putnam, de 1953, que também concluíram que a depressão psicótica ou depressão primitiva é o fato decisivo para a parada do desenvolvimento nas crianças psicóticas, de modo geral. Bion (1966) chamou de “catástrofe psicológica” o resultado de um “nascimento psicológico” prematuro ou mal conduzido, causando a inibição e a disfunção cognitivas, que são características marcantes dos estados psicóticos (Bion, 1966:309).

Ao nosso ver, há uma impossibilidade na criança autista que a impede de ascender ao simbólico e, assim, fazer funcionar seu aparato biológico como um ser desejante. Tustin

(1984) recorre novamente a Winnicott (1958), quando considera que a mãe coloca o peito real onde e no momento exato em que a criança está pronta para criá-lo. A autora acrescenta que:

“... a mãe, o bebê, o mamilo (ou a mamadeira) e a língua juntam-se no esforço de confirmar a ilusão de continuidade, necessária para ele poder separar-se dela mais tarde. Se a mãe não é capaz de atender as suas necessidades, de entendê-la, a criança sente que a separação não vai ser ‘contida’ por ela e cai no ‘buraco negro’”. (Tustin, 1984:238).

A capacidade de apoiar um bebê quando ele está inseguro parece estar relacionada à capacidade de dar atenção. Se a mãe está presente em corpo, mas insegura e infeliz, sucumbirá, facilmente, nessa tarefa, provocando exatamente a mesma vivência na criança. Há uma quebra da situação que faz o bebê se sentir protegido e ele se deprime.

O estudo dos primórdios da relação mãe-filho nos mostra que os fatores constitucionais da criança são “necessários”⁹, mas não imprescindíveis. Em muitos casos, encontramos na criança prejuízos orgânicos claramente evidenciados, não sendo difícil entender o porquê de ela ter adquirido um autismo. Em nosso entendimento, tanto fatores orgânicos quanto psicogênicos afetam a constituição do sujeito, sendo o autismo psicogênico causado pela falência da relação mãe-filho, que, por motivos inconscientes inerentes àquela dupla, não permite à criança ascender à condição de sujeito desejante. Essa visão, para nós, desculpa a mãe por um lado e, por outro, aponta para a implicação do sujeito *infans* sobre o seu *pathos*.

Meltzer (1983) define o autismo como um distúrbio do desenvolvimento, produzido por uma alteração severa do contato com a mãe, devido a um grave estado depressivo. É

⁹ Essa é uma postura frequentemente encontrada nos psicanalistas ingleses, como é o caso de Alvarez (1994). Muitos deles admitem que existem fatores orgânicos importantes na gênese do autismo e, embora não digam quais são, os respeitam. Também afirmam trabalhar com a perspectiva psicanalítica.

possível uma mãe deprimida engendrar um quadro de autismo no filho, graças à incapacidade dessa mulher de estimulá-lo sensorialmente.

Então, com base em Meltzer (1983), Tustin (1990) conclui que a depressão psicótica da criança pode ser causada por uma depressão materna, levando a criança a um quadro de autismo. A depressão como agente causal do autismo torna-se muito importante na obra de Tustin: ela destaca o “rosto imóvel e irresponsivo” (1990:54) das mães de crianças autistas e o sentimento destas de não se sentirem como pessoas, mas de serem inanimadas, “não-pessoas” (*ibid.*).

Por outro lado, Tustin (1990) também considera as crianças autistas suscetíveis à ausência de relação psíquica com essa mãe com quem faz pouco contato. Sendo assim, elas supervalorizam a ligação corporal física e não conseguem mais recuperar-se da não-responsividade materna. A depressão da progenitora não é necessariamente grave; pode estar associada a eventos comuns, que fazem parte das vicissitudes da vida cotidiana, mas ocorreram em um momento particularmente vulnerável de uma mãe sensível.

Winnicott (1958) observa muitos casos em que o autismo foi desencadeado em vigência de depressão da genitora, destacando o caso de crianças que nascem em um período cujos pais estão separados, ou cuja família materna vivencia enorme agitação.

Pelos motivos expostos acima, a mãe da criança autista não pode conter a angústia, nem amparar o seu bebê, quando este necessita. Isto se aplica tanto para os bons, quanto para os maus momentos, porque ela também não é capaz de fazer isso consigo mesma. Porém há mães deprimidas com filhos não autistas, o que nos remete, novamente, à participação da criança em causa.

Tustin (1984) nos comunica que, nos primórdios da infância, a criança é psicologicamente contida se os padrões internos inatos coincidem com as ações que ela espera do ambiente. Recorre a Bion (1966) para referir-se a “um medo terrível e

inominável” (Bion, 1966:309) vivido pela criança quando ela não é acolhida em seus temores. Salienta o papel da constância, do ritmo e dos limites provenientes do cuidador, como fatores importantes contra a depressão na criança, que caso não seja ajudada a enfrentar essas vivências, passará a usar, cada vez mais, as sensações oriundas do próprio corpo, conforme observamos no quadro autista.

Compara ainda suas crianças às de Spitz (1979), com depressão anaclítica, chamando atenção para o fato de que, quando a criança não é estimulada a partir do exterior, passará apenas a se dar conta das sensações do próprio corpo e a se concentrar nelas como única forma de compensar a falta das gratificações inerentes ao processo de ser cuidada. Essas crianças podem evoluir para um quadro de “hospitalismo” – forma semelhante ao autismo.

Sob o título de “carência afetiva do bebê”, Spitz (1979) descreve a importância do fator quantitativo na gênese dessas patologias. A quantidade de carência afetiva sofrida pelo bebê é determinante para esse autor. A personalidade da mãe parece desempenhar um papel menor, pois tanto a mãe que se separa da criança por um impedimento concreto (doença, morte, ou hospitalização do filho), quanto aquela menos presente porque trabalha fora de casa ou tem pouco interesse na criança, são prejudiciais. Spitz (1979) nos mostra que ambas podem privar o filho das provisões afetivas necessárias para o seu desenvolvimento.

O dano sofrido pela criança privada de sua mãe será proporcional à duração da privação. Spitz (1979) chama a privação afetiva parcial de depressão anaclítica porque a expressão facial lembra os adultos com depressão e, se houver um tratamento adequado até três meses, ela poderá se recuperar.

A privação afetiva total, chamada por Spitz (1979) de hospitalismo, é ocasionada após cinco meses de evolução e a perda do objeto de amor, sendo necessário que, antes do período de depressão, a criança tenha tido boas relações com a mãe.

Na depressão anaclítica, a recuperação é rápida se o objeto de amor retorna à criança, mas, se isso não ocorre, a progressiva deterioração será irreversível. Nesse caso, a natureza da relação mãe e filho parece ter pouca influência no curso da doença, e a ausência da mãe está relacionada à carência emocional, levando à deterioração progressiva, envolvendo toda a criança.

Segundo o nosso ponto de vista, a depressão anaclítica, forma recuperável e relacionada ao abandono físico, é ocasionada por um desejo anônimo ou é própria de crianças que vêm ao mundo sem um “lugar”. Já no caso do autismo, poderíamos dizer que há um abandono psíquico e que a criança não está em um lugar de desejo para uma mulher, mas se encontra no lugar de objeto de gozo em sua fantasia.

Tanto no abandono físico quanto no psíquico, não se dá chance para que o sujeito emerja, pela inexistência de uma antecipação ou de uma espera, ou ainda de uma hiância. A distinção entre o quadro de autismo e de depressão anaclítica é que, no primeiro, a recuperação não se dá apenas pela troca do meio ambiente, do cuidador, ou ainda pelo estímulo à criança.

Ansermet (1999) relaciona o quadro de anorexia precoce com o de depressão precoce, podendo evoluir para um quadro de autismo. Na depressão precoce, encontramos hipotonia, ausência de iniciativa, indiferença e evitação, que se encontram no registro do corpo, e essas crianças evoluem com alterações no desenvolvimento.

Ansermet (1999) relata a experiência de 30.000 crianças abandonadas em instituições governamentais, no leste Europeu e, dessas, 90% desenvolveram um quadro de autismo. Os 10% das crianças restantes estão bem, e a explicação que o autor dá para esse fato é o elevado grau de “resiliência” apresentado por esses menores. O termo “resiliência” é empregado pela física para designar uma qualidade de determinados materiais de retornar ao estado original após terem sido submetidos a agentes externos deformadores. Esse

pequeno grupo, apesar de apresentar os fatores de risco para depressão e autismo, não desenvolveu essas patologias.

Os fatores de risco para depressão são:

- 1) Intitucionalização;
- 2) Carência afetiva;
- 3) Ausência de desejo materno;
- 4) Ausência de manifestação de suas necessidades;
- 5) Excesso de excitação acrescido de uma descontinuidade.

Neste último caso, a criança recebeu respostas que lhe foram adequadas, mas, após um período, lhe foram retiradas.

No autismo, elas são cuidadas, mas, paradoxalmente, abandonadas pelo desejo da mãe. Se o objeto da necessidade não deixar espaço para o sujeito se colocar na demanda, levá-lo-á à depressão e ao autismo. A distinção entre o quadro de depressão e o de autismo se dá porque o deprimido, mesmo ainda sendo um bebê, pôde, em algum momento de sua breve história, receber algum afeto e retomá-lo em tratamento. Já o autista, mesmo se lhe foi ofertado algum tipo de afeto, esteve impossibilitado de aceitar, ou o afeto lhe era inadequado.

Passemos para os psicanalistas lacanianos, uma vez que foram eles os introdutores da dimensão do desejo no entendimento das crianças autistas.

CAPÍTULO III – O AUTISMO EM LACAN E EM ALGUNS DOS SEUS SEGUIDORES

“Ô Pat, duro é este discurso, quem poderá entendê-lo.”

Adélia Prado

Neste capítulo, apresentaremos as proposições de Lacan, em que se apóiam os autores por nós pesquisados e sobre as quais moldamos o entendimento atual das inúmeras questões que o autismo nos suscita.

Lacan não tem um estudo específico sobre o autismo, tampouco existem relatos de sua experiência como psicanalista de crianças; entretanto deixa três grandes contribuições, que representam referências precisas para o estudo do tema, sendo elas: “Discurso de encerramento das jornadas sobre psicose da infância” (1967), “Conferências Norte-americanas” (1975a) e “Conferência de Genebra sobre o sintoma” (1975b).

No discurso proferido em 1967, nas “Jornadas sobre a psicose na infância”, Lacan faz uma indagação nos seguintes termos: “Será que uma criança que tampa os ouvidos, não os tampa diante de algo que está a ponto de expressar-se? Essa criança, que se protege do verbo, já não estaria no pós-verbal?” (1980 [1967]:5).

Nas “Conferências Norte-americanas”, ele ressalta a relação extremamente difícil e particular que os autistas têm com as palavras:

“Vocês sabem que há pessoas com quem se têm relações na análise e outras com quem é difícil se obter isso. Há aí para quem dizer algumas palavras não é fácil. A isso chamamos de autismo (...) Não é inevitável isso. Simplesmente são pessoas para quem o peso das palavras é muito sério e que(m) não estão facilmente

dispostas a ficarem à vontade com as palavras”¹.
(Lacan, 1976 [1975a]: 45-6).

E, na “Conferência de Genebra”, Lacan (1975b) fala-nos sobre “algo” que permanece paralisado nos autistas e sobre a possibilidade de eles escutarem “vozes”, tal como acontece com os esquizofrênicos:

“Trata-se de saber por que há algo no autista ou no chamado esquizofrênico, que se congela... Os autistas escutam a eles mesmos. Escutam muitas coisas (...). Nem todos os autistas escutam vozes, mas articulam muitas coisas e trata-se de ver, precisamente, de onde escutaram o que articulam”. (1993 [1975b]:134).

As “passagens” acima abordam diretamente o tema do autismo. A essas, acrescentaremos outras indicações preciosas, que fornecem suporte à compreensão do assunto. Em carta à Jenny Aubry, “Duas notas sobre a criança”, Lacan (1969) escreve que o sintoma da criança diz respeito à subjetividade da mãe e ele é capaz de responder pelo que há de sintomático no casal parental: “Nesse caso, é diretamente como um correlato de uma fantasia que a criança é envolvida... a criança realiza a presença... do objeto *a* na fantasia (materna)”. Assinala, ainda, que a transmissão operada em vida familiar vai mais além do que uma simples satisfação de necessidades:

... “tem uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo” ... É de acordo com tal necessidade que se julgam as funções da mãe e do pai. Da mãe: na medida em que seus cuidados têm a marca de um interesse particularizado, ainda que o seja pela via de suas próprias faltas. Do pai: na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação a lei do desejo” (1998 [1969]:6).

¹ Vous savez il y a des gens à qui on a affaire dans l'analyse, avec qui il est dur d'obtenir ça. Il y en a pour qui dire quelques mots ce n'est pas si facile. On appelle ça autisme. C'est vite dit. Ce n'est pas du tout

Finalizando esta pequena introdução, indicamos o pós-escrito do texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses”, onde Lacan (1955-6) comunica ser o Outro o lugar prévio do desejo e ser a cadeia significante inaugurada a partir da simbolização primordial, ou seja, pela inscrição da falta, com a forclusão do Nome-do-Pai sendo o acidente que condicionará a estrutura psicótica:

“Ensinamos, seguindo Freud, que o Outro é o lugar da memória que ele considera como objeto de uma questão que permanece em aberto, na medida em que condiciona a indestrutibilidade de certos desejos. A essa questão respondemos com a concepção da cadeia significante, na medida em que, uma vez inaugurada pela simbolização primordial (que o jogo do Fort! Da!, evidenciado por Freud na origem do automatismo de repetição, torna manifesta), essa cadeia se desenvolve segundo ligações lógicas cuja influência sobre o que há por significar, ou seja, o ser do ente, se exerce pelos efeitos de significante descritos por nós como metáfora e metonímia.

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, tal como, na forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose.

Essa formulação, que trazemos aqui como uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose, prossegue sua dialética; porém, nós a deteremos aqui . . .” (Lacan, 1998[1955-6]:581-2).

III.1- A FUNDAÇÃO DO SUJEITO

Para introduzir o pensamento da psicanálise de orientação lacaniana em relação ao autismo, abordaremos, de início, um ponto privilegiado e norteador do capítulo: “o lugar que um filho ocupa no desejo de seus pais”. Embora a existência de um recém-nascido seja

forcément ça. C'est simplement des gens pour qui le poids des mots est très sérieux et qui ne sont pas facilement disposés à en prendre à leur aise avec ces mots. (Trad. livre)

sustentada por esse desejo, mesmo antes de ele nascer, encontramos na clínica casos em que esse fato não ocorre, como, por exemplo, com as crianças autistas².

Lacan (1966) mostra, em “Observação sobre o relatório de Daniel Lagache”, que a história de um indivíduo já começa na sua pré-história, a partir de um desejo não-anônimo, que irá sustentá-lo no decorrer da vida:

...”antes de existir em si, por si e para si, a criança existe para e por outrem: já é um pólo de expectativas, projetos e atributos... Um pólo de atributos, eis o que é o sujeito antes de seu nascimento... de atributos, isto é, de significantes mais ou menos ligados num discurso...”
(Lacan, 1998[1966]:659).

No referido trabalho, o autor compara o pensamento de Lagache³, que considera o homem já nascendo pré-determinado por atributos, à sua própria definição de inconsciente como discurso do Outro, e acrescenta a dimensão *significante*, ou seja, que esses mesmos atributos são *significantes* capturados do Outro. A criança, ao ocupar um lugar na linhagem, segundo a convenção estabelecida pelo grau de parentesco, já porta uma série de sentidos e relações, que podem ser ilustrados pelo nome com que é registrado.

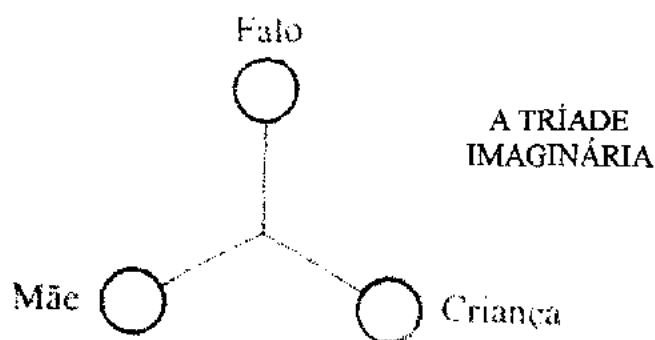
Ao fazer uso da expressão *o ser para outrem* (1998 [1966]:660), Lacan enfatiza o fato de as crianças já serem faladas e a elas serem atribuídos inúmeros predicados, quando ainda se encontram na barriga da mãe. A partir das primeiras manifestações de atividade do feto, ele faz com que se fale dele: a mãe e, em consequência, seus próximos não ficam indiferentes às demonstrações de vitalidade do futuro sujeito. Ressalta, ainda, que o “desejo dos pais” tem a capacidade de possuir um efeito *significante*, determinando o sujeito em causa. No texto supracitado, o conceito de *ser* é trabalhado como logicamente

² Tratamos o autismo, nesta dissertação, como uma patologia psíquica, sem alteração orgânica. Caso exista uma alteração orgânica evidenciável, consideramo-la como a doença de base, responsável pelo desencadeamento de um quadro de autismo secundário.

anterior ao de sujeito e, segundo o nosso entendimento, todo o filho do animal homem é um ser humano, independente do tipo de patologia que possa vir a acometê-lo; é humanizado pela cultura em que está inserido e que, necessariamente, incide sobre ele.

Há autores que pensam na possibilidade de o *ser* não vir a ascender à condição de sujeito desejante – o desejo não entra na cadeia da demanda –, permanecendo apenas como um *ser* (cf. Lefort, cap. III.3.1) e, portanto, um corpo deslibidinizado. Lacan considera o sujeito como sujeito do inconsciente, isto é, do desejo. Entendemos o autismo como uma psicose precocemente desencadeada e nele observamos poucas manifestações de desejo, mas apostamos no inconsciente que se encontra subjacente a todo ser humano.

Através do estudo sobre o comportamento da primeira infância, observamos que as sensações extero, próprio e enteroceptivas ainda não estão suficientemente coordenadas para que o recém-nascido reconheça o corpo como próprio e separado do meio exterior. Tustin, conforme descrito no Capítulo II, também aponta para esse momento inicial de indiferenciação: para ela, a criança e sua mãe formam uma dupla indistinta, pressuposto com o qual Lacan (1956-7) discorda. Segundo a teoria lacaniana, a relação dual já é, de saída, uma tríade imaginária: mãe, criança e falo⁴.



³ Daniel Lagache. Médico, psicanalista e psicólogo francês (Paris, 1903-1972), fundador da psicologia clínica na França.

