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

Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo. Uma clínica ao avesso?

Isabela Santoro Campanário

Belo Horizonte
2013

Isabela Santoro Campanário

Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo. Uma clínica ao avesso?

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos.

Linha de Pesquisa: Investigações Clínicas em Psicanálise.

Orientador: Jeferson Machado Pinto

Co- orientadora: Ângela Vorcaro

Belo Horizonte

2013

Banca

_____

Prof. Dr.Jeferson Machado Pinto- Orientador de Tese

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

_____

Profa. Dra. Ângela Maria Resende Vorcaro- Co-orientadora

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Examinadores:

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard

Universidade de Brasília(UnB)

_____-

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

Universidade Federal de Uberlândia(UFU)

_____

Profa. Dra.Nádia Laguárdia de Lima

Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG)

_____

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Campanário, Isabela Santoro
Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo. Uma clínica ao avesso?
Isabela Santoro Campanário; orientador: Jeferson Machado Pinto; Co-orientadora: Angela Maria ResendeVorcaro - Belo Horizonte, 2013. 178p.
Tese (Doutorado- Programa de Pós- Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos. Linha de Pesquisa: Investigações Clínicas em Psicanálise-Faculdade de Filosofia e de Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais)
1-Psicanálise 2- Bebê 3- Clínica 4- Devastação 5- Autismo 6-Avesso I Título

Ficha catalográfica preparada para o serviço de Biblioteca da

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG.

Dedicatórias

Dedico este trabalho a José Roberto, a José Tiago, a Rafael e a seus pais.

A outros pacientes que não estão diretamente neste trabalho, mas que possibilitaram a construção de meu saber sobre o autismo.

Agradecimentos

A Jeferson Machado Pinto, meu orientador, pelo exemplo ético e por demonstrar o quanto a psicanálise pode diante das contingências da vida

A Ângela Vorcaro, minha co-orientadora, pela leitura rigorosa de meu texto, empréstimo de livros e sugestões.

A Marie-Christine Laznik, por ter me acolhido no estágio em Paris feito em 2009 que tanto colaborou na feição deste trabalho.

A Vidal, pela escuta cuidadosa.

A Eliana Miranda Silva Moreira, gerente do Centro de Saúde Tia Amância, pela liberação de carga horária que me permitiu realizar este trabalho.

A Luciana Del Prete e Flavia Villar, colegas da Equipe Complementar Centro-Sul, pelo trabalho conjunto no grupo de Intervenção a tempo.

A minha família e amigos, apoio sem o qual não teria conseguido realizar este trabalho.

A meus pacientes e a seus pais.

A Deus.

SUMÁRIO

Introdução..... .. p.13

Capítulo 1- Questões preliminares acerca do tratamento psicanalítico com bebês com risco de autismo.....p.29

1.1-Autismo e sujeito.....p.29

1.1.1-O "proto-sujeito" acéfalo da pulsão.....p.30

1. 1.2- A alienação e a separação. p.32

1.1.3- A holófrase e sua incidência na clínica da primeira infância...p.35

1. 1.4- "É novo ver aparecer um sujeito".....p.38

1.1.5- A voz da sereia. O manhês e a subjetivação.....p.40

1.1.6- A música da fala.....p.47

1.1.7- A importância da suposição de sujeito na passagem do infante ao falasser.....p.49

1.2- Detecção da não instalação subjetiva: os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI).....p.52

1.2.1 Resultados clínicos.....p.56

1.3-Autismo e estrutura.....p.57

1.4- Prevenção ou antecipação?.....p.60

1.5- Organogênese ou psicogênese?.....p.64

1.6-Transitivismo.....p.66

1.7- Nossa hipótese sobre o que se passa no autismo.....p.68

Capitulo 2-Autismo e devastação.....p. 71

2.1-O caso José Roberto..... p. 71

2.1.1-Filmes de duas sessões de José Roberto..... p.78

2.2-Voltando à devastação..... p.88

2.3- A devastação como ponto de tropeço de muitas análises.....p.100

Capitulo 3-A economia de gozo e a constituição do sujeito..... p. 103

3.1-A economia de gozo implicada no autismo..... p. 110

3.1.1-Análise de um filme caseiro de uma criança normal e sua mãe.....p.110

3.2-O caso José Tiago p.112

3.2.1 Filmes de sessões de José Tiago.....p.118

3.3 A dificuldade em investir a criança autista com o gozo fálico...p.120

3.4- O gozo Outro e não gozo do Outro.....p. 122

3.5- Poderia haver desequilíbrio do gozo feminino no autismo...p.127

Capitulo 4- Uma clínica ao avesso?.....p.129

4.1- O caso Rafael .....p. 129

4.1.1- Algumas sessões de Rafael p.132

4.2- Uma clínica ao avesso?.....p.135

Capitulo 5– Conclusão..... p.144

5.1 -José Roberto.....p.144

5.2- José Tiago.....p.147

5.3- Rafael.....p.148

5.4- Um contraponto à dissolução da infância.....p.150

5.5 -Considerações finais.....p.151

5.6- Questões atuais que atravessam a clínica psicanalítica do autismo...p.158

Referências Bibliográficas.....p162

Resumo

Iniciamos com questões preliminares acerca do tratamento psicanalítico com bebês com risco de autismo. Qual estatuto de sujeito é possível para eles? Continuamos nos dedicando a aprofundar no conceito de pulsão abordado por Lacan (1964). Passamos às operações de alienação e separação. Trazemos o conceito de holófrase e sua incidência na primeira infância. Abordamos a primazia da pulsão invocante na constituição do sujeito e a música da fala. Trabalhamos a importância da suposição de sujeito na passagem do infante ao *falasser*. Trazemos os Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI). Fazemos referência à questão da estrutura do autismo. Trata-se de prevenção ou antecipação? Psicogênese ou organogênese? Fazemos breve referência ao transitivismo. Apontamos que chama a atenção a dor sentida pela família destas crianças, uma dor devastadora. Fazemos um percurso pelo conceito de devastação. Abordamos o conceito de gozo e sua implicação na constituição do sujeito. Propomos estar atuando de acordo com a chamada "psicanálise ao avesso", que lida com a criança em posição de objeto e permite com que estas crianças se subjetivem. Trazemos três casos de crianças atendidas em psicanálise mãe-bebê com excelentes resultados que parecem apontar outras saídas estruturais para estes pacientes. Porém, trata-se de uma problematização, pois os pacientes encontram-se ainda em fase de estruturação.

Unitermos

1-Psicanálise 2- Bebê 3- Clínica 4- Devastação 5- Autismo 6 -Avesso

Summary

We start with preliminary questions about psychoanalytic treatment to babies at risk of autism. What subject status is possible for them? We continue dedicating ourselves to deepen the concept of drive approached by Lacan (1964). We write about the operations of alienation and separation. We bring the concept of holófrase and its incidence in infancy. We address the primacy of invocatory drive in the constitution of the subject and the music of speech. We work on the assumption of subject matter in the passage of the infant to the *speakingbeing*. We bring the risk indicators for child development (IRDI). We refer to the question of the structure of autism. Our work: is it anticipation or prevention? Psychogenesis or organogenesis? We make brief reference to transitivism. We point that draws attention to pain felt by the family of these children, a devastating pain. We make a journey through the concept of devastation. We bring the concept of joy and their implication in the constitution of the subject. We propose be acting in accordance with the so-called "psychoanalysis in reverse", which deals with the child in a position of object and allows these children to be subject. We bring three cases in children in mother-infant psychoanalysis with excellent results seem to indicate that other structural outputs were possible for these patients. However, this is a question, because patients are still being developed.

Key words

1- Psychoanalysis 2-Baby 3- Practice 4- Devastation 5-Autism 6-Reverse

“Escrita,
é sempre você que me resgata
do limiar do eminente nada
que borbulha
em camadas de pensamentos perigosos
e palavras,
cepas resistentes à droga da vida...”

Claudia Roquette-Pinto
(dia das mães)

Introdução.

Esta tese pretende aprofundar os subsídios teórico-clínicos que sustentam o tratamento psicanalítico de bebê com risco de autismo inicialmente estudados na dissertação de mestrado: "*O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito"*, defendida em 2006 neste Programa de Pós-Graduação[1].

Ao intitular esta tese como "*Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo: uma clínica ao avesso?"* espero delimitar o campo de extensão no qual transitarei. Em primeiro lugar, ao estabelecer que uma intervenção clínica está sob a égide da psicanálise, viso ressublinhar que a posição do clínico é a de situar condições de subjetivação, causado pelo desejo de analista. Dessa perspectiva, sustenta-se que a palavra do analista pode produzir ato, ou seja, efeito performático de linguagem capaz de convocar o *infans* à subjetivação, deslocando-o de sua inserção ao que nos aparece como sendo um real indistinto (voltaremos a esse ponto no decorrer do trabalho).

Para isso o termo bebê nomeia sujeitos na condição *infans,* palavra estabilizada etimologicamente como referida àqueles que não falam. Proponho ser fiel ao etmo considerando que *infans* refere-se àqueles que ainda não se fazem enunciar.

Vale ainda registrar que, ao assumir essa direção clínica, não se torna necessário distinguir este trabalho como da esfera da psicanálise em extensão. Tal adjetivação é insuficiente para abordar uma prática eminentemente clínica, sustentada nos fundamentos da psicanálise a despeito das especificidades que qualquer clínica impõe. Tal questão será tratada ao problematizarmos o que distinguiríamos como clínica ao avesso.

[1] Foi indicada a publicação da dissertação pela banca, o que foi feito em 2008 (Campanário, 2008).

Enfim, o risco de autismo referido no título se configura através de sinais de dificuldades no estabelecimento de uma relação com a mãe ou com quem ocupa esta função, de modo que estejam criando obstáculos à subjetivação da criança.

Leo Kanner, o primeiro psiquiatra a considerar o autismo como síndrome específica, já em seu artigo inaugural de 1943/1997, *Distúrbios autísticos do contato afetivo*, reconhecia alguns sinais para a detecção precoce, a partir do primeiro ano de vida: bebê que não se aninha no colo; que não faz movimento de estender os braços para ser carregado; que não apresenta resposta ao sorriso; que evita o contato visual e corporal; entre outros. No entanto, apesar de descritos desde o início, até pouco tempo os sinais precoces foram pouco valorizados, até que nos últimos 20 anos, alguns autores tenham se dedicado a essas circunstâncias.

Utilizamos como principal referência teórica, neste trabalho, as obras da psicanalista brasileira, radicada na França, Marie-Christine Laznik (1991, 1997, 2004, 2009), desenvolvidas a partir do corpo teórico de Jacques Lacan, que sustenta uma intervenção psicanalítica precoce em bebês com sinais de autismo. Sua hipótese é de que é possível uma evolução clínica muito mais favorável para os casos com esse risco desde que atuemos logo nos primeiros meses de vida com a mãe e o bebê. Em alguns casos atendidos no primeiro ano de vida a autora interroga se houve cura. Laznik inicia essa perspectiva com o relato de três casos publicados em seu livro *Rumo à palavra. Três crianças autistas em psicanálise* (1997). Em seu livro de 2004: *A voz da sereia. O autismo e os impasses da constituição do sujeito* relata o caso Marina, que atualmente, aos onze anos, não apresenta mais nenhum sinal clínico de autismo, segundo artigo publicado em Belo Horizonte (Laznik, 2009). Vale ressaltar a importância assumida pelo

trabalho clínico da autora nesta tese, já que tive a oportunidade de acompanhar Marie-Christine Laznik devido ao estágio clinico feito por sete meses em Paris no ano de 2009.

Neste estágio realmente constatamos não haver mais nenhum sinal da patologia em Marine. Ela estuda em escola regular, onde tem amigas e ótimo relacionamento com familiares e professores que a acham, inclusive, falante demais e não entendem porque a mãe ri satisfeita em receber esta queixa dos professores. Laznik salienta que vai falar em cura apenas após a adolescência, posto que valeria constatar como Marina vai se sair na reedição edípica e no reencontro com a sexualidade que acontecem nesta época da vida.

Atualmente, Laznik co-coordena uma pesquisa multicêntrica (PREAUT-Prevenção do autismo) sobre o tema da intervenção precoce em bebês com risco de autismo na França e na Itália, que deverá estudar cerca de 15000 casos. A autora demonstra que a intervenção psicanalítica mãe-bebê pode possibilitar uma adaptação dos pais à especificidade da hipersensibilidade e do fechamento autístico de seu bebê, pois conta-se com certa permeabilidade da estrutura a novas inscrições.

Com cerca de dois mil bebês já estudados, analisando vídeos caseiros dos primeiros meses de vida, Laznik escreveu nos comentários à minha pesquisa de mestrado, que considera haver um fechamento primário precoce da criança, por uma hipersensibilidade ao outro, não chegando a se constituir o Outro. M-. C Laznik aponta que em Lacan, após Pierce e Frege, o Outro se torna uma função que pode ou não aparecer na relação entre a criança e um outro. O índice de demarcação de sua existência seria localizável e reconhecível no estabelecimento do terceiro termpo do circuito pulsional, ou seja, caso a criança se ofereça, fazendo-se com uma de suas pulsões parciais para o outro, o Outro se constitui.

Concordamos com a hipótese de M.-C. Laznik de que é nos primeiros tempos de relação mãe-filho que as primeiras versões do Outro se constituem. Entretanto, consideramos que, se o Outro não comparece em sua função essencial de pacto social, de lei e, portanto, de discurso estruturado, ele deixa algumas balizas que o demarcam, de modo que esse Outro comparece insistentemente como um lugar a tal ponto êxtimo[2] que o autista recusa a se deixar fisgar por ele.

Quanto à hipersensibilidade a ser esclarecida do bebê já são atualmente bem conhecidos alguns estudos acerca da hiperdiscriminação de traços faciais e da voz nestas crianças que faz com que, secundariamente, os agentes que ocupam a função materna parem de buscar o contato com o bebê, que não se oferece a eles, por exaustão.

Laznik dialoga com outras áreas do saber, como, por exemplo, a psicologia do desenvolvimento, a psicolinguística, a neurociência, o cognitivismo, a psiquiatria, a pediatria, entre outras. Distinguimos aqui o cognitivismo da psicologia comportamental. Enquanto o primeiro conta com pesquisadores extremamente importantes em relação ao autismo como Utah Frith, Laurent Mottron e Michele Dowson, ela mesma portadora de Síndrome de Asperger, a psicologia comportamental se presta a maiores críticas. Michele Dowson e outros autistas geniais criticam os métodos de "treinamento" dentre os quais o mais difundido em nosso meio é o ABA, pois os mesmos acabariam com as genialidades destes autistas chamados de alto funcionamento e que são muitas vezes destaques em áreas científicas da matemática, da física, da química, da computação, entre outros.

Esse diálogo também foi necessário em nossa pesquisa de mestrado e continua na de doutorado. Seus frutos já podem ser observados pela publicação em conjunto com Maria Jussara Fontes, professora de semiologia pediátrica da Universidade Federal de

[2] Neologismo proposto por Lacan referindo-se a uma intimidade exterior.

Minas Gerais (UFMG) um capítulo de um livro sobre o desenvolvimento psicológico da criança nos primeiros anos de vida, incluindo um alerta aos pediatras, que geralmente são os profissionais médicos em contato com o bebê nesta época da vida para a detecção precoce dos casos e seu encaminhamento para tratamento em psicanálise mãe-bebê. (Campanário & Fontes, 2010). Os livros de semiologia pediátrica anteriormente contemplavam apenas o desenvolvimento neuromotor, por isto considero de grande importância a inclusão deste capitulo em um livro que geralmente é referencia em pediatria para várias universidades brasileiras. Recebo com frequência estagiários para observar o trabalho clínico com bebês em risco de constituição psíquica realizado na equipe complementar onde trabalho na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

A preocupação com os sinais de risco para um sujeito em instalação encontra-se presente também em outra importante referência teórica deste trabalho: um estudo multicêntrico, realizado em dez capitais brasileiras e financiado pelo Ministério da Saúde, intitulado "Sinais de risco para o desenvolvimento infantil", sob a coordenação-geral de Cristina Kupfer e a coordenação-científica de Alfredo Jerusalinsky. Este estudo teve alguns dos marcadores validados[3] e breve deverá estar mais disponível aos médicos ao serem inseridos no "Cartão da criança", que até então contemplava apenas o desenvolvimento neuromotor.

Portanto, esperamos que logo este saber esteja bem difundido entre os pediatras e generalistas haverão mais encaminhamentos a tempo de permitir outros destinos pulsionais para estas crianças. Mas também se faz necessário profissionais de Saúde Mental que saibam tratar os bebês e suas mães recebidos através dos encaminhamentos

[3] Cf. Kupfer, M.C. M, Jerusalinsky, A., Bernardino, L.F., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S., Sales, L., Stellin, R., Pesaro, M.E., Lerner, R. et al.(2009) Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n.1, pp. 48-68.

precoces, daí a proposta deste trabalho de focar as intervenções clinicas na direção do tratamento. Existem ainda poucas crianças tratadas mesmo na França e na Itália, as pioneiras neste atendimento. O tratamento é difícil e tem muitas particularidades, sobretudo por ter que trabalhar com a devastação que ocorre nas famílias destas crianças e com a economia de gozo implicada na constituição do sujeito, além da nominação e dos primórdios da constituição subjetiva destas crianças, o que vamos tentar abordar na tese.

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

Nos serviços de atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), por exemplo, até o ano de 2003 (dados do Seminário Interno de Saúde Mental da Criança e do Adolescente da PBH), constatou-se o predomínio de encaminhamentos de pacientes entre seis e doze anos. Dentre esses pacientes, incluíam-se também as crianças cujo diagnóstico apontava para psicopatologias graves, como o autismo infantil.

Foi feita pesquisa pela PBH em junho de 2010 sobre a clientela de Saúde Mental Infantil do município (ainda não publicada). Estavam sendo atendidas 17 crianças na faixa etária entre zero e três anos, enquanto em 2003 era apenas uma. Duas crianças atendidas na regional Centro-Sul, onde se localiza o Centro de Saúde Tia Amância, onde trabalho, apresentaram negativação completa dos sinais. Desconheço o grau de melhora das crianças atendidas em outras regionais. Uma grande conquista para uma cidade onde não houve o trabalho com os pediatras da pesquisa nacional IRDI, e onde apenas se inicia a pesquisa PREAUT.

A constatação de melhores resultados após o atendimento precoce surgiu a partir de uma experiência clínica. Trabalho atualmente como psiquiatra infantil em um serviço da PBH, na Regional Centro-Sul, que serve de referência aos casos mais graves de Saúde Mental da Infância e Adolescência da regional. O objetivo é atender autismo, psicoses e neuroses graves. Com cerca de uma centena de casos de autismo ou do espectro autista atendidos, tornou-se claro que quanto mais cedo se inicia o tratamento, melhores resultados são obtidos.

A partir da demanda espontânea da mãe de um primeiro bebê de dez meses, iniciei um trabalho ativo de sensibilização dos pediatras e generalistas, através de reuniões de "capacitação" para a possibilidade de atendimento precoce às crianças em saúde mental. É importante frisar que, a partir do primeiro Anteprojeto de Intervenção Precoce, elaborado pela Regional Centro-Sul, onde trabalho, o atendimento precoce de crianças foi implantado pela Coordenação de Saúde Mental da PBH, desde 2003, após discussão em Seminário Interno de Saúde Mental, em todas as regionais da cidade. Já consta como uma das novas diretrizes do Projeto de Saúde Mental Infantil deste município.

Houve então encaminhamento, para o serviço da PBH, de casos que sinalizavam uma dificuldade no laço da mãe com seu bebê, desde as primeiras relações da maternagem. Curiosamente, essas dificuldades surgiam, em alguns casos, não da atividade de maternagem em si, mas da qualidade das respostas da criança ao que lhe estava sendo oferecido pela mãe. Como explicar este fato?

Passamos a considerar a atividade do bebê na determinação de sua posição; a mãe, longe de lhe ser imputada alguma culpa[4], cabe situar as razões que dificultam sua

[4] Alguns psicanalistas localizaram a causa do autismo na frieza da atitude materna em relação a seu filho. Citamos como exemplo a "a mãe geladeira" descrita por Bruno Bettelheim (1987). Este fato contribuiu para uma resistência de muitos pais em relação ao tratamento psicanalítico do autismo. Bruno Bettelheim nunca tratou crianças menores de três anos. Ele aceitava em sua instituição apenas crianças maiores de

relação com o bebê, ela se desanima caso o bebê não se faça olhar, não se faça escutar, não se faça "comer". Laznik nos alerta para a importância fundamental do bebê em causar o desejo da mãe e em mantê-lo vivo de tal forma que possa ocorrer a subjetivação da criança. A pesquisadora nos demonstra o papel central que o bebê desempenha em permitir que uma mulher possa se sentir mãe, desde que este a convoque a esta posição através do olhar e da resposta aos cuidados maternos.

Desde meu interesse pelo tema do trabalho com bebês com risco de autismo, tive a oportunidade de atender em psicanalise mãe-bebês a cinco casos recebidos nos primeiros dois anos e meio de vida. Todos os casos atendidos no primeiro ano de vida normalizaram todos os sinais de risco de autismo com o tratamento psicanalítico precoce mãe-bebê (Casos José Roberto e José Tiago, descritos a frente). Outro caso, recebido com um ano e quatro meses não preenche mais atualmente os critérios diagnósticos para o autismo.

Uma criança recebida mais tarde, com dois anos e meio, também normalizou os sinais de autismo, porém apresentava um quadro autístico mais leve com interesses em temas específicos, o que em psiquiatria chamamos de Síndrome de Asperger (caso Rafael, descrito a frente).

O outro caso recebido no segundo ano, com um componente orgânico associado – uma criança com síndrome de West que provoca convulsões de difícil controle – não respondeu com normalização dos sinais de risco de autismo, mas teve uma melhora da gravidade dos sintomas.

---

sete anos, mesmo que tenham chegado a ele mais cedo (cf. O livro escrito por um irmão de uma criança autista,Sinto-me só de Karl Taro Greenfeld. Há um depoimento que o irmão autista foi recusado por Bettelheim por ainda não ter sete anos.)

Estes cinco casos atendidos por mim não foram filmados, mas conto com inúmeros registros escritos e algumas cenas filmadas pela Equipe Complementar da Regional Centro-Sul[5] enquanto eu estava no estágio em Paris, além de algumas cenas de filmagens caseiras feitas pelos pais.

Entre os quatro casos filmados em Paris em 2009 (atendimentos feitos pela própria M.-Christine Laznik), todos normalizaram os sinais de risco de autismo com o tratamento precoce mãe-bebê. Tenho filmagens também de dois outros tratamentos realizados por Marie-Christine mais antigos que também evoluíram para a negativação dos sintomas de autismo.

Deste total de onze casos registrados, coincidentemente o mesmo numero trazido por Kanner em seu artigo original de 1943, tratando-se de cinco casos próprios e seis atendidos por Marie-Christine Laznik, não pretendemos trazê-los todos a este trabalho, pois não seria possível aprofundar no que se passou na direção da cura em uma pesquisa tão numerosa. Nosso trabalho não objetiva legitimidade a partir do tamanho da amostra abordada, mas distinguir a especificidade possível do tratamento ao singular. No entanto este material clinico pode ser trabalhado posteriormente em outras pesquisas.

Pretendemos neste trabalho analisar três casos atendidos em Belo Horizonte, detectados precocemente (um que inicia tratamento aos quatro meses, outro aos cinco meses, outro aos dois anos e meio). Atendidos em psicanálise precoce mãe-bebê por mim e pela equipe complementar da Regional Centro–Sul desde aquela época, estes três casos, atualmente com cerca de quatro anos, também não apresentam mais nenhum sinal de risco de autismo.

[5] Flavia Villar, Fonoaudióloga e Luciana Del Prete, Terapeuta Ocupacional.

O fato de todos os casos apresentados aqui ainda estarem em atendimento pode ser tomado como problemático, pois, teoricamente, minha pesquisa pode influenciar os atendimentos clínicos, pois como sabemos o desejo de analista e o desejo de saber não são da mesma ordem. Freud (1912/1990) já nos alertava para os perigos desta situação. No entanto, ele não se referia no texto a casos de risco de autismo, condição de extrema gravidade que, como sabemos, pode produzir e provocar sujeitos que ficam condenados ao silêncio.

Portanto, assumo aqui a responsabilidade de apresentar casos ainda em atendimento, considerando que estes são o melhor guia para a pesquisa teórica e para a problematização dos seus limites. O fato de torná-los públicos já tem a função de retirá-los de seu silêncio, de sua obscuridade, visando a reduzir o que há neles de imaginário, evitando sua cristalização.

O método adotado será a escrita do caso clínico para o recolhimento dos seus traços singulares (Vorcaro, 2003b), procurando não somente aprofundar teoricamente o que se passou nestes atendimentos, mas prosseguir o atendimento dos pacientes, respeitando os princípios éticos da pesquisa. Alguns dados serão omitidos para preservar a identidade dos pacientes. Poderemos acolher e contar com a participação de algum outro clínico que esteja atendendo às crianças: o pediatra, o fonoaudiólogo, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o neurologista, entre outros.

No estudo de caso constarão as informações significativas: falas dos pais dos pacientes, análise de vídeos caseiros fornecidos pela mãe (filmagens feitas durante o primeiro ano de vida), filmagens das sessões dos pacientes atendidos por M.-C. Laznik de tal modo que se possa recolher o essencial para a formalização e verificação das hipóteses levantadas.

Investigaremos, em nosso percurso, a delicada economia de gozo implicada na constituição do sujeito e o que se passa em cada caso clínico de autismo trazido neste trabalho, já que cada caso é único e tem suas particularidades. Neste sentido, não podemos falar de autismo e sim de autismos, onde para cada caso se faz necessário trabalhar num sentido de criação constante, expandindo os limites da técnica da clínica psicanalítica convencional.

Percorreremos textos freudianos e lacanianos sobre a feminilidade e o gozo para trazer subsídios teóricos aos casos. Procuraremos abordar como a teoria pode servir aos casos, explicitando os limites da teoria em relação aos casos clínicos, os quais serão o eixo central do trabalho para interrogar a teoria, método freudiano por excelência.

Serão focadas as intervenções das analistas na direção da cura, mostrando este caminho para analistas que nunca realizaram estes atendimentos, difíceis e realizados clinicamente ainda por poucos psicanalistas, mesmo na França.

Os casos clínicos neste trabalho surgem como testemunho do que nos provocou a clínica. O seu estudo será nosso recurso metodológico, na medida em que seguimos as interrogações que eles suscitam, orientando a direção da pesquisa, caminho por onde o leitor poderá depreender o método. Isto tem a vantagem de permitir que cada um faça sua construção enquanto leitor, mesmo que seja para refutá-los. Este ponto da incompletude do escrito possibilita que cada leitor se interrogue, o que não é uma desvantagem, pois sabemos que o saber é sempre não- todo.

Como nos diz Lacan (1977, p. 14), "a clínica psicanalítica deve consistir não somente em interrogar a psicanálise, mas em interrogar os analistas, a fim de que eles se deem conta do que sua prática tem de arriscado[6], o que justifica a existência de Freud."

[6] *Hasardeux*, palavra que tem também o sentido de aleatório.

[7] Lacan conclui neste texto que é por isto que a psicanálise não é uma ciência, ou mais precisamente, uma ciência exata.

O **primeiro capítulo** intitula-se: "*Questões preliminares acerca do tratamento psicanalítico com bebês com risco de autismo*". Começamos com as questões relativas a autismo e sujeito. Tanto na clínica com bebês como no autismo, o aparecimento do sujeito se coloca pela negativa, ou mais precisamente, é uma clínica onde podemos ou não ver acontecer a subjetivação. Procuramos responder à questão: qual estatuto de sujeito é possível para eles?

Continuamos o capítulo sob o subtítulo de "o proto-sujeito" acéfalo da pulsão nos dedicando a aprofundar no conceito de pulsão abordado por Lacan (1964/1985) no *Seminário,* Livro 11, *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, para nos auxiliar em relação à questão do estatuto do sujeito possível nestes casos. Entramos em seguida nas operações de alienação e separação e em que elas nos auxiliam na clínica da primeira infância. Que diferenças de lugar poderíamos supor em relação à alienação no autismo, na psicose e no fenômeno psicossomático? Passamos em seguida ao conceito de holófrase e sua incidência na primeira infância, "holófrase que possui várias manifestações na clínica, ainda que em cada uma dessas manifestações o sujeito não ocupe o mesmo lugar" (Lacan, 1964/1985, p. 225). Vemos o aparecimento de um "novo sujeito", termo controverso usado por Lacan (1964/1985, p. 169), quando o *infans* é capaz de completar o terceiro tempo do circuito pulsional, ao se oferecer, provocando o gozo em seu agente maternante. Trazemos a questão da primazia da pulsão invocante para a constituição do sujeito e a música da fala. Trabalhamos a importância da suposição de sujeito na passagem do infante ao *falasser*. Em seguida, trazemos os Indicadores de Risco para o

[7] Agradeço a Angela Vorcaro pela indicação desta bela citação que condiz com a maneira que trabalhamos.

Desenvolvimento Infantil (IRDI), protocolo elaborado a partir de um estudo multicêntrico brasileiro que traz marcadores que, se não presentes na relação de que faz a função de sustentar a entrada do ser vivo na linguagem (função materna e paterna com o bebê), apontam para risco de não constituição subjetiva. Fazemos breve referência à questão da estrutura do autismo. Seguimos nos questionando: trata-se de prevenção ou antecipação o que fazemos nesta clínica? Trata-se de organogênese ou psicogênese? Fazemos breve referência ao conceito de transitivismo e ao que ele nos auxilia na clínica da primeira infância e apresentamos nossa hipótese do que se passaria no autismo de nosso ponto de vista.

No **segundo capitulo** intitulado: *"Autismo e devastação"*, apontamos a virulência da dor sentida pela família e, sobretudo pela mãe destas crianças, que franqueia aproximá-la da expressão "dor devastadora", excessiva, pouco bordejada. Fazemos um percurso pelo conceito de devastação, termo lacaniano que vem substituir catástrofe, proposto por Freud. Inicialmente utilizado pelos dois autores em se referindo à relação pré-edípica da menina com sua mãe e que pode deixar consequências nefastas na vida amorosa e pulsional de ambas, Lacan depois em seu *Seminário,* Livro 23, *o Sinthoma*, vem estender o conceito ao apontar que a relação da mulher com seu parceiro amoroso também pode ser devastadora. O parceiro amoroso em questão que consideramos nesta tese são os filhos com risco de graves psicopatologias, seguindo orientação de Lacan. Como ele nos diz no *seminário,* Livro 18, *De um discurso que não fosse semblante,* o único parceiro do sujeito realmente é a mãe. "O parceiro, no caso, fica efetivamente reduzido a *uma,* porém não uma qualquer – aquela que te pariu" (Lacan, 1971/2009, p. 101).

A devastação é trans–estrutural e nos diz de uma dificuldade no momento lógico da separação. Trabalhamos o caso José Roberto nesta primeira parte, bebê que saiu da

sintomatologia autística, mas que mantinha um sintoma anoréxico semelhante ao apresentado por sua mãe. Estávamos supondo neste caso uma falsa tentativa de separação, mantendo a alienação, ao identificar–se com a anorexia materna, até que, aos três anos, a criança consegue fazer um movimento mais consistente de separação de seu Outro, sustentado pela análise.

No **terceiro capítulo** intitulado: **"***A economia de gozo e a constituição do sujeito"***,** abordamos o conceito de gozo e sua implicação na constituição do sujeito. Trazemos uma cena filmada de um bebê incluído no padrão de normalidade e sua mãe durante uma troca de fraldas para exemplificar os vários tipos de gozo em questão. Em seguida, tentamos delimitar o que pensamos estar dificultado no tratamento do autismo- tanto o gozo fálico, que é perdido devido à não resposta da criança aos apelos da mãe, quanto algumas vezes o gozo feminino e o mais-de-gozar, podendo haver uma exacerbação do gozo do Outro, que, ausente no tempo inicial do tratamento, depois de atingido, pode se tornar prevalente, daí a maior parte da saída destas crianças pela psicose, principalmente as não tratadas " a tempo"(antes dos três anos de idade). Advertimos o leitor que a construção que aqui fazemos sobre as diversas modalidades do gozo (fálico, mais-de-gozar, feminino, do Outro) refere-se muito mais a um ensaio de articulação diferencial mínima e suficiente para a clínica do que a sua sustentabilidade teórica absolutamente consistente. Isso porque, como sabemos, por se referir ao real, o gozo não é propriamente observável pelo simbólico, a não ser pela consideração de seus valores diferenciais em relação ao prazer de homeostase. Por isso, ao mesmo tempo em que ousamos sua formulação, estamos constantemente interrogados pelas questões: "seria possível exemplificar assim os vários tipos de gozo? Tratar-se-ia de uma hipótese teórica e não uma classificação, construção teórica para ajudar clinicamente, já que não seria

efetivamente passível de ser observável e descrita? Podemos aqui estar adotando o empirismo da ciência?"

Traremos o caso clínicos de José Tiago para exemplificar a prevalência do gozo do Outro. Entretanto fazemos a hipótese de que qualquer tipo de gozo excessivo pode devastar.

No **quarto capítulo** intitulado*: "Uma clínica ao avesso?"* trazemos o caso Rafael, criança que começa atendimento mais tarde, aos dois anos e meio, mas responde muito bem, talvez por apresentar quadro autístico menos severo que os outros casos descritos anteriormente. Rafael, para escapar a uma nominação devastadora oferecida pela mãe, encena em suas brincadeiras toda sua dificuldade em encontrar modelos de identificação e um pertencimento a esta família.

Interrogamos se no tratamento psicanalítico precoce do bebê com risco de autismo estaríamos atuando de acordo com a chamada "psicanálise ao inverso" por Colette Soler(1994b), do real ao simbólico, ou a psicanálise "ao avesso"(Laznik, 1997, p.11), já que na psicanálise de crianças já com a estrutura consolidada e/ ou adultos, o caminho se faz ao contrário, do simbólico ao real?

Em seguida, no **quinto capítulo**, intitulado: *"Conclusão"* trazemos inicialmente como os três pacientes trazidos estão neste momento de seu tratamento. José Roberto, José Tiago e Rafael possuem entre quatro e cinco de idade, não se encontrando ainda com a estrutura consolidada, mas parecem em seu brincar apontar para outras saídas estruturais que não o autismo. Trazemos nossas conclusões, ainda sobre a forma de interrogação, pois, como adverte Laznik, trata-se de um trabalho clínico e com crianças no tempo de sua estruturação, ou seja, apenas com a chegada destas crianças à adolescência e seu reencontro com a sexualidade nesta fase da vida é que poderemos efetivamente confirmar

em como nosso trabalho analítico fez função para eles, ou seja, se houve inscrição da letra e qual insondável escolha subjetiva eles fizeram para lidar com o gozo ao longo de suas vidas.

Capítulo 1. Questões preliminares acerca da clínica psicanalítica com bebês com risco de autismo

1.1-Autismo e sujeito.

Neste primeiro capítulo utilizamos como referência partes de minha dissertação de mestrado transformada em livro: "*Espelho, espelho meu. A psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves*".(Campanário, 2008). Por estas questões terem sido bem trabalhadas neste primeiro trabalho e serem necessárias para embasar este segundo trabalho sobre o tema, foram reescritas e atualizadas com leituras posteriores sobre o tema.

O ponto que mais nos intriga a partir do trabalho com bebês com risco de autismo é que já nos primeiros dias de vida estes bebês evitam ativamente o olhar do outro, efetivamente desviando-se do foco deste olhar, ou seja, fazendo um movimento corporal que lhes permite escapar da direção do olhar a eles endereçado pelo cuidador. O bebê neste momento, de acordo com a visão psicanalítica tradicional, não seria um sujeito e, sim, um assujeito (Lacan,1957-58/1999, p. 188) ao outro. Então como explicar esta recusa de olhar, seletiva em alguns casos?

Esta recusa seria sustentada apenas como recusa reflexa, acéfala, ou haveria, nesse momento, uma escolha subjetiva de assimilar ou interceptar o Outro?

François Ansermet nos lembra que na clínica com o autista e também na clínica com o bebê, o sujeito está lá de maneira negativa, ou seja, pode vir a comparecer ou não.

> "*O autista seria aquele que permaneceu congelado no processo de sua assunção subjetiva. O estudo do*

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

Esta definição do autismo como uma patologia que se apresenta com uma dificuldade de subjetivação, independente do que possa se apresentar no real orgânico do corpo da criança, é extremamente interessante e com a qual concordamos[8]. A despeito deste real orgânico porventura existente no corpo da criança autista, há um trabalho possível e frutífero a ser feito pelo psicanalista, como veremos ao longo deste trabalho.

1.1.1- O "proto-sujeito" acéfalo da pulsão.

Recorreremos a Lacan (1964/1985) em seu *seminário,* livro 11, *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise,* onde o psicanalista nos adverte que temos dificuldade para pensar a constituição do sujeito, pois se trata da submissão do fluxo vital instintivo do ser à linguagem. Por estarmos imersos na linguagem, é muito difícil pensar o que escapa dela. Por isso necessitamos de representar miticamente ou topologicamente a pulsão.

Para fazer isto, recorremos à libido enquanto órgão irreal. "O Irreal que se define por se articular ao real de um modo que nos escapa, e é justamente o que exige que sua representação seja mítica, como a fazemos. Mas, por ser irreal, isso não impede um

[8] O organismo estaria na ordem do necessário e o sujeito na ordem do contingente.

órgão de se encarnar" (Lacan, 1964/1985, p.195). A libido seria, neste sentido um órgão que se encarna de um modo que nos escapa.[9]

Ao cuidar de seu bebê, quem faz a função materna mapeia o corpo do *infans* e seus orifícios, traçando uma cartografia[10] ao nomear, historicizar e libidinizar o corpo do bebê com os cuidados maternos e com seu banho de linguagem.

A pulsão sai de uma borda erógena e a ela retorna, contornando o objeto perdido da satisfação, denominado por Lacan de objeto *a*, resto do primeiro encontro com o quem faz a função materna[11]. Este contorno vai substituindo o fluxo vital por significantes que o Outro, plenamente envolvido pelo tecido da linguagem, oferece ao *infans*.

Esses significantes poderão ser capturados pelo *infans* e se colocar a serviço de co-memorar a perda de um hipotético objeto de satisfação, assim representando-o precariamente pela demarcação do lugar em que poderia ter comparecido, caso existisse.

Entretanto, um intervalo pulsional coagula a continuidade da série significante, abrindo uma fenda na continuidade do Outro e neste espaço (notado por Lacan como Outro barrado, não-todo) emergirá o sujeito. O sujeito não pode fugir nem parar a pulsão, nascerá submetido, não só ao significante, mas também à pulsão. Entretanto, vale ressaltar, é esse momento lógico constitutivo que interrogamos quanto à condição autistica.

[9] Os próximos parágrafos sintetizam observações de Lacan no seu Seminário (1964/1985), Livro 11.
[10] Usamos aqui um termo de Alfredo Jerusalinsky.
[11] Cf a experiência de satisfação em Freud (1895/1990), Projeto para uma psicologia científica. Há um primeiro encontro com quem faz a função materna, mítico e impossível de ser repetido, já que a coisa, "*das ding*" (a) pode ser a mesma, mas não seus atributos (b, c, d, n). Por não conseguir reproduzir nunca mais este primeiro encontro, o bebê se sente em falta e daí nasce o desejo, pois o *infans* sempre buscará reencontrar este objeto primeiro para sempre perdido.

Para o *infans* a fala do outro é, inicialmente, formada no deslizamento metonímico do significante, ainda não discretizado. Seu valor de troca simbólica não reside no sentido partilhado das palavras, mas no usufruto das sensações que provoca. Esse efeito do funcionamento da linguagem corrompe a função da fala, tornando-se independente de toda lei fálica.

> "Na clínica, trata-se precisamente de contar com a incidência do sujeito da pulsão, para aí reconhecer um trajeto, fazendo incidir o corte do significante na substância de gozo, cartografando-a e dando-lhe outra extensão! Seria esse um caminho possível para a orientação do tratamento dessas crianças numa outra via de separação, numa lógica posicional em que a rede significante da linguagem aparelhe o organismo, balizando as condições de gozo, de modo que elas possam, assim, laçar o intervalo desejante?" (Vorcaro, 2003a).

Muito interessante a direção do tratamento com crianças autistas proposta por Vorcaro. Apesar de nem sempre conseguirmos intervir de modo a produzir a alienação e a separação na clinica com estas crianças (principalmente naquelas que não nos chegaram "a tempo", ou seja, antes dos três anos de idade), mas simplesmente ao ouvi-las e ao falarmos com elas, antecipando um sujeito, criamos a possibilidade de contenção de gozo: "mapeando" seu corpo e seu universo através de nossa fala, gesto e atos, já submetidos à estrutura da linguagem, e localizando o comparecimento do que nos parece inusitado, que poderá vir a servir de "*locus*" do sujeito.

1.1.2- A alienação e a separação.

Lacan nos diz que para se subjetivar, a criança deve aceitar num primeiro momento os significantes vindos deste Outro, o que chama de movimento de alienação. Mais tarde é possível que a criança faça outro movimento, se separando de alguns dos

significantes do Outro, ao distinguir, neles, um desejo inconfessado, dirigido a ela, que permite problematizar o que o Outro quer dela.

> "Enquanto que o primeiro tempo [a alienação] está fundado na subestrutura da reunião, o segundo [a separação], está fundado na subestrutura que chamamos de interseção ou produto. Ela vem justamente situar-se nessa mesma lúnula onde vocês reencontrarão a forma da hiância, da borda" (Lacan, 1964/1985,p.202).

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

Lacan recorre a uma metáfora muito interessante a respeito desta escolha precoce do sujeito diante da alienação fundante. Diante de um assalto, comparável à imersão da criança no campo da linguagem desde o nascimento, há duas escolhas possíveis. Se escolhe a bolsa, perde a bolsa e a vida. Se escolher a vida, tem a vida amputada da bolsa.

O *infans*, para aceder à linguagem e se subjetivar, deve perder o gozo mítico e sem limites do ser (a bolsa), ganhando vida psíquica na alienação à linguagem e no gozo dosado pela lei simbólica, nas estruturas psicótica, perversa e neurótica. Porém, se ele escolhe a bolsa, não terá acesso à vida psíquica, que implica necessariamente em situar-se no Outro, vivendo então como um organismo imerso em um gozo ilimitado suposto – já que só é possível falar em gozo após a ação do significante, e isolado do laço social. Seria a escolha da estrutura autística.

Há crianças que não situam a incidência do intervalo entre significantes. Por isso ocorreria, segundo Lacan, o fenômeno holofrásico, tanto no autismo como na psicose e

no fenômeno psicossomático. Haveria solidificação dos significantes, mantendo a alienação, não sendo possível a operação de separação.

> "A separação é um efeito articulado por Lacan ao intervalo entre os dois termos do casal de significantes. Dentro deste intervalo dorme o desejo... este desejo, que aparece como desejo do Outro, repousa dentro do intervalo destes dois significantes primordiais..." (Stevens, 1987,p. 68).[12]

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

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

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

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

Vorcaro (1999) apresenta a hipótese de que a criança chegaria a entrar na alienação para, imediatamente, recuar. Sem se efetuar uma penetração entre o campo do Outro no ser, o autista manter-se-ia na borda do campo do Outro.

Trazemos a posição de outros psicanalistas a respeito do autismo, na medida em que elas nos ajudam a esclarecer nossa hipótese. Para o casal Lefort (1998), o autista funcionaria como duplo do Outro real. Para A. Jerusalinsky (1993b), a criança não

[12] Tradução própria.

inverteria a demanda de exclusão advinda do Outro. Para Calligaris (1986), a criança faz-se de morto a partir da indeterminação perante o desejo do Outro.

Seguindo Vorcaro (1999), no que diz respeito à estrutura psicótica, a alienação não traz querela entre os autores lacanianos, havendo uma hipertrofia deste momento lógico, o que fica aparente na clínica. A criança vai ocupar o lugar do que falta ao Outro, procurando obturar esta falta.

Quando não há um intervalo que permita o aparecimento da falta no Outro, não há interrogação sobre seu saber. Isto está tanto para o autista, quanto para o psicótico e o débil.

Porém, diferente do psicótico, o débil não encarna a falta do Outro porque a ele nada seria possível de faltar. A criança débil se identifica ao lugar do verdadeiro, não podendo duvidar do saber do Outro, permanecendo, na maior parte dos casos, alienada ao seu saber. Já a criança em que incide um fenômeno psicossomático estaria situada no limite da estrutura da linguagem: o escrito torna-se, nestes casos, um hieróglifo, que não sabemos ler, como nos diz Lacan (1964/1985).

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

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

Dentro da linguística histórica há uma classificação das línguas no século XIX feita por Von Humboldt (Vorcaro, 1999), que estabelece uma tripartição fundada na estrutura predominante da palavra em línguas isolantes (chinês e conexas), línguas flexionais (indo-européias e semíticas) e línguas aglutinantes (todas as outras). A holófrase aparece nas línguas aglutinantes, onde as palavras se formam por aglutinação.

Lacan faz uma torção do conceito de holófrase da lingüística, assim como fez torções de outros termos da linguística ao longo de sua obra. [13]

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

Substituindo a "fusão de corpos" de Manoni pela "fusão de significantes" Lacan (1964/1985) em *O Seminário*, Livro 11, *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise,* dá um passo adiante. Lacan vai localizar a criança débil no lugar de objeto

[13] Alexandre Stevens (1987) nos apresenta um excelente trabalho sobre este tema.

do desejo da mãe, "psicotizada", na medida em que o S1[14] adquire uma prevalência devido à identificação da criança ao significante que vem do Outro. Como o par de significantes está colado, não há espaço para a metáfora paterna aparecer, e a criança não pode responder à questão: o que o Outro quer de mim? (Santiago, 2005, pp.161-166).

Quando há holófrase do par primordial de significantes (S1-S2), o sujeito não é capaz de fazer uso da fala para estabelecer e funcionar no pacto social, sua fala torna-se colada a um gozo sonoro impeditivo da produção do sentido delimitado por sua medida fálica, para fazer vigorar o que, da fala do Outro, a impressiona.

Vejamos a referência que Lacan (1964/1985) faz à holófrase em *O Seminário*, Livro11.

> **"...**quando não há intervalo entre Sl e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, temos o modelo de toda uma série de casos _ ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar" (Lacan, 1964/1985, p. 225).

Aqui Lacan se refere aos casos de psicose, debilidade e fenômenos psicossomáticos. O autismo é acrescido para Lacan a esta série, já que o autor o aproxima da esquizofrenia. Pode dizer que, por isso, grande parte dos autores lacanianos segue localizando o autismo dentro da estrutura psicótica.

Apesar das inúmeras diferenças entre estas patologias, há um ponto em comum. O princípio mínimo de estrutura significante da linguagem, em que um sujeito é representado no intervalo entre dois significantes (Sl→$→S2), não existe nestes casos, pois a holófrase não permite que o sujeito dividido pelo significante advenha. O

[14] O S1 comanda sem passar pelo efeito metafórico? Tratar-se-ia de uma apresentação direta do supereu materno?

significante S2, que permitiria sua representação a partir de Sl, comparece de modo singular (Stevens, 1987).

A holófrase mostra a causa: a solda entre os significantes e a consequência: a ausência de dialética. A holófrase seria então um outro nome da Foraclusão do Nome- do-Pai (Stevens, 1987).

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

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

No entanto, podemos nos questionar se estas manifestações holofrásicas denunciam o aparecimento do novo modo de ver o sujeito, ou seja, quando aparecem na clínica indicam um primeiro movimento de subjetivação por parte do paciente, já que testemunham um trabalho sobre a linguagem.

Quando aparecem na clínica, estes fenômenos holofrásicos podem ser considerados como uma melhora, “uma nova forma de ver o sujeito”.

1.1.4- “É novo ver aparecer um sujeito”.

Ao afirmar que a holófrase é o sujeito, Stevens (1987, p.68) nos faz pensar na existência de outra forma de subjetivação que não o sujeito dividido pelo significante, sujeito do inconsciente, só possível de aparecer no intervalo entre os dois significantes primordiais, só possível após a operação de separação.

Freud (1915, citado por Laznik, 2004) emprega o termo *subjekt* por oito vezes em seu texto *As pulsões e suas vicissitudes*, sendo este um termo que ele usa pouquíssimo em outros textos. Vemos então a íntima ligação entre a pulsão e a subjetivação. O autor aponta que a pulsão possui três tempos: um primeiro ativo, um segundo reflexivo e um terceiro passivo. Um novo sujeito (*Ein neues subjekt)* apareceria após completo o terceiro tempo do circuito pulsional.

Lacan (1964/1985), retomando esta passagem em Freud, fala do aparecimento de um “novo sujeito” no momento do remate da pulsão através do terceiro tempo pulsional, quando o bebê “se faz”, se aliena, provocando gozo no Outro.

> “É preciso bem distinguir a volta em circuito de uma pulsão do que aparece _ mas também por não aparecer _ num terceiro tempo. Isto é, o aparecimento de *ein neues subjekt* que é preciso entender assim _ não que ali já não houvesse um, a saber, o sujeito da pulsão, mas que *é novo ver aparecer um sujeito.* Esse sujeito, que é propriamente o outro, aparece no que a pulsão pôde fechar seu curso circular. É somente com sua aparição no nível do outro que pode ser realizado o que é da função da pulsão.” (Lacan, 1964/1985, p. 169, grifo nosso).

A explicitação de que sujeito é este tem trazido uma série de controvérsias entre os psicanalistas. Laznik (1993) afirma que este "novo sujeito" tem sido relegado a segundo plano na psicanálise. Soler (1997), porém, nos lembra que o "novo sujeito" nada mais é do que o sujeito da parte inferior do grafo do desejo, sobre o qual não há nada de novo.

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

Para que o autista chegue a ser este "novo sujeito", ou seja, para que ele "se faça" para o Outro, fazem-se necessárias muitas intervenções, às vezes alguns meses de tratamento psicanalítico precoce. Nas crianças que não chegaram "a tempo", este terceiro tempo do circuito pulsional pode empenhar anos de tratamento ou mesmo não advir.

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

Marianne Cavalcante (2005), em seu artigo: "*Pausas no manhês: lugar de subjetivação"* nos traz um resumo de pesquisas na área de aquisição da linguagem em interlocução com a psicanálise. A mãe passa a criar manifestações de subjetividade por parte do bebê através do manhês, a maneira particular que cada mãe tem de falar com seu filho, que tem picos prosódicos acentuados e a voz infantilizada.

Alguns autores utilizam o termo parentês, já que ambos os pais e quem mais está em contato com o bebê nestes primeiros anos de vida como o pediatra, por

exemplo, emitem este tipo de fala. O termo parentês não considera mãe e pai como funções como nos aponta a psicanálise: a mãe como sendo aquela que erogeiniza o corpo do bebê e traz significantes e o pai como aquele que traz a lei interditora. Além disto, o termo parentês não vingou, por isso seguimos utilizando o termo manhês ao longo de nosso trabalho.

O bebê é um interlocutor desde as protoconversações, já que a mãe antecipa um sujeito, essencial para que um dia o sujeito advenha. A mãe instaura um espelho sonoro através do chamado pseudodiálogo desde os primeiros momentos extra-útero.

Seguindo-se ao pseudodiálogo, aparece a fala atribuída, que apresenta curvas ascendentes e descendentes, voz em *falsetto* e infantilizada, onde a mãe "faz de conta que o bebê está falando". No intervalo da fala, quem faz a função materna faz pausas longas, e o bebê se faz presente através de barulhos e lalação. Através das pausas prolongadas, e da sustentação de turnos dialógicos, o próprio lugar de falante do bebê é garantido por quem faz a função materna.

Por volta dos nove meses aparece a fala ritmada, onde a criança se insere no compasso da língua. Agora o bebê está mais ativo vocalmente e a mãe realiza outro deslocamento, agora para seu próprio lugar de mãe. A mãe usa a fala recortada neste momento para recortar produções da criança por ela espelhada. A mãe passa a se calar, dando lugar ao bebê.

A criança, a partir dos quinze meses, passa a assumir seu próprio lugar de sujeito. É o momento da fala enfática. Importante salientar que com esta idade o bebê deve estar falando relativamente bem e qualquer atraso deve ter a avaliação de um psicanalista ou fonoaudiólogo experiente no sentido de afastar as psicopatologias graves do *infans.*

Laznik (2004), compara a voz da mãe no primeiro momento à voz da sereia, que tem ou não o poder de atrair o olhar de seu filho. Baseando-se em artigo de Bentata (2009), que retoma elementos de um clássico grego, *A Odisséia*, há três tipos de canto da sereia. Um primeiro canto, *Op's*, é ligado à fala. É o canto sedutor, que atrai os homens e os leva a se afogar no fundo do mar. Compara este canto ao manhês, que tem picos prosódicos acentuados e atrai o olhar do bebê, provocando a alienação fundante.

Laznik observa uma diminuição de entonações de alegria e surpresa na voz de quem faz a função materna das crianças com risco de autismo. Esses picos prosódicos, quando emitidos por outras pessoas, outros familiares ou pediatras, por exemplo, atraem o olhar da criança autista.

Laznik problematiza estes fatos. Haveria uma ausência primária destes sons por parte da mãe ou, diante de uma criança que não responde, o que pode tornar o bebê mais ativo do que antes supúnhamos em relação à "escolha forçada" estrutural, há um esgotamento de quem ocupa a função materna em fazê-los? Atuando precocemente poderíamos intervir nas modulações das protoconversações mãe-filho?

Pela nossa observação, em mães de crianças com risco de evolução psicótica, ao contrário, esses picos prosódicos são até mais acentuados e duram muitas vezes até a primeira infância. Enquanto, no caso de risco de autismo, a sereia não atrai[15], no risco de evolução psicótica, há um excesso, uma saturação de atração, podendo o bebê "se afogar" na alienação fundante provocada pelo manhês.

Recordamos de um caso de uma criança portadora de um quadro grave de psicose infantil que atendemos por algum tempo. Apesar de a criança já contar com

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

cinco anos, a mãe persistia com uma entonação carregada de picos prosódicos. O que falta no autismo abunda aqui.

Laznik (2004) nos fala de um segundo canto descrito na *Odisséia*, *Ftogos*, o canto do puro som inarticulado, o grito da soprano na ópera, por exemplo, que nos lembra uma descarga pura de pulsão de morte. Aqui é como se houvesse uma desfusão pulsional, havendo uma tanatoprevalência. Laznik (1997) chega a comentar sobre uma paciente autista, Luisa, que tinha adoração por um trecho de ópera em que a soprano soltava este grito. [16] Observamos realmente na clínica com outras crianças autistas esta atração por gritos, principalmente em autistas que nos chegaram mais tarde e com pouca linguagem desenvolvida.

Esse grito nos remete também ao grito de Robert, o menino lobo, caso atendido por Rosine Lefort e comentado por Lacan (1953-54/1979, pp. 110-127) em *O Seminário*, Livro 1, *os escritos técnicos de Freud*. Aqui se apresenta o "caroço da palavra", nos diz o autor.