⁴ In: Lacan, *O seminário, livro 4: a relação de objeto*, 1956-7, p. 28

A esse ponto Lacan acrescenta o motivo pelo qual “o homem é um animal de nascimento prematuro” (1987 [1938]:27), apresentando-se ao mundo incompleto, do ponto de vista biológico. Em outras palavras: um estado de absoluta dependência, ao qual é necessário agregar-se um outro humano para amparar, cuidar e promover o seu crescimento. Freud (1895), já havia mostrado no *Projeto para uma psicologia científica*, que a partir do desemparo inicial dos seres humanos, inicia-se a comunicação entre eles “quando a pessoa experiente é atraída para o estado em que se encontra a criança” (Freud, 1905[1895]:422). O filhote do homem torna-se independente, quando, não como os animais que seguem o seu instinto, o objeto apresentado pela sua percepção se parece com o próprio sujeito – *com um outro ser humano*⁵ igual a ele. Freud chama esse fenômeno de complexo do ser humano semelhante (*Nebenmensch*) (*ibid.*:438), explicando que ele ocorre porque o objeto satisfatório (do sujeito) é ao mesmo tempo o seu primeiro objeto hostil e também a sua única força auxiliar. É por esse motivo que “é em seus semelhantes que o ser humano aprende a se (re) conhecer” (*ibid.*).

Esse período é regido pelo organismo biológico em fase de maturação, em que as funções cognitivas ainda estão se organizando, sendo os afetos e as trocas fundamentais para a construção do *eu*. O *eu*, enquanto unidade interna de consciência, ainda não foi formado e por isso o corpo encontra-se fragmentado, com a mãe constituindo-se parte dessa fragmentação.

A prematuração simbólica pela qual a criança se inscreve no *ser para outrem*, em Lacan, é o discurso do Outro. O sujeito tem que surgir dos significantes que provêm do

⁵ Grifos do autor.

Outro, lugar transcendental destes, para se constituir numa existência que lhe é possível, dentro do campo freudiano da experiência, ou seja, daquilo a que se chama desejo.

Sobre os primeiros tempos da existência autônoma de um neo-nato, “como pensar a articulação da anterioridade de sua relação com o discurso do Outro e com qualquer ‘diferenciação primária?’”⁶, pergunta-se Lagache. Para esse autor, o sujeito funciona “sem existir como estrutura cognitiva”. Apesar do recém-nascido alternar entre o sono e a vigília, ele não tem experiência consciente e Lacan se pergunta se isso é suficiente para garantir uma existência.

Para Lacan, essa “diferenciação primária” deixa em suspenso seu uso propriamente significativo, do qual depende o advento do sujeito, e define-a como a relação de objeto no real. É preciso que à *necessidade*, que sustenta essa “diferenciação primária”, venha somar-se a *demanda*, para que o sujeito (antes de qualquer estrutura cognitiva) faça sua entrada no real. A necessidade, então, transforma-se em pulsão, ao tornar-se símbolo de uma satisfação amorosa.

O encontro mãe-bebê, se passa em um momento mítico, inaugural, em que se houve um “encontro” com a mãe, no sentido de uma completude, esse não se repetirá, pois o objeto é perdido para e desde sempre e o indivíduo passará o resto da vida tentando reencontrar esse objeto perdido, o das primeiras satisfações amorosas.

A partir desse “encontro”, que é mais um desencontro⁷, dar-se-á um período fundamental para criança, pois a mãe começa a apresentar e a introduzir gradativamente o mundo para ela, significando e traduzindo, quer seja em gestos, palavras ou atos. Essa

⁶ A noção de “diferenciação primária é demonstrada pela existência de aparelhos que garantem o mínimo de autonomia: aparelhos de percepção, da motricidade, da memória, limiares de descargas das necessidades e dos afetos (...) sem existir como estrutura cognitiva, o sujeito funciona e se atualiza sucessivamente nas necessidades que o despertam e o motivam” (D. Lagache, *La Psychanalyse et la structure...* p. 15-6)

⁷ Na teoria lacaniana é precisamente a partir da decepção com o seio que se funda o psiquismo.

língua fundamental, que introduz o significante para a criança, fruto dessa relação tão particular entre a mãe e o seu bebê, Lacan chama de *lalangue*.

As primeiras trocas entre mãe e filho são de puro afeto, em que as partes do corpo do bebê serão ou não libidinizadas pela mãe, portadora do “tesouro dos significantes”, (Lacan, 1995 [1956-1957]: 67) onde a criança recebe a incidência significante de forma passiva: com seu “eu corporal”, porque a criança não tem aparato biológico para responder de outra forma⁸.

Por outro lado, essa mãe é aquela apresentada por Lacan (1956-7), no *Seminário, livro 4 : a relação de objeto*, que nos aponta para a mãe onipotente, detentora de uma lei incontrolada, lei dos caprichos, em que o filho depende de sua boa ou má vontade, estando a criança assujeitada a essa lei.

Tomando a referência do Édipo, a partir do primeiro tempo lógico proposto por Lacan, encontramos a mãe sendo para criança um Outro absoluto e, se a criança jubila, é porque ela responde desse lugar de objeto do desejo materno. A criança por sua vez poderá ou não se identificar com esse objeto que causa o desejo em sua mãe. “Essa construção é possível através da equação proposta por Freud de que bebê = falo, permitindo colocar a criança em posição de identificação com o falo materno” (Quinet, 1997:9).

Nesse tempo, encontramos o que Lacan formula como o *estádio do espelho*, onde a unidade do corpo é pré-figurada pela imagem do Outro ou do espelho, sendo o *eu* formado, então, por uma imagem (a do semelhante), não correspondendo em absoluto à unidade de maturação corporal (neurologia e fisiologia):

“No gesto pelo qual a criança, diante do espelho, voltando-se para aquele que a segura, apela com o olhar para o testemunho que decanta, por *confirmá-lo* o reconhecimento da imagem, da assunção jubilatória em que, por certo, ela já estava”. (Lacan, 1998 [1966]:96)

⁸ Cf. cap.II.2.1- O Auto-erotismo em Freud.

O *Eu-ideal*, lugar de onde a criança se vê amada, é o duplo especular, onde podemos observá-la ao atravessar o *estádio do espelho*, quando ela se identifica com o lugar que a mãe lhe reservou:

“Basta compreender o *estádio do espelho*⁹ como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transferência produzida no sujeito quando ele assume uma imagem”. (Lacan, 1998 [1949]:97)

Outra contribuição sobre os primórdios da experiência humana pode ser encontrada na indicação que Lacan nos dá sobre o fato de que o princípio do prazer e o princípio de realidade aparecem como não “destacáveis entre si”. Eles se implicam e se incluem em uma relação dialética:

“... a satisfação do princípio do prazer, sempre latente, subjacente a todo exercício de criação do mundo, tende sempre, mais ou menos, a se realizar numa forma mais ou menos alucinada”¹⁰. (Lacan, 1995[1956-7]:14)

O fato de essas duas posições (prazer-realidade) apresentarem-se, em Freud, como distintas enfatiza que não é em torno da relação do sujeito com o objeto que se centra o *desenvolvimento* e que as relações chamadas de pré-genitais – ver/ser visto, atacar/ser atacado, passivo/ativo, por exemplo – são vividas pelo sujeito de um modo que implica sua identificação com o parceiro: há reciprocidade e ambivalência.

É precisamente nessa alteridade que surge o psiquismo, com a introdução da relação do sujeito com o objeto, que é direta e sem hiância. Essa relação recíproca, entre o sujeito e

⁹Grifos nossos.

¹⁰ Chama-nos a atenção o fato de Lacan usar, algumas vezes, a palavra “tendência”, nesse seminário (1995 [1956-57]), admitindo a existência de uma tendência na espécie humana de retornar a um estado de homeostase.

o objeto, Lacan denomina de “relação em espelho” e para tentar dar conta das inúmeras questões que surgem a partir dessa relação, formula então, o *estádio do espelho*.

O *estádio do espelho* corresponde ao declínio do desmame, ao qual Lacan chama de “complexo do desmame”. Este termo aparece em Lacan (1938), no texto *Os Complexos familiares* (Lacan, 1987[1938]:22), que é o escrito precursor de seu ensinamento, onde iremos encontrar o *eu* definido pelo narcisismo, totalmente distinguido do sujeito apreendido na sua divisão pelo sintoma.

O “complexo do desmame” fixa no psiquismo em construção a relação do homem com a alimentação, e apesar de essa relação se dar de forma parasitária, é assim que as necessidades dos primeiros meses de vida a exigem. Esse complexo representa a *imago* materna, fundando, desse modo, os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à sua família. Lacan (1938) nos mostra o quanto ele valoriza os aspectos culturais e diferencia, radicalmente, esse período primitivo de um período regido apenas pelo instinto.

Podemos inferir que a diferença entre o homem e o animal, no que concerne à amamentação, se dá porque no primeiro encontramos uma regulamentação cultural. Um exemplo frequente pode ser encontrado nas mulheres, que têm a obrigação de retornar ao trabalho, mesmo que desejem ficar em casa amamentando seu filho. Traumatizante ou não, o desmame deixa no psiquismo em formação um traço permanente da relação biológica que se interrompe. Aponta, ainda, para o estado rudimentar do psiquismo, que já é capaz de aceitar ou recusar algo, não como uma escolha, posto que não tem um *eu* constituído para afirmar ou negar, mas a partir de uma nova categoria, ao qual Lacan (1938) chamará de “vivências”.

Quanto à operação de alienação-separação, que é a operação de causação do sujeito, em que esse é apreendido pelo desejo ou não do Outro, em *Posição do inconsciente*, Lacan

(1960b) escreve que a alienação é própria do sujeito e o Outro como lugar de sua causa significante só faz explicar a razão pela qual nenhum sujeito pode ser causa de si mesmo: “o sujeito se aliena na cadeia significante do Outro” (Lacan, 1998[1960b]:843), para poder, enfim, separar-se dessa mesma cadeia e fundar o psiquismo.

Para o autor a operação de separação não é simplesmente física, de corpos¹¹ para ele, a separação parece gerar-se a si própria, porque ao se deparar com alguma descontinuidade no discurso do Outro, algo se descompleta e se por um lado a separação produz o sujeito, o sujeito inscrito no significante, por outro lado produz a articulação desse sujeito ao objeto, buscando no mundo os objetos que restaure a ilusão de uma completude. Para a criança autista, essa é uma operação impossível, pois não chega a se separar do Outro materno.

A separação não é em relação ao objeto, mas sim à cadeia significante. A separação só opera se o sujeito “reencontra” o desejo do Outro, ou seja, o sujeito se separa do Outro enquanto um “lugar prévio do (próprio) sujeito” (Lacan, 1998[1960c]:807). Faz isso para se instalar, definitivamente, no lugar de desejo desse mesmo Outro (materno). Pela separação, o sujeito do inconsciente “reencontra-se” na parte do Outro que não é significante, mas na parte que falta. Faz-se necessário, agora, a distinção entre o eu (a) e o Outro (A).

III.1.1- O PEQUENO OUTRO (a) E O GRANDE OUTRO (A)

A criança vem ao mundo em uma relação especular e imaginária com o Outro da linguagem. Desde antes do nascimento, o Outro já está em ação. Lacan (1969) define o Outro não somente como a mãe, mas também como o casal parental, como a família e

¹¹ Cf. Tustin, cap.II.3.1, que também não considera a separação física de corpos, e sim uma experiência subjetiva de separação entre uma mãe e seu filho.

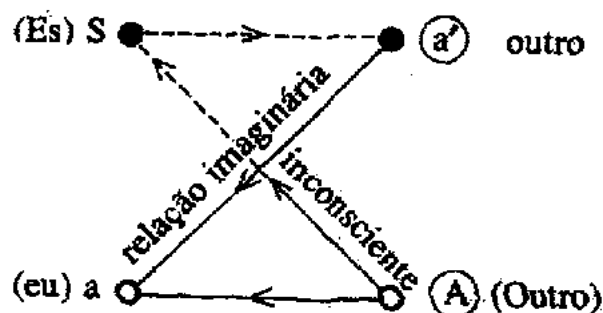
como o meio social. O Outro é todo aquele que porta significantes, e o recém-nascido é capturado pela dimensão simbólica, a qual ele não pode desviar-se da fala e da linguagem. O Outro representa esse lugar, que é prévio e significativo:

“Para que o homem possa atribuir significação aos seus significantes e, portanto, à sua existência, é preciso que ele faça sua entrada no simbólico, já que a função simbólica constitui um universo no interior do qual tudo que é humano pode ordenar-se”. (Quinet, 1997:8).

O Esquema L, de Lacan (1956-7), inscreve, inicialmente, a relação do eu (a) com o Outro (A). O sujeito (S) recebe do Outro a sua própria mensagem, sob a forma de uma palavra inconsciente. Essa mensagem lhe é interdita, profundamente desconhecida, deformada e interceptada pela interposição da relação imaginária entre a e a', entre o eu e o outro, que é o seu “objeto típico” (Lacan, 1995 [1955-6]:10). A relação narcísica é imaginária e central nas relações inter-humanas e necessariamente ambígua, erótica e agressiva¹² e, como tal, desconhece profundamente a relação de palavra entre o sujeito e o Outro (o grande Outro), na medida em que é “um sujeito por excelência capaz de enganar” (*ibid*).

¹² Cf. *Projeto para uma psicologia científica*, de Freud, 1895.

Esquema L¹³:



A identificação é o mecanismo que tende a tornar o próprio *eu* semelhante ao outro, tomando-o como modelo. Lacan (1949), no texto *Estádio do espelho como formador da função do eu*, mostra que é por meio de uma identificação que a criança pequena antecipa, imaginariamente, a forma total de seu corpo e instala, assim, o primeiro esboço do *eu*, tronco das identificações posteriores.

Porém, nesse momento essencial, é preciso destacar que a criança é carregada por uma mãe, cujo olhar a olha. É esse o campo narcísico, fundador do corpo da criança. Mas, ao mesmo tempo, se a criança reconhece sua imagem no espelho, é, primeiramente, como um outro (a') que ela se vê e se apreende. O "eu é o outro", como observamos no fenômeno do transativismo, quando, ao perguntarem para a criança pequena "–Você quer água?", ela responde afirmativamente: "–Você quer água? Esse fenômeno é característico das crianças autistas que não chegam a formular "–Eu quero água!", ou seja, um *eu* independente do outro (a').

Assim, o *eu* é alienado no outro, constituído à imagem e semelhança desse outro e sustentado por A (Outro simbólico): "o objeto de interesse humano é o objeto do desejo do outro" (Lacan, 1985[1955-6]: 50). Através de identificações, o *eu* projeta-se no duplo

13 In: Lacan, *O Seminário livro 4: a relação de objeto*, 1956-7, p. 10.

especular do outro (a'), seu *eu ideal* – *i'(a)* – forma psíquica pertencente ao registro do imaginário, representativa do primeiro esboço do *eu* investido libidinalmente.

Se entendemos o autista como um pequeno psicótico, como podemos entender o Outro na psicose?

“Se o Outro no neurótico é ‘mudo’, seu discurso atravessa o muro da linguagem, a não ser pelas formações do inconsciente. Na psicose o Outro fala..., provocando no sujeito todo o tipo de reação: terror, pânico, exaltação” (Quinet, 1997:17). Como no Outro do psicótico não há inscrição da lei, ele aparece como um Outro absoluto, não-barrado, intrusivo (pelo olhar e pela voz), maciço e total, o que, em nossa opinião, são atributos que também se aplicam à criança autista, cujo significante forachuido do Outro primordial (mãe) retorna no real, e do qual ela se protege.

A posição estrutural do sujeito na psicose é a de ser o objeto do gozo do Outro, do uso do Outro, a criança encontrando-se identificada ao falo imaginário da mãe como um objeto de seu uso pessoal. É pela operação da metáfora paterna que a criança é arrancada dessa posição de ser o objeto de gozo da mãe, quando, então, o Nome-do-Pai “significantiza” o desejo do Outro materno. Não havendo essa operação, o Desejo da Mãe permanece uma incógnita e retorna ao sujeito como um gozo enigmático do Outro, situando-o como seu objeto. Nesse ponto é importante situarmos a criança autista “aprisionada” à fantasia materna, ao contrário de alguns estudiosos (os Lefort, por exemplo) que a consideram “ausente”.

Como podemos pensar, então, a fundação do psiquismo de uma criança autista? Como entender sua relação com o Outro da linguagem? Vejamos, pois, como Soler articula essa questão na perspectiva lacaniana.

III.2 – A CRIANÇA COMO UM “PURO FALADO DO OUTRO”

Colette Soler é uma psicanalista contemporânea, pertencente ao *Campo Lacaniano*, com contribuições importantes ao estudo do autismo. Seu trabalho, *Hors discours: autisme et paranoïa* (1990), representa uma constante fonte de consulta. Nele encontramos a articulação entre a operação de alienação-separação, descrita por Lacan (1964), no *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais de psicanálise*, e a posição do sujeito autista em relação ao Outro. Assinala os significantes que, no Outro, falam da criança e que a representam: o sujeito como já inserido na linguagem, mesmo que não fale, uma vez que a linguagem precede o seu nascimento. Portanto, aos (S_1) que nomeiam a criança é necessário que advenham os (S_2) para ressignificarem a primeira palavra do Outro, e a criança poder apropriar-se desta como uma enunciação própria do sujeito.

De acordo com Soler, a frase de Lacan, Ao psicótico não está fora da linguagem, ele está fora do discurso \cong (1973[1972]:47), pode ser estendida às crianças, pois os pequenos psicóticos, que também são sujeitos, estão submetidos às mesmas leis da linguagem que os adultos. A autora examina o estatuto do Outro para a criança autista, precisando o lugar ocupado por ela no discurso materno e qual a relação que essa criança estabelece com o Outro (1999a:219).

Para o sujeito ascender à dialética da linguagem, é preciso que um (S_2) venha significá-lo como somente representado, isto é, vazio (Stevens, 1990:33). Quando o A (grande Outro) tem significação para a criança, ele se apresenta como um grande Outro barrado, pois aponta tanto para a falta quanto para a lei, numa demonstração de que não há completude e de que a mãe, por excelência, também é faltosa.

Mesmo fora do discurso, o sujeito psicótico está na linguagem, diz Soler (1990), embora congelado, petrificado no significante S_1 , que não desliza na cadeia. Ele permanece

como um significante puro, incluído no Outro. Sua relação com a palavra não é subjetivada; para que o significante possa ser dito no real e se tornar uma palavra, a cadeia $S_1 - S_2$ deve estar rompida (Soler, 1999b).

Vamos apreciar, então, como Soler articula sua posição em relação ao autismo: ela o situa na recusa em entrar na alienação significante, permanecendo na borda da operação de alienação-separação. Se a inscrição em um discurso é condicionada pela operação de separação, ela mesma condicionada ao Nome-do-Pai¹, depreendemos que o autista não se inscreve no discurso, porque nem sequer ingressou na primeira etapa da constituição do sujeito: a alienação significante. A autora escreve S_1 / s como o ponto de partida para todo o sujeito, de onde ele irá emergir e tornar-se, ou não, um agente, que, em princípio, é definido como puro efeito, falado pelo Outro (Lacan, 1960b), mas que poderá vir a falar, desejar e animar-se de libido. Escreve o sujeito com s minúsculo (significado), colocando-o embaixo dos significantes que o representam no Outro: S_1/s .

S_1/s escreve, inicialmente, o sujeito suposto pelos significantes do Outro, quando aquele ainda não fez sua “entrada no real” (Lacan, 1998[1966]:654). Então, nesse momento inicial, é a libido do Outro, quando existe, que se liga ao sujeito e o faz vivo. Soler (1992) defende a tese de que “o autismo é uma doença da libido” (Soler, 1992:77), permanecendo a criança na condição de animada pela libido do Outro. Esse pensamento coloca o autismo em uma posição diferente daquelas perturbações chamadas de “relações de objeto”, ou seja, daquelas em que houve uma falha na relação mãe-filho. Como indica Lacan (1964), a linguagem que causa o sujeito opera também sobre o corpo; portanto, nas palavras de Soler (1992), é a linguagem que faz o órgão-libido².

¹ Nome-do-Pai é o significante que inscreve o sujeito na norma fálica e é, ao mesmo tempo, o responsável pela integração da imagem corporal.

² O *Seminário, livro 11* (1964); *Seminário, livro 20: mais, ainda* (1972-3); *L'Étourdit* (1972). Essas são referências na obra de Lacan que Soler indica para o tema.

Esse é o caso de M., que catava e rasgava as folhas das árvores, caídas no pátio do hospital. Inúmeras vezes tentamos nos aproximar, mas M. permanecia fixado em sua estereotipia, que ao nosso ver, representava sua relação com a mãe, professora de jardinagem: M., a mãe e as folhas confundiam-se na destruição e assim falamos dele: o menino das folhas.

A correlação entre a linguagem e o corpo parece procedente, porque a linguagem, ao causar o sujeito, simultaneamente “marca” seu corpo e nele se incorpora. Assim a linguagem que sustenta o órgão libido é a que também sustenta o corpo da criança, onde podemos constatar, em certos casos de crianças autistas, que se apresentam como “massa amorfa e desvitalizada” (Soler, 1990:12). Citamos, a título de exemplo, o caso de T., criança do sexo masculino, com cinco anos, que se apresenta com sua “cabeça grande” a carregar um corpo, que parece não lhe pertencer. Aonde o colocássemos, permanecia inerte até ser trocado de posição. Sua mãe, ao referir-se a ele, falava rindo: “- É bobinho mesmo, não tem reação!”.

Nos dois fragmentos de casos ilustrados acima, embora condizente com o pensamento de Soler, seria prova suficiente para afirmarmos que todos os autistas são animados pela libido do Outro? Ao menos podemos dizer que o autismo é uma psicose, ou, ainda, um dos fenômenos possíveis de ser encontrado na estrutura psicótica.

III.2.1 - O AUTISMO COMO UM DOS FENÔMENOS DA PSICOSE

Ao considerarmos o autismo como uma psicose, assim como o são a esquizofrenia e a paranóia, evidenciamos que ele é a forma mais extrema do adoecer psíquico, acometendo as crianças, logo na primeira infância.

Embora seu diagnóstico seja difícil, necessitando de habilidade e experiência da parte do profissional, admitimos a predominância na prática clínica daqueles quadros em que o sintoma do autismo cursa com outros sintomas: catatônicos, alucinatorios, delirantes, etc. Essa constatação está de acordo com a descrição original de Kanner (1943), quando reuniu um conjunto de sinais e sintomas (síndrome autística) e denominou de síndrome do autismo infantil precoce (1944).

C; menina de 5 anos, apresenta-se com uma síndrome autística, além de idéias delirantes de conteúdo persecutório: não se comunica com outras pessoas, não olha, nem pede nada, "brinca" de forma estereotipada de "fazer comidinhas", grita e esperneia, quando contrariada. Repete frases ecológicas: -"Vamos embora! Vamos embora! Estão chegando! Estão chegando!"

Pensamos que o Outro existe para a criança autista, mas ele tem apenas o estatuto do real. Quando a criança olha o espelho e passa por ele direto, não retendo o seu olhar e aí não se reconhecendo, achamos que isso ocorre porque ela tem pavor de olhar o Outro em sua consistência real, que a invade, ameaçando o seu ser, pois essa criança não tem o socorro do registro do simbólico e nem do imaginário.

Soler questiona a existência da "categoria autista", mas reconhece a nítida diferença entre as crianças autistas e as crianças francamente delirantes, em que há um endereçamento ao Outro, localizado em um campo exterior a seu corpo, daquelas que não reconhecemos nitidamente se o Outro encontra-se no próprio corpo da criança ou se é inexistente. Através dessa distinção, aponta para um grupo maior: o das crianças psicóticas. Depreendemos que o grupo das crianças psicóticas pode conter pelo menos três subgrupos:

- 1) crianças autistas;
- 2) crianças esquizofrênicas;
- 3) crianças paranóicas.

Apesar de identificarmos crianças autistas, esquizofrênicas e paranóicas, defrontamos nos com uma questão fundamental para a psiquiatria infantil: a de saber quando uma criança está delirando ou apenas fantasiando, o que levou Mahler (1975) a chamar a psicopatologia do autismo de “misturas”.

Com a frase: “O puro esquizofrênico é muito raro, talvez fosse mais correto falarmos em fenômeno esquizofrênico” (Soler, 1999b:10), Soler comenta o fato de que nem Freud nem Lacan apreciavam o termo esquizofrenia, com a alegação de que a esquizofrenia é um mal tipo clínico. Propomos um diagrama demonstrativo de que não existe nem um autismo absoluto, nem uma esquizofrenia pura:

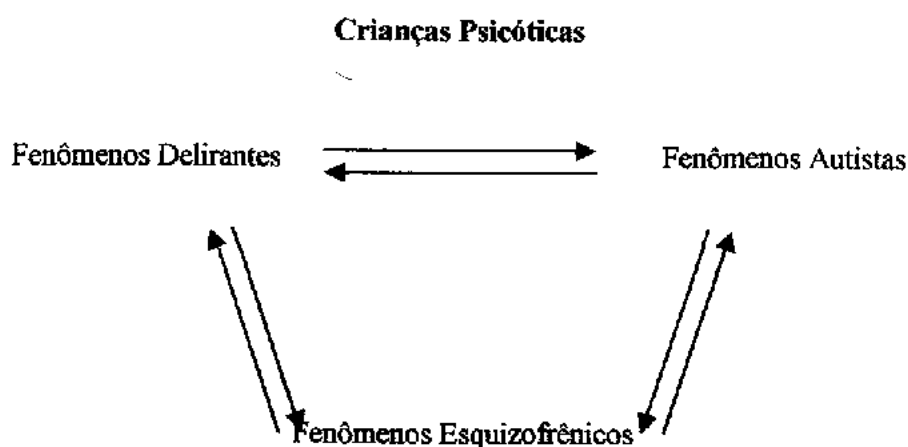
Crianças Psicóticas



Ao compreendermos o autismo como uma psicose, temos de admitir que ele é distinto da esquizofrenia, mesmo observando a presença de subtipos clínicos, que muito nos confundem. Vale lembrar que ambas as formas de apresentação são extremamente variáveis e se mesclam entre si, sendo difícil a precisão diagnóstica. O quadro clínico, no entanto, pode se manter imutável durante anos, mesmo sob intervenção terapêutica.

Sugerimos o termo "fenômeno autista", dentro da estrutura psicótica, em contrapartida ao puro autista, muito raro de ser encontrado na prática com crianças.

O autismo, como um fenômeno, pode alterar-se, estabilizar, avançar no *gradus* ou mesmo retroceder dentro da mesma estrutura de linguagem, na psicose. Existem fenômenos esquizofrênicos, referidos ao corpo, que se apresentam na criança autista, assim como fenômenos delirantes. Essa noção encontra-se pertinente com a idéia de pólo, onde o autismo é encontrado no pólo mais extremo do desenvolvimento libidinal (Soler, 1990) e também com a idéia de gradação dentro da estrutura (Soler, 1999b:4).



A categoria "criança autista" deve ser reservada àquelas crianças que apresentam um quadro clínico próximo ao da descrição fenomenológica de Kanner, cuja característica predominante é a recusa do olhar e da comunicação. Não existe um autismo absoluto, no sentido bleuleriano da palavra, ou seja, de uma perda total do contato com a realidade. Se isso fosse possível, os autistas não sobreviveriam.

Como situar o autismo frente às outras entidades como a esquizofrenia e a paranóia?

Soler apóia-se nas idéias de Freud (1915b) para diferenciar as duas grandes entidades clínicas, que são a esquizofrenia e a paranóia. Na paranóia o ponto de fixação da libido se situa no nível do narcisismo, onde a libido encontra-se centrada sobre o *eu*, sobre o corpo

próprio, já unificado no espelho e já tendo passado pela operação de alienação. Na esquizofrenia a libido se fixa ao nível do auto-erotismo, libido igualmente centrada sobre o corpo, mas como um corpo despedaçado, anterior à unidade especular. Trata-se ainda de uma retirada da libido para o eu, mas um eu não constituído como unificado. É isso que dá conta do desfacelamento esquizofrênico (Soler, 1990).

Portanto, como nos indicam Bleuler (1924) e Freud (1914), podemos articular o autismo à estrutura psicótica pelo viés do auto-erotismo. Bleuler define, aliás, o autismo como característico da esquizofrenia e Soler (1999b), seguindo o desenvolvimento freudiano da teoria da libido, confirma a aproximação do auto-erotismo com a esquizofrenia. A partir de um eixo que liga a esquizofrenia à paranóia, Poblome (1993:2) propõe situar o autismo como o ponto limite, do lado da esquizofrenia, e acrescentamos o fenômeno de corpo fragmentado para o autismo, corpo despedaçado para a esquizofrenia e corpo unificado para a paranóia.

Introduziremos uma distinção entre a esquizofrenia e o autismo para acentuar-lhes as diferenças. Na primeira, há uma regressão tópica ao *estádio do espelho*, o que não ocorre no segundo. Neste, a regressão já não existe de saída, pois a construção da unidade do corpo da criança parou muito antes desse estágio. O esquizofrênico, por sua vez, chega mais perto de formar uma unidade do eu, o que lhe permite um funcionamento compatível com seus pares até o momento de desencadeamento do surto. Por isso, distinguiremos os fenômenos do corpo despedaçado e do fragmentado, a partir da deflagração do quadro clínico: no despedaçado (esquizofrênico), houve alguma reunião das partes do corpo do *infans* e os poucos pedaços que, de alguma forma, se conseguiram juntar, despedaçaram-se no momento do surto, ou seja, houve uma reunião da imagem corporal, mesmo que imaginariamente, embora sem sustentação; no fragmentado (autista), essa reunião simplesmente não se deu.

No autismo, há minimamente um *eu* que permite-lhe a sobrevivência, apenas como um corpo dos cuidados: da alimentação, excreção, etc. Na esquizofrenia, o *eu*, embora precário, se mantém em sociedade até uma certa data.

Estágio do espelho		
AUTISMO (<i>corpo fragmentado</i>)	ESQUIZOFRENIA Auto-erotismo (<i>corpo despedaçado</i>)	PARANÓIA Narcisismo (<i>corpo unificado</i>)

A partir desse esquema, proposto por Poblome (1993), tendo por base a concepção de Soler (1990) sobre o autismo como um pólo e ponto limite dentro da estrutura psíquica, podemos pensar, com referência ao estádio do espelho, que no caso do autismo o corpo encontra-se, ainda, fragmentado, sem qualquer possibilidade de unificação.

O autismo como uma das possibilidades de constituição da subjetividade humana, uma vez que há a falência da estrutura psíquica, nos remete àquelas crianças que se recusam a olhar e a ouvir, abstendo-se da comunicação.

Tanto no autismo quanto na esquizofrenia podemos pensar o mecanismo da forclusão da simbolização primordial e que Soler (1999b) escreve DM^o, ou seja, a zerificação do Desejo Materno (Soler, 1999b: 4), aparecendo na clínica sob os efeitos do corpo fragmentado e despedaçado, respectivamente. Se para haver inscrição do significante Nome-do-Pai (NP) tem que haver Desejo Materno (DM), então o autista fica apreendido aí, na ausência de DM e sem representação a nível de significante. A inscrição do Nome-do-Pai pressupõe uma primeira simbolização da mãe, a da mãe não-toda, faltosa e incompleta, mas também submetida a uma lei. A mesma mãe que em seu discurso oferece

o DM aponta para a nomeação do NP. Desejo Materno é, portanto, uma função que aponta tanto para a falta, quanto para a lei.

Lacan, no texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1955-6), nos comunica que DM é uma função inaugurada pela mãe ou substituto, que funda a cadeia significante. Lacan chama a essa função de Desejo Materno, porque ao exercê-la esta mulher aponta tanto para o desejo dela por esse filho, quanto para a falta e vazio de qualquer significação, pois ela não é toda e nem essa criança poderá completá-la. Desejo Materno, então, é uma função que designa o lugar em que a criança se encontra na fantasia de sua mãe. É um lugar específico, privilegiado e construído para aquele filho, e essa criança, por sua vez, irá ou não nele se instalar.

Para o autista, assim como para o esquizofrênico, todo o simbólico é real, mas no último, não podemos afirmar que todo o imaginário seja real, uma vez que observamos a vida comum que é possível ao esquizofrênico compartilhar. Resta saber o porquê do esquizofrênico se apoiar em *bengalas imaginárias*³ e do autista não; talvez a criança ainda não tenha tido tempo de construí-las ou, então, talvez seja devido à pobreza do registro imaginário.

Como vimos em *Observação ao comentário de D. Lagache*, no cap.III.1., Lacan (1960) mostra que a mãe torna-se simbólica quando sua ausência pode ser simbolizada, o que Soler (1999b) ratifica que esse é um exemplo da "introdução de um vazio no real" (Soler, 1999b: 3-4). Quando a simbolização da mãe primordial falta, quando inexiste esse primeiro vazio (DM), a função de representação significante encontra-se ausente e pode-se daí advir uma criança autista:

³ No *Seminário livro 3: as psicoses* (1955-6), Lacan descreve a pré-psicose, condição que pode manter o psicótico, identificado ao falo imaginário e sem surto. As bengalas imaginárias são, portanto, construções que permitem ao psicótico uma sustentação na existência até uma certa data.

“A metáfora paterna, escrevamo-la a partir de um primeiro vazio, o desejo da mãe, e ele (Lacan) nota que este vazio é a simbolização da presença-ausência. Isto nos reenvia a todo o desenvolvimento sobre o Fort-Da. Este é um primeiro vazio, que sendo significante, produziu um efeito de significado que é um enigma, um desconhecido”. (Soler, 1999b:4)

Como a falta não é simbolizada para o autista, ele não suporta qualquer manifestação de descontinuidade advinda do real, irrompendo em ataques espetaculares, pois para o autista, assim como para o esquizofrênico, todo simbólico é real. Soler (1999b) enfatiza que esse é um exemplo de introdução de um vazio no real, e, a propósito da mãe, é a simbolização da mãe primordial. Quando falta esse vazio (DM), a função de representação significante está ausente.

Lacan (1954), em *Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneimung” freudiana*, escreve que o simbólico se define pelo fato de produzir um vazio. Depreendemos que falta no autista a presentificação dessa primeira inscrição de vazio, para o Nome-do-Pai poder aí se instalar. Concluimos que no autista inexistem tanto DM quanto NP.

De acordo com nosso estudo, vimos que a forclusão do NP, como mecanismo único da psicose, tem efeitos diferentes na clínica: autismo, esquizofrenia e paranóia. Soler (1990) aponta, então, que não existe um autismo puro e nem outros diagnósticos “puros”. Encontramos sim, uma clínica variada, como o célebre Schreber (Freud, 1911), que é um caso de esquizofrenia paranóide.

A partir das articulações feitas neste capítulo, entendemos que se faz necessário distinguir as formas clínicas que acometem as crianças, segundo seu aparecimento. Sugerimos as formas: precocíssima, precoce e tardia, pontuando que, em cada uma delas,

encontramos um rigor próprio da idade, verificado no nível de elaboração com que cada criança se apropria da linguagem:

- 1) Precocíssima, no autismo;
- 2) precoce, na esquizofrenia infantil;
- 3) tardia, na paranóia em crianças.

Nesses modos do adoecer psíquico, reconhecemos a existência do Outro da linguagem incidindo sobre as crianças. Somos, dessa forma, compelidos a examinar qual a relação que a criança autista estabelece com o Outro.

III.2.2 - A RELAÇÃO DO AUTISTA COM O OUTRO

Soler analisa 4 aspectos fundamentais que nos ajudam a pensar os limites do autismo, em referência à sua relação com o Outro:

- 1) **São crianças perseguidas pelos signos da presença do Outro:** especialmente por dois objetos: o olhar e a voz: Essa evidência pode ser observada através das crises paroxísticas (berros, bater os pés, arrancar os cabelos e auto-mutilação), que a criança apresenta quando encontra o olhar ou a voz do Outro, ou seja, quando se encontra com o “imprevisível”, a que Soler considera como um índice de presença:

“... A perseguição, da qual essas crianças parecem objeto, é aliás correlata ao que os autores descrevem como sua inclinação para o ritual, é preciso que nada se mova; a presença é intrusiva”. (Soler, 1990:75)

- 2) **A anulação do Outro:** paradoxalmente, ao sentirem-se perseguidas, vão tentar anular e evitar a existência do Outro, ou, simplesmente, qualquer coisa que aponte para a existência desse Outro.

Poblome (1993) discorda desse ponto, pois pensa que não há uma anulação completa desse Outro: “Poderíamos dizer que aqui o grito se constitui como um apelo, que o Outro está presente enquanto podendo responder ou não a uma demanda” (Poblome, 1993:6). Descreve um caso de autismo em que Eric dirigia frequentemente a palavra ao adulto que o acalmava

- 3) **Recusa da intimação do Outro:** elas não solicitam, não pedem, não clamam e não pedem ajuda. Fazem tudo independentemente, ou então se utilizam do típico ‘movimento em pinça’, como um prolongamento libidinal do braço da mãe, mas recusam tudo aquilo que o “Outro por sua palavra pode intimar” (1999a: 225).

A ausência da dimensão do apelo é a contra-partida e o complemento da recusa de ser chamado pelo Outro. A voz e o olhar são, com efeito, isto com que o Outro chama. Lacan (1960) escreve que é pela demanda que o sujeito “faz sua entrada no real” (Lacan, 1966 [1960]:654), o que também quer dizer sua saída do Outro.

- 4) **Problemas relacionados com a separação:** essas crianças não chegam a se separar do terapeuta ou da mãe.

Mas que Outro?, pergunta-se Soler (1990). Será que ele existe para a criança autista? Esse Outro designa tanto a presença do corpo da mãe, quanto a dos significantes aos quais a criança autista tem acesso. As perturbações, no nível de presença-ausência, indicam um lugar vazio em que o sujeito poderia se alojar, “parece que essas crianças permanecem aquém do limite de toda simbolização” (Soler, 1992:75-6). A comparação com o pequeno paranóico é, sob esse ponto de vista, esclarecedora. Para esse último, a despeito da

foraclusão, a simbolização primordial da presença-ausência faz surgir um primeiro significante, que Lacan escreve DM na metáfora paterna (1966 [1958]:553) e que escreve um Outro já barrado por um desejo ou um gozo enigmático, inclusive persecutório. O pequeno autista não atravessa esse passo e, nesse sentido, o Outro permanece para ele puramente real e monótono.