Lúcio, criança de dois anos recebida em 2004, apresentava-se, a princípio, "*enroscado no colo da mãe*", que não podia nem fechar a porta ao ir ao banheiro. Não tinha brincar espontâneo, não falava e não dormia. Apesar disto, não havia sinais de risco de autismo, pois fez contato com quem fez a função materna, no caso a avó materna, durante o primeiro ano de vida. O quadro lembra a psicose simbiótica descrita por Mahler (1952).

Logo que nasceu, a mãe entrou em surto psicótico, gritando sem parar, não conseguindo falar com o filho. Este quadro durou três meses, durante os quais mãe e criança gritavam, em desamparo extremo, só podendo contar com o auxílio da

[16] Sobre este grito, Marie-Christine Laznik informa: trata-se da mãe na Flauta encantada.

medicação da mãe e da ajuda claudicante da avó materna, cansada e doente, com quem Lúcio foi deixado a partir dos três meses.

Vemos que este mesmo grito se tornou a única comunicação possível entre Lúcio e sua mãe. Aos dezoito meses o bebê começou a reproduzir o grito semelhante, sendo encaminhado a tratamento aos meus cuidados.

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

No grito só há presença, faltando a ausência, faltando a falta. Podemos pensar que o que pode se inscrever através da modulação da fala, através exatamente dos picos prosódicos, é a falta. Através do manhês é possível pensar a primeira abertura para a inscrição do nome-do-pai, possibilitando assim a operação da separação?

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

A linguagem verbal se solidifica tardiamente em um jogo de relações sonoras codificadas. A palavra evolui até alcançar uma maior clareza e riqueza expressiva que a afasta cada vez mais do sentido sonoro puro.

Há ainda um terceiro canto descrito na Odisséia, *Aöide*, que não é a voz, mas o hino em si mesmo.

Trazemos um fragmento clínico de um caso onde o encontro com a massa sonora de uma língua desconhecida dificultou um laço capaz de sustentar uma subjetividade em instalação. Francesca chegou a atendimento aos meus cuidados aos quatro anos. Teve diagnóstico de risco de autismo na Itália, onde morou com os pais na primeira infância, tendo sido atendida precocemente, com excelente resultado. Não apresentava, aos quatro anos, quase nenhum sintoma autístico residual. Foi a primeira criança tratada desde precocemente a que tive acesso na clínica e sua excelente evolução me incentivou a pesquisar sobre o atendimento precoce do risco de autismo na Itália e, posteriormente, na França.

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

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

Melman (1989) estuda a dificuldade de estrangeiros que não falam a língua ao terem filhos que passam a ser educados no idioma do país que os recebe. O autor faz notar que a função de pai simbólico neste caso passa a ser exercida pela nova língua, ficando os pais restritos ao papel de pais reais, acarretando por vezes dificuldade de subjetivação destas crianças.

Em recente conferência em Belo Horizonte, Jean-Michel Vivés[17] propõe uma leitura muito interessante e diferente da de Bentata do célebre encontro de Ulisses com as sereias relatado por Ulisses no Canto XII de a *Odisséia*.

Esta conferência está publicada em seu livro *A Voz na Clínica Psicanalítica.* Vivés cita o texto de Kafka (1917/1988), *O silêncio das sereias,* para sustentar sua interpretação.

Avisado por Circe dos perigos mortíferos do canto das sereias, que fazia homens se atirarem ao mar e morrerem afogados, canto este que, por não modular a voz, lembra o grito, a descarga pura da pulsão de morte, *Ftogos.* Ulisses tampa seus ouvidos com cera e se acorrenta ao mastro do navio, além de fazer o mesmo com os remadores do barco. Para Kafka (1917/1988, pp.542-3), mais poderoso que a voz da sereia, apenas o seu silêncio. E ao ver um adversário forte como Ulisses, pararam de cantar.

Mas Ulisses não percebe que elas estão mudas devido à cera em suas orelhas; acreditou que elas cantavam e que ele estava a salvo devido aos conselhos de sua amante Circe. E passa ao lado do perigo incólume. (Vivés, 2012, p. 82)

As sereias enfrentaram outra derrota antes de Ulisses, relatada por Apolônio de Rodes em *Argonautas* (Apolônio, ~170, canto I, v.492 e 568; canto II, v.595_ss, citado por Vivés, 2012, p.83). Jasão embarca 50 heróis gregos no navio Argo, entre eles o poeta Orfeu, que por ter uma voz melodiosa, demonstra que articula bem pulsão de vida e pulsão de morte em seu canto. A estratégia era: os marinheiros, ao escutar o canto de Orfeu, não prestariam atenção no canto das sereias e não se atirariam ao mar. No entanto, um dos marinheiros, Butes, escolhe a voz das sereias e se atira ao mar. Como diz Vivés em sua conferência: a insondável escolha do ser que cada um tem que fazer de

[17] Conferência proferida em Belo Horizonte em 08/10/2012.

se subjetivar ou não. Para o autor: “a lenda nos mostra como o canto (misto de voz e fala) permite calar a voz, ou pelo menos, torná-la inaudível’ (Vivés, 2012, p.83). Ou seja, é preciso que a voz enquanto objeto a se cale para que a criança possa se subjetivar e possa vir a falar em nome próprio.

Nominé, em comunicação oral[18], refere-se a uma passagem do *Seminário*, Livro 10, *a Angústia* , no qual Lacan (1963/2005), ao tratar da pulsão invocante, comenta que a voz só é ouvida de fato na psicose.

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

Segundo Lacan (1973-74/ inédito) em *O seminário*, livro 21, *les non- dupes errent*:[19]

> “...todo homem só chega a se fundar sobre esta exceção de alguma coisa, o pai, enquanto que proposicionalmente, ele diz não a esta essência. O desfiladeiro do significante pelo qual passa ao exercício dessa alguma coisa que é o amor, é muito precisamente esse nome do pai, *esse nome do pai* que não é non (não), (n.o.n.) que a nível do dizer e *que se amoeda, que se cunha pela voz da mãe*, no dizer-não de um certo número de interdições, isto neste caso, nos casos felizes...”(Lacan, 1973-74/inédito, p.100, grifo nosso).

Segundo Lacan, portanto, a voz da mãe cunha o nome do pai. A voz da mãe cunha o nome do pai na medida em que toda mãe tem seu lado Orfeu, ao implantar o gozo fálico em seu filho. Mas toda mãe tem seu lado sereia, ao implantar um gozo do

[18] Conferência proferida em Belo Horizonte em 27/09/2005.
[19] Lição de 19 de março de 1974.

Outro mínimo para a constituição psíquica de seu bebê. A voz que modula, que mescla pulsão de vida e pulsão de morte, cunha o não- do-pai. A voz sirênica, que não modula, grito, pura descarga de pulsão de morte, implanta o gozo, formando as bases do supereu precoce com seu imperativo: "Goza". Poderemos continuar pesquisa referente a estes tipos de voz posteriormente.

1.1.6 A música da fala.

A música, os ritmos e a entonação da voz são essenciais no tratamento das crianças autistas. Torna-se difícil abordar uma criança autista sem o acesso aos recursos que a música permite, daí a eficácia da musicoterapia com estes pacientes.

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

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

A música foi considerada a maior de todas as artes na maior parte das civilizações da Antiguidade. A voz é o registro mais primitivo de que dispomos. Como

acentua bem Laznik (2004), retomando Lacan (1964/1985) a voz vem anterior ao olhar para o bebê.

> "Os primeiros sons emitidos e percebidos pelo lactante possuem uma função estruturante no psiquismo. Aproximando a fala da música, podemos ampliar nossa compreensão da linguagem humana. No *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud (1985/1990) associa a origem dos processos psíquicos aos primeiros intercâmbios sonoros do bebê. A psicanálise trabalha com a fala para tentar traduzir uma cena sonora"(David, 2004).

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

A voz tem padrões de tom, timbre, ritmo e intensidade variáveis que já são captados pelo bebê, afetado pelos sons desde o último trimestre de gestação, segundo a medicina fetal.

Muitas mães relatam que seus bebês se mexem na barriga diante de certos estímulos sonoros específicos, certas músicas ou da fala de certas pessoas. Pesquisas recentes comprovam que, nos últimos meses de gravidez, o feto já responde a padrões sonoros como a voz da mãe ou musicais, indicando uma maturação biológica extremamente precoce das sensações acústicas (David, 2004).

David (2004) remete-nos ao *Projeto para uma psicologia científica*, no qual Freud (1985/1990) descreve a origem da linguagem humana através da comunicação sonora desenvolvida precocemente entre o recém-nascido e o *Nebenmensch,* o ser experiente que cuida. A inervação da fala é a primeira via de descarga, ela funciona como uma válvula de escape para regular as oscilações do *quantum* de energia até que se descubra a ação específica. Os sons emitidos e percebidos fazem uma primeira

mediação, ligando a realidade interna e externa do bebê.

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

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

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

Os primeiros anos são uma idade fértil de incorporação simbólica onde o *infans* vai formulando versões de suas primeiras marcas e traços constitutivos até poder falar por si mesmo.

> "Para que o *infans* possa percorrer o caminho da inscrição da letra à condição de falante, não basta simplesmente um processo maturacional ligado ao desenvolvimento da aquisição da linguagem, mas fundamentalmente que possa ter ocorrido no laço dos pais com o bebê uma transmissão da estrutura da linguagem. *A passagem do infante ao falasser, ou seja, ser que habita a fala, supõe determinadas funções como o estabelecimento da demanda, a suposição do sujeito, a alternância e a alterização"* (Jerusalinsky, J., 2002, p. 251, grifo nosso).[20]

Não basta falar, é necessário que o *infans* seja capaz de desejar e para isso faz-se necessário que seus pais sustentem determinadas condições lógicas. Seguiremos com J.

[20] A autora utiliza aqui o mesmo referencial da já anteriormente citada pesquisa nacional multicêntrica patrocinada pelo Ministério da Saúde chamada "Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil".

Jerusalinsky (2002, pp. 251-252) na explicitação de cada uma destas condições nos próximos parágrafos.

A suposição de sujeito é exercida pela mãe ou quem faz a função materna ao antecipar um sujeito em seu bebê. A mãe passa a interpretar gestos, balbucios, olhares de seu bebê como se ele já fosse sujeito e estivesse fazendo escolhas ou tentando se comunicar. Trata-se de uma antecipação, já que o bebê ainda não foi constituído como sujeito.

Para que o bebê algum dia se subjetive é necessário que alguém antecipe um sujeito. Como exemplo, temos a mãe que ouve palavras, enquanto seu bebê está apenas emitindo sons (lalação), porém tal antecipação é fundamental para que um dia a criança venha a falar.

Temos a hipótese de que mesmo que o sujeito não se constitua, a suposição de sujeito por parte de quem atende justifica o uso do termo tratamento psicanalítico nesta clínica.

A mãe ou quem faz esta função passa a colocar palavras em atos do bebê como o choro por exemplo. Este choro é de frio, este é de manha, agora está com fome. Trata-se do estabelecimento da demanda, onde o agente da função materna traduz em palavras as ações ocasionadas pelos reflexos arcaicos do bebê. Através de seu tesouro significante, a mãe vai dando significados a estes reflexos arcaicos.

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

Mas a mãe não pode saber tudo. Sempre deve haver um enigma, algo no bebê que ela não compreenda. Desta maneira a mãe sustenta um movimento de separação, antes que a criança tenha condições de se separar dela de fato. Aqui a mãe vem a ocupar

uma posição de terceiro.

A mãe, ao ir e vir fisicamente, vai inscrevendo este movimento psiquicamente. Não pode haver só presença ou só ausência, deve haver uma alternância destes movimentos para que haja possibilidade de inscrição psíquica. A alternância simbólica vai permitir a inscrição pulsional, fazendo o bebê deixar o funcionamento em nível da necessidade para um funcionamento desejante.

É preciso ainda que a mãe situe a lei como referência terceira em seu laço com a criança, não fazendo desta apenas um objeto que se presta à sua satisfação. [21] Trata-se da alterização que consiste em que um bebê fique referido em suas manifestações não a seu próprio corpo, mas a uma ordem simbólica.

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

1.2- Detecção da não instalação subjetiva: os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI).

Profissionais com larga experiência clínica atendendo aos pacientes com psicopatologias graves começaram a perceber sinais precoces das patologias instaladas relatados pelos pais nas histórias clínicas. Foram reunidos em um protocolo de pesquisa que traremos à frente. Trata-se de um importante estudo multicêntrico, realizado em dez capitais brasileiras e financiado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil” (IRDI). O estudo recentemente teve marcadores

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

validados e agora o objetivo é difundir este saber entre os pediatras e outros profissionais que atendem às crianças nesta faixa etária (Kupfer et al.2009).

Em relação aos tipos de "problemas de desenvolvimento", a pesquisa IRDI os reúne em dois tipos. No primeiro tipo, os problemas de desenvolvimento sinalizam a presença de dificuldades no desenvolvimento que não impedem a constituição psíquica. Exemplos: hiperatividade e problemas com regras e leis.

O segundo tipo compreende as dificuldades de desenvolvimento sinalizadoras de dificuldades no processo de constituição do aparelho psíquico, apontando um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como o autismo e as psicoses infantis, chamados atualmente de distúrbios globais do desenvolvimento pela *CID (10).* Opta-se por utilizar ao longo deste texto a denominação de autismo e psicose por serem termos clássicos da nosologia psiquiátrica e adotados pela psicanálise.

PROTOCOLO COM INDICADORES DE ALERTA PARA DETECÇÃO PRECOCE DE PROBLEMAS NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ.
0 a 18 meses

(zero a três meses e 29 dias)

- *Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.*
- *A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).*
- *A criança reage à fala da mãe.*
- *A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.*
- *Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.*

Síntese: A criança faz laço com a mãe

(quatro a sete meses e 29 dias)

●*A criança começa a diferenciar o dia da noite.*

●*A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades, e isso é interpretado pela mãe.*

●*A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.*

● *A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.*

●*A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.*

●*A criança procura ativamente o olhar da mãe.*

●*A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.*

●*A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.*

Síntese: A criança ao mesmo tempo em que intensifica o laço com a mãe, interage com outras pessoas; a mãe consegue interpretar as diferentes necessidades da criança; a criança mostra percepções do meio ambiente.

(oito a 11 meses e 29 dias)

●*A mãe percebe que os pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.*

●*Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.*

●*A criança sabe expressar quando gosta ou não de alguma coisa.*

●*Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.*

●*A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.*

●*A criança possui objetos prediletos.*

●*A criança faz gracinhas.*

●*A criança busca o olhar de aprovação do adulto.*

● *A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.*

Síntese: O afeto da mãe e da criança é expresso no brincar, a criança dá as primeiras manifestações de subjetividade, expressando se gosta ou não de algo e passa a estranhar pessoas desconhecidas.

(12 a 17 meses e 29 dias)

●*A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.*

●*A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.*

● *A mãe oferece brinquedos como alternativos para o interesse da criança pelo corpo materno.*

●*A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.*

● *A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.*

●*A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.*

● *Os pais colocam pequenas regras de comportamento à criança.*

● *A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.*

Síntese: O pai entra como função começando a separar a criança da mãe. A criança começa a ser educada pelos pais.

FONTE: Pesquisa Nacional Multicêntrica realizada pelo Ministério da Saúde intitulada "Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil". (IRDI). Modificada.

1.2.1- Resultados clínicos

Foi desenvolvido um instrumento chamado avaliação psicanalítica aos três anos de idade (AP3). Há dois tipos de desfecho da pesquisa (Jerusalinsky, A., 2012, p. 91):

- Presença ou ausência de problemas de desenvolvimento- Caso as dificuldades de ordem psíquica estejam interferindo no desenvolvimento da criança.

- Presença de risco psíquico: dificuldades de constituição subjetiva, podendo haver evolução em relação às psicopatologias graves da infância. Sintomas clínicos conclusivos relacionados ao risco psíquico: manipulação mecânica de brinquedos, atividade ou movimento repetitivos, ausência de faz de conta, recusa de alimentos sólidos, impossibilidade de manter o olhar, autoagressão, não aceita terceiros, não aceita o não, submissão excessiva à lei, ausência de pronomes pessoais, repetição ecolálica, linguagem incompreensível e que não busca interlocutores, refere-se a si mesmo na terceira pessoa, não forma frases. Estes sinais, por si, já indicam risco de não constituição subjetiva.

Dos 31 indicadores de risco, 15 foram validados com a pesquisa, a saber (Jerusalinsky, A., 2012, p. 94) :

(zero a três meses e 29 dias)

- *Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.*

●*A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).*

●*A criança reage à fala da mãe.*

●*A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.*

●*Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.*

(quatro a sete meses e 29 dias)

●*A criança começa a diferenciar o dia da noite.*

●*A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades, e isso é interpretado pela mãe.*

●*A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.*

(oito a 11 meses e 29 dias)

●*A criança sabe expressar quando gosta ou não de alguma coisa.*

●*A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.*

●*A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.*

(12 a 17 meses e 29 dias)

●*A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.*

●*A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas..*

●*A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.*

●*Os pais colocam pequenas regras de comportamento à criança.*

O objetivo é difundir estes marcadores validados entre os pediatras, profissionais que geralmente estão em contato com o *infans*, para permitir encaminhamentos que possam permitir o tratamento "a tempo" de mudar o destino pulsional destas crianças.

1.3-Autismo e estrutura

Trazemos agora uma pequena discussão entre a distinção que fazemos entre autismo e psicose. Para aprofundar esta questão, remetemos os interessados ao meu trabalho de mestrado, transformado em livro, onde trago inclusive casos clínicos de risco de autismo e psicose não decidida da infância, ajudando clinicamente a fazer este diagnóstico diferencial.[22]

Lacan faz referência direta ao autismo apenas duas vezes ao longo de sua obra. No entanto, apesar de poucas referências diretas, encontramos em sua obra e na de seus discípulos bastante material para trabalharmos o autismo. Lacan (1975/1998) aproxima-o da esquizofrenia na *Conferência de Genebra sobre o sintoma*. Há uma outra menção ao autismo em *O Seminário*, Livro 24 (1976-77/inédito), l'*insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre*, quando o autor comenta que a psicanálise é "um autismo a dois".

Baseando-se no estruturalismo e na escola psiquiátrica francesa, Lacan estabeleceu o conceito de estrutura em psicanálise, distinguindo, como estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão, considerando ao maneira pela qual o sujeito lida

[22] Cf Campanário, I.S. *Espelho, Espelho Meu. A psicanálise e o tratamento precoce do autismo e de outras psicopatologias graves*, pp.113-117 e pp.130-135.

com a ordem simbólica, ou a lei do pai[23]. Enquanto o neurótico recalca, o perverso desmente[24] e o psicótico forclui a lei simbólica interditora do gozo pleno.

Há entre os discípulos de Lacan discordância sobre a questão estrutural do autismo.

Bernard Nominé (sd) segue a posição de Lacan, concordando com a hipótese de mesma estrutura entre autismo e esquizofrenia. O autor nos diz que, percorrendo a literatura clínica existente sobre o autismo, não encontrou um caso convincente que descrevesse uma saída do autismo como um sintoma. Ele nos diz que alguns podem até se virar bem ao longo da vida, mas que permanecem sempre dependentes de uma máquina que funciona em lugar de um sintoma que eles não podem construir.

Concordamos com o autor que os casos atendidos após a estrutura consolidada muitas vezes não vão a constituir um sintoma. No entanto, acreditamos que os casos atendidos desde precocemente possam algum dia vir a construir um sinthoma e sintomas-metáfora, o que tentaremos demonstrar ao longo deste trabalho.

Colette Soler (1994a) também segue a posição de Lacan, defendendo uma identidade de estrutura entre autismo, esquizofrenia e paranóia. Usa o termo: “doença da libido”, além de uma perturbação das ditas “relações de objetos”.

Soler neste mesmo texto (1994a) nos diz que ao percorrer a vasta literatura sobre a clínica com crianças autistas, a psicanálise pode conseguir com estas crianças resultados bastante limitados: as crianças se tornam limpas, educáveis, mais independentes, melhoram o contato, porém sempre permanecem como marionetes do

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

[24] A nossa escolha pelo termo desmentir, para situar a operação própria a perversão, pretende distingui-la do termo recusa ativa ao Outro, que consideramos, ao menos provisoriamente como mais apropriada para localizar a operação do autista.

Outro para a autora. Traz como exemplo os casos Joey (atendido por Bettelheim) e o caso Stanley (atendido por Mahler).

Mas Soler salienta que apesar de estarem fora do discurso, estas crianças estão dentro da linguagem. Como no Outro há significantes que os representam, eles apenas não podem assumir seu lugar de sujeito da enunciação.

Robert e Rosine Lefort (1998, p 224) e seus discípulos defendem uma quarta estrutura para o autismo. Para os autores, não há Outro para estes pacientes, o Outro se reduz a uma ausência, não existindo para estas crianças nem mesmo objeto *a*. A criança ocupa o lugar do objeto *a*, objeto não especularizável, por isto não se reconhecem no espelho.

Em outros trabalhos, chamam o autismo de "a estrutura" (1992), ou seja, fora dos padrões das estruturas clínicas estabelecidas pela psicanálise, ou talvez, sem estrutura. Marcam uma diferença entre autismo e psicose, onde há Outro e um objeto *a* incorporado.

O trabalho dos autores é extremamente importante em relação ao autismo e vale salientar o caso Marie- Françoise, criança com risco de autismo atendida precocemente e com sucesso por Rosine Lefort (1984) na década de 50 e cujo tratamento está descrito no livro *Nascimento do Outro*. Trata-se do primeiro tratamento precoce de risco de autismo descrito na literatura psicanalítica e recomendamos sua leitura para os que vão tratar estes pacientes.

Marie-Christine Laznik (2004) concorda não haver identidade de estrutura entre psicose e autismo. Propõe uma leitura do último Lacan para podermos trabalhar com uma classificação mais flexível.

Concordamos com a posição de Laznik e dos Lefort do autismo enquanto fora dos padrões estruturais até então concebidos pela psicanálise[25], a despeito das tentativas de assimilação do autismo às psicoses como fazem, com muita hesitação, Maleval (2012), Laurent (2012) e Barroso (2012).

1.4- Prevenção ou antecipação?

Discutindo questões fundamentais para quem se propõe a trabalhar com a intervenção precoce, Rohenkohl (1999) interroga: "Como a psicanálise pode falar em prevenir se o tempo que trabalha é o só-depois? A prevenção para a psicanálise não seria então uma psicanálise *ao avesso*?"

A autora nos lembra que a prevenção para a psicanálise é não-toda, já que sempre algum aspecto irá escapar, pois o real, o impossível de ser simbolizado e que insiste em se repetir, trará sempre algo do qual não se pode prevenir.

Soler (1994b), em um texto ao qual retornaremos várias vezes ao longo de nosso trabalho, diz que na clínica com a criança, está em jogo o que ela denomina "*psicanálise invertida*" (p.10), pois vai do real ao simbólico, ou seja, existe uma faceta da análise da criança em posição de objeto, que tenta uma defesa contra as facetas irruptivas do real.

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

O analista lida com a criança em posição de objeto e produzir um "efeito-sujeito" que seria uma defesa contra o real[26]. Neste sentido, a análise de crianças seria preventiva.

Rohenkohl (1999) nos lembra que não há garantias de nossa intervenção, o psicanalista somente pode apostar que vai surgir um sujeito. A psicanálise, para a autora, pode contribuir em relação ao conceito de prevenção ao interrogar o seu ideal, sua tentativa de controle, sua tentativa higienista de abarcar todos os casos. A dimensão de real trazida pela psicanálise destitui a prevenção de ser "toda".

Há para Rohenkohl a possibilidade de uma prevenção "não-toda", que nos remete à noção do mestre não-todo, mestre castrado, que se deixa interrogar pelo discurso analítico, deixa apontar sua falta. Diferente da prevenção para as ciências que se aproxima do discurso do mestre, a prevenção possível para a psicanálise seria interrogada pelo discurso analítico, deixando aparecer seus furos.

Rohenkohl (1999) nos lembra do conceito de prevenção em duas analistas: em Dolto, que define a prevenção: "prevenir é atender alguém quando este precisa". Este "precisar" pode ser em qualquer época da vida, inclusive na primeira infância. A outra autora seria Laznik, que preconizava a prevenção[27] do autismo através da detecção de dois sinais: um não olhar entre a mãe e seu bebê e a não-instauração do terceiro tempo do circuito pulsional, apostando na intervenção para trabalhar precocemente a relação da mãe com a criança.

[26] Este ponto nos intriga, uma coisa é o analista lidar com a criança pensada como objeto e outra seria supor que ali há o real a ser colonizado pelo simbólico. O real só é visto a posteriori, como o que não entra no regime do simbólico. Não se trataria então de um real empírico, diferente do real para a psicanálise? O autismo é um bom recurso metodológico para questionar a teoria, pois você lida com o *infans* em posição de objeto, mas isso seria caminhar do real ao simbólico? Trata-se de um efeito de real para o analista e não para o sujeito!

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

Diante da contingência do agente que faz a função materna que incide enquanto impossibilidade real de estruturação do bebê em sujeito, propomos uma intervenção talvez ainda a tempo da estruturação, quando as condições de implantação do simbólico na carne claudicam. Do nosso ponto de vista, não se trata de prevenção, visto que o laço do agente maternante com seu bebê já se apresenta com poucas condições de sustentar uma singularidade em instalação. No entanto, parece-nos interessante o conceito de prevenção de Dolto. No sentido apontado pela autora, nosso trabalho seria preventivo, na medida em que atendemos quando alguém precisa do atendimento, mesmo nos primeiros meses de vida. No entanto, tratar-se-ia de uma prevenção interrogada pelo discurso analítico, "não-toda"[28], como bem ressaltou Rohenkohl.

A autora nos lembra que se trata se trata de duas lógicas diferentes: a formal e a do Inconsciente, e de dois discursos distintos: um de dizer o Bem, que consolida a oposição bondade e maldade, e o do Bem dizer, que é regido por uma ética do dizer sob o enigma erótico e amoroso liga ou desliga uma mulher e um homem.

As duas lógicas se excluem, adverte Rohenkohl. No primeiro caso nos aproximamos do discurso do mestre, já que nos aproximamos do que seria "o Bem" para o indivíduo. No segundo caso nos aproximamos do discurso psicanalítico, pois não se trabalha com o ideal do Bem, cada sujeito vai criar em sua análise seu Bem dizer.

Para Rohenkohl, o cerne da polêmica sobre a prevenção está agregado à noção do tempo, pois o tempo do só-depois se torna incompatível com uma visão preventiva da psicanálise.

[28] Conceito que Lacan formula ao propor as fórmulas da sexuação. A mulher para ele é "não-toda" submetida à lei da castração . Por isso podem apresentar o gozo feminino ou gozo Outro, além do gozo fálico, regulado pela castração.

A autora nos remete a Porge(1994), que nos lembra que a noção do tempo para a psicanálise não se limita ao só-depois. Além da sincronia e da diacronia, Lacan acrescenta a pressa. Unindo lógica e tempo, ele aponta duas escansões.

O tempo do só-depois aponta para algo que é atingido mesmo antes de poder ser verificado: a verificação da antecipação da verdade. Segundo Porge: entre a verdade e sua verificação, há um hiato, hiato este que se reduz à dimensão temporal da pressa. Na psicanálise "ao avesso" esta dimensão da pressa é essencial.

Lacan desenvolveu a noção de antecipação como uma precipitação do sujeito diante do Outro. No texto *O estádio do espelho como formador da função do eu*, Lacan (1949/1998, p.100) nos diz que: "o estádio do espelho é um drama onde o impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação".