Esses sujeitos autistas não entram na alienação significante (operação de alienação-separação), permanecendo como “um puro falado do Outro”, como uma pura significação do Outro. São considerados através da palavra e dos significantes de alguém, que se apropria deles; é a mãe que se apropria deles e que fala por ele. Eles não são enunciadores e tentam se manter por meio de uma ou duas demandas totalmente estereotipadas, repetitivas e sem enunciação. Esse fato pode ser exemplificado pela fala da mãe de L, menino de 7 anos: “-Acho que estraguei meu filho, porque sempre fazia por ele!”. Quando saíam de casa, ela já o vestia de casaco, já que poderia sentir frio; sempre comprava dois sorvetes, pois, como toda criança gosta deles, não esperava a criança pedir-lhe outro. Dava-lhe, de saída, dois.

É por isso que, na vigência de um tratamento, Soler propõe que fazer “falar o Outro, ou quem quer que esteja nesse lugar, obtém-se, às vezes, efeitos sobre a criança: quando o Outro articula, o significado se move” (1999b:226).

Retomamos, aqui, a relação que a criança autista estabelece com o corpo. Soler (*ibid.*) ressalta que o “corpo do simbólico” será mapeado, significantizado, pela relação estabelecida com o Outro. Essa relação, entretanto, está comprometida, como demonstram as perturbações, percebidas, entre elas, os problemas relacionados às fronteiras, já que há uma falha no balizamento entre o corpo da criança e o corpo da mãe. Segundo Lacan, os limites do corpo são indicados por $i(a)$, o que Soler ratifica:

“... a perturbação da relação com o Outro não poderia deixar de ter consequências sobre o corpo em que o corpo do simbólico se incorpora”. (Soler, 1999a: 227)

Portanto essas consequências sobre o corpo levam Soler (1990) a concluir que o autismo diz respeito a uma doença da libido, pertencente à estrutura psicótica, apontando para o desejo que se faz necessário para a constituição do sujeito⁴. Mas há quem pense ser possível um ser humano viver sem uma estrutura definida, e aqueles que consideram o autista como um ser anterior ao sujeito, sem que ainda tenha feito sua entrada na estrutura da linguagem.

⁴ Cf. cap. II.1.

III.3 - A TEORIA DO CASAL LEFORT

III.3.1 - O AUTISMO COMO UMA A-ESTRUTURA

Rosine e Robert Lefort ocupam um lugar de destaque como teóricos do autismo. Sustentaram, durante muitos anos, a posição original e polêmica acerca do autismo ser *a-estrutural*, ou seja, de a criança autista ainda não ter feito sua entrada numa das três estruturas de linguagem propostas por Lacan, a saber: neurose, psicose e perversão. O homem, que é um ser de fala por excelência, não fica indiferente ao significante, ele recebe a sua incidência, o que produz efeitos diferenciados, marcando ou não uma estrutura.

Os Lefort buscaram subsídios, no texto do *Estádio do espelho como formador da função do eu* (Lacan, 1998[1949]:96), para endossar seu pensamento. O *estádio do espelho* é uma referência constante no ensino de Lacan, não apenas como uma data histórica (concernida entre os 6 e os 18 meses), mas também como o momento de fundação da estrutura do sujeito do inconsciente, implicando o tempo e o espaço, onde os três registros do corpo – real, simbólico e imaginário – se articulam, fazendo um nó (Lefort, 1990[1980]:21). Lacan chama de *nó borromeano* (1974-5) à propriedade de os três anéis – real, simbólico e imaginário – envolverem-se de tal forma que, ao se desprender um deles (corte), os outros dois ficam imediatamente livres. A inscrição do significante Nome-do-Pai garante a amarração dos elos, sendo o objeto *a* o elemento que os nodula em uma determinada posição: quando o *a* é extraído, o nó se desfaz, separando cada um dos elementos que o constituíram.

O Nome-do-Pai, significante que se encontra foracuído na psicose e pré-condição para toda atribuição de paternidade, corresponde a um lugar específico, ocupado pelo significante no Outro. A partir dele, há uma ordenação do discurso na norma fálica; no

autismo, porém, não encontramos o Nome-do-Pai enquanto requisito à significação. Nesse sentido, encontramos respaldo para a hipótese sustentada neste trabalho: o autismo trata-se de uma psicose precocemente desencadeada, em que não encontramos um lugar significativo no Outro.

Os autores examinam o advento do sujeito a partir da introdução da metáfora de natureza ótica, o *esquema ótico*, que Lacan (1960b) propõe como um tempo lógico do *estádio do espelho*:

“Esse esquema é um ponto de chegada e, ao mesmo tempo, um ponto de partida de um grande número de questões sobre a estrutura do sujeito no significante e de seus desvios”¹. (Lefort, 1990:22).

Para reconhecer-se na própria imagem, o bebê necessita de algumas condições preliminares. É evidente que não se trata de uma simples imagem onde a criança se reconhece, mas sim de uma imagem especular i'(a), que é a confluência de um processo (*ibid.*). É o momento em que encontramos a função estruturante, ao mesmo tempo imaginária e simbólica: imaginária, por reunir ao corpo fragmentado sua parte unificada; simbólica, ao nomear o que é acrescentado à imagem, pelos cuidados desse Outro que a nomeia.

Ao falar, a criança está confirmando o lugar reservado a ela, reassegurando sua inserção na estrutura. Os Lefort ratificam essa idéia, apontando para “o desejo, alienado, (que) é perpetuamente reintegrado, reprojetoando no exterior o *Ideal-Ich* (ideal do eu). É assim que o desejo se verbaliza” (:201). A falha nesse processo, que é de alienação e ao mesmo tempo de confirmação, remete-nos a algo que se passa em um tempo muito precoce

¹ “Ce schéma optique est donc pour Lacan un aboutissement en même temps que le point de départ d’un élargissement considérable des questions sur la structure du sujet dans le signifiant et ses déviances.” (trad. livre)

da estruturação do sujeito, trazendo conseqüências tanto para a psicose, de um modo geral, quanto para o autismo, mais especificamente.

Esse dano inicial pode ocorrer porque o pequeno sujeito não tem acesso direto à i'(a), ele tem, ao contrário, pouco acesso à unidade de seu corpo. De início, o que lhe é dado é um corpo com braços, pernas, seios, mamilos, etc., necessitando do Desejo Materno (DM), em uma função que unifica as partes do corpo e cria um *eu*.

Para que um ser de poucos meses de vida seja capturado pela sua própria imagem, sem achar que o que ele vê é a imagem de uma outra criança diante do espelho, é preciso que nele se funde um interesse, uma certa sensibilidade à imagem do Outro, um funcionamento intrasubjetivo, próprio do sujeito. Aqui cabe um paralelo com as crianças que nascem com comprometimentos orgânicos graves: talvez elas não tenham essa sensibilidade fundamental, isto é, não possam capturar o olhar do Outro e assim entrarem no circuito pulsional.

Os desvios na estruturação do sujeito e as diferentes maneiras de ser 'tocado' pelo significante são apresentados pelo casal Lefort através de dois casos clínicos modelos, que se contrapõem, ilustrando a neurose e o autismo, articulando-os simultaneamente e construindo uma teoria do autismo. São os casos de Nadia e Marie-Françoise, respectivamente. Na primeira, observa-se o surgimento da relação especular, inaugurando a sua captura através do olhar do Outro:

“... que fez para Nadia a imagem real i(a), quer dizer, do eu como imagem do outro numa função de total desconhecimento (*méconnaissance*): o eu no outro se aí me-conhece (*me-connaît*)”¹. (Lefort, 1991:23).

A distinção entre Nadia, desde o nascimento separada da mãe, tuberculosa e neurótica, e a segunda menina, Marie- Françoise, abandonada aos dois meses e autista,

parece apontar para um desinvestimento da parte do Outro cuidador, como fator importante na gênese do autismo. Isso também remete ao fato de os quadros nosológicos, particularmente o autismo, não virem acoplados ao organismo biológico; ao contrário, eles surgem a partir de um "mau-encontro" da criança com o Outro, e isso precisa ser "dito" por ela. Essas meninas foram atendidas nos anos de 1950-2, por Rosine Lefort, e as sessões de análise publicadas, em colaboração com Robert Lefort, em 1980, no livro *Nascimento do Outro*. Para uma criança "nascer" significa que ela se deixa submeter ao desejo do Outro, ou seja, ao processo de humanização, quando ela emerge na condição de sujeito. Através da minuciosa descrição das sessões, há um trabalho de articulação teórica dentro do referencial Freud-laciano, fundamentado em dois pontos: a estrutura da linguagem e a topologia.

Para um melhor detalhamento do pensamento dos Lefort, debruçar-nos-emos no tratamento de Marie-Françoise (M.F), ocorrido durante o tempo em que esteve internada, no Serviço de Jenny Aubry, quando Rosine Lefort atendia simultaneamente a Nadia. Rosine é capturada por aquela criança, que olha para o vazio da janela ou do prato de arroz. Apesar das muitas semelhanças no comportamento inicial de ambas, remetendo a uma clínica comum², no decorrer dos tratamentos foram surgindo diferenças, assinaladas por Rosine, que serviram de contraponto nessas duas análises, sinalizando que apenas uma delas, Nadia, que é uma neurótica, faz apelo e aceita o Outro. M.F. apresenta-se (cf. Lefort, 1990:189-90):

1) Com olhar vazio;

¹ Há aí um jogo de palavras de difícil tradução: "me-connaît" significa "me-conhece" ao mesmo tempo que sonoramente equivale à "méconnaît" (desconhece).

² Sinalizamos a frequência com que encontramos, na clínica, crianças muito pequenas apresentando-se, inicialmente, com os mesmos sintomas do autismo, mas que desvelam, com o tratamento, estarem situadas numa outra estrutura. Apesar de parecerem, em princípio, autistas, nem todos os casos são de psicose infantil e a esse fenômeno denomina-se *patoplastia autística*.

- 2) Sem nenhum contato com adultos, crianças ou objetos;
- 3) Sem falar;
- 4) Sem andar;
- 5) Com balanceio;
- 6) Com acessos de cólera violentos e choros estridentes;
- 7) Com crises convulsivas, mas com eletroencefalograma normal;
- 8) Com bulimia após longo período de anorexia.

O que caracteriza a relação de Marie-Françoise antes do tratamento “é que não existe Outro e muito menos pequeno outro”(Lefort, 1990:194) e que a analista é um objeto dentre outros. Rosine nomeia esse comportamento de “dupla ausência do Outro e do outro” (*ibid*). O autista não tem ambivalência diante do objeto, o que o faz permanecer como um objeto real a produzir um “efeito de fechamento da divisão do sujeito”(197) frente ao objeto. Essa criança ainda não está pronta para estabelecer a relação desse outro ao Outro, porque a dimensão do corpo do Outro inexistente. Podemos dizer, então, segundo os Lefort, que o autista não tem imagem especular, posto que ele está inteiramente no lugar do objeto *a* como não especularizável. Ora, aqui apontamos uma distinção entre o autismo e a esquizofrenia, que, como o próprio nome diz, mente dividida, fala de um sujeito que se encontra dividido frente ao outro e ao Outro. A psiquiatria nomeia esses fenômenos de ambivalência afetiva e ambitendência, traduzindo o querer e o não-querer em relação a um objeto, simultaneamente, além de expressar, assim, a divisão dos sujeitos esquizofrênicos, divisão que, aliás, se opera em todos os sujeitos e, ao que parece, menos em um: o autista. Este ainda não se encontra dividido e, segundo os autores, recusa-se a entrar nessa divisão, permanecendo em seu isolamento.

A idéia acima contrapõe -se à relação excepcional do autista com os objetos, descrita por Kanner (1943), mas está de acordo com a noção de gradação dentro da estrutura

psicótica (Soler, 1999; cf. cap.III.2.1). A característica das crianças autistas é relacionarem-se, predominantemente, com os objetos, em detrimento de relacionarem-se com as pessoas; o inanimado prevalece sobre o animado. Segundo Kanner, o autista relaciona-se com os objetos e não com “gente”, não apresentando qualquer divisão frente ao Outro.

Rosine demonstra a importância de a criança ser capturada pela palavra de um Outro, que não só cuida do seu corpo, mas que também o toma como sujeito: “deixar o sujeito no abandono total de um corpo realmente manipulado, sem que uma palavra venha responder de seu lugar de sujeito, deixa-o no real dos corpos” (:23). O fato de uma criança ser abandonada, coloca-a em uma posição extremamente difícil: a de encontrar nesse mesmo Outro, elementos que continuem a sustentá-la. Frisamos aqui a participação do sujeito em causa que aceita ficar nesse lugar de objeto, porém ele também faz a sua escolha.

No exemplo de M.F., ela foi abandonada aos dois meses e é esta a realidade que ela conhece e a qual não quer repetir; por isso, recusa-se a entrar em contato com o Outro terrível que continua a desprezá-la. A partir dessa manifestação, Rosine nos indica que houve uma primeira marca, uma instalação desse Outro em seu psiquismo, o que ilustra a presença de um Outro para a criança autista. Para a autora a mãe está lá, mas não pode ser tomada por ela, porque esta se coloca como uma pura ausência. A criança, então, utiliza-se de todos os recursos para anulá-la a fim de manter-se viva, porém essa opção a faz “pagar o preço” da exclusão social. O significante, então, quando surge no autismo, é o da ausência real do Outro e, assim, falar é a confirmação de seu “desaparecimento ou sua morte” (*ibid.*), e o “não-falar” equivale a uma forma de evitar o seu desaparecimento. Ao nosso ver, o autista aponta para uma existência paradoxal, pois comporta-se como se o Outro não existisse, dedicando sua vida, com os limitados recursos que sua condição de *infans* lhe confere, a sustentar a existência desse mesmo Outro, através de sua reclusão.

Se, por um lado, o Outro, que existe para qualquer um, encontra-se ausente em M.F. – não pede e nem espera nada dele –, por outro ele é absoluto (sem falhas ou furos), apresentando-se como alguém não dividido e sem objeto separável. Como vimos no parágrafo acima, essa menina entra em contato com esse Outro total muito no início da vida, logo percebendo que não pode tomar-lhe coisa alguma, porque, de fato, ele não tem nada para lhe dar. É, portanto, uma clínica do real, em que a criança é tomada tanto pelo vazio, quanto pela concretude do grande Outro, o que se manifesta no Outro, alternando-se como uma toda-ausência ou toda-presença, reduzido apenas a um par de oposição. Conclui-se, assim, que não se trata de o Outro não existir, trata-se de ele ser inacessível, pois está lá, mas não pode ser tocado, porque entrar em contato com ele seria pior, acarretando em sua própria destruição.

Buscando elementos que apóiem a idéia da existência do Outro, mesmo sendo ele inconsistente, tomamos a passagem em que M. F se dirige ao vazio da janela, fazendo um apelo à ausência real, que não pode alimentá-la; ou ainda quando fica parada diante do prato de arroz, sem poder tocá-lo, porque, no nível oral, “a atividade de comer cavaria o furo ao nível de sua boca” (:279). Sabe-se que o objeto só toma lugar na montagem pulsional se o Outro é aí implicado e como o significante não marca o real, M.F. não pode se constituir enquanto sujeito, nesse ponto de vazio que o objeto deixa no corpo do Outro.

Escreve Lefort (1995): “Se o Outro não é furado, o sujeito nada lhe pode tomar” (Lefort, 1995:279), falha a dimensão de demanda ao Outro, que depende da destituição do objeto real, com sua passagem ao registro significante, devendo aí operar uma perda. A transformação dos objetos reais em significantes se impõem como condição para qualquer estrutura e, no caso das crianças autistas, há uma falência, que nessa época Rosine chama de a-estrutura e, mais tarde, denominará de “desvios da estrutura significante do sujeito” (Lefort, 1991).

Corroborando a idéia de “desvio”, encontramos no nível pulsional o episódio em que M.F permanece olhando para o prato de arroz ao em vez de comê-lo, mostrando a pulsão oral quase substituída pela pulsão escópica, pois, nesta, a dimensão de perda do objeto é diminuída ao máximo. M.F. faz, assim, a tentativa de preencher a perda que a atividade oral de comer lhe anuncia, tapando não sua boca, mas deslizando para o escópico. Nesse exemplo, o alimento assume, então, a dimensão de objeto real escópico. Um outro exemplo do “desvio” a nível pulsional se passa quando M.F permanece por horas olhando para o vazio da janela:

“Há um fracasso de toda dimensão imaginária em M.F., pois o corpo do Outro não possui imagem especular, e, em vez de encontrar um lugar na superfície do espelho, ela só acha continentes - volumes. Assim, a menina evita o espelho, que revela a sua própria perda, substituindo-o pela janela, que passa a ser o espelho no real, sem ter de deparar com a perda inerente ao encontro com a imagem”. (Ericson, 1995:140).

M.F é aí elidida e, ao dirigir-se à analista, o que encontra são os olhos-órgãos que não lhe remetem a uma imagem, mas ao duplo real de Rosine. O mundo é um grande furo para ela, realmente, e o espelho é somente um vidro onde ela resta só e separada, não se constituindo do mesmo lado do espelho que a analista. Ela perde o Outro desse modo e só o encontra fazendo dele um duplo real. Somente quando se dá a passagem do real ao significante, através da inclusão do Outro, é que o circuito pulsional se estabelece, possibilitando ao objeto tornar-se um objeto de demanda ao invés de permanecer no real do gozo.

É necessário, portanto, a participação do Outro para esse circuito retornar ao sujeito como um vetor, a fim de se articular a demanda a partir do campo do Outro. Mas, no caso

de M.F., é pelo muscular que ela mais se aproxima de um contato, em uma desesperada tentativa de atingir o Outro, quem sabe, com um corte separador. A analista se pergunta se não seria uma tentativa da parte da pequena criatura de delimitar uma fronteira, um corte ao gozo. Consideramos, também, a possibilidade de um acesso à menina, pela via do muscular, já que foi esse meio que ela elegeu para furar o Outro e fazê-lo real.

Os Lefort (1995), contudo, deixam de empregar o termo *a-estrutura* por ser “absoluto demais” (Lefort, 1995:146). No entanto ele assinala a ausência de divisão do sujeito entre o Um e o Outro, sem queda de um (a):

“O Outro ‘existe’ enquanto absoluto e sem corte (*inentamé*); daí, essa violência que aproximamos do fantasma sadiano, para tentar fazer uma incisão nesse Outro, fazer nele o buraco onde procura localizar enquanto objeto (a)”. (Lefort, 1995: 146).

Segundo os autores, se a tentativa de fazer uma incisão no Outro obtém sucesso, ocorre a saída do autismo pela via da psicose. Nesse caso, então, o autista encontrar-se-ia na *posição* não de alcançar um lugar para esse Outro (que seria não barrado), mas, diante de um perigo ainda maior, o de perdê-lo: “A criança para se precaver disso, faz-se objeto da completude e do gozo do Outro, para salvá-lo ao modo paranóico, fora do simbólico, no real. Em suma, ferir o Outro para repará-lo” (*ibid.*: 147).

O Outro absoluto, não barrado, como já vimos, não tem objetos que possam separar-se dele, pois ele é Um e, como tal, não tem necessidade de nada. “Como um, ele é algo anterior ao significante, fora do significante, antes de todo recalque. Ele está no lugar do “mesmo” e não num lugar em espelho, idêntico, que implicaria o significante” (*ibid.*). Assim, ele não passaria pelo processo de identificação, isto é, daquilo que Lacan denomina como a operação que fundamenta a estrutura de um sujeito. Para Lacan, a operação é de alienação e a identificação é a forma privilegiada para que essa operação se efetue: “É

preciso que o *infans* se aliene no campo do Outro e para que isso ocorra é necessário que o bebê ocupe um lugar no desejo da mãe” (Vinhaio,1995:157).

Freud (1921), em *Psicologia das massas e análise do ego*, indica que a identificação constitui a forma original de vínculo emocional com um objeto... “podendo representar, assim, o início de um novo laço” (Freud, 1921: 136). Em *o Ego e o id*, acrescenta que essa “primeira identificação é ao pai” (Freud, 1923: 59), mas o que Lacan (1962), no *Seminário livro 9: da identificação*, mostra é ser essa identificação primeira, que se passa com o pai, da ordem imaginária; no entanto, para a psicose de um modo geral, ela está presente, o que não encontramos no autismo. Entretanto aqui também não encontramos a segunda identificação, isto é, a identificação ao traço. Para que o traço unário se torne um significante, são necessários três tempos:

- 1) A primeira marca;
- 2) O apagamento dessa marca;
- 3) O apagamento do ato do apagamento.

Após o terceiro tempo, a marca significante constitui-se, pois o que confere à marca o seu caráter de traço unário é o efeito retroativo do terceiro tempo sobre o primeiro. A criança psicótica se difere da autista por não entrar no jogo significante, apesar de receber a sua marca. A reação do psicótico, pois, é a de descrença. A peculiaridade da marca significante encontrada no psicótico é a de não ter as propriedades do significante vinculadas ao Nome-do-Pai, o que não confere ao sujeito o sentimento de ser um e, quando o faz, será o um sem a propriedade da diferença. Há a marca, mas o sujeito não consegue apagá-la; essa marca o situará como um objeto no campo do Outro.

Na psicose, não podemos afirmar a existência de uma marca que acede à condição de traço: a criança não consegue apagar essa primeira marca e elevá-la à categoria de um traço, permanecendo como um objeto no campo do Outro. Há, porém, uma incidência da

estrutura de linguagem no psicótico. O autista, ao contrário, segundo os Lefort (1990), é um ser inconstituído, que ainda não foi marcado por uma estrutura.

Pelo exposto, M.F. permanece no real da linguagem, em um isolamento entre o significante e a sua nomeação, não como um sujeito, mas como um *ser* anterior ao sujeito que “representa a alternativa da exclusão ‘ser ou não ser’, espelho mortal de toda-presença ou de toda-ausência” (Lefort, 1990: 292-3). Falta o significante para nomear os objetos dos quais o Outro é portador, porque o significante do Nome-do-Pai, que pré-existe aos outros como base da identidade primária, está foracluído. Sem o Outro não há outro, nem a, objeto da falta do Outro. Não há substituição metafórica e fica inviabilizada toda a dimensão da significação fálica. As palavras não fazem sentido para M.F., o que a deixa diante do vazio do significante: um vazio que lhe é bem real. Fora do significante não há estrutura, trata-se, portanto, como denomina os Lefort, de uma “anti-estrutura” (*ibid.*:282) e como a superfície do corpo é o lugar da estrutura do começo da vida, trará conseqüências para a psicose infantil, quando, então, a criança é chamada pela mãe para tapar o furo do seu corpo, como se a criança fosse um objeto de sua propriedade. Vejamos como os Lefort articulam a clínica com a topologia.

III.3.2- CLÍNICA E TOPOLOGIA

Os Lefort pensam que o corpo do bebê é inicialmente tapado,

... “não por um objeto-alimento real, mas por um objeto tomado do Outro no campo do Outro, isto é, um objeto significante: a estrutura do corpo de que falamos é uma estrutura significante e só pode existir enquanto tal”. (Lefort, 1990:281).

Por outro lado ser destacável do corpo é a exigência para um objeto causar desejo, e o transitivismo, encontrado na criança ao começar a falar, aponta para primeira identificação, que vimos acima. No caso do autismo, o significante Nome-do-Pai faltou no discurso da mãe para ser transmitido ao filho, por esta razão ele não pode identificar-se com ele, pois é um discurso pouco acolhedor, não transformador, que não entende do que a criança necessita. Essa mãe não tem a capacidade de decodificar o apelo do bebê, restando o vazio e, para fugir desse vazio, recolher-se-á sobre si mesmo.

Como nos mostra os Lefort, no caso de M. F., quando, diante do prato de arroz, ela não pode tocá-lo, pois seria o mesmo que comer-se, faz, então, uma crise convulsiva: “Se nenhum objeto faz (-1) no Outro, o autista não pode separar-se dele e confunde-se com ele no horror” (Lefort, 1995:147). Essa situação remete-nos, novamente, ao abandono, aos dois meses de idade e às graves consequências na relação com o Outro. A oralidade que oscila entre a bulimia e a anorexia, alternando a incorporação compulsiva com a recusa radical dos alimentos, não ganha um sentido como objeto do corpo do Outro, pois sua promoção implicaria a participação desse Outro no circuito pulsional. A incorporação do alimento pelas crianças deve ser acompanhada de um investimento libidinal e, por isso, é capaz de causar o desejo de ser tomado por elas. De outra forma, a recusa radical do alimento indica que a ausência do Outro provoca a inibição absoluta. Pelo que se vê no caso de M.F, ou faltaria originalmente essa implicação do Outro ou ela teria sido dissolvida com a separação precoce da mãe (os Lefort não descrevem como essa dissolução dar-se-ia).

Para os autores, o autista não é um sujeito, mas um “ser” anterior ao sujeito, o que representa uma alternativa para a criança. Mas, por outro lado, o autista “não escapa à “alíngua” (*lalangue*), de ser apenas uma insígnia, um S1 que faz dele um puro significante,

levando-se em conta, no entanto, que esse significante é real e funciona como objeto”
(*ibid.*).

A explanação acima vem ao encontro do nosso ponto de vista de que os autistas se protegem da presença intrusiva do Outro e não da sua ausência:

“Esse objeto do Outro – especialmente o olhar e a voz – torna-se uma presença intrusiva da qual o sujeito se defende nesse mesmo nível orgânico: o olho dos autistas é como um muro e, se eles não são cegos, é totalmente evidente que não estão dotados do olhar. Quanto à voz, o mutismo é um signo importante do autismo”. (Lefort, 1995:147).

Sobre a ausência de toda e qualquer relação com o Outro, os Lefort indicam a *Conferência de Genebra*, em que Lacan (1975a) comunica que “os autistas ouvem a si mesmos, eles ouvem muitas coisas” e acrescenta que “são sujeitos sobretudo verbais”, colocando a questão de saber de onde vem o que eles ouviram. Examinam o estatuto dessa palavra fechada sobre ela mesma, da palavra que não circula. É provável que ela esteja no lugar do objeto que o sujeito guarda para si, não se tratando, pois, do psicótico que dirige ao seu Outro, completo e absoluto, um mínimo de Gozo, na medida em que lhe é possível se endereçar a um “Outro do Gozo”¹. O autista permanece como um objeto condensador de Gozo, que, em vez de distribuí-lo para o exterior, mantém-no aprisionado em seu corpo.

Nesse momento da pesquisa, faz-se necessária a verificação das posições até aqui consideradas pelos Lefort, pois, considerando a existência do Outro, como situar o autista como fora da estruturas de linguagem?

¹ Cf. Schreber em Freud (1911).

III.3.3- A REVISÃO DOS CONCEITOS

O autismo não é uma psicose, tampouco uma neurose ou perversão: encontra-se fora das estruturas clínicas, entretanto a criança autista não escapa de estar inserida na linguagem.

Os autores distinguem o autismo da psicose, porque consideram que, na criança autista, não há inscrição da falta, encontrando-se o pequeno sujeito diante de um Outro maciço e total, portanto sem furos, um Outro que se reduz ao objeto real e que só pode ser recusado em uma relação de tudo ou nada. Eles sustentam a tese de que o autista se cala para que o Outro não desapareça, ao contrário do que pensou Freud sobre Schreber, quando supôs que “parar de pensar” (falar) corresponderia ao afastamento ou à morte de Deus (o Outro), pois o autista não cria o Outro.

Sobre a “relação de tudo ou nada”, trabalham a recusa do alimento como a ausência do Outro, provocando uma inibição absoluta na menina (M.F). A bulimia, entretanto, seria a oscilação entre o vazio e a plenitude –toda ausência ou toda presença–, alternando a incorporação compulsiva com a recusa radical. Na psicose, o Outro está presente para o sujeito como um significante “quebrado” (1987), porque, quando concernente ao objeto, o sujeito passaria à tentativa de restaurar esse Outro para que não lhe falte nada, nem esteja em perigo de morte. No caso do autismo, entretanto, o sujeito encarna o objeto enquanto tal, que pode desaparecer se não houver a sustentação do Outro: o significante “partido” refere-se ao Outro, marcando sua inacessibilidade. Sem alguém que o sustente, ele corre o risco de desaparecer.

Os Lefort (1995), contudo, situam o autismo fora da estrutura de linguagem e acreditam que lhe faltam significantes para nomear os objetos dos quais o Outro é o

portador, porque o significante do Nome-do-Pai, que pré-existe aos outros como base da identificação primária, está foracluído. O termo “a-estrutura”, empregado por eles, indica que os autistas são indivíduos que não têm estrutura, ou seja, que estão fora de qualquer possibilidade de serem “tocados” pelo significante, e os autores (Lefort, 1995) atualizam esse conceito, expressando que os autistas são sujeitos e, apesar de receberem a incidência significante, ainda não foram marcados por uma estrutura. Sem o Outro, não há outro nem a , objeto da falta do Outro. Por não ter a substituição metafórica, fica inviabilizada toda dimensão da significação fálica e as palavras não fazem sentido, o que deixa o autista diante do vazio do significante: “o vazio da ausência real”, como nos diz Rosine Lefort (1990).

Com referência ao esquema óptico, proposto por Lacan, no texto *Schema Optique et Structures- avec référence a la psychose et a l'autisme* (Lefort, 1991:22), os autores concluem que o reconhecimento da imagem especular $i'(a)$ é a chegada de um processo e não a simples imagem em que o sujeito se reconhece. É necessário um tempo prévio ao especular, o pré-especular, para a criança se reconhecer no Outro. Por outro lado, distinguem o lugar da criança para a mãe do autista e para a mãe do psicótico. Na psicose, a criança ocupa um lugar na fantasia materna, já no autismo ela é um objeto fora da fantasia e não um objeto de desejo materno. A saída possível, então, para o autismo, segundo esses analistas, seria pela via da psicose – paranóia – ou da debilidade.

Nos indicam, entretanto, que, pela irrupção da palavra, a criança poderá sair desse lugar mudo de objeto auto-erótico materno, no sentido de estar indiferenciada e inseparável desse. Os autores pensaram, em 1994 (Lefort, 1995), que não se trata de uma ausência de estrutura, uma a-estrutura, mas sim de uma etapa anterior à entrada determinada do sujeito na linguagem, quando, então, ele se apropriar-se-ia dela. Eles não desconsideram, portanto,

a necessidade de determinadas condições prévias para que isto aconteça: há crianças que não podem aceder à condição de sujeito desejante, porque se encontram impossibilitadas.

Então, se é necessário o Outro, enquanto campo significante, estar presente, para a criança “nascer” como sujeito também é preciso o comparecimento do pequeno ente. No texto *L'accès de l'enfant à la parole condition du lien social* (1997:18), os autores lembram ser através da entrada do sujeito na fala, começando com o grito do recém-nascido, demandando um significante como resposta da parte do adulto (mãe ou substituto), que verificamos a entrada do sujeito na estrutura da linguagem. Para além da mãe, que porta o objeto de satisfação da criança, está a palavra; esta faz do Outro o grande Outro como um lugar significante. Para o significante Nome-do-Pai ser promovido, implica, por um lado, que um sujeito compareça com a sua presença, e, por outro, que um segundo sujeito se sensibilize com essa presença.

Contudo há autores que partem desse ponto e desenvolvem a tese de que mesmo o Outro estando presente fisicamente, ele pode funcionar não como um Outro para a criança. Laznik-Penot é uma delas e sua teoria sobre a “clínica do não-olhar materno” corrobora isso.

III.4- A CLÍNICA DO “NÃO-OLHAR MATERNO”

Marie Cristine Laznik-Penot se apropria de alguns conceitos da teoria lacaniana, embora não trabalhe a questão da estrutura, e desenvolve uma clínica especializada em patologias que acometem bebês. Essas surgem entre o período do nascimento até o *estádio do espelho*, abrindo um leque de possibilidades, que vai além do autismo (exemplo: a depressão em bebês).

Explora, ainda, o tempo prévio e necessário à instalação do tempo especular, assim como considera a criança autista impossibilitada de possuir uma imagem do *eu*: o fenômeno do autismo se passa em um período anterior ao *estádio do espelho*, compreendendo uma clínica específica, que ela chama de “clínica da não-instalação da relação especular” (Laznik-Penot, 1998:38). Pelo exposto, encontramos uma posição que considera a existência de outros fenômenos, que incidem precocemente e que também são ocasionados pela “falência do olhar materno” (*ibid.*), sendo o autismo um entre eles.

Essa autora examina o papel do olhar do Outro, no caso a mãe, na formação da imagem corporal, pois, sem esse olhar, não há condições para a instalação da metáfora paterna:

“...o não olhar entre uma mãe e seu filho, e o fato de a mãe não poder se dar conta disso, constitui um dos principais signos que permitem atribuir, durante os primeiros meses de vida, a hipótese do autismo. (Laznik-Penot, 1998:31).

Segundo Laznik-Penot (1998), mesmo se esse *não-olhar*¹ não desembocar em uma síndrome autística, ocorrerá uma grande dificuldade na relação especular com o Outro. Assinala, também, que uma intervenção precoce, para essas crianças, é capaz de restituir-lhes o *estádio do espelho*, livrando-as da psicose, já que os fenômenos do autismo iniciam-se em uma época em que não há uma estrutura fixada, pois a estrutura só será marcada durante o *estádio do espelho*².

A autora aponta para o fato de esses fenômenos incidirem em crianças sem qualquer transtorno orgânico e que apresentam um quadro de carência materna parecido com o *quadro de hospitalismo*, descrito por Spitz (cf. cap.II.3.3), ao qual ela chama de *hospitalismo em casa*. Este termo traduz a situação em que a mãe, estando no mesmo espaço físico que a criança e executando os gestos convenientes para responder às necessidades desta, não pode olhá-la. Esses bebês não sorriem nem vocalizam, não olham nem chamam em caso de aflição e, além disso, face a um estímulo, podem cair em “aflição cataclísmica” (Laznik-Penot, 1998:32), como se se partissem em pedaços. Ao que parece, eles têm grandes dificuldades em administrar a excitação, proveniente da própria imagem originária (*Ur-Bild*) de seu corpo como uma unidade, e reagem a isso evitando o espelho. Essa é a explicação que a autora concede ao fato de as crianças autistas passarem direto em frente ao espelho não detendo-se em sua imagem.

Lembramos de R, menino autista de 6 anos, que permaneceu em tratamento por dois anos, sem muito sucesso. Um dia, ao olhar o espelho de um armário, entrou dentro deste para procurar a criança que encontrava-se à sua frente.

Quanto ao “olhar materno”, trata-se de um olhar enquanto presença de investimento libidinal, que se situa para além do órgão da visão, podendo estar presente através de um gesto

¹Equivalente em Lacan a não-função do objeto *a*, de que o olhar é uma das formas privilegiadas.

ou de uma voz. O *eu* e o corpo vão, então, definindo-se como um efeito desse olhar. Lacan, na *Conferência de Genebra sobre o sintoma* (1975a), destaca que “é por via do olhar que este corpo adquire seu peso”, ilustrando que esse “olhar” tem a capacidade de fornecer a consistência simbólica necessária para sustentar a vida de um sujeito. Em “*Duas notas sobre a criança*” (1969), Lacan já havia apontado para a relação visceral da díade mãe-filho, estendendo-a à estrutura familiar: “o sintoma da criança responde pelo que há de sintomático no casal parental” (Lacan, 1960[1980]:5).

Os desenvolvimentos supracitados permitem-nos depreender que, quando a criança não é libidinizada como um lugar de desejo materno no real, ela não consegue estabelecer uma relação especular e, conseqüentemente, construir uma unidade do *eu*. Há um momento preciso em que o bebê necessita desse investimento: são cuidados maternos que vão além da questão prática de trocar fraldas ou de dar mamadeiras, pois, para o bebê ascender ao simbólico, tem de haver desejo por parte da mãe.

Lacan (1953-4) toma o esquema óptico de Bouasse, no *Seminário, livro I: os escritos técnicos de Freud*, para entender o tempo lógico anterior ao tempo especular e retoma essa questão, no *Seminário livro 10: a angústia* (Lacan, 1962-3). Esse modelo permite metaforizar a instauração primeira da estrutura do aparelho psíquico, permitindo que se constitua a imagem do corpo. As modificações realizadas por Lacan no modelo de Bouasse – introduzir no esquema um espelho plano no lugar do côncavo – ilustram o momento em que o sujeito, ainda *infans*, se reconhece, com júbilo, na imagem que lhe é proposta. Lacan (1962-3) situa o espelho como o lugar do Outro e a imagem especular como o lugar onde o sujeito poderá reconhecer-se como *eu*, pois é o lugar de onde o *eu* se sente amado.

Sobre certos fracassos da primeira estrutura do aparelho psíquico, Laznik-Penot (1998)

² Cf. O Autismo como uma a-estrutura, em Lefort, no cap.III.3.1).

toma como hipótese que há a necessidade de um primeiro reconhecimento, não-demandado pela criança, mas que lhe é oferecido. Esse reconhecimento primeiro fundaria a própria possibilidade da imagem do corpo, ou seja, a *Ur-Bild* do sujeito, que só poderia formar-se no olhar do Outro. Essa *Ur-Bild* da imagem assim constituída abriria a possibilidade da instauração da imagem especular propriamente dita.

Com base em Laznik-Penot (1998), deduzimos que a impossibilidade de uma instauração apropriada do *estádio do espelho* em uma criança consiste na não-assunção jubilatória, diante de sua própria imagem, ou na não-demanda de reconhecimento (por exemplo, nas crianças que evitam virar a cabeça para o adulto que as carrega ou que recusam o seio materno). A autora questiona se uma falha desse reconhecimento primeiro poderia dar conta desse evitamento que lembra uma *forclusão*, “uma supressão dos signos perceptivos do que se poderia fazer *olhar da mãe*” (Laznik-Penot, 1998:36), no sentido da sua presença e de seu investimento libidinal.

Lacan (1962-3), ao retomar a questão do *estádio do espelho*, acrescenta que a imagem real não é mais a cópia de um objeto escondido, como o era no caso do buquê de flores, mas efeito de uma falta que se escreve como “menos phi” ($-\phi$). A autora faz uma leitura dessa passagem, propondo que a sustentação do lugar de Outro primordial se dê, paradoxalmente, através de sua falta ($-\phi$), podendo-se escrever o Outro como um Outro barrado ($A/$). Esse Outro marcado pela barra da falta vai dar o que ele não tem: o “dom de amor” (Lacan, 1994 [1956-7]:69). Tal operação permite surgir a criança enfeitada de objetos *a* através dos objetos de investimento libidinal, ou seja, as mães se encarregam de ornamentar os seus filhos.