No texto *Observação sobe o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade* (1960/1998), Lacan nos apresenta um esquema imaginário e ilusório na formação do eu, já que o Outro simbólico antecipa sua imagem.

No primeiro texto, a antecipação é da ordem do imaginário. Já no segundo, existe também uma antecipação simbólica. A função da pressa no estádio do espelho é decisiva. Essa pressa instaura outro tempo para a psicanálise, o tempo da suposição entre a precipitação e sua verificação, tempo onde podemos intervir através da psicanálise mães-bebês.

Daniela Teperman (2002, p. 139) nos questiona: o que prevenimos? Prevenir, para a autora, seria antecipar o sujeito... "prevenir faz pensar em pré-venir, pré- venir o sujeito, antecipar um sujeito para a criança quando os pais não puderam fazê-lo".

Por vezes nos encontramos diante de pais que estão embaraçados em ver seu filho simplesmente como organismo vivo, podemos nestes casos intervir antecipando um

sujeito. Esta seria a única prevenção possível ao psicanalista, porém trata-se de uma prevenção sem garantias, prevenção "não-toda", como bem apontado por Rohenkohl.

1.5 Organogênese ou psicogênese

Observa-se nos trabalhos sobre o autismo uma dialética entre organogênese e psicogênese nefasta, de nosso ponto de vista, já que obstaculiza o desenvolvimento de tratamentos mais efetivos destas crianças. Esta querela aponta para uma dificuldade de interlocução de saberes onde os mais prejudicados são as crianças autistas e seus pais.

O único consenso existente em relação ao autismo é em relação ao tratamento precoce: qualquer que seja a área de atuação do clínico ou do pesquisador há uma concordância de que quanto antes se atende, melhor o prognóstico. No entanto, nos estarrece as constantes pressões no sentido da exclusão da psicanálise e da indicação de outras formas de psicoterapia, como por exemplo a psicoterapia comportamental, nesta faixa etária.

Por sermos cartesianos em nossa forma de pensar, insistimos em uma dualidade frágil - psíquico e orgânico - e muitas vezes não pesquisamos todos os campos de saber sobre o assunto, o que se se faz necessário para que estas crianças tenham uma boa evolução. Muitas vezes os quadros autisticos apresentam co-morbidade com patologias genéticas, neurológicas, erros inatos de metabolismo, que devem ser diagnosticadas e tratadas para que a criança possa tirar o máximo de proveito do tratamento.

Jerusalinsky, A.(2005) nos lembra que o autismo é "... um quadro psicopatológico que coloca radicalmente em xeque o suposto positivista de que a cada fenomenologia

nosográfica corresponde uma determinada etiologia. Uma destituição exemplar da linearidade causal".

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

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

A partir do estágio feito com Laznik em Paris em 2009, considerei importante ressaltar que a autora encaminha os pacientes com frequência para a realização de exames ou consultas com especialistas, trabalhando bem esta interlocução quando ela se faz necessária.

Para Jorge Volnovich (1993, p. 44), "a polêmica adquiriu características de sintoma na psiquiatria e 'da' psiquiatria". Segundo esse autor, é muito difícil acharmos, na atualidade, uma corrente psiquiátrica que não sustente uma multideterminação orgânica, dinâmica e social.

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

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

1.6 O transitivismo

Wernicke propõe o termo transitivismo no início do século XX. Até os anos trinta foi retomado pelos psiquiatras clássicos referindo-se a um sentimento de indiferenciação do doente em relação aos outros. No vocabulário psiquiátrico atual, o termo “transitivismo” é utilizado em relação às psicoses. Ajuriaguerra usa o termo referindo-se aos “transtornos de si”. Foi Henri Wallon quem o retirou de seu uso nas psicopatologias, apontando uma fase do desenvolvimento infantil normal, entre dois e três anos. O autor observou que entre crianças pequenas havia atitudes que demonstravam certa

indiferenciação entre elas, ou seja, indicavam uma passagem direta de afetos entre uma criança e outra. [29]

Lacan (1949/1998) refere-se ao transitivismo ao tratar do drama do ciúme primordial, quando a criança, através do espelho, identifica-se à imago do semelhante.

Para Fernandes (2010, p. 76), o que interessa aqui são as reconfigurações em torno da noção de transitivismo propostas por Bergès quando inaugura o pensar de um transitivismo, banindo do termo qualquer semelhança com os anais de psiquiatria. Indo além de Wallon, desenha um transitivismo como um jogo de posições entre a mãe e a criança, distinguindo-o de qualquer aspecto patológico ou cronológico. Desse modo, foge completamente tanto do estado mórbido da tradição psiquiátrica, como dos moldes desenvolvimentistas da tradição walloniana. Inscreve essa noção definitivamente em outro campo: o campo das relações entre o sujeito e o Outro.

Segundo Bergés e Balbo (2002, p. 23), no transitivismo, a mãe vem a se colocar na posição do filho com dor, dizendo, por exemplo, “ai!”. O filho se coloca na pele de sua mãe, ratificando sua hipótese de que ele teria sentido dor, mesmo que ele não tenha sentido. Os autores nos dizem que aqui não está em jogo uma identificação histérica, imaginária, e sim uma colocação em jogo do afeto, que é simbólica. Trata-se de um jogo de afetação, uma contaminação do afeto entre mãe e filho.

Transitivismo pode ser considerado como a operação por meio da qual a agente da função materna faz a hipótese (identifica-se) sobre o estado da criança a partir de suas

[29] J. Bergès e G. Balbo(2004), *Jogos de posições entre a mãe e a criança, ensaios sobre o transitivismo.* Porto Alegre: CMC.

próprias sensações. É também por meio desta operação que o analista pode oferecer outra leitura ao que se passa com a criança, daí o valor clínico desta operação.

1.7- Nossa hipótese sobre o que se passa no autismo

Apresentaremos agora nossa hipótese sobre o que se passa no autismo. Do lado do bebê, haveria uma "hipersensibilidade ao outro" desde o nascimento, de origem ainda a esclarecer. Essas crianças percebem mais facilmente que os outros bebês traços faciais ou voz reveladora de ansiedade, depressão, alegria, e outros estados afetivos de seus cuidadores. Não é possível a nenhum cuidador evitar e ou deixar de transparecer nos traços faciais e voz estados afetivos desagradáveis, e o bebê hipersensível então recua o contato com os cuidadores para evitar perceber estes afetos. Esta hipersensibilidade faz o bebê se furtar da relação com o outro, não fazendo o Outro se constituir para eles.

O desejo materno, até então existente, pode se modificar, devido à pouca interação do bebê com quem faz a função materna. O bebê deixa de se prestar a ser objeto fálico da mãe, ou pelo menos um falo que possa ser trocado, daí emerge a devastação, evidenciando um gozo não delimitado pelo falo.

Para esclarecer melhor: a devastação incide sobre a mãe e sobre a criança, já que reedita um reencontro da mãe enquanto bebê com a falta de resposta dada por sua própria mãe ao singular do feminino e o reencontro desta falta ao tentar se relacionar com seu filho autista, que não responde. Pela lógica do transitivismo, onde a mãe transpõe para o filho o que ela está sentindo, confirma-se a devastação.

Como consequência, vemos uma devastação deste outro e, devido ao transitivismo, uma devastação também do bebê. Rompe-se o delicado equilíbrio de gozo

necessário à constituição do sujeito, sendo que algum gozo assume a primazia sobre os outros, devastando. Examinaremos esta hipótese ao longo desta tese.

Capitulo2- Autismo e devastação

O autismo é uma condição clínica onde podemos ver com muita frequência a devastação acontecer. A devastação, como acentua Miller (2003) nos mostra um ilimitado da dor. A devastação "... é uma dor que não pára, que não conhece limites" (Miller, 2003, p.20). Para Miller, a devastação é a outra face do amor, já que compartilham do mesmo princípio: o A barrado enquanto ilimitado, por isso diferem do sintoma, que é um sofrimento localizado.

Temos a hipótese de que os pais de crianças autistas acabam se afastando delas devido a esta dor sem limites, o que foi até então vista pelos estudiosos como falta de afeto, ausência de desejo da mãe, mãe fria, etc. Vamos trazer alguns casos onde acreditamos ter havido desde a gestação um investimento na criança, colocando em xeque a visão tradicional psicanalítica do autismo da "mãe-geladeira" (Bettelheim, 1987).

Como já referimos, nos casos atendidos desde o primeiro ano os analistas conseguiram, ao possibilitar o laço das crianças com seu agente de função materna, reverter este quadro de devastação apresentado pelos pais, e consequentemente reverter a devastação também nas crianças, negativando os sinais de autismo. Pretendemos neste trabalho examinar a economia de gozo implicada neste procedimento clínico.

Traremos agora o caso José Roberto e sua mãe Alessandra, onde investigaremos a questão da devastação.

2.1 O caso José Roberto

José Roberto chega ao meu consultório aos quatro meses de idade. Nasceu prematuro de 26 semanas, tendo tido que fazer uma cirurgia cardíaca devido a uma comunicação interatrial bastante comum em bebê grande prematuro como ele. Ficou internado quase por aproximadamente dois meses, 35 dias no CTI entubado, teve meningite neonatal e foi submetido a várias intervenções potencialmente dolorosas e arriscadas.

Sabemos por Freud no Projeto para uma psicologia científica (1895) que as primeiras experiências de satisfação e também as de dor vão constituir o núcleo do aparelho psíquico.

Há muito se abandonou a crença de que o recém-nascido não sente dor. No entanto, a maior parte dos procedimentos em UTI neonatal é ainda feita sem analgesia (Aymar, 2008). O pediatra que trabalha nestes locais geralmente não leva em conta que as experiências dolorosas também deixam marcas que podem influenciar o psiquismo futuro da criança. Atenção especial deve ser dada aos recém-nascidos prematuros, hospitalizados por muito tempo e submetidos a vários procedimentos potencialmente dolorosos como José Roberto. Alguns passam mesmo a recusar o olhar após algum tempo de internação.

A mãe Alessandra todo o tempo procurava estar ao seu lado, mas encontrava-se muito estressada e fragilizada com tantos procedimentos necessários para a sobrevivência da criança. A mãe é da área da saúde e saber do risco de vida e de sequelas que a criança corria piorava ainda mais a sua angústia. Estava há meses afastada de sua profissão e com muita dificuldade de retornar. Tinha receio de não conseguir mais trabalhar com crianças graves, o que fazia com frequência antes de engravidar, após o que passou com o filho. “Agora que vi meu filho tão grave em um

CTI, não consigo conviver com outras crianças graves.”

Quando teve alta do hospital, a avó materna que já conhecia o trabalho com pacientes com risco de autismo, nota que José Roberto evitava o olhar, tendo alertado a filha. Ele chegava mesmo a jogar-se para trás às vezes quando alguém insistia em entrar em seu campo visual. A alimentação sempre foi difícil, fazia-se um grande esforço para alimentá-lo desde que retirou a sonda, o que geralmente provocava lágrimas na mãe. A babá conseguia um resultado melhor de contato com o bebê, mas a mãe se ressentia deste fato. A avó materna também conseguia um contato maior, mesmo assim muito limitado.

José Roberto adoece com muita frequência (otites de repetição), bronquite, resfriados. Tem um refluxo importante que o fez ter bastante dor abdominal e vomitar algumas vezes após a alimentação, o que fazia a mãe entrar em pânico. O refluxo já estava medicado. A situação da alimentação desde sempre foi o que mais incomodava a mãe. Era um bebê muito chorão.

Alessandra queria muito ser mãe e já tentava engravidar há algum tempo. No entanto, percebeu que estava grávida apenas no quarto mês de gestação. No quinto mês entrou em trabalho de parto precoce e teve que ficar internada para tentar segurar ainda a gravidez, mas José Roberto acabou nascendo ainda bem prematuro e com grande risco de não sobreviver. Queixava-se de que a maternidade não era o que tinha planejado e tinha muito receio de não dar mais conta de voltar a trabalhar.

Quando chega a meu consultório José Roberto sustentava o pescoço e já se virava na direção de algum brinquedo, mais ainda não se sentava. Gostava muito de um tapete de bichos que fazia sons de animais que ganhara de presente do pai, mas recusava o olhar, mesmo diante do manhês. A mãe contou com detalhes na primeira consulta

todas as intervenções por que a criança tinha passado.

José chorava muito ao ouvir o tom de voz materno. Alessandra estava muito triste de notar que o bebê recusava o contato. Podemos dizer de uma mãe deprimida e devastada pelo sofrimento experimentado desde o nascimento de José Roberto e ainda mais pela recusa do olhar da criança. A mãe encontrava-se medicada com antidepressivos e fazia sua análise pessoal.

A mãe pergunta pelo diagnóstico, pois já havia lido o livro da analista (Campanário, 2008), e digo para ela ter calma, pois o diagnóstico só é possível após algum tempo. Um bebê prematuro submetido a muitos procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos pode apresentar uma recusa de olhar, que melhora após algum tempo. Portanto, cabia um diagnóstico diferencial com o risco de autismo.

Alessandra nunca vinha sozinha com o bebê, sempre trazia a babá, o marido ou a sua mãe. Não somente ao consultório, ela conta que tinha muito medo de estar só com o bebê e não conseguir lidar com ele. Chamava a atenção o desamparo da mãe quando ele chorava.

No entanto, quando a babá vinha, não queria que ela entrasse na sala, com ciúmes da pouca relação estabelecida pelo bebê com ela, pedindo que ela esperasse na antessala. Foi a primeira coisa que trabalhamos: a vontade de despedir esta babá, que se intrometia muito na vida familiar e conseguia contato melhor com o filho. Disse da importância de mantermos esta pessoa para a boa evolução da criança. A família se mudou para o apartamento da avó materna devido a esta insegurança de Alessandra, que se sentia melhor na casa da mãe.

A coisa mais angustiante para Alessandra era a recusa alimentar de José Roberto. A mãe ficava sempre muito queixosa de que ele não ganhava peso, aí ela

forçava a alimentação e ele vomitava. Trabalhamos o fato que o bebê, como grande prematuro que foi, podia mesmo estar um pouco abaixo do peso ideal sem que isto fosse grave e que ela não insistisse em alimentá-lo a força.

Mais tarde descortina-se o motivo de esta questão da alimentação ser tão difícil para a mãe. Ela mesma sofre ha muitos anos de anorexia, o que foi contado por sua mãe, a avó materna da criança. Ao ver o bebê reproduzindo o vomitar, não suporta, dizendo que era o pior que ele podia fazer com ela. O próprio sintoma anoréxico materno retorna com força e ela começa a emagrecer muito. Ao perceber este ponto de insuportável no laço dos dois, propus que a babá assumisse a alimentação da criança, o que foi um alívio para ambos.

O pai, apesar de preocupado, não se encontrava deprimido como a mãe, mas mesmo assim só conseguia um contato limitado com o bebê, assim como a avó materna.

Após três meses de tratamento semanal com algumas faltas devido à saúde frágil da criança, José Roberto começa a fazer algum contato visual com a analista. Usávamos muitas canções na sessão e o famoso tapete com sons de animais.

Surge um significante emitido pela mãe que fala que ele é muito “opiniudo”, por isso chora muito, não olha muito para as pessoas e é bravo. A mãe ri e José Roberto olha feliz. Passamos a usar este significante com frequência, considerando-o capaz de nomear o gozo da criança. Quando chego pergunto: José, e como foi esta semana, ainda muito “opiniudo” com mamãe? A mãe responde num belo manhês: “demais, Isabela, você nem imagina”... E ri. O bebê ri também, descontraído. “Opiniudo” permitiu a inserção da mãe na linguagem, tirando o bebê do anonimato.

As sessões se tornam cada vez mais lúdicas e a mãe passa a admirar-se das conquistas do filho: “Vamos mostrar para a Isabela que você está sentando!” Todo

mundo bate palmas quando a criança se exibe fazendo o que a mãe diz. Parece se tratar de manifestação do gozo fálico. A cada sessão, mais uma salva de palmas para as conquistas da criança. José Roberto agora sustenta o olhar por mais tempo. Torna-se uma criança risonha e ativa. Agora a mãe era capaz de transitivar, ou seja, fazer hipóteses sobre o saber de um sujeito.

A mãe agora tem a possibilidade de humanização de seu filho, adquirindo novas formas de gozo com a criança. A mãe agora adia seu prazer em tomar um banho quando chega cansada em casa de seu trabalho, brincando com José enquanto ele a solicita. “Chego cansada, mas ele está tão lindo que posso esperar para descansar, comer e tomar banho só depois que ele dorme”. “Quero ficar mais tempo com ele”.

Numa sessão a mãe se dá conta de que não menstruava há cinco meses. Faz um exame que confirma uma nova gestação. Fica contente, mas preocupada, pois José Roberto tem apenas oito meses. “queria uma diferença maior entre eles’, angustia-se ela. É outro menino, a mãe acha bom porque vão ser companheiros. Após duas semanas do diagnóstico da segunda gravidez, entra novamente em trabalho de parto prematuro e tem que ser internada para tentar retardar o trabalho de parto. Fica internada um mês, quando nasce seu outro filho, Lucas, também grande prematuro de 25 semanas.

Durante a internação da mãe, o pai ou a avó sempre trazem José Roberto às consultas. A criança manifesta falta da mãe que estava internada, mas não regrediu o contato, está cada vez melhor em seu laço com o Outro.

Após o parto, seu irmão Lucas fica internado e passa por todos os procedimentos por que José passou. No entanto, ao contrário deste, é um bebê que faz muito contato com o outro, o que permite que o Outro se constitua como função. Lucas alimenta-se bem e corre menos risco de vida que o irmão, apesar de ter ficado internado também por

quase dois meses, muito tempo entubado no CTI, submetido a vários procedimentos invasivos e cirurgias.

Alessandra volta às sessões de José Roberto, mas menos ansiosa. “Vou ter que passar tudo de novo, mas agora já sei o que é ser mãe de um grande prematuro”. Divide-se entre os dois filhos, um internado e outro em casa. E me diz: “mas agora eu noto que tanto minha mãe quanto a babá não competem comigo. Elas respeitam o meu lugar de mãe”. Mas, como os sintomas anoréxicos da mãe persistem, ela retoma sua análise individual e seu tratamento psicofarmacoterápico.

Após cinco meses do início do tratamento tenho que interromper o tratamento por motivos profissionais. Fico muito preocupada em deixar José Roberto neste momento sem tratamento, logo após sua melhora inicial, e, por isso o encaminho ao Centro de Saúde Tia Amância para a Equipe Complementar onde trabalho, pois as mesmas estão também se ocupando do caso de outro bebê com risco de autismo.

Os dois pacientes passam a ser tratados junto no grupo pais - bebê, grupo criado pela nossa equipe há cerca de sete anos após a implantação do projeto de “Intervenção a tempo” no município em que participam as três profissionais e até três crianças e seus cuidadores. Notamos que o grupo facilita algumas intervenções, por exemplo, uma mãe pode fazer uma intervenção em outra às vezes que não poderia ser feita pela analista por ser muito direta.

É um funcionamento interessante e que tem produzido ótimos resultados, além de otimizar o tempo da equipe de três pessoas que são referência para uma regional de cerca de 250.000 pessoas, sendo quase 90.000 em área de risco (aglomerados) e que utilizam o SUS como único meio de tratamento. A demanda é enorme e esta equipe pode atender apenas aos casos de maior complexidade (autismo, psicose e neuroses

graves).

Os dois pacientes, coincidentemente, têm o mesmo primeiro prenome. O atendimento em grupo revela-se um sucesso e José Roberto mantém sua melhora progressiva.

Aos 11 meses, um mês após a viagem da analista, o grupo resolve filmar algumas sessões para mostrar como os dois pacientes estão bem, enviando- me o filme.

2.1.1-Filmes de duas sessões de José Roberto

A primeira cena é uma cena linda, onde a avó sustenta José Roberto em pleno júbilo frente ao encontro de sua imagem no espelho. Todo mundo aplaude e o elogia, ele ainda com as pernas bambas, não conseguindo se sustentar, mas olha para todos os adultos presentes com expressão de alegria.

O outro paciente, José Tiago, solta um grunhido, pois todos olham para seu companheiro de sessão, se esquecendo dele, pois estão encantados com o encantamento especular de José Roberto. Flávia, a fonoaudióloga, diz em um sonoro manhês falando no lugar de José Tiago: “Olha pra mim também, gente”! “Vocês olham só para o outro José, gente”.

Nesta cena, Alessandra, mãe de José Roberto, encontra-se com José Tiago, o companheiro de sessão de José Roberto no colo, Marina (a avó materna) sustenta o neto diante do espelho, e Luciana (TO) faz gracinhas para ele através do espelho. José Roberto responde também fazendo gracinhas e olhando para cada um dos adultos. Nesta cena, todos estão sentados no chão, rindo muito, menos Marília, mãe de José Tiago, que observa a cena sentada na cadeira, alheia, e Flávia (fonoaudióloga) que filma e intervém

com o manhês.

Na segunda cena, Flávia, Luciana e a babá de José Roberto cantam e os meninos, sustentados por debaixo do braço, interagem com lalação e movimentos rítmicos de corpo, como se estivessem dançando. Logo em seguida, percebemos José Roberto brincando de "pude" com a babá, ocultando o rosto para achar novamente o seu olhar. Sabemos de como estes jogos de ocultação descritos por Winnicott (1941/1993) e Freud (1926/1990) são precursores da capacidade de simbolizar e, portanto, de falar.

José Roberto sente muitos ciúmes quando seu irmão Lucas tem alta do hospital e vem para casa, principalmente porque trocam sua babá por uma nova e põem a antiga babá para cuidar do irmão.

José Roberto, que já falava algumas palavras como mamã, papá, e o nome da babá, pára de falar. A família sai do apartamento da avó e retorna ao apartamento do casal, outra mudança que a criança estranha, pois é muito ligado à avó materna. No entanto, vai com muita frequência à casa da mesma, o que minimiza esta perda.

A equipe não foi informada nestas trocas. Mas José Roberto reage bem e recupera-se relativamente bem destas mudanças. Seu vínculo com o Outro parece relativamente bem estabelecido, mesmo diante de perdas que antes poderiam ser gravíssimas devido à hipersensibilidade destas crianças às mudanças e às contingências da vida.

Quando retomo seu atendimento, José Roberto está com um ano e quatro meses e está muito bem: brinca muito de *fort da*[30] (abre e fecha portas, esconde-se atrás de objetos, para depois voltar a encontrar o olhar da analista, que fala "pude"), volta a falar

[30] Brincadeira observada por Freud (1920/1990) em seu neto de 18 meses que, diante da partida da mãe, punha-se a brincar com um carretel fazendo-o desaparecer e aparecer acompanhado dos sons óoo (fort-lá), quando o mesmo sumia e da (aqui), quando reaparecia. Freud interpreta o jogo, entre outras coisas, como a capacidade que a criança pode adquirir de simbolização da ausência materna.

algumas palavrinhas, como o nome da nova babá, vovó, papai.

Não se furta mais ao contato visual. Ao brincar de comidinha, dá de comer ao adulto e fica contente quando falamos que está gostoso. Aponta objetos para o deleite escópico dos adultos. Todos estes sinais excluiriam o autismo pelo CHAT[31] aos 18 meses.

Persiste apenas a recusa alimentar: só aceita líquidos e mesmo assim com a babá, que tem que fazer com algum esforço. Com a mãe é pior, ela perde a paciência, o força a comer e ele vomita, aí ela grita com ele. O bebê chora muito e recusa olhá-la por alguns dias. A avó faz intervenções para evitar estas cenas.

Acho interessante que, dentre os sinais de autismo, este foi o único que restou, coincidindo com a questão materna. Esta anorexia seria ainda uma dificuldade que os autistas podem apresentar na passagem de alimentos líquidos para sólidos ou já se trata de uma identificação com a anorexia materna? Esta dificuldade alimentar seria dirigida a Alessandra - um ensaio frustrado de separação de seu Outro materno, permanecendo naquele momento na alienação?

Alessandra naquele momento tinha muita dificuldade de vir às sessões, mandava sempre a babá na frente e aparecia quase no final da sessão para buscá-los, dizendo que teve que fazer compras, talvez o que denotasse uma dificuldade em exibir seu corpo cada vez mais magro. Algumas vezes manda José Roberto com a avó materna e/ ou paterna. Estava visivelmente emagrecida e sabemos através de sua mãe que a anorexia

[31] O *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) e um instrumento que, ao ser aplicado a crianças aos 18 meses, pode identificar crianças que mais tarde se comprovaram autistas. O diagnóstico baseia-se na falha de três itens do teste: o apontar protodeclarativo, apontar que não pode estar ligado a objetos da necessidade da criança; o jogar simbólico, ou seja, o brincar de "faz-de-conta"; o evitar do olhar. O CHAT mostrou ter uma especificidade de 98%, mas uma sensibilidade de apenas 38%, deixando de diagnosticar muitas crianças que mais tarde se tornaram autistas. Ainda não existem testes estabelecidos para idades inferiores a dezoito meses. (Baird *et al*, 2000).

está em um momento preocupante, mas ela não nos fala nada. Continuava seu tratamento individual com análise e medicação.

Após um mês do retorno da analista, interrompeu o tratamento de José Roberto por quase dois meses. Após contato telefônico da analista, fala que José estava com uma otite de repetição, por isso parou de levá-lo, mas que vai voltar, o que não fez. Após duas semanas de aguardo, a analista ligou novamente para a mãe e não conseguiu falar.

Ligou então para a avó materna explicando que havia ainda risco de recaída, que o paciente não podia ficar sem o tratamento (o que já tinha sido dito para a mãe). A avó não tinha sido informada pela mãe que esta não estava levando o filho ao tratamento e dá uma bronca na filha, retornando com a criança, que felizmente não apresentou regressão.

Esta avó, no entanto, queixa-se de que sua linguagem está atrasada. Com um ano e sete meses, não houve progresso, apenas as mesmas poucas palavras. A analista a tranquilizou e orientou que a criança já tem brincar simbólico, repete muito o *fort da* e que por isto já tem todas as pré-condições necessárias para falar. No entanto, devia retornar ao tratamento e entrar em uma escolinha com poucas crianças no próximo ano para permitir sua circulação na fala e na linguagem.

Marina, a avó, contou também que José Roberto não suportou uma aula de musicalização para bebês a que foi levado devido ao fato de gostar muito de tocar instrumentos musicais nas sessões. Tapava os ouvidos e chorava com expressão facial de dor. Quando a professora propõe sons mais brandos e atendimento individual, o bebê fica melhor. A analista explica que a hipersensibilidade (neste caso, auditiva) da criança ainda pode persistir alguns anos e que deve ser respeitada.

José Roberto chorava muito também por ter de ir aos médicos, mesmo à sua

pediatra, o que faz a mesma espaçar seus controles de rotina. Marina preocupa-se com a possibilidade de uma nova cirurgia para a descida dos testículos que a pediatra diz ser necessário fazer dentro de poucos meses. A analista orientou que deve ser feita apenas se imprescindível. A cirurgia foi feita aos dois anos e meio e José Roberto focou bem durante o procedimento.

A avó conta que não houve melhora na recusa alimentar do bebê e na anorexia de Alessandra. A mãe já chegava do trabalho estressada e a primeira coisa que perguntava era: Ele vomitou? Comeu? O que comeu? E outras questões relativas à alimentação.

Na sessão seguinte, Alessandra veio com José Roberto e refazemos o contrato da análise. Alessandra diz que o filho continua “opiniudo”, e solta um riso que demonstra certo prazer com as birras do filho. Diz que ficou de castigo por poucos segundos (foi colocado em uma cadeirinha para pensar por alguns minutos porque bateu na avó). A criança de fato tornou-se birrenta, mesmo nas sessões.