Os pequenos *a* não são especularizáveis, aquilo que Lacan nomeia da “não-especularização do falo” (1996[1962-3]:123), e que retorna, através da imagem virtual, como uma falta. Laznik-Penot (1998) observa que a falicização da criança se situa somente no olhar do Outro e aqui o A maiúsculo se impõe clinicamente, pois em relação a sua imagem, ao outro

seu semelhante, o sujeito só pode se ver como marcado pela falta. No entanto, para poder ser colocada no lugar de ideal diante do olhar de sua mãe, a criança já deve situar-se para ela como objeto perdido.

A imagem real, formada pelo conjunto dos *a* (falicização da criança), seria, então, comparável ao que Freud (1914) propõe, no texto *Sobre o Narcisismo: uma introdução*, quando ele comunica a necessidade de que a criança venha a ocupar o lugar de “sua majestade, o bebê” (Freud, 1914: 108). Isso só será possível se a criança ocupar o lugar de ideal para aquela mulher, que não é, necessariamente, a genitora, posto que as crianças criadas por “outras mães” não são obrigatoriamente psicóticas.

Lacan (1962-3), no mesmo *Seminário da Angústia*, expõe a clínica do fracasso da instauração da relação especular. Trata-se de mães para quem a criança em seu ventre era somente um corpo cômodo ou incômodo, a que ele chama de “subjetivação do *a* como puro real” (lição de 23/01/63). Essas crianças não são elevadas a uma atribuição de sentido, imprescindível, para que esse pequeno ser advenha como um sujeito desejante. Esse fato nos lembra o caso da mãe de T., que afirma só ter se dado conta de que estava grávida quando não pôde mais usar os seus *shortinhos*, ou a mãe de M., que revela ter desistido de ter filhos, quando, justo nesse momento, engravidou.

Para Laznik-Penot (1998), certos pais não são enganados por nenhuma imagem real, logo, por nenhuma ilusão antecipadora: eles vêem o bebê real tal qual em seu desnudamento e a impossibilidade de eles anteciparem um desejo do filho torna inviável que qualquer coisa advenha, como se a criança não desejasse nada. A ausência desta imagem real deixa a criança sem uma imagem de seu corpo, tornando difícil sua vivência de unidade corporal. Os objetos *a* não se acharão, então, colocados na borda do vaso que simboliza o continente narcísico da libido. Isso tornará impossível a passagem entre *i(a)* e *i'(a)*, deixando como único caminho

para a libido o enstimesmamento no corpo próprio das automutilações. Assistimos, com muito pesar, crianças às quais temos de improvisar luvas ou capacetes para protegê-las de suas próprias mordidas ou dos violentos choques contra a parede.

Retornando a Soler³, podemos verificar que ela prioriza a dimensão imaginária da operação de alienação significativa em que a criança é capturada pela imagem do semelhante, no *estádio do espelho*. Mas, como observamos nos desenvolvimentos de Laznik-Penot (1998), há situações em que uma criança aí não ascende, ficando indiferente a essa imagem.

Sabemos que não existe outro meio de o sujeito advir ao campo do Outro sem passar pelos significantes que, no mesmo movimento, o alienam a esse Outro. Ao que parece, algumas crianças recusam-se a entrar na alienação significativa ou não encontram literalmente nada no “olhar materno”.

O olhar do Outro, na constituição do *eu*, funda a alienação na sua consistência imaginária e o fracasso do referido tempo da alienação confere uma consistência real à alienação. Primeiramente, é necessário alienar-se nos significantes do Outro, para, enfim, poder separar-se destes, assim que o sujeito reencontra o desejo do Outro; o sujeito separa-se do Outro enquanto um lugar significativo. O Outro definido como “o lugar prévio do sujeito”, em Lacan (1998 [1960b]: 828), é afastado para se reencontrar, inconscientemente, com a parte do Outro que, embora não seja significativa, falta.

Laznik-Penot corrobora a idéia geral que desenvolvemos no presente capítulo: a de que a não-função do Desejo Materno, traduzido por ela como o “não-olhar materno”, é determinante à instalação do significante Nome-do-Pai. Porém não encontramos subsídios em sua pesquisa para afirmar ou negar que o autismo seja uma psicose. Parece tratar-se de uma patologia que incide em um tempo anterior à definição de estrutura clínica e, por isso, não lhe se pode dar um

diagnóstico de psicose. Em todo caso, ela acredita na possibilidade, sob intervenção, de uma modificação no nível do *estádio do espelho* e, conseqüentemente, na reversão do quadro de autismo. Portanto parece-nos possível afirmar que a autora sugere, sob intervenção precoce, o surgimento de uma estrutura clínica diferente da psicose.

A seguir, verificaremos o pensamento de Bruno, que sustenta ser o autismo uma psicose e toma-o como uma outra forma de esquizofrenia acometendo crianças em tenra idade.

III.5 - UMA ESQUIZOFRENIA PRECOCEMENTE DESENCADEADA

Pierre Bruno (1991) trabalha com a perspectiva de o autismo ser uma psicose precocemente desencadeada, mais precisamente uma esquizofrenia, ao tomar como base a *Conferência de Genebra*, de Lacan (1975a). Ao pronunciar que os autistas “ouvem vozes”, Lacan (1993 [1975a]: 134) reacende a polêmica, proveniente da psiquiatria, quanto ao autismo pertencer ou não ao campo da psicose. Recoloca, portanto, os fenômenos observados no autismo nos limites da psicopatologia, sendo a etiologia desse comum à esquizofrenia. Na vertente psicanalítica, portanto, o autismo e a esquizofrenia recebem a explicação genérica que Lacan (1955-6) concede à psicose: a forclusão do Nome-do-Pai. Retomamos, nesse momento, a indicação precisa apresentada no início do capítulo:

“Nem todos os autistas escutam vozes, mas articulam muitas coisas, e o que eles articulam trata-se justamente de ver de onde eles escutaram”. (Lacan, 1993 [1975a]: 134).

³ Cf. cap.III.2.2.

O problema que a questão acima comporta é que a psiquiatria⁴ nunca disse que os autistas alucinavam. Estes, quando considerados psicóticos, o eram por viverem em uma realidade alienada dos outros indivíduos a sua volta. A alucinação não é um fenômeno particular de uma única entidade clínica, podendo aparecer em outras patologias, como é o caso das psicoses de origem orgânica.

É a partir desse ponto que Bruno (1991) começa a trabalhar, buscando uma sintomatologia comum entre o autismo e a esquizofrenia, apresentando, também, a criança autista como um ser que recebe a incidência da linguagem. Seguindo as coordenadas lacanianas, o autor defende a idéia de que:

“O autismo, particularmente aquilo que se chama autismo infantil precoce, poder-se-ia traduzir por esquizofrenia precocemente desencadeada”. (Bruno, 1991:26).

O autismo é uma esquizofrenia precocemente desencadeada, nos indica Bruno (1991), porque inexiste uma diferença qualitativa de estrutura entre ambos, diferindo apenas na forma de apresentação clínica: incidem em faixas etárias distintas. Porém o autor não faz qualquer distinção entre a esquizofrenia do adulto e a esquizofrenia da criança, não reconhecendo que há especificidades no adoecer do *infans*, devido ao pouco tempo de que ele dispõe para edificar pontos de sustentação na existência.

Para defender sua teoria, Bruno (1999) retoma a tese freudiana da esquizofrenia, isto é, de que há um ponto de fixação no auto-erotismo, anterior ao narcisismo. Esse fato aplicar-se-ia tanto no autismo quanto na esquizofrenia. Já na paranóia, o ponto de fixação é posterior, em que encontramos uma escolha narcísica de objeto. Para esse autor, no autista faltaria o *ideal-*

⁴ Cf. cap.I.

*do-eu*⁵, que o permitiria construir um campo simbólico e produzir efeitos sobre o imaginário.

Devido a essa ausência, a criança autista permanece apenas no registro do real.

O esquizofrênico também tem dificuldades na formação do *ideal-do-eu*, mas, apesar de todo o “simbólico ser real”, entendemos que nem todo imaginário o é; existem algumas identificações a que Lacan denomina de “*bengalas imaginárias*” (1955-6), que permitem ao esquizofrênico fazer algumas construções pela vida – comportamento esse que não se aplica ao autista. Para este último, todo o imaginário também é real. De acordo com esse desenvolvimento, na esquizofrenia infantil, a criança teria estabelecido algumas relações em seu meio social até o momento de desencadeamento do surto esquizofrênico, o que não acontece com as crianças autistas, que, segundo Kanner (1943), nunca adquiriram um vínculo afetivo com uma única pessoa. Conhecemos o exemplo de D, paciente de 10 anos, cuja doença estabeleceu-se aos 5 anos. Naquela ocasião, ela recebera o diagnóstico de esquizofrenia infantil e, até essa data, mantinha, segundo os pais, uma vida normal. Frequentava a creche e relacionava-se com outras crianças. Sempre obediente, de pouco queixar-se, consideravam-na apenas “um pouco tímida”.

De acordo com o pensamento de Bruno (1999), a paranóia serve de comparação, para clarear alguns conceitos:

“...na paranóia, a fuga de significação é observável numa primeira fase e encontra sua solução no desenvolvimento da metáfora delirante, cuja efetuação requer a mobilização do *eu*. Na esquizofrenia, esse recurso ao *eu* está excluído. Essa diferença é essencial, só pode aparecer às custas de uma perturbação na constituição do ideal do *eu*, I (A), quer dizer, na da identificação primária”. (Bruno, 1999:186).

Bruno enfatiza a constituição do *ideal do eu*, I (A), onde localiza a primeira

⁵ Instância psíquica, que no campo simbólico tem a função de regular a estrutura imaginária do *eu*, as

identificação da criança como um S_1 primordial, um significante mestre, que funciona como orientação para o sujeito. Freud (1925), em *O Ego e o id*, assinala que a primeira identificação ocorre com o pai, inaugurando, assim, a lei simbólica. Uma falha nessa formação inaugural ocasiona um dano estrutural, colocando o sujeito dentro do campo da psicose.

III.5.1 - A NÃO-FUNÇÃO DO DESEJO MATERNO NA ETIOLOGIA DO AUTISMO

Ao escrever, *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses*, Lacan (1955-6) assinala que a criança tem de ocupar o lugar que a mãe, em seu discurso, reserva ao Nome-do-Pai, na promoção da lei:

“...à metáfora do Nome-do-Pai, ou seja, à metáfora que coloca esse Nome em substituição ao lugar primeiramente simbolizado pela operação da ausência da mãe”. (Lacan, 1998[1955-6]:563).

Depreendemos, então, que o Nome-do-Pai, tanto no autismo quanto na esquizofrenia, está ausente do discurso materno, não porque ele estaria excluído pelo próprio pai biológico, mas, simplesmente, porque ele não seria promovido pela mãe a um outro lugar de reconhecimento simbólico. No *Seminário da Angústia* (1962-3), Lacan nos indica que a mãe do esquizofrênico só o apreenderia como “um corpo inversamente cômodo ou embaraçoso” (lição de 23/01/63)⁶. Bruno acrescenta a essa citação que não há uma subjetivação dessa criança, pois nada vem nomear o desejo de onde esse filho surgiu. No entanto o autor prefere a formulação “ausência de nomeação” (Bruno, 1999:188) à ausência de desejo da mãe, pois existe um

identificações e os conflitos que regem as relações com seus semelhantes.

⁶ Essa lição também é referência para Lazaik-Penot, como vimos em III.4.

desejo, só que anônimo, uma vez que, se houvesse uma ausência radical de desejo, a criança morreria.

De qualquer sorte, na esquizofrenia, verificamos a ocorrência de uma falta de nomeação para aquele sujeito, que não foi orientado na vertente do pai. Bruno (1999) aplica essas considerações para o autismo, situando-o como a forma extrema de esquizofrenia, uma variante, de modo que não podemos falar de uma diferença de estrutura entre eles.

Já Melanie Klein (1981), embora seja uma psicanalista fundadora de outra corrente, parece também corroborar o pensamento acima. Seu caso paradigmático de autismo – o caso Dick – era considerado por ela como “um tipo diferente de esquizofrenia”. Segundo ela, esse tipo de esquizofrenia não seria a consequência da interrupção de um desenvolvimento normal.

Em suas palavras:

“Se ampliarmos, portanto, o uso do termo na forma proposta, creio que se justificará a minha classificação da enfermidade de Dick como esquizofrenia. É verdade que ela diferia da esquizofrenia típica infantil, porque o transtorno era, nesse caso, uma *inibição de desenvolvimento*, enquanto na maioria dos casos se trata de uma regressão, depois que a criança superou, com êxito, certa etapa do seu desenvolvimento”. (Klein, 1981: 311).

De acordo com Bruno (1999), o autismo, enquanto forma de esquizofrenia, seria determinado pela “não função do Desejo Materno”, o que, no entanto, não ocorreria na paranóia. A diferença fenomenológica entre o autismo e a esquizofrenia é determinada pelo desencadeamento mais ou menos precoce.

Situar a “não-função do Desejo Materno” na origem do autismo está de acordo com a teoria lacaniana, que sustenta o mecanismo da forclusão do Nome-do-Pai como o fator estrutural responsável pela psicose. Nome-do-Pai é equivalente à metáfora do Desejo da Mãe,

dita “metáfora paterna”, e pressupõe, portanto, a existência do significante do Desejo da Mãe (DM). Isso se explica porque o “desejo da mãe” se apresenta para a criança em forma de enigma – “o que ela quer de mim?” – diante do qual a criança se oferece, ocupando o lugar de falo imaginário, para respondê-lo: “Esse enigma só é possível no vigor do significante Nome-do-Pai: é pela falta do Outro, nos intervalos do discurso do Outro, que surge o enigma” (Azevedo, 1996: 82). O que ocorre, no autismo, é que, na relação que se estabelece entre o sujeito não dividido e o Outro não barrado, o significante Nome-do-Pai fica de fora, ou melhor, foracluído do simbólico, retornando no real através dos automatismos da linguagem.

A “não-função do Desejo Materno” instala o sujeito no lugar de objeto e não de falo imaginário, foracluindo a falta do Outro, na medida em que é justamente essa falta que o sujeito se encarrega de saturar. O autista, na posição de objeto, está “confirmando” a “completude” do Outro. Assim sendo, o autismo é a resposta no real da “não-função do Desejo-da-Mãe”, encarnando, enquanto objeto, a foraclusão da falta do Outro. No entanto isso não explica a intensa angústia que algumas crianças experimentam, quando deparam-se com a iminência de entrar em contato com a falta significante, uma vez que as crianças esquizofrênicas não apresentam esse comportamento.

R., menino autista de 5 anos, entra em profunda angústia todas as vezes que começa a chover. Em dias chuvosos, sua mãe já sabe que não pode trazê-lo ao hospital. Ele fica de tal modo desesperado que nada nem ninguém consegue acalmá-lo.

“Tendo como referência o mecanismo da foraclusão do Nome-do-Pai, podemos afirmar que o autismo está situado no campo das psicoses, sendo, portanto, uma variação dentro desse campo” (Azevedo, *op.cit.*:84). Como vimos, no decorrer deste capítulo, o sujeito (s), no autismo, adere à posição de objeto, ignorando as limitações do Outro e, diante do Outro completo, sem furo, a única posição possível é a de ser um objeto. Como objeto, o sujeito

autista não pode falar, nem olhar, porque essa atitude contestaria a completude do Outro, causando, com esse ato, o seu próprio desaparecimento. Isto ocorre por se tratar de uma relação direta, não dialetizável entre o sujeito (s) e o Outro (A), ou seja, sem a mediação do Nome-do-Pai.

III.5.2 - UM RETORNO A FREUD

Bruno (1999) retoma o texto, *O Inconsciente* (Freud, 1915), e destaca dois pontos centrais sobre o estudo da esquizofrenia e de sua aproximação com o autismo, o que permite-nos discordar:

- 1) A fixação da libido no auto-erotismo;
- 2) A prevalência das representações da palavra sobre as representações da coisa.

Apesar de tanto no autismo quanto na esquizofrenia a libido ser auto-erótica, não houve no autismo um afastamento da libido dos objetos externos (Freud, 1914:91), pois a libido não realizou investimentos no mundo exterior (libido objetal).

Quanto a tomar a palavra como coisa exterior, também discordamos. É justamente na predominância do que tem a ver com as palavras, sobre o que tem a ver com as coisas, que podemos distinguir o esquizofrênico do autista, apesar de nos distanciarmos do pensamento de Lacan. Nas crianças autistas, encontramos uma prevalência dos objetos sobre as palavras como, por exemplo, no ato de apresentarem uma destreza ímpar em manipular, abrir e fechar coisas, e não cremos que seja possível falarmos em autistas “verbosos” ou que eles tomem a palavra como coisa. Quando os autistas falam, geralmente são frases repetitivas e

estereotipadas⁷. Podemos encontrar na clínica casos de crianças autistas que repetem palavras “feito papagaio”, mas, apesar da profusão de sons, não comunicam nada. Deixamos para posteriores pesquisas o estudo do diagnóstico de autismo a partir da relação com a palavra, pois entre os autistas que nem sequer emitem um som e os que apresentam logorréia temos uma gama de variações.

Reforçamos, também, uma outra idéia de que mesmo o simbólico suturado no real, tanto na esquizofrenia como no autismo, há um mínimo de imaginário, mesmo fragmentado, para que qualquer sujeito possa existir como um ser humano compatível com a vida. Verificamos que as crianças autistas escolhem, por exemplo, uma tampinha de refrigerante para manipularem obsessivamente e não um outro objeto qualquer. Ainda em outra escolha, passam, monotonamente, a repetir uma única palavra durante anos “a fio”, deixando-nos surpresos em saber o porquê de ela ter elegido essa e não uma outra manifestação verbal. Aqui temos a expressão da prevalência de uma palavra em detrimento de uma coisa (no sentido de um objeto), mas não podemos afirmar que essa seja a manifestação predominante no autismo, pois observamos na prática que, quando a criança sai da “concha” e passa a se relacionar com as palavras mais do que com os objetos, teríamos de pensar em outra categoria nosológica, talvez em paranóia.

S., menino de 6 anos, que comparece ao Hospital já com diagnóstico de autismo, repetia incessantemente: – “Botar a banca! Botar a banca!”. Um ano após iniciar o tratamento, sua fala foi proliferando de tal maneira, que era difícil sua compreensão: reconhecemos nomes de crianças que se sobrepujavam, . . . até conseguirmos perceber uma trama delirante que se delineava atrás daquela fala desorganizada: “ele tinha que botar a banca, para os garotos não o

⁷ Vide descrição fenomenológica do autismo no cap. I.

perseguirem”.

Continuando seu estudo, no texto *O dito - sobre a esquizofrenia*, Bruno (1999) isola os traços específicos da esquizofrenia com a preocupação de acentuar, por um lado, a sua diferença com a paranóia, e, por outro, a sua continuidade com o autismo. É no *estádio do espelho*, esquema explicativo da passagem do auto-erotismo para o narcisismo, em que ocorre a formação global do corpo, isto é, quando o corpo ganha a sua consistência imaginária, que Bruno (1999:177) procura para a esquizofrenia o acidente que explicaria essa ausência de consistência imaginária do corpo, nos indicando o sentido estrito que Freud dá ao auto-erotismo, impondo-lhe o critério de sem-fantasia⁸.

Portanto para o esquizofrênico, “tudo se efetua na esfera das palavras, de forma metonímica, sem a transposição da barra do sentido, uma sensação” (Bruno 1999:177), que traduz as palavras, sem, no entanto, recortar simbolicamente o corpo. O significante não incide no corpo, ocorrendo ausência da imagem do todo corporal, tanto para o autista quanto para o esquizofrênico.

“Trata-se de saber por que há algo no autista, ou naquele que chamamos de esquizofrênico, que se congela, se podemos dizer”, revela-nos Lacan (1975a). Assim ele aproxima o autismo da esquizofrenia, fazendo-nos pensar que, no autismo, algo se congela mais precocemente ou mais radicalmente que na categoria esquizofrenia infantil. Nesta, temos algumas construções imaginárias presentes, o que inexistente no autismo, que permanece apenas no registro do real. Essa concepção vem ao encontro da nossa idéia de o autismo ser uma psicose precocemente desencadeada, mas diferente da esquizofrenia.

⁸ Cf. Freud em Wedekind, 1974: 107.

III.5.3 - LACAN E O AUTISMO

Prosseguindo os nossos desenvolvimentos, verificamos o fato de que a holófrase de um determinado s_1 com um s_2 , que não desliza na cadeia e permanece “congelado”, nas crianças esquizofrênicas parece conduzir a um maior deslizamento de outros significantes, o que não ocorre com as crianças autistas, que permanecem como “um puro falado do Outro” (Soler, 1999a). Sublinhamos, dessa forma, um funcionamento pulsional que voltaria sem alteração a seu ponto de partida. Observamos que as crianças esquizofrênicas falam, comunicam-se, expressam desejos, contrapondo-se às crianças autistas que não têm essa evolução.

O acima exposto ilustra a relação do sujeito com o Outro, que no caso dos pequenos autistas é direta e sem hiância, aparecendo no discurso do Outro em sua dimensão de real, por isso as crianças autistas ouvem o discurso do Outro como se viesse deles próprios. Se “falar, para o autista, só confirma o desaparecimento do Outro, ou mesmo sua morte” (Lefort, 1990), para o esquizofrênico, ao contrário, ele fala e até mesmo é “verboso”. Como vimos em Soler (1990), o sujeito autista é “um puro significado do Outro”⁹, o que Bruno (1999) traduz por o “esquizofrênico é dito”.

Esse autor parte de duas elaborações – “isso fala dele” e “eis aonde ele se apreende” –, encontradas na *Posição do Inconsciente*, em que Lacan (1998[1960b]:852) propõe apreender o estatuto subjetivo do sujeito esquizofrênico, o que Bruno (1993) também o aplica ao sujeito autista:

“isso fala dele” (*significante*)

“eis aonde ele se apreende” (*significado*)

⁹ Cf. no cap. III.2.

Bruno (1999) pergunta-se: o que vai acontecer se “isso fala dele” sem jamais “se dirigir a ele”? Na verdade, sua interrogação quer dizer: sem que haja uma demanda dirigida a extrair o sujeito do anonimato da linguagem, a partir de um desejo que fora anônimo em princípio, mas que mesmo assim tivera a capacidade de nomear um sujeito:

“Por ser anônimo, na origem, um tal desejo só pode fracassar em fundar I, já que nada nomeia ‘do exterior’ o conjunto de traços que o constituiriam. A consequência é a ausência de uma imagem unificadora que supõe uma tal nomeação. Envelope mudo, branco, o sujeito só pode se guiar na letra de uma linguagem à deriva, sem destinatário e sem remetente”. (Bruno, 1999:193).

Lacan (1975a), ao aproximar o autismo da esquizofrenia, abre uma questão: como igualar o autismo à esquizofrenia sem considerar as especificidades próprias de uma síndrome que incide na infância e que diz respeito à origem e a inserção de uma criança no mundo? Mas, por outro lado, ele explica uma série de fenômenos que, até então, estavam mal elucidados, como, por exemplo, haver sintomas no autismo que são os mesmos encontrados no “dito esquizofrênico” (Lacan, 1972). Tal é o caso dos sintomas referidos ao corpo, em que o autista pode se comportar como:

- 1) Não tendo um corpo;
- 2) Concentrando no corpo sua libido; ou
- 3) Alternando as duas posições anteriores (funcionamento autômato).

Salientamos que essa terceira posição é exclusiva das crianças autistas, como podemos ilustrar com o célebre caso de Bruno Bettelheim: “Joe, o menino máquina” (1987), em que alterna períodos de extrema catatonia (morto) com explosões de hetero-agressividade dirigida às máquinas (vivo).

Considerações Finais

*"Pai, a vida é feita só de traiçoeiros altos e baixos?
Não haverá, para a gente, algum tempo de
felicidade, de verdadeira segurança? E ele, com
muito caso, no devagar da resposta, suave a voz: "faz
de conta, minha filha . . . faz de conta . . ."*

Guimarães Rosa

Gostaríamos que essa dissertação pudesse contribuir para clarear alguns conceitos e refletir sobre algumas questões acerca do sujeito autista. Atualmente, o autismo infantil precoce é visto pelo pensamento dominante da psiquiatria – o biológico – como um transtorno cognitivo, sendo o tratamento comportamental a terapêutica de eleição. A idéia de que o autismo concerne ou não à entrada do sujeito na linguagem, isto é, na ordem humana, é totalmente abandonada. Entendido apenas como um transtorno mental orgânico, que surge logo na primeira infância, o diagnóstico de autismo inviabiliza *a priori* qualquer tentativa de entendimento subjetivo. As pesquisas médicas procuraram causas neurológicas, bioquímicas e genéticas, excluindo o que um dia consideraram-se como causas psicodinâmicas ou relacionadas aos pais (Kanner, 1943).

Essa concepção do autismo reenvia-nos ao início do século XX, quando à semelhança do modelo médico vigente, a ciência, baseando-se na paralisia geral progressiva (forma neurológica da sífilis), buscava encontrar a lesão histopatológica responsável pela loucura humana (Bleuler, 1929). A bem da "verdade", a ciência ainda não encontrou a causa do autismo, apesar dos inúmeros achados, que não são o tema dessa dissertação, deixando em aberto o que vem a ser causa ou consequência do fenômeno psicopatológico do autismo.

Ao trazermos nossas considerações finais, sentimo-nos compelidos a rever o que foi esse processo. O caminho percorrido nesse estudo teve como ponto de partida o Hospital-Dia do setor de Psiquiatria Infanto-Juvenil da Unidade Docente-Assistencial de Psiquiatria, do HUPE-UERJ, onde trabalhamos com crianças autistas. Em nosso percurso procedemos à análise das teorias de psicanalistas, por nós selecionadas, que nos revelaram as bases conceituais de suas pesquisas, que ainda avançam na compreensão do autismo.

Constatamos, de forma nem tão nova e inédita, que não há “o autismo”, mas sim uma criança autista, a partir de uma relação específica com sua mãe, e da impossibilidade de uma teoria única que explique tantas particularidades. Enfim, que a biografia de cada um deve ser considerada à luz de sua singularidade e não como um quadro emoldurado e pré-determinado em uma cronologia.

Mas hoje é tempo de classificar, de agrupar sintomas em “desordens” ou “transtornos”. No campo da psiquiatria, o D.S.M-IV e o C.I.D-X ampliam seus parâmetros, considerando o autismo um transtorno global do desenvolvimento (T.G.D.), incluindo casos de retardo mental e de doenças neurológicas associadas. Embora de menor expressão, a psiquiatria francesa ainda mantém o autismo dentro dos critérios de diagnóstico para psicoses infantis, distinguindo as psicoses de início precoce das da fase de latência.

Não é mais tempo de se “fazer clínica” à beira do leito. Máximas como “a clínica é soberana” ou “pensar a clínica como um lugar de experiência maior” viraram balelas. É preciso listar problemas e situações. Tudo deve estar previsto nos códigos e devidamente hierarquizado e catalogado. Assim existem doenças e não doentes. Não há mais lugar para

diferenças e o subjetivo se esvai com o próprio tempo. E o que não pode ser contido por uma classificação? As classificações “não dão conta de tudo” a que se propõem e com crianças autistas isso fica muito mais evidente. Cada criança autista é de um jeito: umas são delirantes, outras apáticas, brilhantes, hiperativas, agressivas, etc. As crianças autistas não são agrupáveis em uma única categoria e o que aplica-se a uma, não serve para todas.

A hipótese que orientou esse trabalho foi a de que o autismo é uma psicose precocemente desencadeada, porém distinta da esquizofrenia, porque tem características próprias, pertinentes a uma patologia que acomete crianças muito pequenas. Pesquisamos os autores que pudessem contribuir com essa questão e buscamos os primeiros subsídios na vertente desenvolvimentista, com Frances Tustin, que também pensa o autismo como uma psicose diferente da esquizofrenia, apontando para uma falha no relacionamento mãe-filho.

Tustin (1984) corrobora a nossa tese e define o autismo como um “estado centrado no próprio corpo, com o predomínio das sensações, constituindo-se como o núcleo de si mesmo” (1984: 13). Nesses termos, ocorre a exacerbação do período situado anteriormente ao auto-erotismo freudiano, indicando-nos que o autismo instala-se logo nos primeiros dias de vida, quando uma criança percebe de maneira traumática sua separação da mãe, percebida como uma parte do seu próprio corpo.

Para Tustin (1984), o autismo é uma psicose porque a criança vive em uma realidade alienada ao ambiente circundante, embora sem delírio ou alucinação. Não se trata de uma regressão, mas de uma aberração, desenvolvida como resultado das experiências de separação traumática do corpo materno (Tustin, 1994).

A criança autista, a fim de proteger-se desse dano, promove o “encapsulamento”, desenvolvendo “formas” e objetos autísticos, para garantir a sobrevivência. A criança autista confusional, ou seja, a esquizofrênica, no entanto possui uma relação simbiótica com a mãe e um medo de perder sua identidade, fixando-se nos objetos confusionais. Tustin (1990) enfatiza a depressão materna na etiologia do autismo, remetendo à falta de investimento ou a um desinvestimento por parte do outro cuidador.

Tustin (1984), então, compreende que é possível uma boa, lenta e gradual separação entre mães e filhos, acrescentando que a separação não é geográfica, mas subjetiva (1994), ao que os lacanianos, na vertente estruturalista, comunicam o contrário, de que não se trata de o bebê separar-se da mãe, mas sim de ele alienar-se nos significantes dela (Outro primordial), para, então, separar-se da cadeia significante ao qual ele mesmo se alienou.

Então, o que estaria ausente no autismo? Uma boa separação (Tustin), a simbolização primordial (Soler), a estrutura (Lefort), o “não-olhar” materno (Laznik-Penot) e a nomeação do desejo, de onde o filho surgiu (Bruno).

Colette Soler (1990), como vimos entre os seguidores de Lacan, também pensa o autismo como uma psicose distinta da esquizofrenia, mais precisamente como um dos fenômenos encontrados na estrutura psicótica. Considera a não-existência de um autismo puro, apontando para a pluralidade de formas clínicas, situando-o no pólo mais extremo, em uma noção de gradação dentro da estrutura psicótica. Tendo como referência o mecanismo único da estrutura psicótica, a forclusão do significante Nome-do-Pai (NP), observamos efeitos diferenciados nas apresentações clínicas, sendo o autismo uma entre elas.

Desenvolve a tese de a criança ser portadora de uma doença da libido, com graus variados de investimento libidinal dentro da mesma estrutura clínica. O autista, por não ser animado pela libido do Outro, permanece como “um puro significado” (Soler, 1992) desse mesmo Outro. É um parar na entrada, na borda da operação de alienação-separação (Lacan, 1964).

Propõe (Soler, 1999) a noção de forclusão da simbolização primordial (DM^o), para apontar a necessidade de se introduzir uma falta, condição para que o NP aí se instale. Depreendemos que os autistas se colam em alguns significantes, que ficam a repetir, ou escolhem um ou outro objeto, que os fixam em estereotípias, sendo que tanto o Desejo de Mãe (DM) quanto o NP, estando ausentes, impossibilitam a criança autista ultrapassar esse ponto.

O casal Lefort (1990) pensa o autismo como a-estrutural, não no sentido de não ter nenhuma estrutura, mas no sentido de ainda não ter uma estrutura definida, de não possuir a inscrição da falta, o que não o impede de vir a desenvolver uma psicose paranóica ou uma debilidade. Como vimos no decorrer da dissertação, o sujeito autista encontra-se na posição de objeto, pois diante de um Outro absoluto e completo (A), a única posição possível é de objeto. Enquanto objeto, o sujeito autista não pode falar nem olhar, pois isso contestaria a completude do Outro, causando assim o seu desaparecimento.

Laznik-Penot (1991), à semelhança dos Lefort (1990), também não considera o autismo uma psicose por ser um fenômeno que ocorre antes do *estádio do espelho*. Ao estudar bebês com a síndrome de autismo, aponta para o *hospitalismo em casa* à semelhança do hospitalismo, de Spitz, indicando que o “olhar materno” é fundamental para sustentar a vida de uma criança, ressaltando as mulheres que encontram-se do lado do

filho, sem, no entanto, poder olhá-lo. Aponta ainda a existência de outras patologias que incidem precocemente, como a depressão em bebês, e da possibilidade de saída do estado de autismo por meio de uma intervenção precoce, retomando a criança o seu desenvolvimento.

Finalmente Bruno (1991) considera o autismo uma psicose e a aproxima da esquizofrenia. Vimos que tanto o autismo quanto a esquizofrenia são determinados pela “não-função do Desejo Materno”, situando-os aquém do tempo lógico da alienação. O autor sustenta a tese da ausência de nomeação, de que nada vem nomear o lugar que essa criança ocupa no desejo dos pais. Propõe reservar o termo “autismo” para aquelas psicoses muito precocemente desencadeadas e não vê uma distinção qualitativa entre o autismo e a esquizofrenia. A distinção fenomenológica entre as duas psicoses seria, então, determinada pelo momento de desencadeamento. Questionamos, então, o porquê de um surto tão precoce e quais as particularidades inerentes a uma condição que acomete exclusivamente *infans*.

Retornamos à história da psiquiatria, para buscar elementos que corroboram o nosso pressuposto. O autismo não é uma esquizofrenia precocemente desencadeada, porque o processo esquizofrênico acomete o pensamento, as idéias. Retomando Kanner (1943), o primário no autismo é o afeto. Quando Bleuler, em 1911, refere-se ao “grupo das esquizofrenias”, está de acordo com a existência de várias formas clínicas, ou seja, com a impossibilidade de se delimitar uma forma única de esquizofrenia (simples, hebefrênica, catatônica e paranóide).

Então, a esquizofrenia é uma patologia que concerne ao pensamento, contrapondo-se ao autismo, que concerne ao afeto, pois, a presença de dois sistemas

idéicos inconciliáveis é, segundo Bleuler (1929), o que caracteriza a cisão da mente (esquizofrenia). Podemos pensar a forclusão do Nome-do-Pai se desvelando em momentos diferentes. O autismo, enquanto uma entidade clínica independente da esquizofrenia, sustenta-se a partir do fato de que, na faixa etária em que ela incide, inexistia uma organização das idéias, mesmo precariamente, para poderem desorganizar-se no momento do surto. O fenômeno clínico difere: o esquizofrênico se refugia nos seus pensamentos, enquanto a criança autista não construiu ainda um sistema cognitivo capaz de organizar esses mesmos pensamentos.

Quando Freud (1914) nos diz que na esquizofrenia a libido retira-se dos objetos externos e recolhe-se no *eu*, não podemos repetir essa explicação para o autismo, pois sua libido permanece retida, não se projetando nos objetos do mundo, pois não há regressão tópica ao *estádio do espelho*, logo de saída. Se tomarmos a vivência do corpo despedaçado para o esquizofrênico, pensamos que um dia ele pode se constituir como um único pedaço, mesmo que imaginariamente. Já o corpo do autista é fragmentado em partes, como o corpo da alimentação ou da excreção, ou seja, o corpo das pulsões parciais não unificadas e que nem sequer chegaram a se constituir como uma imagem, mesmo que inconsistente, mas possível de entrar na cadeia da demanda, pois os esquizofrênicos falam e dizem muitas coisas.

Quanto à discussão de se o Outro existe ou não, verificamos algumas possibilidades. O Outro existe, do contrário a criança não precisaria se defender de suas ameaças. A criança autista encontra-se dentro da cultura, da linguagem, embora fora do discurso (Soler, 1990). O autista recusa-se a alienar-se no Outro; o esquizofrênico, mesmo

criança, pode ter problemas quanto à alienação, porém chega mais perto dela, conseguindo empurrar sua questão um pouco mais além.

Deparamo-nos, então, com um ser paradoxal, porque se por um lado, ele se comporta como se o Outro ainda não existisse, defende-se de suas ameaças e faz de tudo para mantê-lo com sua relusão. Endereça-lhe sua recusa, pois ele é insuficiente para sustentá-lo, mas ao mesmo tempo tem pavor de se deparar com sua incompletude.

O Outro no autismo, para Tustin, também existe: é o outro cuidador, geralmente a mãe, que fracassou em promover uma “boa” separação do filho. Para Laznik-Penot e para os Lefort, o Outro encontra-se inacessível e para Soler e Bruno, ele é o grande Outro da psicose: não-barrado (A).

Para Tustin é possível uma dupla mãe-filho perfeita, a produzir uma separação não traumatizante, o que para os lacanianos é impossível, pois é precisamente do desencontro, da decepção da criança com o seio materno, que nasce o psiquismo.

Encontramos no nosso estudo uma ressalva; a de que os Lefort e Laznik-Penot estudaram lactentes, ao passo que Soler e Bruno estudaram pré-escolares, o que nos mostram dois grupos com formas de apresentação diferentes. Tustin considerou autistas os encapsulados, já Soler e Bruno abrem o leque para os hiperativos e delirantes. Os autistas confusionais (esquizofrênicos), de Tustin, são os que mais se aproximaram da hipótese de Bruno. Aqui podemos pensar em esquizofrenia precocemente desencadeada.

O autismo é, por excelência, a psicose que acomete a primeira infância; é um dos fenômenos encontrados na estrutura psicótica e paradigma das psicoses de tenra idade, cuja recusa ao Outro é o elemento preponderante e onde a pobreza do eixo imaginário é contrastante com outros fenômenos psicóticos.

Concluindo, os psicanalistas de diferentes correntes teóricas, que estudam o tema do autismo, mantêm o debate em aberto. O autismo é uma psicose, precocemente desencadeada, porém distinta da esquizofrenia e pelo menos dois problemas se impõem na tentativa de um maior esclarecimento sobre o diagnóstico do autismo:

- 1) Como entender a evolução do autismo? Pensamos a psicose como uma estrutura clínica, emergindo por surtos e apresentando-se ora como autismo, ora como esquizofrenia ou ora como paranóia.
- 2) A inexistência de um padrão clínico, devido à ampla faixa de expressão da síndrome. As crianças autistas apresentam sub-tipos clínicos; crianças apresentando desde leves traços autísticos até a síndrome completa (tipo concha).