José Roberto passou a ter dificuldade de dormir. “Agora chego do trabalho e tenho que ficar um tempo enorme pondo ele para dormir, suja, sem banho, sem tempo de resolver minhas coisas, está muito ruim assim, não acho mais graça não”.

A mãe chegou a uma sessão dizendo que José voltou a adoecer, tossiu e vomitou toda a semana. No fim de semana a mãe saiu e foi passear sozinha com Lucas porque José Roberto tinha vomitado várias vezes antes de sair, tendo sido, por isso, deixado para trás com a avó materna. A mãe conta que o pai bateu nele um dia em que vomitou muito e que a mãe voltou a gritar. Novamente orientei para “fazer ouvido de mercador” aos vômitos e não gritar e bater.

Um novo afastamento da analista para estudo se fez necessário. Quando retorno,

Alessandra tinha colocado José Roberto numa escola pela manhã que coincidia com o horário das sessões no Centro de Saúde. Fez novo movimento de interromper o tratamento e apelo para a avó, que mais uma vez tem que sustentar para que José Roberto voltasse a ser atendido. A avó me queixou de que muitas vezes tem que invadir a privacidade da filha para que José Roberto retome o tratamento e queixou-se do relacionamento mãe-filha, onde não ha muita separação e, por isto, também se torna devastador muitas vezes.

Acabamos retornando o tratamento de José no meu consultório particular, pois a mãe preferia assim. José estava com dois anos e meio. Falava algumas sílabas e alguns nomes- Bé, se referindo a mim, Papá, Vovó, Gungun (a madrinha por quem tem adoração), Vavá, a sua nova babá, Manu, a coleguinha de escola que sempre o chama para brincar e tenta beijá-lo.

A mãe se ressentia de que ele não falava mamãe, mas está muito carinhosa com José Roberto, passa a vir sozinha com ele a maioria das sessões, beijando-o muito e é claro o prazer experimentado em seu manhês quando o filho faz alguma coisa que causava admiração. Ficava toda contente quando a elogio, em como melhorou sua relação com José Roberto.

Somente algumas vezes pedia que a mãe, a avó paterna ou o pai o trouxessem à sessão. Alessandra também queixava-se da relação com sua própria mãe, ao mesmo tempo muito próxima, mas também muito invasiva e de sua dificuldade em se separar de seus cuidados e mesmo de cuidar de seus filhos sem ela. Não falava da sua anorexia, mas percebo que ela estava menos magra e menos deprimida, e também não toco na questão, já que a mesma mantém sua análise individual.

José Roberto entrava na sala, brincava com carrinhos, depois brincava com uma

casinha onde já colocou personagens- a mãe, o pai, a avó materna, a madrinha, a babá e Manu, que ele mesmo escolheu entre minha família de bonecos. Sempre excluía Lucas na brincadeira, de quem tinha muitos ciúmes. Muitas vezes batia no pai, esquecendo-se dele num canto da casinha, demonstrando uma clara rivalidade edipiana. Porém é muito interessante porque quando estava em apuros na sessão, por exemplo, numa sessão em que foi trazido pela avó paterna, chorou para entrar, estranhou, emitindo um apelo por várias vezes: “Papá, Papá”...

Em casa continuava se servindo do vômito para exercer algum controle sobre os pais. Alessandra se estressava menos, mas o pai perdia a paciência e batia nele algumas vezes. Há alguns meses passou a só aceitar dormir com os pais. O pai saia da cama e ia dormir no quarto com Lucas, o irmão, e a mãe ficava com ele no quarto do casal. Após abordar a questão em uma sessão com a mãe, ela vai dormir na sala e ele dorme sozinho na cama de casal. Faço uma nova intervenção muito direta na sessão seguinte, comunicando-lhe:

> *Isabela- José, você já tem dois anos, a mamãe disse que a Manu quer até te namorar e como é que pode dormir ainda com a mamãe, o que a Manu vai achar disto... Hoje vamos colocar na casinha mamãe e papai dormindo juntos, ok?*
>
> *(José Roberto consente e colocamos os bonecos que representavam os pais em um quarto dormindo juntos e fechei as portas. Em seguida pegou o personagem que o representava e chamou rapidamente a que representava a sua madrinha que ele chamava de Gungun para sair e passear de carro)...*

A partir dai passou a aceitar dormir sozinho.

Mas os pais continuavam a colocá-lo na cama deles (sozinho), a mãe dormia na sala e o pai com Lucas. O pai se ressentia disto em uma sessão dizendo que há muito se esqueceu do que é ser marido e mulher. Mas ao mesmo tempo dizia: “ele dorme cedo, se dormir na sala vai atrapalhar todo mundo de ver televisão”.

Muitas vezes José brincava de fazer comidinha e alimentava os bonecos, a mãe e a analista durante a sessão. Em algumas sessões, a avó trazia comida de verdade e ele alimentava a todos, mas mantinha a recusa de alimentos sólidos. Noto que a mãe discretamente comia também apenas um pouco, numa pantomima de prazer pouco convincente com a comida.

Neste momento foi feita mais uma interrupção por um mês, novamente por motivo de estudo, mas faço desta vez um contrato prévio com a mãe de que não a estou abandonando para que ela não repetisse o movimento de abandono das sessões quando eu voltasse, pois José se ressentia muito dos meses que ela demorava em voltar.

A mãe interrogou a possibilidade de tirar José da escola orientada pelo otorrinolaringologista, pois as otites de repetição pioraram devido ao contato com os coleguinhas. Em resposta, sustento a importância da manutenção da escola, pois o adoecer pode tornar-se mais comum nas crianças logo que passam a ter mais interações com os colegas.

Quando volto, retomaram prontamente o atendimento e, surpreendentemente: José Roberto, aos dois anos e três meses, estava falando tudo, frases completas! Muito inteligente, a mãe diz que sabia até digitar sua senha do cartão de crédito e de débito!

Mas a recusa alimentar persistia e por isso os pais recorreram a uma TO

especializada em autismo, considerando sua anorexia como uma hipersensibilidade das crianças autistas aos alimentos sólidos que as levava a preferir alimentos líquidos e pastosos. A identificação com o sintoma materno era desconsiderada. Foi também retirado da escola com a proposta de retornar no ano seguinte na companhia do irmão, Lucas, pois passara a vomitar muito ao ser deixado na escola. Diante da constatação da dimensão ainda insuportável deste sintoma para a família, consinto na retirada temporária da escola.

José Roberto pedia limites à família através de suas birras. O pai tinha dificuldades em se colocar através da palavra e batia nele como resposta. A mãe desautorizava o pai. Trabalhamos a necessidade do pai em fazer valer o valor simbólico da palavra, dizendo "não" sem precisar recorrer ao ato de bater e à mãe que sustentasse este "não" diante da criança.

Um fragmento de sessão de José Roberto aos dois anos e meio em que a criança brincava de casinha e de fazer comida nas panelinhas, dando de comer aos adultos presentes (a avó e eu) e aos bonecos que representavam a mãe, o pai e avó, permite situar sua posição. Transcrevo o diálogo que se segue:

JR(José Roberto)- A vovó filma o Jojô... (ainda referia-se a si mesmo na terceira pessoa, usando este apelido que a família lhe dava).

I- (Isabela)- O que o Jojô vai fazer hoje?

JR- Ei, meu bem. Fala dirigindo-se à avó, que filma.

A(avó)- Ei, meu bem...(imita a avó).

I-O que o meu bem vai fazer com estes ovos?

(José Roberto pega alguns ovos e coloca numa panelinha).

JR- a panelinha...

JR- O outro papai...

I-Quem é o outro papai?

(Pega o boneco que representa a avó na casinha e diz):

JR- a vovó...

(Vai em direção à avó):

JR- Os óculos da vovó...

A- Vai lá e coloca a vovó junto com a mamãe!

(José Roberto as coloca juntas, mas depois as separa, cada uma em sua almofada. Começa a cozinhar e dá o ovo para a boneca que representa a avó e para a que representa a mãe).

Neste fragmento de sessão, vemos que José Roberto solicita a avó como função paterna auxiliar, o que nos leva a perguntar: a criança pedia alguém que auxiliasse a separação difícil entre ele e a mãe? No entanto, vimos que a avó responde mandando que ele coloque o boneco que a representa junto com o da mãe, sem separação. Ele faz isto a princípio, mas depois as separa.

Malvine Zalcberg (2003) em seu livro *A relação mãe-filha,* nos traz reflexões interessantíssimas a respeito da devastação, ao trazer-nos filmes preciosos, como *A sonata de Outono* de Bergman e casuística muito rica de sua própria clinica onde a devastação se dá quando a separação se faz dificultada.

Chama a atenção uma das frases com que a autora abre seu livro. Para toda mulher, há sempre três mulheres- ela menina, sua mãe e a mãe da mãe. (Winnicott, 1987, citado por Zalcberg, 2003). Acho preciosa esta frase em relação a este caso clínico e mesmo a outros, onde o papel da avó como função materna e/ ou paterna suplementar é demandada, o que, ao mesmo tempo pode manter a dificuldade de separação. Muitas vezes a intervenção clinica na psicanalise mãe-bebê pode atingir a neurose infantil materna, fazendo ressurgir a mãe enquanto menina. Constatamos que muitas intervenções clinicas em manhês têm este objetivo.

Conseguiremos através da análise auxiliar esta separação difícil entre Alessandra e Marina e entre Alessandra e José Roberto que traz a anorexia e as birras como sintoma que apontavam, naquele momento do tratamento para um ensaio frustrado de separação? Para trazer a luz a estes questionamentos, é necessário aprofundarmos o conceito de devastação.

2.2-Voltando à devastação

Seria útil explorarmos o conceito de devastação, termo que Lacan emprega inicialmente para qualificar a relação mãe-filha e posteriormente em relação ao parceiro amoroso devastador.

O dicionário histórico da língua francesa Robert nos diz que "*ravage*" vem do latim popular "*rapire*", uma variação do latim clássico "*rapere*", que significa levar à força ou de surpresa, pegar rapidamente, "pilhar, roubar". A palavra passou para o francês guardando o sentido do latim.

Por analogia a pilhar, "*ravage"* passa a significar o que as águas arrastam com elas, designando por metonímia um dano importante causado com violência e rapidez. Desde a época clássica, refere-se a "*ravage"* aos desgastes provocados pelo tempo, pela doença, pela inquietação. Nos dias atuais, o verbo "*ravager"* significa estragar gravemente ou, no sentido figurado, suscitar em alguém graves perturbações físicas ou morais. O particípio passado *"ravagé"* passa a ter o sentido de louco.

Para Miller (2003), trata-se, portanto, de uma depredação que se estende a tudo, sem limites.

Em psicanálise, o termo *ravage*[32] (devastação, estrago) é empregado por Lacan pela primeira vez em 1973/2003 no texto O aturdido, após haver escrito as fórmulas da sexuação.

> "... a elucubração freudiana do complexo de Édipo, que faz da mulher peixe na água, pela castração ser nela ponto de partida, contrasta dolorosamente com a realidade de *devastação* que constitui, na mulher, em sua maioria, a relação com a mãe, de quem, como mulher, ela realmente parece esperar mais *substância* que do pai – o que não combina com ele ser segundo, nessa devastação" (Lacan, 2003, p. 465, grifo nosso.).

Lacan busca com esse termo retomar aquele usado por Freud que é catástrofe. "A transição para o objeto paterno é realizada com o auxílio das tendências passivas, na medida em que escaparam à catástrofe" (Freud, 1931/1990, p.275).

Devastação e catástrofe, portanto, se referem aos laços estabelecidos entre uma menina e sua mãe e àquilo que, dessa ligação, resta na subjetividade feminina. Vamos encontrar inicialmente em Freud uma leitura da relação primitiva da mulher com sua mãe abordada por seu conceito de inveja do pênis (*Penisneid*). Este é um termo que já aparece na obra de Freud em 1908/1990, em "Sobre as teorias sexuais das crianças",

[32] Vamos escolher a tradução de *ravage* por devastação por ser mais aproximada da palavra usada por Freud, catástrofe.

referindo-se à inveja experimentada pela menina em relação ao menino, que possui o pênis.

Freud se interroga posteriormente sobre os destinos da inveja do pênis na vida psíquica posterior da mulher e sua articulação com a ligação pré-edípica da menina com sua mãe. A menina faz de sua mãe a responsável por sua falta de pênis e não lhe perdoa por essa desvantagem, por isso a ligação da menina com sua mãe termina em ódio. Há uma pré-história à qual não se tem acesso pela linguagem, pré-história inacessível, mas escrita alguma vez, deixando marcas que sobrevivem.

Se a inveja do pênis corresponde a uma fixação infantil precoce é porque uma parte do gozo do sujeito se encontra implicada nela, gozo que é decepção que se repete, situado para além do princípio do prazer. Por isso, Freud fala que a inveja e o ciúme desempenham um papel mais importante na vida psíquica das mulheres do que na dos homens.

Freud faz a sexualidade feminina derivar da inveja do pênis e observa quatro consequências psíquicas decorrentes dela: a cicatriz, marca da relação que uma mulher tem com seu próprio corpo, fazendo de sua imagem uma forma de suturar essa ferida; o ciúme e a inveja, que dão origem ao fantasma “Bate-se numa criança”, onde o sujeito faz uma passagem da relação da mãe para o pai como objeto de amor; a devastação (catástrofe), que situa a mãe como responsável pela falta da filha e sendo suposta gozar dela; a reação contra a masturbação que abre a via para a sexualidade feminina segundo a metonímia e não da metáfora dos objetos femininos (Freud, 1925/1990, p.315).

Em Freud, a catástrofe está estritamente relacionada ao destino do falo na menina e ele observa que certas mulheres permanecem em sua ligação original com a mãe sem nunca alcançarem uma verdadeira mudança em relação aos homens. Freud

observa ainda que essa ligação com a mãe esteja relacionada à etiologia da histeria assim como ao germe da paranóia. Portanto, a questão da devastação é trans-estrutural.

Segundo Estela Solano-Suarez (2006), Lacan desloca a problemática feminina, posto que Freud a havia centrado na relação das mulheres com respeito à demanda dirigida ao pai. Lacan caracteriza fundamentalmente a posição feminina a partir da relação com a mãe. É desse modo que ele nos fala da devastação. Na frase anteriormente apontada de "O aturdido", Lacan (1973/2003) afirma que a menina parece esperar da mãe mais substância que do pai. A menina espera da mãe, e não do pai, um "a mais" de substância.

Esta frase é pequena, mas, ao mesmo tempo, é muito enigmática. Solano- Suarez se propõe a desenvolvê-la e inicia buscando o valor semântico desse termo, substância. Substância, assim como subsistência tem a mesma etimologia, vinda do latim clássico "*subsistere"*.

No Dicionário Histórico da língua francesa, Robert, a autora encontrou coisas muito interessantes. Sobre este termo "*subsistere"*, que significa habitar um lugar e, ao mesmo tempo, resistir, não ceder. Por um lado, encontramos o prefixo sub e, por outro, o verbo "*sistere"*. O verbo "*sistere"* deriva do verbo "*stare"*, que também é um verbo proveniente do latim. Em francês, é um verbo desaparecido. Ele é encontrado em espanhol, em italiano e em português sob a forma do verbo estar. Em francês, perdurou o verbo "*essere"*, do qual provém o verbo ser (*être)*. "*Stare"* não é da mesma ordem que "*essere"*, pois é algo transitório.

Solano- Suarez assinala que temos o recurso ao uso do verbo "*stare"* para qualificar algo da ordem do que não é essencial, mas que concorda com a temporalidade enquanto contingência. O que é interessante é que "*stare"* se encontra presente também

na etimologia de *existere* ou *exsistere*, existir. Lacan deu grande importância ao ex-sistir, que quer dizer ocupar um lugar fora de, estar fora, estar de outro lado. Ex-sistir é ter um lugar diferente do ser. Há uma diferença entre o que é da ordem do ser e o que é da ordem da existência. Segundo Lacan, o ser não existe fora do que se diz.

No entanto, a existência, ao contrário, não é algo que podemos qualificar a partir do que se diz. Não se pode qualificar a existência de uma mulher através das categorias que definam o seu ser e essa é a problemática fundamental da feminilidade, ou seja, a problemática da feminilidade repousa sobre a problemática da ex-sistência/existência.

Subsistência é o que permite viver, é o que se refere aos víveres. Por isso, podemos imaginar a enormidade do que uma mulher espera de sua mãe. Trata-se de algo que ela, seguramente, não lhe pode dar, uma vez que a mãe não lhe pode dar nem a existência enquanto mulher, nem o ser de mulher e nem, tampouco, a substância feminina. Não lhe dá e não é porque não quer, mas porque é algo da ordem do impossível.

Retornemos a Freud, à sua conferência sobre a feminilidade. Ali ele acentua o fato de que o laço da menina com sua mãe termina em ódio que encontra sua raiz na desmedida reivindicação de amor da menina. Freud fala da demanda oral dirigida à mãe, que é uma demanda ilimitada. Nesta articulação entre amor e pulsão encontramos a significação do termo subsistência, no sentido do seu primeiro valor semântico, quer dizer daquilo que permite viver, daquilo que assegura os víveres. Seguindo Solano-Suarez (2006), esta perspectiva abre uma via de exploração interessante, da qual podemos tirar uma série de consequências clínicas onde se confirma, efetivamente, que

a demanda oral da menina em direção à mãe, nas análises de mulheres, está sempre muito ativa.

Interessante observarmos em relação ao caso José Roberto, a avó materna com frequência traz comida para as sessões de análise do neto. José e Alessandra recusam os viveres trazidos pela avó. Esta mesma avó sustenta o tratamento do neto ao fazê-lo retornar as sessões e assumindo, inclusive, o seu pagamento. Observamos a co-relação entre o suprimento alimentar e o psicoterápico. Alessandra foge muitas vezes do tratamento oferecido e pago pela avó. A demanda oral de Alessandra pelo nada chama a atenção.

Em “O Aturdido”, Lacan(1973/2003) apresenta as raízes lógicas do desmedido que uma mulher espera com relação à sua mãe, que se encontra correlacionada ao real da posição feminina, quer dizer, ao impossível da posição feminina. Impossível no sentido do que não cessa de não se escrever para uma mulher, levando-a a demanda desmedida. Lacan desenvolveu sob o nome de fórmulas quânticas da sexuação esta questão.

. Não existe uma exceção do lado feminino que ponha um limite à função fálica. O falo, que se escreve com a letra grega Φ, é um símbolo, um significante que pode ser inscrito no inconsciente como uma função lógica. Segundo esta lógica da sexuação, haveria duas formas de inscrever-se.

Um dos modos de inscrição possível responde à lógica que se articula no complexo de Édipo freudiano, como lógica do Um da exceção. Esta lógica caracteriza segundo Lacan, a lógica edípica, a que a sexuação masculina responde. Isso quer dizer que todo o gozo masculino responde à articulação da função fálica porque existe Um

que se inscreve como exceção. É a forma lógica sob a qual Lacan escreve o impossível do pai de "Totem e tabu", que goza de todas as mulheres.

Existe outra lógica que escapa ao Um e ao Todo. Lacan a articula ao mais além do Édipo freudiano. No lado feminino não há exceção à função fálica e é por isso, fora do universal. Por isso o gozo não está todo regido pelo falo.

A consequência lógica disto é que A mulher não existe. Não há universal da mulher. Não é possível construir o conjunto de todas as mulheres já que todas as mulheres não podem se classificar dentro de uma equivalência em relação ao falo. Portanto, do lado feminino, nós nos encontramos frente a várias exceções, onde cada uma é particular e, em consequência, nenhuma pode realizar em seu ser, salvo na psicose, A mulher que não existe.

As mulheres se deixam enganar, creem que a Outra mulher possui o mistério da verdadeira feminilidade. A paixão pela Outra mulher é paixão histérica por excelência. A demanda de amor feminina, como Lacan a demonstrou, é uma demanda que não cessa e que pede ainda mais, *encore*. Este "ainda" caracteriza a demanda de amor das mulheres e é sempre ainda, mais, porque do lado feminino não há um limite.

Como amar é dar o que não se tem[33], o amor é o mais difícil dos dons. Nunca temos certeza do amor do outro, a não ser na psicose. Após uma análise, os signos do amor materno podem adquirir outra significação para a menina que até então não se julgava amada pela mãe. A demanda de amor feminina pede signos e palavras do Outro que possam dar uma consistência ao seu ser. "Portanto, poderíamos supor que a devastação em uma mulher caracteriza o enredo específico do real do qual ela é um efeito enquanto mulher" (Solano-Suarez, 2006, p.8).

[33] "[...] amar é sempre dar o que não se tem, e não dar o que se tem". LACAN, J. (1957-58/1999). *O Seminário, livro 5:* as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 218.

A única coisa que uma mãe pode dar para a filha é um signo de amor e seu modo particular de lidar com o impossível da feminilidade. Ela não pode lhe transmitir mais porque não há um saber sobre o gozo feminino.

A experiência da mãe para se tornar mulher nunca poderá ser transmitida à sua filha porque a mãe não pode transmitir o Um da exceção que fundaria o todo da feminilidade. Neste sentido, a filha deve renunciar à espera que a mãe lhe ensine o que é ser uma mulher. A filha supõe que a mãe encerra um segredo sobre a feminilidade que não quer transmitir. É necessário que a análise faça a mulher cair desta ilusão, para que ela possa assumir seu modo de fazer com o feminino, e como a mãe encontrar um parceiro, um homem do qual ela faça sinthoma para ter filhos[34].

No entanto, a mãe não pode transmitir à sua filha nada mais do que sua própria exclusão das palavras, exclusão que é própria à feminilidade, exclusão da qual a mãe leva as marcas em seu corpo de mulher. São esses signos de exclusão que a mãe leva no corpo que a menina terá interpretado *ao avesso*, produzindo um efeito de devastação.

Para Solano-Suarez, a saída da devastação para uma mulher, que ela chama de a paixão maior feminina, é possível de ser feita em uma análise, permitindo à mulher poder responder ao real em jogo na posição feminina. Criando sua própria versão, um "saber fazer" com a feminilidade, que não é um saber teórico, correspondendo ao saber fazer do artesão. As mulheres são artesãs de sua própria feminilidade. Por isso as mulheres são peritas em cobrir o real, delas e também do corpo de seus filhos enquanto bebês. Só quando se liberta da devastação é que a mulher cria um saber fazer com o real do feminino.

[34] Segundo Lacan(1975-76/2007), em *O seminário, Livro 23*, O Sinthoma, a mulher seria sinthoma para o homem, enquanto o homem seria devastação para a mulher.

Não vemos isto ainda com Alessandra. E interessante que ela consegue separar-se de seu filho ao dormir, mas não volta a partilhar o leito com o marido, que se ressente disto. Também investe muito pouco em cobrir o real de seu corpo magro de objetos fálicos.

A devastação é diferente da reivindicação fálica (Soler, 2005, p.186). Pode até ser combinada com ela, mas não se resume a uma questão fálica. Diante do gozo Outro, feminino, o sujeito se divide entre a abolição subjetiva e o Outro absoluto.

Outra referencia importante de leitura em relação à devastação é o livro de Marie-Magdeleine Lessana (2000): *Entre mère et fille: un ravage* [35] infelizmente ainda não traduzido para o português. Examinando a intimidade da relação mãe-filha de várias celebridades através de livros publicados de correspondência e fatos históricos, ela traz a relação de Marquesa Sevigné e sua filha, tão bela que chegou a ser, aos 18 anos, considerada a mulher mais bela da França e cortejada pelo rei sol que a queria para amante, o que foi obstaculizado pela mãe, retirando sua filha dos bailes da corte e arranjando um casamento para ela com um homem mais velho, o Conde de Grignan. Quando o casal vai morar no interior, a Marquesa escreve cartas de amor apaixonadas, não suportando se separar da filha, publicadas em sua correspondência[36].

Em seguida, Lessana aborda a relação de Marlene Dietrich e de sua filha Maria Riva, considerando-a uma devastação sem saída, já que nem a publicação de um livro denunciando a péssima relação mãe-filha escrito por Maria apos a morte da mãe conseguiu descolar a filha da imagem fascinante de Marlene.

O terceiro caso trazido por Lessana é o de Camille Claudel, a famosa escultora, e sua mãe. Apos terminar a relação de amante que mantinha com Rodin, Camille

[35] Entre mãe e filha: uma devastação
[36] Madame de Sevigné, *Correspondence*, Paris Gallimard,1996, citado por Lessana (2000).

desenvolve uma paranóia e é internada em um hospital psiquiátrico. Apos ter estabilizado seu delírio, apela à mãe que a deixe sair do hospício, mas a mãe não o faz e a artista acaba morrendo no hospital após 30 anos de internação psiquiátrica.

Lessana (2000) prossegue trazendo o caso de Marguerite Anzieu, celebrizada por Lacan em sua tese de psiquiatria de 1932[37] sobre o nome de Aimeé. Marguerite nasce logo apos a morte de uma irmã que morre queimada, tendo o mesmo prenome que ela. A mãe desenvolve um quadro paranóico e Marguerite é criada por sua irmã mais velha, com quem mantém uma relação próxima e, ao mesmo tempo, devastadora. Marguerite se casa, tem um filho que será psicanalista (Didier Anzieu) e os poucos desenvolve sua paranóia. Deixa filho e marido morando com sua irmã e se muda para Paris sozinha. Passa ao ato ao esfaquear uma famosa atriz de teatro que estaria para ela encenando sua vida em público.

Lessana traz também o caso das irmãs Papin, Christine e Léa, as empregadas que mataram violenta e inesperadamente suas patroas[38]. Christine é enviada a morar com uma parenta até a idade de sete anos, pois seu pai violou a sua irmã mais velha, Émile. Quando Léa, a caçula nasce a mãe se divorcia do pai e coloca as duas filhas mais velhas em um convento.

Christine queria ser religiosa, mas a mãe a impede e a manda trabalhar em uma casa de família com a idade de 15 anos. Quase tudo o que a filha ganhava era confiscado pela mãe. Já Émile, maior de idade, rompe com a mãe e se torna irmã de caridade. Léa vai seguir o mesmo destino de Christine, trabalhar em casa de família como doméstica. Christine tinha adoração pela irmã caçula, Léa.

---

[37] *De la psychose paranoiaque dans ses raports avec la personalité* (*A psicose paranóica e suas relações com a personalidade*), com primeira edição de 1932, reeditada em *Premiers écrits sur la paranoia*, *Primeiros escritos sobre a paranóia*. Paris, Seuil, 1975, citado por Lessana, 2000.

[38] Este caso clinico e encenado em uma famosa peça de teatro: " As criadas".

A Sra. Lancelin e sua filha as empregam e começam a interferir na relação abusiva da mãe para com suas empregadas, que não conseguem se emancipar do domínio da mesma. As criadas eram pacíficas e obedientes com as patroas.

Um dia, o chegar a casa sem eletricidade, a patroa faz um gesto de lançar os braços em direção a Christine, que se sentiu atacada. Lessana nos diz que Christine toma o significante Lancelin, que vem de *lancer*, atirar, no real, se sentindo agredida pela patroa; a patroa e sua filha foram atacadas pelas empregadas e assassinadas brutalmente, tendo, inclusive, os olhos arrancados.

Christine foi condenada a morte, pois assume a culpa e Léa pega dez anos de trabalhos forçados como coadjuvante do crime. Christine faz uma greve de fome ao ser separada de Léa, pois a considerava seu marido e morre apresentando cenas de um delírio erótico em relação à irmã ao ser transferida para um hospital psiquiátrico. Léa, após ser solta, volta a morar com a mãe, continuando a trabalhar em casas de família e a sustentar a mãe, sonhando um dia poder ser religiosa como a irmã mais velha, não se separando nunca de sua mãe.

Lessana traz ainda o caso de Lol V. Stein, personagem de Marguerite Duras em seu livro *"O arrebatamento de Lol V. Stein"*, publicado em 1965/2003. Podemos sinteticamente resumir o romance em três partes. Na parte um Lol perde seu amante em um baile para uma mulher trajando um maravilhoso vestido preto. A mãe surge no baile para retirar a filha do arrebatamento provocado pela visão do corpo envelopado pelo vestido da Outra mulher dançando com o seu noivo. Lacan (1965/2003) diz que esta primeira parte do romance é a mais fundamental, sendo as outras decorrentes dela.

Na parte dois, Lol é levada pela a mãe a morar longe do local do baile, casa-se com um homem com quem tem uma relação muito semelhante à que tinha com a mãe, e

vai cada vez mais se isolando das pessoas.

Na parte três, após a morte da mãe, Lol volta a sua cidade e reencontra Tatiana, uma colega de juventude e passa a assistir aos encontros dela com seu amante deitada em um campo de centeio frente ao hotel, revivendo a cena do baile onde perdera seu amante para a Outra mulher. Logo após, Lol enlouquece, sendo arrebatada definitivamente. A devastação é consequência do arrebatamento[12] devido à falta de significante da mulher. Voltemos ao dicionário Histórico da Língua Francesa, Robert, para nos ajudar em ralação ao termo "*ravissement"* (arrebatamento). O termo, assim como *"ravage"* vem do latim popular "*rapire*" (pilhar, roubar).

A aproximação etimológica dos dois termos justifica que liguemos o arrebatamento à devastação. No século XII, *"ravir"* passa a corresponder a fazer experimentar um movimento de exaltação, um vivo sentimento de admiração. Aparecido no século XIII, o termo "*ravissement"* exprimiu até a época clássica o fato de levar alguém à força, por rapto. O termo passa ao uso comum com o sentido de o estado de uma pessoa transportada de admiração, de alegria (desde 1553). Arrebatamento envia também a deslumbramento, referindo-se ao que provoca êxtase e, ainda, ao místico. *"Ravissement*" pode se referir também a uma forma de êxtase na qual a alma é tomada por uma força superior, divina, à qual não pode resistir.

Lacan comenta: "Não se enganem, sobretudo, a respeito do lugar do olhar aqui. Não é Lol quem olha, nem que seja pelo fato de que ela não vê nada. Ela não é o *voyeur*. O que acontece a realiza" (Lacan, 1965/2003, p.202). Perguntamo-nos: o que acontece a realiza no que?

[12] O arrebatamento está ligado ao ter um corpo que pode ser extraviado. É uma forma de perda corporal não simbolizável, uma não inscrição do corpo no desejo do Outro.

2.3- A devastação como ponto de tropeço de muitas análises

Em seu artigo “Uma dificuldade na análise de mulheres: a devastação da relação com a mãe”, Brousse (2004) nos aponta que Freud, ao final de sua obra, já nos dizia ter subestimado a relação precoce com a mãe e vincula a essa relação primordial o ponto de tropeço de muitas análises. Brousse aponta ainda duas vertentes da devastação: uma primeira resposta em que a filha torna-se o fetiche materno, e um segundo caso em que, por não existir troca fálica, a filha converte-se em dejeto. Nestes casos a mãe tende a permanecer como um Outro real, Outro do gozo.

A autora nos aponta que a devastação toca nos “confins da marcação simbólica” (2004, p.62) ou à maneira particular como a linguagem despontou em cada sujeito. Essa emergência da linguagem pode ser sob a forma de insulto ou fora de nomeação, a designação de um ser como objeto rebotalho.

> ... Qualquer que seja a estrutura do sujeito feminino, quaisquer que tenham sido as contingências da história do sujeito, qualquer que tenha sido o sintoma, uma invariante se destacava. *O x do desejo materno assumia sempre, num determinado momento da análise, o valor de morte. O significado para o sujeito era o filho cuja morte se desejara. Esse dado clínico vem esclarecer o termo “devastação”*. (Brousse, 2004, p.63). Grifo nosso.

Seguindo Brousse, o desejo da mãe está longe de ser totalmente saturado pelo significante fálico. Há na mãe, ao lado do desejo, um gozo desconhecido. Lacan trabalha esta questão no seminário sobre o desejo e sua interpretação, nas sessões dedicadas a Hamlet, apontando para o gozo feminino, não limitado pelo falo.

A devastação compõe-se de uma face fálica reivindicatória do desejo da mãe e outra, não toda fálica, ligada à dificuldade de simbolizar o gozo feminino. Resumindo, a

devastação deve-se ao modo particular como a linguagem emerge em cada sujeito, referindo-se ao Outro primordial; situa-se no momento da introdução traumática do sexual e embora não exclua o falo, não o coloca em termos de troca ou perda.

Brousse aponta que a devastação pode ser tratada pela análise dando ao "sujeito uma chance de inventar para si um nome que ele não tem para delimitar a zona de real nos confins da fala" (Brousse, 2004, p.67).

> "É esse o núcleo da devastação: é o gozo Outro que devasta o sujeito, no sentido forte de aniquilá-lo pelo espaço de um instante. Os efeitos subjetivos deste eclipse nunca faltam. Vão da mais leve desorientação até a angústia profunda, passando por todos os graus de extravio e evitação" (Soler, 2005, p.185).

A devastação, portanto, nos diz de um momento da constituição do sujeito nos confins da fala onde nem tudo se passa bem entre o bebê e o desejo da mãe: neste momento algo de morte vem a ocupar este desejo materno, o que é sinalizado por um gozo excessivo. Fazemos a hipótese de que qualquer gozo em excesso, não "dosado" pela mãe, pode devastar. E através dos atendimentos nos primeiros anos de vida tem sido possível oferecer outras alternativas às nominações devastadoras através da análise precoce mãe-filho, como veremos através dos casos clínicos trazidos neste trabalho.

> "O termo *devastação*, como simétrico em relação ao *sintoma*, não ocorreu a Lacan por meio de sabe-se lá qual inspiração. Ele veio na sequência de uma construção lógica que pode estar escamoteada aqui ou ali, mas que eu disse, ao menos da última vez – o que me parece, por natureza, esclarecer o termo – que é a outra face do amor". (Miller, 2003, p.19, grifo nosso)

Miller (2003) nos lembra, como anteriormente citado, que tanto na devastação quanto no amor há o grande A barrado, o não–todo, no sentido do sem-limite. Isso se

opõe ao sintoma enquanto sofrimento limitado, localizado. Miller (2003) nos lembra que alguns sujeitos elevam o Outro ao lugar de Outro absoluto, consentindo com a devastação. Nesta posição, o que está presente para o autor é uma é a oposição entre o finito e o infinito, ou seja, entre o todo e o não-todo:

> "O não-todo de Lacan está inscrito na estrutura do infinito...o não-todo não é um todo amputado de uma das partes que lhe pertence. O não-todo quer dizer que não se pode formar o todo. É um não-todo de inconsistência e não de incompletude"(Miller, 2003, p.20)

A idéia de devastação é encontrada em Lacan também sobre a forma de seu sinônimo, "estrago". Para Lacan, o desejo da mãe é em si mesmo, um estrago tanto para o menino, quanto para a menina. A este respeito, vale a pena conferir a citação de Lacan em seu seminário 17.

> "O papel da mãe é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente. Carreia sempre *estragos*. Um grande crocodilo cuja boca vocês estão − a mãe é isto. Não se pode saber o que pode dar na telha, de estalo, fechar sua bocarra. O desejo da mãe é isto... Há um rolo, de pedra, é claro, que está lá em potência, no nível da bocarra, e isso retém, isso emperra. É o que se chama falo. É o rolo que os põe a salvo se, de repente, aquilo se fecha."(Lacan, 1969-70/1992, P.105, grifo nosso)

Vimos que o que impede a bocarra de se fechar é justamente o falo. Hipotetizamos que há uma dificuldade em investir a criança autista falicamente, ou seja, o gozo fálico dos pais estaria comprometido em relação a estas crianças.

Para explicar melhor esta hipótese, faz-se necessário estudarmos o conceito de gozo e suas implicações na constituição do psiquismo do bebê.

Capitulo 3- A economia de gozo e a constituição do sujeito.

Faz-se necessário em primeiro lugar tentar situar o conceito de gozo em Lacan. O conceito de gozo em Lacan parte do elaborado por Freud (1920/1990) em "Mais além do princípio do prazer". O gozo é percebido por uma atividade pulsional repetitiva e sem utilidade aparente e que insiste. Tal repetição, atrelada à linguagem, não tem nada a ver com automatismos biológicos. Seguiremos nos próximos parágrafos um resumo da argumentação apresentada por Julieta Jerusalinsky (2011, pp. 168-188) em seu livro*:* "A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê".

O conceito de gozo vem ser mais explorado no momento do ensino de Lacan onde ele localiza lógica além da linguagem. Primeiramente situada como barreira ao gozo, a linguagem será também considerada por Lacan como capaz de produzir um acréscimo de gozo. A palavra *jouissance* (gozo) em francês é homofônica a *J´ouis sense* (eu ouvi sentido). O duplo sentido nos mostra o gozo do sentido implicado na linguagem.

Freud fala de gozo pela primeira vez em seu texto "Os chistes e sua relação com o inconsciente". Freud nos diz que, ao contar um chiste a uma pessoa que não o conhece, o enunciador pode recuperar algo do gozo *(genuss*) perdido com a falta de novidade. Já em sua origem o gozo esteve atrelado ao significante. Freud tece algumas considerações acerca deste prazer desprazeiroso, mas o conceito de gozo só foi efetivamente desenvolvido no ensino de Lacan.

O gozo aparece também nas outras formações do inconsciente: atos falhos, sintoma e lapsos, mas aqui provoca um estranho desconcerto, ao contrário do chiste,

onde o gozo é compartilhado com o interlocutor. Voltaremos posteriormente à questão do chiste, relacionando-o à constituição do sujeito.

Há um prazer na homeostase e seu fracasso seria o gozo. Lacan parte do uso do termo gozo pelo discurso jurídico. Neste, gozar implica em usufruir de algo (Lacan,1972-73/1985)·. Em seguida nos diz de diferentes modalidades de gozo, que resumiremos esquematicamente a seguir. O ser humano vem ao mundo com o gozo do vivo. Experimenta, ao encontrar o Outro experiente[10], o gozo do Outro[11], gozo originário, mítico, tal como um paraíso perdido, anterior à linguagem. Este vai ser limitado pelo gozo fálico.

O gozo do vivo é alheio e anterior à incidência da linguagem. Não se refere a um sujeito, mas ao organismo vivo. Como referido anteriormente, é apenas uma suposição lógica, pois se sabe dele a posteriori.

O gozo fálico se dá quando o sujeito recebe uma significação fálica. É o gozo do ser falante. O gozo fálico exige, portanto, a organização que a linguagem produz, limitando o gozo. A linguagem é a "terraplanagem higienizada do gozo" (Lacan, 1968-1969/2008) na qual se destacam os objetos pulsionais. É só depois desse percurso linguageiro e pulsional que o gozo fálico pode se instalar.

No seminário "Mais, Ainda", Lacan (1972-73/1985) aponta ainda a existência de outra forma de gozo, o gozo feminino ou gozo Outro, situado fora da linguagem, mais-além do falo, situando-se como uma forma de gozo suplementar e não complementar, já que não há complementaridade entre os sexos. A mulher sustenta a posição de objeto

[10] Ver a experiência de satisfação, descrita por Freud (1985/1990) em seu *Projeto para uma Psicologia Científica*.
[11] Lacan, J. (1960/1998) Subversão do sujeito e dialétrica do desejo.

como um artifício, como uma "mascarada", suportando a face de gozo do Outro[12], mas sem se deter nele, indo mais além, experimentando algumas vezes este gozo feminino.

No *Seminário* livro 20 *Mais, ainda,* Lacan(1972-73/1985) fala de um gozo do Outro e de um gozo Outro, que para muitos autores, fica indiferenciado. No entanto, faz-se necessário clinicamente diferenciá-los, na medida em que, enquanto o primeiro se situa aquém do Édipo, o segundo implica em um além do complexo edípico.

Há ainda o mais-de-gozar, relativo ao objeto *a*, resto de gozo que escapa ao processo de significação. O mais de gozar em verdade, ao contrário do que o nome indica, é uma subtração de gozo feita após a queda do objeto *a*, necessária à subjetivação.

Para Miller (2000), teríamos seis paradigmas do gozo em Lacan. Esses paradigmas não se sucedem cronologicamente, numa espécie de evolução teórico-conceitual, mas sim podem conviver, não sem conflitos, nos mesmos períodos de seu ensino.

O primeiro paradigma, o da imaginarização do gozo, marca a disjunção entre significante e gozo, centrando a satisfação na liberação do sentido e apresenta tanto a libido quanto o gozo num estatuto imaginário, não advindo da linguagem ou da palavra. O eixo imaginário é apresentado por Lacan como fazendo obstáculo ao eixo simbólico, como barreira à elaboração simbólica.

Já no segundo paradigma, relativo à significantização do gozo, o simbólico destaca-se frente ao imaginário. Vemos a consistência e a articulação simbólica do que é imaginário aparecer, quanto ao gozo, na identificação das pulsões estruturadas como linguagem. Elas aqui são capazes de metonímia, de substituição e de combinação. O matema da pulsão permite localizar o desejo pela via da demanda ao Outro ($<>D). O

[12] Ver Lacan, J. (1972-73/1985) *O seminário.* Livro 20. *Mais ainda,* p. 103.

fantasma ($<>a), o ponto em que libido e simbólico se articulariam seria o ponto de estofo entre os registros imaginário e simbólico. O falo é central nas articulações importantes desse paradigma, demarcando que a própria libido é inscrita no significante. Lacan não responde qual seria a satisfação da pulsão, dado que ela é reduzida a uma cadeia significante, o que faz com que ela seja sempre dita em termos simbólicos. O gozo está repartido entre o desejo e o fantasma. O impasse desse paradigma é fazer crer que o gozo é todo simbólico, quando, na verdade, o próprio objeto *a* veicula que existe algo que está fora de representação.

No terceiro paradigma, teríamos uma ruptura em relação aos dois antecessores, Seu ponto de virada teria sido o *Seminário 7, A Ética da Psicanálise* (Lacan, 1959-60/1997), no qual encontramos o gozo como impossível. A partir da discussão da Coisa freudiana, Lacan centrará a satisfação pulsional na ordem do real. O simbólico e o imaginário são defesas contra o gozo real. Como a Coisa esta situada como equivalente à anulação que constitui a castração, o gozo se encontra reduzido a um lugar vazio, podendo, assim, equivaler ao sujeito barrado. O gozo, neste sentido, está fora do sistema, é alcançado apenas através da transgressão. A disjunção entre significante e gozo reaparece aqui, com a diferença de que o gozo é real. A oposição prazer-gozo é central, e advém do fato de que a libido, enquanto Coisa, esta fora da ordem significante/significado; de um lado, o bem e o engodo, de outro, o mal e o real. A dificuldade está colocada na medida em que o inconsciente não inclui esse gozo como fora da simbolização. O sintoma desvela a desarmonia entre gozo e sujeito. A saída desse impasse é a formulação do objeto *a*, na medida em que a Coisa, como gozo maciço, não permite nenhum laço com o Outro.

No quarto paradigma, o do gozo normal ou do gozo fragmentado, o projeto do segundo paradigma é retomado, mas se concluí de maneira diferente a partir da introdução do objeto *a*. Miller localiza no *Seminário 11, Os Quatro Conceitos Fundamentas da Psicanálise* (Lacan, 1964), essa retomada do projeto "simbólico" para o gozo. O gozo não é mais absoluto, transgressor como no *Seminário 7*. Encontramos objetos pequeno *a* que se situam, ao contrário, em pequenas cavidades e cujo acesso se faz pelo mecanismo da separação (em relação a alienação). Da clivagem do significante e do gozo, vemos nascer uma aliança entre eles. O gozo, então, não é mais um suplemento, mas parte de um sistema de funcionamento significante, sendo-lhe conexo. A separação comporta um funcionamento 'normal' da pulsão, que responde ao vazio resultante da identificação e do recalque. A estrutura do sujeito aparece sobreposta à do gozo. A libido aqui não é mais desejo significado, nem *das Ding*, mas órgão, objeto perdido e matriz de todos os objetos perdidos. Eis aqui também a aporia desse paradigma: o objeto perdido é uma perda natural, dissociada do sujeito significante porque associada ao corpo vivo, sexuado.

O gozo, portanto, é distribuído sob a figura do objeto *a*, ainda que articulado como parte do sistema significante. É esse o ponto no qual o segundo paradigma é retomado. A significantização do gozo é reintroduzida pelo objeto *a*, que substitui a noção de significante de gozo. Lacan se esforça por manter o gozo no registro significante/significado, sobretudo com a distinção do falo em menos phi (-φ, que se aproxima da significação) e grande phi (Φ ,que se aproxima do significante), sem deixar de apontar que falta gozo no Outro. Essa formalização também serve a uma outra forma de escrever o que resta como gozo impossível, fora da simbolização, quando a libido é

retranscrita em termos de desejo morto. Esse resto aparece, então, sob a forma significante Φ.

No quinto paradigma, do gozo discursivo, saber e gozo, ou significante e gozo, passam a ter uma relação primaria, originária. O *Seminário 17, O Avesso da Psicanálise*, aparece fundando uma ruptura com o que o antecede, deslocando o fantasma em prol da repetição do gozo e estabelecendo, contra a autonomia do simbólico, uma relação de causa e efeito entre significante e gozo, este causa e resto daquele. O ser prévio ao funcionamento do sistema significante é um ser de gozo, donde Lacan localizar no gozo o ponto de inserção do aparelho significante.

Enquanto a alienação aparece como operação de reunião entre os campos do sujeito e do Outro, a separação se funda na interseção ou produto dos campos, que surge do recobrimento de duas faltas. A primeira diz respeito ao fato de que o sujeito não pode ser inteiramente representado no Outro, e a segunda, constituído o sujeito, refere-se ao que resta implicado tanto no sujeito quanto no Outro, sendo neste ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito (Lacan, 1964/1985, p. 207). Aqui não há transgressão, mas repetição significante, que implica repetição de gozo, condicionada pela defasagem entre a perda e seu suplemento.

O impasse se coloca em relação ao final da análise. Pensar a relação entre sujeito e gozo, orientação para o fim da análise, em termos de repetição, é diferente de pensá-la em termos de fantasia. Atravessar a tela da fantasia implica uma variação da transgressão, na direção da destituição do sujeito e da assunção do ser de gozo. Sob a insígnia da repetição, um dos nomes do sintoma e do gozo, temos uma constante que se prolonga, vemos o desenvolvimento de uma relação temporal do sintoma com o gozo.

Consentir com o gozo? Outra forma de gozar? Ficam estas questões em relação ao fim de análise.

O gozo como mais de gozar, diferente do gozo como *das Ding* ou como objeto *a*, amplifica a lista dos objetos *a*. Com efeito, uma divisão cada vez mais presente entre corpo e gozo produz um corte entre libido e natureza. A relação causa /efeito entre gozo e significante, presente no paradigma anterior, é trocada pela idéia de relação, de correspondência entre os termos nesse paradigma. O que já coloca os três registros em relação.

Finalmente o sexto paradigma, localizado no *Seminário 20, Mais, Ainda*, leva adiante o projeto iniciado no quinto e aponta uma revolução interna no pensamento lacaniano. Trata-se de um paradigma orientado pela disjunção e pela não-relação. Toma o gozo como fato e *lalingua* como originária em relação à linguagem. Sob a forma do gozo do blábláblá, Lacan propõe uma aliança entre gozo, palavra e *lalingua*, oriunda da disjunção entre termos cruciais de sua teoria: significante e significado, gozo e Outro, homem e mulher (a relação sexual não existe). O Outro, o Nome-do-Pai e o falo, antes termos primordiais, tornam-se aqui ligados. Eles passam a ter uma função de juntar elementos disjuntos. A não-relação limita a idéia de estrutura, assentada sobre a lógica da *relação* entre termos e lugares. Ao apontar essa não-relação originária, até mesmo a estrutura aparece como suplemento, tentativa débil de articular o não articulável. Quanto ao gozo, ele aparece como gozo do corpo vivo, disjunto do Outro, por isso, gozo Uno. Ele aparece como gozo solitário do próprio corpo, como gozo fálico e como gozo da palavra - feita para gozar e não para comunicar.

Na medida em que implica um gozo disjunto do Outro, ele problematiza, pelo avesso, o gozo do Outro, se é que ele existe. Enquanto o gozo do Um é real, o gozo do

Outro aparece como construção problemática, pois se trata do gozo sexual, do gozo de um Outro corpo diferentemente sexuado.

A linguagem, portanto, organiza o gozo, é uma terraplanagem higienizada do gozo que se distribui nas zonas erógenas e contorna o objeto *a* (invocante, escópica, oral e anal).

3.1- A economia de gozo implicada no autismo

O gozo do Outro aparece nos primórdios de vida do bebê, para retirá-lo do gozo do vivo[39]. O bebê que vai se constituir normalmente, se oferece à pulsão sexual oral do Outro. Lembremos aqui do terceiro tempo do circuito pulsional (Laznik, 2004), quando o bebê se oferece para ser "comido" de brincadeira pela mãe. Laznik já nos apontava este gozo como essencial à constituição do sujeito, pois é ele que acrescenta *Eros* ao autismo, sendo que o autista se furta a princípio mesmo deste gozo primitivo, pois o Outro já é por demais intrusivo para ele. *Godente, ma non troppo*, brinca seriamente a autora em outro artigo[40]. Ou seja, goze, mas não demais. O excesso de gozo do Outro pode prejudicar ou obstaculizar a constituição do sujeito para esta autora. E o que vai fazer barreira ao gozo do Outro é justamente o gozo fálico.

3.1.1-Análise de um filme caseiro de uma criança normal e sua mãe

Vamos transcrever agora uma cena filmada de Fabien e sua mãe e descrita por Laznik neste artigo. Trata-se de um bebê que apresenta um contato normal com sua mãe

[39] O gozo do vivo seria o real? Achamos difícil afirmar. O real é suposto após a intromissão da linguagem. É suposto por haver movimentação do simbólico e por haver desejo.
[40] *Godente, ma non troppo.* O mínimo de gozo do Outro necessário à constituição do sujeito (2010)

aos três meses de idade. Esta cena nos é mostrada por Marie-Christine Laznik em suas aulas, o bebê esta em uma troca de fraldas com sua mãe, quando acontece o seguinte diálogo entre os dois:

A mãe- "E, uê... Uhhh, huuum, é bom este pequeno pé, é bom isto, hum, a gente comeria um bebê assim... hamahamhamham.. Ham. Beija e finge comer o pé do filho". Há muito prazer na fala materna.

O bebê- "Aaaaah" (demonstrando prazer)

A mãe imita: "aaaaah" (mesmo tom de prazer)

(A mãe pára o carinho e é Fabien que recomeça, levando o pé na boca da mãe para provocá-la. A mãe recomeça a cena de devoração oral e beijos no pé do filho. O bebê ri demonstrando mais que prazer. É interessante que os expectadores desta cena geralmente riem junto, tal o prazer contagiante que mãe e filho demonstram. De repente, a mãe se afasta e pára de beijá-lo no pé dizendo):

M- "Bravo, você segura tão bem o seu pé, admirando fálicamente seu filho".

M- "Uh, lá, lá, como sou grande, eu.".

Laznik nos aponta que o filho demonstra orgulho, erguendo-se diante da admiração fálica da mãe e assim desloca-se da posição de objeto de devoração, para se tornar então sujeito Ainda não o sujeito dividido que aparece no intervalo dos dois significantes primordiais, mas o chamado "novo sujeito" a que Lacan (1964, p. 169) faz alusão em *O seminário,* livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.

Para fazer barra a uma erotização excessiva que poderia tornar a criança sintomática[41], a mesma mãe que goza com seu filho em uma linguagem privada recua e passa a admirar a criança falicamente: “Bravo! Como você segura bem o seu pé”. M.C-Laznik sublinha que a criança fica “*chuffed*”, orgulhosa da admiração fálica da mãe. “*Chuffed”* é um termo utilizado por Trevarthen (2009), pesquisador escocês que analisa a musicalidade na comunicação mãe-filho. O termo vem da cavalaria, demonstrando o orgulho de um cavaleiro que venceu um torneio e vai oferecer sua vitória à dama cujas cores ele defende.

Vemos nesta cena que a mãe de Fabien conseguiu fazer barra ao gozo do Outro com o gozo fálico, ou bem temperar o erotismo com o narcisismo fálico. Mas o que fazer quando a mãe não consegue parar, rompendo este equilíbrio delicado de gozo? Isto é importante para marcar o campo da contingência para cada um.

A mãe e seu desejo, enquanto bocarra sempre aberta que pode provocar “estragos” pode “engolir a criança”, reintegrar seu produto. Lembremo-nos: o que segura a bocarra aberta é justamente o falo. E quando há uma dificuldade em investir o filho fálicamente, ou, verso e reverso da mesma moeda, um excesso de investimento fálico, o bebê fica com saídas limitadas. Vejamos o que se passa entre Marília e José Tiago

3.2-O caso José Tiago

José Tiago é atendido no grupo de Intervenção à Tempo do Centro de Saúde Tia Amância desde os cinco meses de idade. Vem encaminhado pela pediatra do Centro de

[41] Tive na clínica pacientes que reagiam com insônia e agitação a esta situação de erotização excessiva.

Saúde Nossa Senhora de Fátima, Dra. Marisa, sensibilizada pela visita da Equipe Complementar na unidade.

A mãe, Marília, relata na 1ª consulta com a psiquiatra infantil que José Tiago é filho de um namorado de sua adolescência que mora em Montes Claros. Ao saber que este tinha um tumor cerebral e que havia possibilidade de perder os movimentos, Marília decidiu engravidar dele para "guardar uma lembrança". Logo após, realmente, o pai tornou-se tetraplégico. Não mantém contato com Marília ou a criança. Marília pensa entrar na justiça para que familiares dele ajudem na pensão de José Tiago. Mora na favela do Cafezal, o maior aglomerado de Belo Horizonte, famoso pela pobreza e pela violência.

Marília trabalhava como prostituta e a gravidez avançada a obrigou a parar com esta atividade laborativa. Desde então foi morar com a irmã, com quem tem péssimo relacionamento e é ajudada, financeiramente, pela Pastoral Católica e pela vizinhança. Há relato não confirmado de uso de drogas na gestação. Atualmente mora no porão do prédio da irmã, em um local impróprio e mofado, o que piora o quadro recorrente de asma e infecções respiratórias apresentadas por José Tiago.

A mãe, apesar de ter desejado a criança, parece ter pouquíssima disponibilidade afetiva e compreensão de que José Tiago é uma criança e de como lidar com isto. Sempre queixa dele, que ele chora que não melhora que é mal educado, que não liga para ela, exigindo coisas como se José fosse seu companheiro amoroso adulto. Apresenta-se pouco afetiva com a criança e usa de José Tiago para conseguir ajuda financeira. Faz uso de antidepressivos e benzodiazepínicos de maneira irregular. Tem pouca aderência a seu próprio tratamento psiquiátrico e ao tratamento de José Tiago.

Começou a ter uma frequência mais constante na Equipe Complementar após a

creche ter vinculado a permanência da criança em suas dependências à manutenção do tratamento. Não segue as orientações da equipe no sentido de não dormir junto com o paciente e não alimentá-lo à noite. José esta acima do peso. Tal situação é agravada pela falta de atividade: a mãe está sempre com a criança no colo e em casa fica muito na cama, o que contribui, também, para seu atraso motor. Com presença muito assistemática ao tratamento, obriga a equipe a fazer busca ativa várias vezes e reuniões com outros profissionais envolvidos no caso.

O prontuário atesta a queixa da mãe à pediatra de choro intenso da criança desde os dois meses de idade. Na consulta de três meses de idade, a pediatra já o encaminha, mas só chega aos cinco meses devido a uma cirurgia de hérnia que atrasou a procura do serviço de Saúde Mental. É também encaminhado pela pediatra para o neurologista devido a uma macrocefalia. A neurologista o acompanha, mas não percebe os sinais de falta de contato com o Outro.

Logo na primeira consulta comigo é encaminhado para o grupo de Intervenção à Tempo, José Tiago chorava muito mesmo quando dirigíamos o olhar para ele, não fixava o olhar que se perdia no movimento do ventilador, agarrado no colo da mãe. Muito sensível ao tom de voz da mãe (chora imediatamente quando há tristeza ou ansiedade na voz materna), não brinca.

Segundo registro da pediatra no prontuário, perde consulta com a neurologista e com o oftalmologista (foi encaminhado pela pediatra devido a um estrabismo, muito comum em pacientes com risco de autismo). Não rola, não assenta sem apoio, não balbucia, não aponta. A mesma, após contato e orientações da equipe complementar, pede acompanhamento do caso por Agente Comunitário de Saúde.

Apos cinco meses do inicio do tratamento, começa a interagir com outra criança

do grupo de Intervenção a tempo e inicia a creche (o dia inteiro). Logo começa a imitar os sons, dar tchau, imitar movimentos, o que aponta para o inicio da linguagem. Neste ponto, tem início meu afastamento por motivo de estudo, mas o paciente mantém o grupo com a Fonoaudióloga, a TO e acrescido da presença de José Roberto e sua família.

Após seis meses a equipe se reúne no C. S. N. Senhora de Fátima para discussão do caso, com a presença da assistente social que acompanhava o caso, a pediatra da criança, uma representante da Pastoral e a psicóloga para a qual tentamos encaminhar a mãe, porém esta não aderiu ao tratamento.

Constatou-se que a mãe sempre reclama daquilo que consegue para o filho, começou a dizer que a creche não dava leite para o filho, que não estava boa o suficiente para ele. Ela não aceita opções de trabalho que a Pastoral oferece. A criança ganha várias coisas, dinheiro de vizinhos, consulta particular, brinquedos. Marília está sempre insatisfeita com o atendimento no C. S., onde recebe muita atenção dos profissionais. Briga com a pediatra que fez a detecção precoce, que é excelente profissional.

A mãe faz uso de antidepressivo que consegue no Laço (uma ONG que atua na favela do Cafezal) mas não se sabe como o caso é acompanhado lá. Nesta reunião observa-se que a criança faz ao mesmo tempo acompanhamento neurológico no Hospital das Clínicas, algo que a mãe não havia comunicado a nossa equipe, mas logo perde este atendimento devido às faltas.

Ao completar um ano, José Tiago teve uma pneumonia grave, tendo faltado um mês direto por estar internado.

Com um ano e dois meses consegue ficar em pé apoiado, mas devido ao fato de ainda não andar, então foi encaminhado para avaliação fisioterápica e psicomotricidade

(CGR). A mãe não mantém os tratamentos indicados.

Passados seis meses após a primeira reunião, faz-se necessária nova reunião da equipe no C.S. N.Sra. de Fátima. Mãe sempre consente em marcar com a psicóloga, mas não o efetiva. Mudou-se para o porão do prédio após briga familiar. A creche definiu um prazo para mãe de José Tiago empregar-se, pois somente as mães com emprego podem manter os filhos na creche em período integral.

Tendo retomado o atendimento da criança em agosto de 2009, apesar de várias faltas, José Tiago evolui bem e não perde mais o contato com o Outro. Tendo completado um ano e três meses, e ainda sem andar, demora-se mais tempo em brincadeiras e sua atividade de imitação é mais intensa devido ao bom contato visual. Sorri em resposta e procura fazer gracinhas para todos. Sem mais nenhum sinal de risco de autismo. Reconhecendo-se como endereço do apelo do Outro, faz comidinhas, que oferece para os presentes no grupo. Aponta objetos para o deleite visual da analista.

Esses indicadores permitem supor que o risco de autismo pode ser afastado. Entretanto, a posição materna de nada negar ao filho mantém interrogada a inscrição do Nome-do-Pai. Em supervisão da regional nos é apontado que a própria equipe e a creche fazem a função paterna, o que talvez possa ser internalizado pela criança. Parece que realmente é o que esta acontecendo.

A criança manifesta seu protesto por meio de gritos e choros intensos, sugerindo exercer, por esse meio, algum domínio sobre sua mãe. Nessa circunstância, ela sugere reproduzir especularmente a estrutura da relação que os alicia.

Assim, no encerramento de uma sessão a criança se manifesta exigindo que a mãe a carregue no colo. José Tiago levanta os braços em direção à mãe, chora e grita como em uma birra típica.

Mãe: "Ele não vai desgrudar nunca" (tom monótono, mas passivo, já atendendo a exigência da criança, mas demonstrando, ao mesmo tempo, indisposição, pois ele está obeso).

Isabela (I)- "Você já e um menino grande e bonito e que pode andar com suas próprias pernas".

(José grita, grudando-se nas pernas da mãe, que faz menção de pegá-lo no colo de novo).

I- "Não, você vai embora andando com suas próprias pernas!"

(A mãe fica impressionada da maneira como reajo com firmeza, mas tranquila, conseguindo suportar seus gritos, mantendo o meu não, até que José se cala e aceita ir andando ao lado da mãe).

Dois meses após esta retomada do tratamento, a mãe começa a trabalhar como faxineira. Solicita, por telefone, mudança de horário. Mesmo tendo sua demanda atendida pela fonoaudióloga, não comparece. Tivemos conhecimento que logo largou o trabalho de faxineira. Comparece em uma sessão com muitos hematomas pelo corpo justificando-se com um tombo de escada, isso permite a hipótese de um possível retorno à prostituição.

Orientada a procurar a Delegacia da Mulher, interrompe tratamento por quase dois meses. Ao ser incentivada pela creche a apresentar atestado do tratamento do filho, ela retorna às consultas, mantendo, entretanto, um ritmo irregular de comparecimento. A mãe insiste em carregá-lo no colo e permite ter os cabelos puxados de modo a evitar suas birras. Isso não evita que ele grite até chamar a atenção de todos.

Entretanto, após confirmar o olhar da analista, sai andando sozinho do Centro de Saúde. A mãe continua dormindo com ele e queixando-se de que ele acorda-a a noite toda querendo mamar. Ela lhe responde com mamadeiras de aveia e Nescau, desobedecendo à orientação de restrição alimentar da pediatra devido à obesidade da criança.

Aos dois anos de idade, solicito avaliação neurológica completa devido à persistência da macrocefalia. O exame neurológico e a tomografia são normais, a última apontando para uma macrocrania benigna. Esse resultado me tranquiliza, mas não à mãe, que supõe na criança um tumor cerebral como o que acometeu seu pai. Vale notar a insistência recorrente de estabelecer identidade entre pai e filho por meio da afecção no corpo. A despeito de sua dificuldade em elaborar sua profecia, ela demonstra assim considerar um pai transmissor ainda que apenas de sua precariedade orgânica.

José Tiago surpreende em sua evolução, já falando algumas sílabas e brincando com outras crianças no grupo e na escola.

Marília restabeleceu relações com sua irmã e solicitamos então a participação da mesma no tratamento para viabilizar maior exercício das funções parentais claudicantes. Paralelamente, a Pastoral consegue um local de moradia mais adequado para os dois, onde José vai poder ter um quarto próprio.

Marília expressa seu incômodo pela admiração do filho: figuras masculinas, guardas, o porteiro do Centro de Saúde. Trabalhamos que não há problemas nisto. O menino pede limites nas sessões onde faz birra por querer o brinquedo do companheiro. Intervimos impedindo com que bata no outro paciente e ele reage melhor agora quando recebe o limite da equipe. Na escola bate nos colegas, mas recebe bem também os pequenos castigos impostos.

3.2.1- Análise de filmes de José Tiago

José Tiago não tem filmes caseiros devido à extrema pobreza da família. Na filmagem da equipe de sessões quando tinha onze meses, chama a atenção o grunhido que solta diante do encantamento dos adultos voltado a seu colega de sessão José Roberto no espelho. Claramente quer chamar a atenção para si e seu grito é logo transposto pela fono, que interpreta em manhês: “olha para mim também, gente! Não olha só o outro José não!”.

Chama a atenção a passividade da mãe, que se mantém ausente da cena, isolada em um banco, não sentando no chão para brincar com o filho, ao contrário da avó e da mãe de José Roberto, sentadas no chão com as crianças. Além de não o admirar fálicamente diante de suas conquistas, se queixa, mantendo um tom de voz inexpressivo. Entretanto, reveste estas queixas em provocação e exacerbação do ciúme do filho no ato de tomar o “rival” no colo. A repetição destas cenas durante as sessões é insistente.

Assim, em outra cena, tira um brinquedo da mão do filho e oferece para o rival companheiro de sessão, fazendo o filho chorar, para, em seguida reclamar da birra que o acomete em consequência do ato materno. Seu protesto ativo mostra a superação de sua antecedente passividade diante da bocarra do jacaré que ameaça de se fechar sobre ele. Mesmo sem ter encontrado ainda uma resposta eficiente à mãe, apostamos em sua chance de escapar...

Ressalta-se a insistência materna em invocar seu filho a aparecer sujeito ao ciúme: Lacan (1959/2002), em *O Seminário*, Livro 6, *O desejo e sua interpretação*,

analisa a cena de *invídia* descrita por Santo Agostinho em *Confissão*, quando vê o irmão mamar no seio da mãe. O pequeno Agostinho descobre o desejo justamente quando perde o lugar ao seio para o seu irmão. Lacan nos aponta que este é um ponto crucial da constituição do sujeito, pois ali nasce o desejo. Mesmo em sua face cruel seria esta a maneira de Marília tornar seu filho um sujeito desejante, privando-o de algo? Haveria aí um saber materno?

3.3- A dificuldade de investir a criança autista com o gozo fálico

Laznik (2004, pp. 49-68), com quem continuaremos nos próximos parágrafos, nos adverte que o olhar do Outro primordial remete à terceira pessoa do chiste. Sugere que tomemos as produções de pouco sentido do bebê (gestuais, sonoras, musculares) como chistes no primeiro tempo de sua aparição. Para que um Outro possa se surpreender perante as produções de pouco sentido de um bebê nos primeiros meses de vida, é necessário que esse Outro se furte de seu saber.

Isto nos remete a $-\varphi$[42], marca de uma falta que torna possível a substituição de um objeto. Já que o falo não tem consistência, qualquer objeto pode vir a substituí-lo. Porém, trata-se de uma falta que instaura a espera de algo, de uma metáfora.

Quando o Outro primordial se encontra em dificuldades, devido a pouca resposta oferecida por seu bebê, perde-se a capacidade de metaforizar o real do corpo do bebê. Quando o Outro simbólico não faz função, o Outro primordial fica incapaz de reagir ao chiste originário da criança, respondendo com um branco, impedindo a metáfora originária.

[42] Letra utilizada por Lacan(1960) para referir-se ao falo negativizado na imagem especular, possibilitando, então, certa contenção do gozo.

Somente quando o desejo materno se metaforiza em -φ, aparecendo dos furos do desejo os significantes do ideal, é que se pode ver a imagem idealizada da criança, ou "Sua Majestade, o Bebê" de que nos fala Freud (1914/1990). O corpo real do bebê se reveste então de objetos a (o segundo passo do olhar) (Laznik, 2004, p.54).

É do surgimento dessa imagem, cheia de perfeição, que advém o gozo do Outro primordial, que passa a tomar qualquer gesto do bebê como precioso e, por isso, recolhido como mensagem. Através do gozo do Outro é que o bebê pode completar o terceiro tempo da pulsão (Freud, 1915/1990), se humanizando. Laznik (2004) considera que os autistas estariam com um obstáculo neste momento essencial da constituição do sujeito.

No artigo *Godente ma non tropo*, Laznik (2010) traz o caso de Matteo, bebê italiano que desenvolve o autismo apenas no segundo ano de vida e que recebeu por parte dos pais, no primeiro ano de vida, intenso investimento fálico narcísico. Há uma cena aos seis meses em que a mãe conta orgulhosa para o pai que o bebê rola sozinho no berço e Matteo fica "*chuffed*", orgulhoso com o elogio materno.

Mas Laznik pensa que já no primeiro ano este bebê não se fazia para o outro, não constituindo o Outro. Mesmo assim, a mãe, sustentada pela ajuda paterna, conseguia fazer com que ele a olhasse devido a eficácia de sua excelente prosódia do manhês. Talvez este fato tenha feito com que o autismo só aparecesse mais tarde, no segundo ano de vida.

Casos como o de Matteo fizeram Muratori postular duas categorias de autismo, uma de início precoce (no primeiro ano) e outra de início tardio (no segundo ano de vida). Na escola inglesa são os chamados casos de "*late onset*" (aparecimento tardio)

por vários autores, entre eles Alvarez. Notamos nestes casos de início tardio a manutenção do gozo fálico dos pais.

No entanto, vale interrogar se estes bebês não se enquadrariam no diagnóstico de psicose infantil, deixado em segundo plano devido ao grande investimento em termos de pesquisa e estudos feitos sobre o autismo primário e pelo fato de estarem assimilados ao genérico “espectro autista”.

Vejamos uma citação de René Lew, retirada do mesmo texto de Laznik.

> “...o sujeito autista está compactado em seu narcisismo, identificado com o Um, sem Outro distinguível. Se há realmente um gozo para o autista, é então um gozo do corpo: o interesse, quando existe, é pela comida, pela troca de roupa, pelo movimento estereotipado... Dir-se-á então que o gozo corporal do autista é, contudo, fálico- o corpo inteiro tendo então valor de falo? Eis aí uma posição sustentável, pelo menos se falarmos do autismo próprio à esquizofrenia. Seria possível defendê-lo para o autismo infantil primário?” (Lew, 2004, p.12 citado por Laznik, 2010, p.143).

Pode-se hipotetizar que o narcisismo fálico existe durante a gestação de algumas destas crianças com autismo infantil primário e durante os primeiros dias de vida delas. Esse exercício por seus pais que o reconhecem transitivamente logo desaba quando os pais percebem o quão pouco podem admirar fálicamente um filho que não responde aos seus apelos.

Exceção feita a estes casos de início tardio, no segundo ano de vida, interrogados por se enquadrarem melhor no diagnóstico de psicose infantil.

3.4- O gozo Outro e não gozo do Outro

Temos a hipótese de que quando alguma modalidade de gozo assume a supremacia imperativa, rompe-se a economia de gozo necessária à constituição do sujeito[43]. Este parece ser o caso em que o agente materno exacerba uma de suas posições identificatórias, mãe ou mulher.

Winnicott (1941/1993) nos dizia que a mãe deveria ser apenas suficientemente boa para que a criança viesse a se constituir de maneira saudável. Com o estudo da obra de Lacan, passamos a compreender que a mãe suficientemente boa é aquela suficientemente mulher, no sentido de abrir caminho para a função paterna ao se colocar como causa de desejo do homem.

Com o ensino de Lacan, podemos ter uma primeira leitura mais convencional do que é ser mãe ou mulher, ou seja, de que a mulher ficaria dividida entre o gozo fálico na maternidade e o gozo feminino ou gozo Outro, em sua relação com o parceiro amoroso. No entanto, a prática clínica com crianças e mulheres nos convoca a problematizar a correspondência direta entre as divisões: gozo fálico na maternidade e gozo feminino na relação com o parceiro.

A clínica de fato não mostra que há um gozo fálico na maternidade e um feminino na relação amorosa. Se assim fosse, A mulher existiria e a forma de gozo dependeria da situação externa.

Julieta Jerusalinsky (2011) nos apresenta uma hipótese muito interessante. Para a autora, o gozo feminino pode também estar envolvido na maternidade, sendo, inclusive, importante na constituição do psiquismo do bebê para que o mesmo saia do gozo fechado, do laço maternante privado, passando à ordem propriamente simbólica. Na

[43] Um sujeito, por definição, é articulado pelo gozo fálico. Daí a necessidade da proposição do termo *falasser* por Lacan.

função de constituir o psiquismo do bebê é necessária uma criação que, para a autora estaria ligado ao suplementar do gozo feminino.

No entanto, a mãe do bebê que vai se constituir normalmente faz frente ao gozo do Outro com o gozo fálico, apreciando os atributos fálicos de seu filho. Desta maneira, o bebê experimenta o gozo do Outro mínimo, pois a mãe já castrada por seu próprio Édipo não toma o bebê como objeto a ser devorado, não se apropriando de seu corpo perversamente. Temos a hipótese de que no autismo os pais têm dificuldades em fazer frente ao Gozo do Outro pela dificuldade de experimentar um gozo fálico com seu filho, já que o mesmo não responde ao contato, ficando o gozo do Outro, quando atingido, prevalente. Lembremos que o gozo do Outro estava ausente em um primeiro momento, logo após o nascimento do bebê. É como se houvesse uma tentativa de exacerbá-lo, depois que o mesmo é atingido.

Vemos isto em cenas caseiras de bebês que se tornaram autistas como Garance, criança que teve o seu risco de autismo detectado apenas aos dois anos e que agora, aos sete anos, teve uma melhora lenta, como todos os casos que iniciam tratamento tardiamente. Vemos nos filmes caseiros o pai e a mãe abusarem de cenas de devoração e de assustar Garance para que ela os olhe. Na opinião de Marie-Christine Laznik, não há um jogo erótico nestas cenas de devoração, aparecendo apenas a dimensão violenta, destrutiva, dolorosa e assustadora. Mas a mãe exclama frente a sua primeira gargalhada provocada pelos sustos que o pai lhe dá: “é uma gargalhada entre prazer e medo...”. Para Laznik, não haveria aqui gozo do Outro.

Em seguida, o bebê passa a ser cuidado pela mãe, que desenvolve um transitivismo em relação a seu bebê, ou seja, o que é experimentado pelo bebê é também experimentado pela mãe. Winnicott (1941/1993) chamava esta condição de preocupação

materna primária, necessária para a constituição psíquica do bebê. Assim, a mãe experimenta um prazer ao ver seu filho se alimentando quando muitas vezes a própria mãe está com fome. A mãe que, cansada, olha seu filho dormindo, experimenta um prazer suplementar.

Isto não é devido a um "instinto materno" nos lembra J. Jerusalinsky (2011) e sim evidência uma economia de ganho de gozo, gozo feminino por excelência. Este transitivismo é essencial para a constituição do sujeito e também pode estar obstaculizado no autismo.

A respeito desta questão vou trazer um fragmento de caso de uma paciente adulta, Fabiana, que me procura para análise após ter descoberto que o marido a traiu durante a gestação da primeira e única filha do casal. Sua filha Luna tinha nascido prematura e contava com quatro meses quando a mãe busca a análise. Luna ia muito bem, mas sua mãe encontrava-se muito deprimida.

A mãe estava indignada pelo fato de ter sido o marido que insistiu para que ela engravidasse.

F- "Eu queria esperar mais, curtir mais só nos dois, viajar mais... Ele queria filhos logo, então parei de evitar e de repente, logo estava grávida. No começo não aceitei não, achei muito rápido, depois fui acostumando com a idéia e passei a curtir o bebê. Mas aí desliguei um pouco dele, não queria sexo e justo nesta hora ele se envolve com uma estagiária".

(Fabiana rompeu o casamento, mas acabou retornando, com muita ambivalência de sentimentos pelo marido e pela filha Luna).

F- "Sabe Isabela, tem hora que eu não queria ter a Luna... A gente quando amamenta fica igual a uma vaca leiteira, cheira a leite, mancha as

blusas, dá uma raiva... Mas é bom amamentar, quando olho para aquela coisinha linda, como ela esta crescendo, acho que tudo valeu a pena, minhas blusas manchadas, eu ter engordado... Ela está ficando linda por causa de meu leite"...

Em outra sessão:

F – "Voltei a trabalhar e deixo Luna com a babá. Resolvi me cuidar, sabe, dar uma geral de salão, comprar umas roupas, melhorar meu visual, porque mãe de bebê fica meio caidinha, né... Aí deixei a Luna sozinha com a babá, fui ao shopping e disse que ia reformular meu guarda-roupa. Resultado: só sai com roupinhas de bebê, aí depois não tive tempo de comprar para mim, via só a carinha de alegria dela quando eu voltasse... Ela precisa mais do que eu, porque como foi grande prematura, nasceu um pouco feinha, magrinha, sabe... Aí ela ficou linda com as roupas e eu me senti mais linda ainda por ter feito isto por ela!".

Este gozo Outro estaria implicado na constituição do sujeito de bebês de ambos os sexos, pois ambos têm a mãe como primeiro objeto de amor. O bebê do sexo masculino futuramente vai recalcar completamente sua experiência transitiva deste gozo passivo para se situar como homem?

A menina, no entanto, permanece com parte deste gozo acessível em sua vida erótica posterior e que será importante se, algum dia for mãe, em vestir o real do seu corpo e do de seu bebê, como no caso que acabamos de descrever.

> "A mulher permite ao gozo ousar a máscara da repetição. Ela aqui se apresenta como o que é, como instituição da mascarada. Ela ensina o seu pequeno a se exibir. Ela conduz ao mais-de-gozar porque mergulha as raízes, ela, a mulher,

> como a flor, no gozo mesmo. Os meios do gozo são abertos pelo seguinte princípio − que ele tenha renunciado ao gozo fechado e alheio, à mãe" (Lacan, 1969-70/1992, p.82).

Linda citação de Lacan sobre a arte da mãe que, como mascarada, possibilita esta economia de gozo de modo que haja a constituição psíquica de seu bebê. A mãe ousa vestir a máscara do Outro absoluto para permitir que o mesmo goze de um Outro - erotismo , ou seja, um circuito pulsional que passa pelo Outro. Assim, ela o aliena, o conduzindo a um mais-de-gozar, após a extração do objeto *a*, com a condição de que ele saia do gozo fechado e alheio à mãe (do autismo). Ela implanta nele o gozo fálico ao ensiná-lo a se exibir. E pode gozar transitivamente com seu bebê do gozo feminino. Mulher que, como a flor, tem as raízes no gozo mesmo.(Jerusalinsky, J, 2011, pp. 211-228.)

3.5- Poderia haver desequilíbrio de gozo feminino no autismo?

O gozo feminino ou gozo Outro, como anteriormente citado, situa-se fora da linguagem, mais-além do falo, como uma forma de gozo suplementar não assimilado e, portanto, não complementar. A mulher suporta a posição de objeto como um artifício, suportando a face de gozo do Outro, mas sem se deter nele, experimentando este gozo feminino.

O gozo feminino como gozo suplementar parece estar ausente na relação destas mães com seus bebês. Elas muitas vezes queixam da carga excessiva de trabalho que estas crianças dão, ao fato de não deixarem-nas dormir e não curtem transitivamente o gozo experimentado pelos filhos antes delas mesmas experimentarem.

Muitas vezes a relação com o parceiro amoroso acaba ou fica muito deteriorada e elas têm que assumir quase sozinhas a criança e o tratamento, queixando-se da sobrecarga provocada por esta situação adversa. Fica, portanto, muito difícil de sair da devastação transitiva experimentada em conjunto com seu filho.

Vejamos o que se passa no caso Rafael última criança que trazemos de nossa casuística.

Capítulo 4-Uma clínica ao avesso?

4.1- O Caso Rafael

Rafael tinha dois anos e meio quando sua mãe procurou atendimento em saúde mental infantil por apresentar atraso de fala, dificuldade de manter a interação visual; a fala, quando existia, era ecolálica, apresentava dificuldade no brincar simbólico, apresentando brincadeiras repetidas e estereotipadas. Já tinha passado por pediatras e especialistas que não detectaram problema algum. A mãe, pesquisando na internet, viu que o filho tinha alguns sinais de autismo, e levou-o para consulta com outro psiquiatra infantil, que acabou o encaminhando a mim.

A mãe conta que quando Rafael nasceu ela ficou muito perturbada: estragava a campainha para não receber visitas de familiares, colocava o celular do marido no silencioso para os amigos não ligarem, quando tinha que sair com Rafael na rua embrulhava a criança para que não fosse vista pelos outros. Tinha medo de que pudessem fazer mal ao seu filho ao olhá-lo. Nos primeiros meses de vida, a criança ficou muito isolada com a mãe, já que o pai trabalha parte do tempo no exterior.

Rafael teve um insistente problema para dormir, insônia, o que motivou várias consultas pediátricas e uma com um especialista em sono, que chegou a medicá-lo no primeiro ano de vida. Foi encaminhado para o neurologista que não detectou nenhum problema. A família aos poucos forçou a interação com criança, principalmente os avós maternos.

A criança foi extremamente desejada e planejada, mas Mariana, a mãe, diz que o casal não tinha maturidade para ter tido o filho naquele momento, ainda mais devido ao

problema de sono de Rafael. “a gente ficava louco para ele dormir para poder tomar cerveja, e ele não dormia”. “Acho que acabava por dormir de tanto que a gente sacudia”

Segundo a mãe: “quando ele nasceu ele era minha paixão, queria ele só pra mim. Rezava para Deus para ele nunca ter amigos ou namorada”. “Agora que descobri que ele é autista a paixão se quebrou, acho que nunca mais minha vida vai ser a mesma, penso em me atirar junto com ele na curva do Ponteio de carro.” “Gostaria que ele tivesse câncer e morresse, assim não teria que dizer para as outras pessoas que tenho um filho autista.”

Várias vezes salientei para a mãe que estávamos trabalhando exatamente para que este diagnóstico não se cristalizasse e que seu filho era um caso com traços leves e de inteligência superior e que vinha respondendo muito bem ao tratamento.

Aos dois anos foi para escolinha e a mãe foi alertada pela professora do atraso de fala o que motivou a pesquisa da mãe na internet e sua própria decisão de marcar um psiquiatra infantil para a criança.

Rafael começou no Grupo de Intervenção à Tempo com excelente resultado em apenas seis meses de tratamento: sustenta o olhar, fala em primeira pessoa, diminuiu muito a ecolalia, canta canções, inicia frases. O brincar a cada dia acrescenta novos elementos e articulações simbólicas. A mãe, extremamente exigente, grita quando ele regride em alguma conquista. Ela está sendo atendida individualmente toda semana por mim já que não melhora na mesma velocidade que o filho e a equipe entendeu que não teria como a criança evoluir bem se essa mãe não fosse trabalhada individualmente. O pai viaja muito para o exterior a trabalho e vem apenas ocasionalmente ao tratamento. Dizia não saber brincar com o filho, mas agora está melhor. Apesar desta dificuldade

materna cabe ressaltar sua fidelidade ao tratamento, não perdendo nenhuma sessão e procurando fazer o recomendado.

A mãe procurou também o outro psiquiatra infantil que se ocupa de casos de autismo para confirmar o diagnóstico e fazer o tratamento duplicado: comportamental e psicanalítico: “não quero deixar nada escapar”. Duas Fonoaudiólogas, duas Terapeutas Ocupacionais e dois Psiquiatras Infantis, além de recentemente ter procurado outra psicanalista. Rafael desenvolveu uma extrema simpatia e necessidade de aprovação do outro que muito incomoda a mãe: “Porque ele não fica na dele? Porque tem que chamar a atenção? Parece um retardado, conversa com todo mundo”. Muito sedutor, especialmente com as mulheres. Segundo a mãe: “Ele nem escolhe as bonitas”.

Problematizo para a mãe a razão de sempre ter que se queixar dele, colocando-o no lugar de doente, retardado, sem reconhecer suas conquistas. Reafirmo sempre que, do meu ponto de vista a criança saiu do autismo, mas sua estrutura ainda não está formada e que me preocupam estas nominações dirigidas à criança.

Outra coisa que irrita a mãe é a fixação que Rafael desenvolveu por sapatos femininos, especialmente os de salto alto. Comenta a cor, o formato, elogia, compara. As mulheres ficam envaidecidas e a mãe furiosa, muitas vezes batendo em Rafael. Por isso, quando ele gosta de um sapato olha para ela e já fala: “Sapato não, né, mamãe”. Gostava também de brincar de boneca, o que foi impedido pela mãe, apesar de minhas intervenções que asseguravam que tal interesse é normal nesta idade. A mãe se interroga se ele nunca vai ter maldade: “ele é mais ingênuo que crianças muito mais novas que ele”. Intervenho: “Mas ele só tem três anos e meio”...

Rafael tem um irmão de dois anos e adora abraçá-lo. Esse ato irrita o irmão, que

responde batendo nele. A mesma situação se repete acontece com um coleguinha de turma. A mãe se irrita demais com esta situação: “vou ter que separar os dois; não dou conta”.

Mariana é extremamente ansiosa. Imagina o que será de seu filho quando não puder mais estudar naquela escola onde é bem aceito e tiver que se adaptar em uma escola maior onde será excluído e todos vão perceber o seu problema. Faço intervenções de que com sua excelente evolução não será percebido que havia sinais precoces de autismo em lugar nenhum, a menos que a mãe conte. Em outra sessão pede para ver um autista depois de adulto, se eu tenho algum paciente para apresentar a ela para saber como vai ser o seu filho. Tenho que fazer nova intervenção: ele não é mais autista. “O que ele é então?” O que ele é ainda não sabemos e depende muito do que você diz dele, respondo.

Até hoje o sono de Rafael é agitado, ele acorda chorando e passa para a cama dos pais apesar das minhas orientações no sentido contrário. Pergunto como fazer com a vida de casal assim e Mariana ri e relata que, independente de Rafael, as coisas não estão nada bem entre os dois. Já houveram brigas inclusive com agressão física entre ambos. Mariana chegou a falar em se separar, agora está mais serena.

4.1.1 -Sessões com Rafael

R-Rafael

I-Isabela

M- Mãe

P-Pai

Brincamos com uma casinha em meu consultório. Personagens: a empregada, o filho da empregada, ele e o irmão estão lanchando na mesinha. A mãe finge ser a empregada e pergunta:

M- "O que você quer comer?"

Rafael não responde. Mariana pergunta novamente brava:

M- "meu filho, não estou perguntando para o nada não, me responde!"

Rafael pega o boneco que representa o filho da empregada e fala:

R-"Ele machucou"

M- "Não estou perguntando isto. A última vez: o que você quer comer?" Voz em tom de ameaça.

R –"Ele machucou"

I-"Mamãe, viu como é inteligente seu menino? Ele está te falando que se machuca quando você fala assim com ele"...

Outra sessão significativa com Rafael. Presentes pai, mãe, Rafael e Isabela. O pai, convocado, quer ficar na antessala. Digo que é importante que ele entre. Brincamos com a casinha e família de bonecos.

R-"Quem vai aparecer primeiro?"

I-"Não sei, a brincadeira é sua", respondo.

(Rafael pega uma boneca e mostra a empregada Lucélia e assenta em uma cadeira. Logo em seguida pega outra boneca que é a babá Maria).

I-"Quem mais tem nessa família?"

(Rafael pega o boneco do avô e da avó e me pergunta):

R-“Quem mais tem nessa família?”

I-”Pode ter a mamãe”?

R-“Pode”

(Pega um boneco que representa para ele a mãe. Pega um bebezinho que representa o irmãozinho e deita na caminha).

Rafael repete a minha pergunta:

R- “Quem mais tem nessa família”?

I-“Querido, a família é sua. Você é quem escolhe”.

P- “Papai tá aqui”.

(O pai entra com um boneco que representa o pai. Deita-o na caminha ao lado do bebezinho).

I-“Cadê o Rafael?” está todo mundo da família, menos ele”

R-‘Estou aqui’. (Pega o boneco que o representa).

I-“porquê você demorou tanto para vir? Veio depois do seu irmão que é bebezinho?”

Rafael não responde. Não responde por que, apesar de já falar em primeira pessoa, demonstrando ter um Eu constituído, seu lugar nesta família ainda não está bem colocado, alicerçado, ou seja, ele é um membro recente desta família. E é interessante a ordem com que os personagens vão aparecendo na brincadeira, que é exatamente a ordem dos que ele se sente mais a vontade na convivência do dia-a-dia.

Logo em seguida, na mesma sessão, a mãe se queixa de que Rafael tem copiado muito a maneira de falar do irmão caçula ou dos coleguinhas. Um deles com problema de fala. “Parece um retardado. A gente investe e ele fica só copiando”. Explico que

Rafael acaba de sair do autismo mais que sua estrutura ainda não está definida, por isso está numa fase de transitivismo onde se identifica com outras crianças no sentido de formar sua identidade, o que vai acontecer ao final da vivência edipiana. A mãe parece ter pressa em que isso se defina. Compara todo o tempo Rafael com o irmão mais novo, dizendo que o seu filho mais novo é mais esperto tem "mais personalidade" ou seja, "é normal". Muito difícil modificar este discurso materno sobre Rafael. Tenho atendido uma semana a mãe sozinha e na outra semana Rafael e os pais, na tentativa de que algo se modifique no discurso materno, tão importante para a boa evolução da criança.

Logo em seguida, Rafael decide fazer comida para os familiares e pega uma panelinha e pergunta o que cada um quer comer: o pai, a mãe. Quando fica pronta a comidinha, dá de comer aos adultos e é claro o prazer experimentado por ele quando o pai e mãe se divertem com a brincadeira. Para Laznik (2004) Rafael não estaria mais no espectro autista ao ser capaz de fazer esta brincadeira com os país, tendo atingido o terceiro tempo do circuito pulsional, quando tem um prazer em provocar prazer no Outro.

4.2- Uma clínica ao avesso?

Temos como uma de nossas hipóteses de trabalho que, ao efetuar uma análise em crianças em posição de objeto, operamos uma clínica psicanalítica "ao avesso". Este termo já foi utilizado por Marie-Christine Laznik (1997) em *Rumo à palavra, três crianças autistas em psicanálise* e achamos muito pertinente, tanto que nomeia nosso trabalho. Vamos procurar explicitar algumas questões que distinguem a chamada psicanálise ao avesso neste capítulo do trabalho.

Segundo Laznik, quando o analista trata uma criança autista, ele aposta que ao constituir-se como lugar do endereçamento de uma mensagem, aposta no reconhecimento do valor significante da produção da criança, condição para a criança se reconhecer posteriormente como fonte desta mensagem. Assim, em muitos momentos, o analista assumirá o lugar de Outro primordial, para franquear que a criança advenha à ordem simbólica que lhe preexiste.

> “ O trabalho com uma criança autista se faz ao *avesso* da cura analítica clássica: o objetivo do analista não é interpretar os fantasmas de um sujeito do inconsciente já constituído, mas de permitir o advento de um sujeito. Faz-se aqui *intérprete*, ao mesmo tempo em relação à criança e seus pais...este primeiro trabalho de tradutor vai permitir, aos pais, olhar a criança em seu brilho de chama aí onde então só viam dejeto. Desta forma, a mãe poderá reencontrar sua capacidade de ilusão antecipatória”(Laznik, 1997, p.11)

A autora salienta que muitas condutas estereotipadas e reações paradoxais podem ocultar o valor de ato ou de fala que a produção de seu filho poderia valer para eles.

É desta mesma perspectiva que Colette Soler (1994b) usa um termo semelhante, psicanálise “ao inverso”. A autora, como anteriormente citado, refere-se a dois campos de psicanálise de crianças. No primeiro, que nos interessa aqui tratar, onde a criança ainda não é sujeito e sim objeto do outro foi chamado por ela de psicanálise “ao inverso”. O analista faria uma operação que vai do real ao simbólico, enquanto que no segundo campo, da criança que já se subjetivou, o trabalho do analista seria mais na diferença entre esta criança e o adulto, já que a palavra da criança é chamada por ela de “irresponsável” (p.10), ou seja, há uma fronteira fluida entre a fantasia e a realidade para estes sujeitos e a presença da dimensão fabulatória.

Vale notar, como problematizamos anteriormente, que a suposição de uma

operação analítica do real ao simbólico, parte da idéia de que a criança esteja constrita ao real, excluída das dimensões imaginária e simbólica. Entretanto, consideramos que esta definição é uma operação imaginária do analista: apenas ele, por habitar o simbólico, pode distingui-lo do real e, portanto, localizar a criança nesse registro real. Assim, sem chegar a distinguir o que há de simbólico no funcionamento da criança, delimita as manifestações desta ao que, para ele, operam como real. Provavelmente trata-se aí do limite do próprio analista em reconhecer o simbólico na criança, devendo esta posição manter-se interrogada no tratamento.

Do nosso ponto de vista, o real só pode ser localizado enquanto furo no simbólico. O próprio Lacan considera que a ordem simbólica é tão imperativa, que nem mesmo os autistas escapariam dela: "*Se uma criança que tapa os ouvidos,* nos disseram, ao quê? *A algo que está sendo dito, não está já no pós-verbal, já que do verbo ela se protege?* (Lacan,1967/1992, p.12, grifos nossos). Assim, importa para Lacan a forma peculiar como estes sujeitos se situam na linguagem, evidenciando a existência deste registro também neles. Lacan situa a dificuldade "não do lado dos autistas, mas em nós, que não escutamos a linguagem fechada deles e não entendemos onde escutaram o que articulam" (Vorcaro & Lucero, 2010, p. 155).

Mesmo sem situar-se num discurso, o autista não escapa ao campo da linguagem. Como afirma Bastos, o ser pode ser tocado pelo significante, ficando, entretanto, aquém da articulação que o transportaria entre significantes. "...Com a perda do ser não se ganha automaticamente o sentido, pode-se ficar a meio caminho, hesitante entre um e outro, vale dizer, *congelado*" (Bastos, 2003, p. 146).

A equivalência do autista ao real é originada na hipótese dos Lefort de que o Outro não existe para o autista, sendo presença real. A esta presença o autista

responderia fazendo do vazio a sua máscara, fazendo-se um duplo do real. Efetivamente, eles afirmam que o autismo mostra ao *falasser* que o Outro poderia faltar: “Marie-Françoise nos confrontou com a ausência do Outro” (Lefort & Lefort, 2003, p.181). Ou seja, foram os analistas que, sob o efeito dos autistas, se constrangeram com a ameaça de uma dissolução da dimensão simbólica. Que o autista provoque esse efeito não equivale a estar totalmente alheio à linguagem: ele a maneja ao manifestar sua recusa a ela, como ensinou Lacan.

Vale notar que é a própria Soler quem afirma que, no caso dos autistas, os analistas estão sempre no “como se” porquê “somos realmente obrigados a interpretar comportamentos”(2007, p.70). Soler salienta sua impressão de que estas crianças “parecem ficar aquém do limiar de qualquer significação” (p.71). Constata-se, portanto, que o autista, mais do que qualquer sujeito, obriga o *falasser* a imaginarizar o lugar desde o qual ele situa o Outro. Dessa imaginarização nem o analista escapa. É o que pode convocá-lo a interrogar a posição desde a qual ele intervém nessa clínica(voltaremos a esse ponto).

Na perspectiva de esclarecer a condição da criança, Bernardino (2004, p. 76) nos diz que devemos considerar algumas variantes em relação ao tempo na infância. Há um tempo do estabelecimento da estrutura, sincrônico, que implica a inscrição ou não do Nome-do-Pai, tempo lógico, que depende das condições particulares de cada um perante o encontro com a linguagem; existe um organismo submetido às contingências reais de um crescimento, que dá suporte imaginário ao sujeito que pode ou não advir.

A estrutura sincrônica vai se articular com elementos diacrônicos, a saber: o real do organismo submetido ao crescimento corporal e à maturação neurológica e sensorial, que dependem, no entanto, do desejo e da linguagem para se pôr em marcha; a

imaginarização do Outro social que reconhece a criança de acordo com um referencial cronológico, situando-a em diferentes lugares perante a lei e as organizações sociais.

É por isso que Bernardino (2004, p. 80) propõe situar três momentos-chave na estruturação subjetiva, retomando os três tempos lógicos descritos por Lacan (1961-1962/1986) em *O Seminário*, Livro 9, *a identificação*. O instante do olhar situaria o momento em que o olhar do Outro primordial marca um traço, inscrevendo um significante, possibilitando a vivência do estádio do espelho.

O tempo para compreender: a partir de um apagamento promovido pelo recalque originário, resultante da inscrição do Nome-do-Pai enquanto metáfora paterna, propicia-se um primeiro saber sobre o desejo próprio e sobre o desejo do Outro. É o tempo do Édipo e da latência.

Para a autora, o momento de concluir, finalmente, acontece quando o sujeito, diante da adolescência, conclui com a escolha do sinthoma.

Seguindo a autora, é nos hiatos destes tempos que o sujeito pode emergir ou não. Há nestes momentos a necessidade de um remanejamento da significação do falo, de acordo com diferentes faltas, tendo como conseqüência que a inscrição do significante necessita de confirmações posteriores através de um agente que faz a função materna portador de significantes e mais, que há uma abertura para a palavra e seus efeitos durante estas suspensões.

A tese de Bernardino (2004, p.81) é a de que, entre estes tempos, se encontrariam momentos de vacilação, como tempos de suspensão. Nos momentos de encontro com a falta significante do Outro, o sujeito fica paralisado, indefinido quanto ao seu lugar de *falasser*. A autora propõe situar estas paralisações em relação às operações psíquicas essenciais à constituição do sujeito, podendo se estabelecer

impasses de patologias como defesa.

Tomaremos aqui apenas as duas primeiras escansões de que a autora fala, já que são as que mais interessam ao nosso trabalho. Na escansão entre o tempo mítico zero e o narcisismo primário, a não-resposta do outro (semelhante) situaria o risco da fragmentação do Outro, podendo o autismo advir como defesa. Diferentemente da autora, supomos planos distintos de fragmentação e não uma elisão plena do Outro. Na segunda escansão, entre a inscrição e seu apagamento, haveria o risco de foraclusão do Nome-do-Pai, podendo a psicose surgir como defesa. Esta é uma hipótese clínica interessante, pois leva em conta o movimento pulsional inconsciente, e seus hiatos, além de permitir distinguir autismo e psicose.

Partindo do princípio de que uma recusa a responder ao Outro é resposta pela qual o ser fisga o simbólico, sendo portanto assim fisgado na trama simbólica, pode-se supor a implantação de um primeiro significante no organismo. “o sujeito recebe sua primeiras assinatura, *signum* de sua relação com o Outro” (Lacan, 12/11/58, inédito).

> “Esse olhar do Outro, devemos concebê-lo como interiorizado como um signo. Isso basta. *Ein einziger Zug*. Não há necessidade de todo um campo de organização e de uma introjeção maciça. Este ponto, grande I, do traço único, este signo de assentimento do Outro, da escolha de amor sobre a qual o sujeito pode operar, está ali em algum lugar no jogo do espelho. Basta que o sujeito vá coincidir ali em sua relação com o Outro para que este pequeno signo, *einziger Zug*, esteja à sua disposição. Pode-se distinguir radicalmente o ideal do eu do eu ideal. O primeiro é uma introjeção simbólica, ao passo que o segundo é fonte de uma projeção imaginária. A satisfação narcísica que se desenvolve na relação com o eu ideal depende da possibilidade de referência a este termo simbólico primordial que pode ser monoformal, monossemântico, *ein enziger Zug.* (Lacan, 1960-61/1992, p.344).

Podemos supor que, no autismo, um significante primordial pode ter feito o sujeito se petrificar ali em lugar de chamá-lo a funcionar como sujeito. Havendo ali

apenas um, o primeiro significante, ele perde sua condição de necessária concatenação para posicionar-se como signo. Entretanto, essa posição pode ser problematizada na aposta da clínica com bebês: como franquear construções significantes a partir da relação com este primeiro traço demarcado?

Para Neves e Vorcaro (2012), é necessário que o Outro corrobore e reconheça as manifestações despontadas em respostas pelo *infans* ao que esse Outro causou. O sujeito seria efeito do apagamento de traços, ou seja, de estranhezas vindas do Outro, pois transforma esse Outro em olhar, gesto, voz, para sair da indiferenciação e entrar no campo simbólico.

Na clínica com estas crianças em estado *infans* muitas vezes interpretamos os seus movimentos, falamos o que elas poderiam querer dizer, transformando o gesto de escuta num ato de fala. Através destes atos o analista opera uma imaginarização do que supõe real da criança, visando enganchar a criança na trama da ordem simbólica.

Ao posicionar-se como endereço, supondo, nos movimentos do *infans*, a articulação de traços significantes, o analista estabelece algum sentido para eles, transpondo sua condição de signo maciço ao registro da decantação significante concatenada. Caso aí se engaje , o sujeito poderá advir no intervalo entre os significantes, transformando-os em gestos inéditos e em atos. Isto porque, ao atribuir a signos a posição de traços significantes, confere-se a eles algum deslocamento e mobilidade, necessários para o funcionamento da linguagem, mesmo que estes estejam inicialmente congelados, como ressaltou Bastos (2003).

Outra leitura da inversão que esta clínica parece nos apresentar é explicitada na concepção de que escutar quem não fala, mais do que escutar, é ler imagens, balizada pela fala dos pais. A criança que não fala se apresenta como letra a ser lida pelo

psicanalista. (Jerusalinsky, J.,2011); (Fernandes, C. M., 2010). Pode-se, portanto, considerar que, enquanto letra, há algum modo de bordejamento do real, ou seja, de deciframento já presente, mesmo que enigmático, e que deverá ser, ainda, em parte, transposto a outro registro[44].

Lacan (1974-75/inédito) define o sintoma como letra, cifra de gozo. Desde Freud podemos ver que as formações do inconsciente apresentam uma estrutura literal a ser lida.

> "O sintoma, é, portanto, uma letra. Se a psicanálise tem um efeito terapêutico é, além disso, porque existe esta equivalência generalizada entre as formações do inconsciente e a instância da letra: toda ação sobre a letra no nível da linguagem durante a cura terá, graças a esta equivalência, um eco sobre o corpo" (Pommier, 1993, p.192)

Que na criança autista esta letra não possa ser decifrada pelo significante da própria criança amparada por seus pais, a presença do analista pode permitir desarrimar o gozo que nela está impedindo a circulação na linguagem.

Portanto, a função do analista seria dissolver a letra congelada, cristalizada, construindo, com a criança, uma borda simbólica. Isso não se faz sem oferecer à criança uma outra versão que lhe permitirá constituir sua realidade psíquica, articulando o real da letra com conteúdos imaginários formalizados numa apresentação simbólica.

Resta ainda considerar que, deste lugar, o analista transita sempre numa pequena margem entre uma interpretação imaginária e uma intervenção devastadora, quando não expõe os pacientes a ambas. No que concerne a criança, na ânsia de transpor a criança ao registro simbólico pela via imaginária, o analista arrisca-se a

[44] Seria esta questão seja válida para qualquer análise? Afinal, escutar é uma modalidade de leitura.

reproduzir a invasão que ela já ressente como angústia a que responde com sua recusa a se deixar fisgar de novo, em que demonstra já ter sido fisgada. No que concerne aos pais e à mãe especialmente, o analista pode repetir a devastação na qual a mãe se acha mergulhada, recrudescendo-a ainda mais, principalmente se adota uma posição culpabilizadora da patologia do filho. Dessa questão tática só uma invenção singular a cada caso pode dar conta. Seu efeito só será localizável posteriormente, quando então um saber poderá ser formulado.

Capítulo 5- Conclusão

Vejamos como cada paciente está neste momento, trazendo as últimas sessões de Rafael, José Roberto e José Tiago.

Para Dunker(2002), o seminário 20 pode ser lido como uma tentativa de justificar uma única tese: a de que o gozo do Outro, o Gozo do corpo do Outro, não é signo de amor. Ou seja, o que está perdido no gozo, não tem como ser recuperado com amor. O amor, assim como o prazer, a letra ou a arte no sentido na estética sublimatória, faz borda ao gozo.

Concordamos com o autor. Onde há prevalência do gozo do Outro há um obstáculo ao amor e, por isso, há uma dificuldade de constituição subjetiva, como vimos nos casos clínicos trazidos neste trabalho. O amor no sentido de dar o que não se tem, dar a falta. “Amar é dar o que não se tem...” (Lacan, 1957-58/1999, p.218).

Com os atendimentos precoces às crianças autistas temos conseguido, na maior parte das vezes, reverter este núcleo de devastação que incluem nominações mortíferas para a constituição do sujeito e a prevalência do gozo do Outro e do gozo Outro, emergindo o gozo fálico que possibilita a estas crianças uma saída. Como dito anteriormente, no capítulo três, temos a hipótese de que a prevalência de qualquer gozo pode devastar.

5. 1- José Roberto

José Roberto começou a demonstrar uma religiosidade excessiva, mostrando a figura de Cristo aos pais e demonstrando a sua ambivalência em relação a ele, ora dizendo que ele é mau, que tem medo dele, ora dizendo que ele é bom.

Tanto José Roberto quanto seu irmão Lucas passaram a apresentar problemas de birras frequentes e Lucas batia em José Roberto. Por isso, a mãe colocava Lucas sempre para dormir e o pai colocava José Roberto. A mãe tinha mais habilidade para colocar limites, já o pai gritava e batia sempre (antes a mãe e o pai se alternavam na hora de dormir com as duas crianças). José Roberto apresentou uma cena de fúria quando o pai o colocava para dormir, gritando que queria a mãe.

Ficava com um medo imotivado de algumas figuras masculinas que encontrava, por exemplo, de um outro cliente que estava aguardando em minha sala de espera certo dia quando o paciente saiu. Além disto, teve uma crise de medo ao ser levado ao teatro dos três porquinhos, quando o lobo mau soprou a casa de palha de um deles. Desenvolveu também um medo do espelho da madastra da Branca de Neve, chorando ao ver a figura em um livro infantil.

O pai naquele momento para ele parecia ser o pai terrível, de quem José Roberto tinha medo, descrito por Freud(1913/1990) como o pai primevo de Totem e Tabu.

Seriam seus sintomas relativos à dificuldade da vivência do pai do terceiro tempo do Édipo, o pai enquanto doador, enquanto investido libidinalmente pelo amor materno?

Os vômitos diminuíram de frequência, mas ainda acontecem em situações onde o paciente é frustrado. Quando pergunto por que vomita, Rafael me diz: “vomito porquê gosto”. Interrogo: Mas do que você gosta? “Eu gosto de vomitar, eu que decido quando

vou", me diz ele. "Acho bom vomitar". Fiquei espantada com a fala tão decidida do paciente. Estaria ele aqui se responsabilizando tão precocemente pelo gozo obtido através dos vômitos?

Ao mesmo tempo, surgem alguns sintomas obsessivos: tenta controlar o tempo de sessão. Quando falo que a sessão terminou, pede para evacuar, demorando bastante, ocupando parte da sessão do próximo paciente. Em casa passa também a tentar manipular os pais por meio do controle e da cessão das fezes.

Próximo aos três anos, José Roberto fez, por ele mesmo o movimento de separação de sua mãe. Um dia abro a porta para sua sessão e ele todo contente fala: "Hoje eu entro sozinho", fala recebida com muita alegria por mim e pela mãe.

Atualmente, o atendimento da criança passa por uma interrupção temporária devido à defesa de mestrado de sua mãe. Mas acreditamos que esta interrupção temporária não causará dano ao paciente. Pelo contrário, o investimento universitário da mãe parece deslocar e funcionar para apontar outro lugar de desejo e gozo fálico.

Recentemente ele me surpreende e surpreende a mãe ao dizer que está com muitas saudades e que quer me ver. Impressionante esta demanda que parte de um paciente de quatro anos. A mãe o traz para combinarmos que a interrupção é apenas temporária e ele conta no calendário quantas semanas faltam para voltar e faz questão de brincar um pouquinho com todos os brinquedos que estão na sala. Interessante que ele "calcula" o tempo para que possa brincar com todos os brinquedos e no final, pede para tirar uma foto minha e dele no celular da mãe.

A mãe não o faz e ele se contenta então com um longo olhar de despedida e diz: "Volto logo". Vejo que a mãe se emociona quando ele fala que está com muitas

saudades e me abraça forte ao ir embora. Mas, com a separação psiquicamente inscrita, agora ele pode ir e voltar sem piorar.

5.2- *José Tiago*

José Tiago está sendo atendido individualmente, já que passou a apresentar sintomas de grande agressividade e rivalidade em relação aos colegas nas reuniões do Grupo de Intervenção a Tempo. Tentei segurar a medicação da criança. Mas a mãe o leva ao neurologista onde acaba medicado devido ao mesmo comportamento na escolinha e recebe uma nominação de "hiperativo" deste profissional, nominação tão frequente e abusiva na clínica infantil nos dias atuais.

No entanto, demonstra que para ele a lei do pai foi internalizada e que sabe que está fazendo as coisas erradas. A mãe não colabora no sentido da colocação de limites e castigos.

Vou trazer um fragmento de sessão que se repete muito em sua análise com pequenas variações. Brincamos na casinha. Há um bebê na brincadeira que faz coisas terríveis, vende os móveis da casa, coloca a mãe no telhado, faz todo tipo de mal criação. Mas sempre é o próprio José Tiago quem chama a polícia ou os bombeiros que fazem uma intervenção no sentido de controlar "as artes" feitas pelo bebê. O interessante é que ele mesmo introduziu estas figuras representativas da função paterna na brincadeira para barrar a impulsividade e a falta de limites do personagem que o representa na brincadeira: o bebê. Apostamos na possibilidade destes sintomas de agitação e falta de limites serem substituídos por outro, já que a criança mesmo encontra solução para eles em seu brincar simbólico.

Achei interessante uma sessão do grupo de intervenção a tempo onde ele retoma atendimento após longa ausência e, encontrando um grupo diferente, tenta se impor para conseguir os brinquedos e a liderança na brincadeira com violência contra as outras crianças do grupo. Alguns dias antes tinha ganhado um celular de brinquedo da mãe, que tinha lhe dito que este brinquedo seria tomado caso ele batesse nos colegas. Ao ser confrontado pela mãe, lhe entrega o celular dizendo: “bati mesmo neles, mamãe, tem vez que me dá vontade de bater”. Mas parece ter incorporado a lei interditora do pai como se dissesse através de seu ato: “já que transgredi, fico sem o brinquedo”.

A mãe, ajudada pela neurologista, acaba por conseguir um benefício de prestação continuada do INSS para a criança, apesar de eu não concordar com isso. Passa a viver deste benefício, não retornando a sua profissão anterior.

Infelizmente a mãe não melhora na mesma velocidade que o filho. A mãe parece continuar a gozar a vida por meio da criança, mas José Tiago, com quatro anos neste momento, parece ter cada vez mais condições de não gozar transitivamente deste gozo materno.

5.3-Rafael

Rafael também tem demonstrado muita agressividade em sua relação com os outros. Bate sempre no irmãozinho que é considerado “o normal para a mãe”. Em uma sessão a mãe conta que Rafael unhou o irmão e que a mãe o unhou para mostrar que aquilo doía, dizendo: “olha se você gosta que façam isto com você”. Ele enfrenta a mãe e a desafia, falando: “eu gosto”.

Trabalho com ela que enquanto estiver sendo agressiva com ele física e verbalmente é muito difícil para a criança fazer diferente em sua relação com os outros e que ele está