Em todo caso, o estudo prossegue. Crianças são precocemente excluídas do processo de crescimento. De qualquer maneira, não se pode concordar com explicações ou classificações que não considerem a subjetividade da criança. Mesmo que ela não fale, falamos dela. Não se pode excluir a dimensão da subjetividade no humano. O Inconsciente reduzido a um conjunto de neurônios, que varia conforme sua bioquímica, parece-nos “um pouco” exagerado. Pois, assim, o autismo de Leo Kanner sucumbiria.

A intuição genial de Leo Kanner foi ter reparado que o amor, o dom e a abnegação devem ser legitimados, porque, sem isso, o amor é uma intrusão e o alimento um veneno (Devroede, 1993). É necessário, portanto, para ascender à condição de sujeito desejante o reconhecimento simbólico, por parte do Outro que cuida da criança, para retirá-la da posição de objeto.

Desta forma, nossa pesquisa encontrou que o autismo infantil precoce é:

- 1) Uma patologia que só acomete crianças;
- 2) Os autores estudados analisaram crianças autistas em idades diferentes;
- 3) autismo é uma psicose localizada no pólo mais extremo do desenvolvimento libidinal;

A distinção entre o autismo e a esquizofrenia dá-se porque no primeiro não há regressão tópica a uma fase anterior ao *estádio do espelho*, o que ocorre na esquizofrenia.

Em se tratando de crianças:

Quem conta, conta um conto, e no que conta, já está aí um contador, diz o ditado popular.

É sempre a mesma história, a produzir efeitos diferentes. Ao ficarmos preocupados em não repetir conceitos teóricos já encontrados em outros textos, pensamos, por outro lado, o quanto devemos repeti-los, tantas vezes quanto se fizer necessário, para melhor entendê-los. Então imaginamos que estamos recriando um estudo, . . .

. . . para que possamos um dia transformá-lo em algo melhor, tal qual os contos, que se transformam em cantos e depois em cantigas de roda, onde as crianças excluídas do processo de "ser criança" possam vir algum dia a brincar e a cantar. Quando, então, já não será mais possível distingui-las das outras crianças que também brincam de rodar.

Serão, então, contos que cantam, transformados em cantigas de roda, agora endereçados a alguém.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, K. Teoria psicanalítica da libido - Sobre o caráter e o desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
- ALBERTI, S. (org). Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 1999.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. Fundamentos de la psiquiatria actual. Madrid : Paz-Montalvo, t. II, 1968.
- ANSERMMENT, F. Do bebê neotênico ao sujeito - Notas críticas sobre a psiquiatria do recém-nascido. *Mental 1*, 1995, p.23
- _____. Autismo e depressão. Conferência pronunciada durante o curso: Distúrbios Alimentares na Infância e na Adolescência, Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF, 8 a 10 de setembro de 1999, Niterói, R.J.,
- AJURIAGUERRA, J. de. Manual de Psiquiatria Infantil. São Paulo: Masson do Brasil, 1983.
- _____; Marcelli. Psicopatologia Infantil. São Paulo: Masson, 1991.
- ALVAREZ, A. Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, D.C., 1997.
- AZEVEDO, F. C. O diagnóstico e a clínica do autismo sob uma ótica psicanalítica. Dissertação de mestrado do Departamento de Psicologia PUC-Rio de Janeiro, defendida em 23/08/1996.
- BENDER, L. A carar of clinical research in child psychiatry. In: Anthony, E.J. Explorations in child psychiatry. New York: Plenum Press, 1975.
- BETTELHEIM, B. A fortaleza vazia. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1987.
- BITTENCOURT DA SILVA, N. M. Estrutura e dinâmica das psicoses na teoria lacanianiana. Dissertação de mestrado do Instituto de Psiquiatria – UFRJ, 1989.

- BION, W. Os Elementos da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1966.
- BLEULER, E. Tratado de psiquiatria. Madrid : Calpes, 1924.
- _____. Demencia precoz. *El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé, 1960.
- _____. L'invention de l'autisme. Paris : Navarin, 1988.
- BLEULER, M. Psiquiatria . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- BOEKE, K; DELIUS, M. L'enfant autiste et sa mère au pays de Mahler et Tustin. *Bulletin du groupe petite enfance n° 10. L'autisme-numéro spécial*: janvier, 1997. p.130-135.
- BRAZELTON, T. B. O Desenvolvimento do Apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BRUNO, P. Autismo e psicose infantil. Conferência proferida em 28/10/1991 - Corte Freudiano Associação Psicanalítica. Rio de Janeiro: mimeo.
- _____. D. (II) in L'autisme et la psychanalyse. Séries de la découvert freudienne, v. VIII. Presses universitaires du Mirail: mars 1992.
- _____. Moitié de parole. *Bulletin du groupe petite enfance n° 10. L'autisme-numéro spécial*: janvier, 1997. p.31-39.
- _____. Schizophrénie et paranoia *Preliminare N° 5, L'Autiste: Un psychotique au travail*. automne, 1993, p. 67-83.
- _____. O dito – sobre a esquizofrenia In: *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*, 1999. p.177-196.
- _____. S. D in *Analytica*, v. 42. Paris : Navarin, 1985.
- CARNEIRO RIBEIRO, M. A. O Último Véu. Revista de Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes - FHEMIG, Belo Horizonte, v.1, nº 2, 1995.
- _____. A criança e o louco no discurso analítico, in Volnovich, J. A psicose na criança. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- CHEMAMA, R. (org.) Dicionário de Psicanálise, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CICCIA, A. e BAILO, V. De voile et le manque. *Mental 1*, 1995.
- DEVROEDE, D. Kanner rélu à partir de Lacan. *Preliminare N°5, Um psychotique au travail*. automne, 1993.

- ERICSON, N. O autismo na estrutura: Rosine e Robert Lefort. In: *Letra Freudiana. O Autismo, Hans nº 2*, 14, 139-144. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- FEDIDA, P. Auto-erotismo e autismo, Condições de eficácia de um paradigma em psicopatologia. In: *Nome, Figura e Memória – a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1990.
- FOLLIN, S. Sur la psychopathologie du processus schizophrénique in *L'évolution psychiatrique*. Paris : Privat, 1958.
- FONTES, I. La Mémoire Corporelle et le Transfert – tese defendida na Universidade Paris VII, defendida em 13/10/98.
- FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro : Imago, 1980.
- _____. Projeto para uma psicologia científica (1895). V.I.
- _____. Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905), v. VII.
- _____. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (1911), v. XII.
- _____. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914), v. XIV.
- _____. O inconsciente (1915), v. XIV.
- _____. Além do princípio do prazer (1920), v. XVIII.
- _____. Psicologia de grupo e análise do ego (1921), v. XVII.
- _____. O Ego e o Id (1923), v. XIX.
- FRITH, Y. Autism, Explaining the enigma. Oxford: Basil Blackwell, 1989.
- HAAG, G. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse sur Autisme de L'Enfance. Paris: P.U.F, s.d., p. 69 a 90.
- HAARSHER, D. Do prévio ao preliminar. *Des feuillets du Courtil*, nº6, 1993.p.77-83.
- JORGE, M. L. L. Critérios Diagnósticos de Autismo: um estudo crítico-evolutivo a partir da síndrome descrita por Léo Kanner em 1943 do distúrbio autístico de contato afetivo. Monografia apresentada no Curso de Especialização em Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas - UERJ, setembro de 1998.
- KANNER, L. Psiquiatria infantil. Buenos Aires: Sieglo Viente, 1972.

- _____. Autistic disturbances of affective contact, *Acta Paedo-Psychiatrica*, 1968, 35, 98-136, publicação original in *Nervous Child*, 1943, 2, 3, 217-230.
- _____. Early Infantile autism, *J. Pédiat.*, 1944, 25, 211-217.
- _____. Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism, *Am. J. Orthopsychiat.*, 1949, 19, 416-426.
- _____. et Eisenberg. L., Notes on followup studies of autistic children, *Psychopathology of Childhood*, 1955, 227-239.
- _____. Early Infantile autism, 1943-1955, *Am. J. Orthopsychiat.*, 1956, 26, 3, 556-566.
- _____. Early infantile autism revisited, *Psychiat. Digest*, 1968, 29, 17-28; revisited in *Childhood Psychosis* 1973, 135-141.
- _____. Follow-up studies of eleven autistic children originally report in 1943, *J. Autism and Childhood Psychosis*, 1971, 1, 119-145.
- _____. Infantile autism and the schizophrenias, *Behaviorial Scien.*, 1965, 10, 4, 412-420.
- _____. Distúrbios autísticos do contato afetivo In: ROCHA, P. (org) = *Autismos*. São Paulo: Escuta, p. 111-70, 1997.
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. *Comprehensive text book of psychiatry*, T. II, 6th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
- KLEIN, M. et al. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- _____. *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.
- KOLVIN, I. *Psychosis in childhood – A comparative study*. In: *Infantile autism: concepts, characteristics and treatment*. London: Churchill – Livingstone, 1971.
- LACAN, J. (1938) *Os complexos familiares*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- _____. (1967) Discurso de encerramento das jornadas sobre a psicose na infância, In: *El Analiticon* 3, 1987.
- _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998:
- _____. (1949) O estágio do espelho como formador da função do eu. p.96-103.
- _____. (1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. p.238-324.

- _____. (1954) Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a "*Verneimung*". p.370-382.
- _____. (1955-6) De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. p.537-590.
- _____. (1960a) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade. p.653-691.
- _____. (1960b) Posição do inconsciente. p.843-864.
- _____. (1960c) Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. p.807-842.
- _____. (1953-4). *O Seminário, livro I: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986.
- _____. (1954-5). *O Seminário livro II: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. (1955-6). *O Seminário livro III: As psicoses*. Rio de Janeiro : Zahar, 1985.
- _____. (1956-1957). *O Seminário, livro IV: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- _____. (1962). *Le Séminaire, Livre IX: L'identification*. Inédito, mimeo.
- _____. (1962-1963). *O Seminário, livro 10: a angústia*. Inédito, mimeo. Centro de estudos Freudianos do Recife, 1996.
- _____. (1964) *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1985.
- _____. (1969) Duas notas sobre a criança. In: *Opção Lacaniana; Revista Internacional de Psicanálise*. São Paulo: Eolia, nº 21, abril, 1998. p.5-6.
- _____. (1972) L'Etourdit. In: *Scilicet* nº 4. Paris, Seuil, 1975.
- _____. (1974-5) *O seminário, livro 22: RSI*, inédito.
- _____. (1975a) Conferência em Genebra sobre el síntoma, In: *Jacques Lacan Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1993.
- _____. (1975b) Conférences et entretiens dans des universités nord-américains (conferências Norte-Americanas). In: *Scilicet*. Paris: Seuil, nº 6/7, out/nov/dez, 1976.

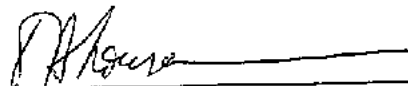
- LAURENT, E. Lecture critique II - L'autisme et la psychanalyse, *Séries de la Découverte Freudienne*, 1992.
- LAZNIK-PENOT, M.-C. (org.). *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador : Ágalma, 1991.
- _____. Rumo à palavra – Três crianças em psicanálise, São Paulo: Escuta, 1997.
- LEBOVICI, S., MAZET, P. (orgs). *Autismo e psicose da criança*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1991.
- LEFORT, R. e LEFORT, R. O nascimento do Outro. Salvador: Fator, 1990.
- _____. Autisme et Psychose: 'parti' e 'cassé'". Conferência. Toulouse, 1987.
- _____. Schéma optique et structures (avec référence à la psychose et à l'autisme), In: *Recueil n° 9, Le Transfert, Bulletin de l'École de la Cause Freudienne à Angers*, 1991. p.21-39.
- _____. Resposta de Rosine e Robert Lefort in: *Letra Freudiana. O Autismo, Hans* n° 2, 14, 145-147. Rio de Janeiro : Revinter, 1995.
- _____. L'accès de l'enfant à la parole condition du lien social. *Bulletin du groupe petite enfance n° 10. L'autisme – numéro special*, 1997. p.18-21.
- LEWIS, M. Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MAHLER, M. As psicoses infantis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- _____. Pine, F; Bergman, A. O Nascimento psicológico da criança – Simbiose e individuação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MAUDSLEY, H. The physiology and pathology of the mind. New York: Appleton, 1867.
- MELTZER, D. O processo psicanalítico: da criança ao adulto. Rio de Janeiro : Imago, 1971.
- _____. Exploración del autismo. Buenos Aires : Paidós, 1984.
- MILLER, J.-A. Esquizofrenia y Paranóia. In: *Psicosis y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial, 1993. p.7-30.
- MILLER, J. (org.) (1983-1988). A criança no discurso analítico. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1991.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (Caetano, trade). Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- PAVÃO, P. R. C. O processo de assujeitamento na esquizofrenia- tese de livre- docência à cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina Ciências Médicas- UERJ, 1986.
- PEETERS, T. Autismo: entendimento teórico e intervenção educacional. Rio de Janeiro : Cultura Médica, 1998.
- POBLOME, G. O autismo em questão. *Revue de la cause freudienne* nº23, 1993.
- POLLO, V. Autismo, auto-erotismo e narcisismo: as entradas primitivas do sujeito. In: A Imagem Rainha - as formas do imaginário nas estruturas clínicas e na prática psicanalítica. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1994.
- QUINET, A. A descoberta do inconsciente. Campo Grande: Datagraf, 1998.
- _____. Teoria e Clínica da psicose. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- RILE, C. Discussion of Frances Tustin's Paper, The Dread of Dissolution, *mimeo*.
- RITVO, E. & FREEDMAN, B. J. National society for autistic children definition of the syndrome of autism in *Journal of autism and childhood schizofrenia*, 1978.
- RITVO, E. R., FREEDMAN, B. J., MASON-BROTHER A., MOA and RITVO, A. M. Concordance for the syndrome of autism in 40 pairs of afflicted twins. *American Journal of Psychiatry* nº 142, 1, 1985.
- RITVO, E. R., SPENCE, M. A., FREEDMAN, B. J., MASON-BROTHER A., MOA and MARAZITA, M. L. Evidence for autosomal recessive inheritance in 46 families with multiple incidence of autism. *American Journal of Psychiatry*, nº 142, 1985.
- ROCHA, A E JORDE, K. (1981). Uma Criança Especial: O impressionante relato da história de Adriana Rocha, 13 anos, autista e sua sabedoria. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.
- ROSENBERG, A História do Autismo. Revista de Múltiplas Deficiências. São Paulo, 1991.
- RUTTER, M., II. HERSOV, L. Child And Adolescent Psychiatry. Modern Approaches, 2ª ed. I. London : Blackwell Scientific Publications, 1987.

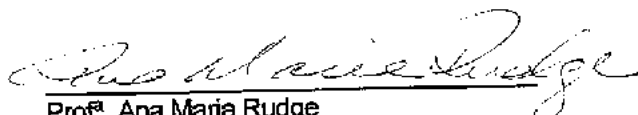
- RUTTER, M., SCHOPLER, E. Classification of pervasive developmental disorders: some concepts and practical considerations in: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 22, nº 4, 1992.
- SACKS, O. In: *Um Antropólogo em Marte*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1994. P253-302.
- SOLER, C. Hors discours: Autisme e paranoia. *Fouillets du Courtil*. Nº 2:76, 1990.
- _____. Estudios sobre las psicosis. In: *Los Ensayos*. Buenos Aires: Manantial, 1991.
- _____. Fora do discurso: autismo e paranóia In: *Revista de Psiquiatria & Psicanálise com crianças & adolescentes*. Belo Horizonte : FHEMIG, 1992. p.71-80.
- _____. Autisme e paranóia In: *Bulletin du groupe Petite enfance nº 10. L'autisme -- numéro spécial -- janvier, 1997*. p.22-30.
- _____. Autismo e paranóia. In: *Autismo e esquizofrenia na clinica da esquizo*. Sônia Alberti (org). Rio de Janeiro: Marca d'Água, 1999a. p.219-232.
- _____. Conferência sobre a Esquizofrenia, proferida na Jornada das redes de Pesquisa do Campo Lacaniano: "Autismo e Esquizofrenia na Clínica na Esquize", Rio de Janeiro: 04/07/1999b. *Mimeo*.
- SPITZ, R. A. O Primeiro ano de vida. Rio de Janeiro, Martins fontes, 1979.
- STEVENS, A. Deux destins pour le sujet: identifications dans la névrose et pétrification dans la psychose. In: *Les feuillets du Courtil*. Leers Nord; Belgique: Le Courtil, nº2, maio, 1990. p. 25-49.
- TENDLARZ, S. E. Estudos sobre las psicosis In: *Los Ensayos*. Buenos Aires, 1991.
- _____. De que sofrem as crianças? A psicose na infância. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.
- TUSTIN, F. A perpetuação de um erro. In: *Letra Freudiana. O autismo, Han\$ nº 2, 14*, 63-79. Rio de Janeiro : Revinter, 1995.
- _____. Entrevista a Eduardo Vidal. *op. cit.*, p.85-99.
- _____. Carta a Claude Allione. *op. cit.*, p.81-83.
- _____. Autismo e psicose infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. Estados autísticos em crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

- _____. The Emerge of Sense of Self or Development of "I-Ness" – *Winnicott Studies*, 1:26-48, 1985.
- _____. Barreiras autistas em pacientes neuróticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- _____. Conversation psychanalytique – trad. Claude Allione, 1994.
- VINHEIRO, V. Autismo e Psicose. In: *Letra Freudiana. O autismo, Hans nº 2*, 14,157-161. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- WING, L. The continuum of autistic characteristics, In: SCHOPLER, E., MESIBOV, E. B. *Diagnosis and Assessment in Autism*. New York : Plenum, 1988.
- WING, L. The diagnosis of autism, In: *Diagnosis and treatment of autism*. London: Plenum Press, 1989.
- WINNICOTT, D. W. *Collected Papers: Trough Paediatrics to psychoanalysis*. Tavistock, 1958.
- _____. Textos Seleccionados: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- _____. Os bebês e suas mães. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1994.

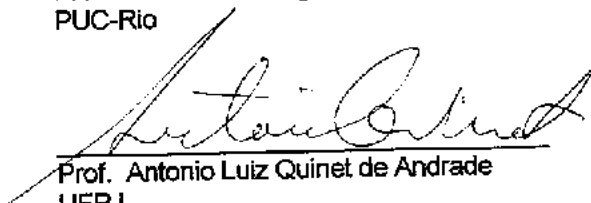
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Sheila Abramovitch, intitulada "*Construções acerca do autismo infantil precoce*", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Octavio Almeida de Souza
Orientador - PUC-Rio

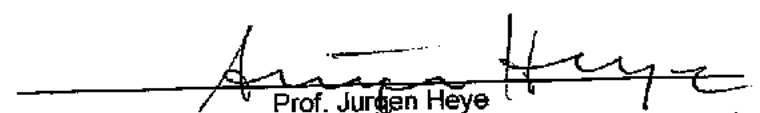


Prof. Ana Maria Rudge
PUC-Rio



Prof. Antonio Luiz Quinet de Andrade
UFRJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ..23.10.2000.



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas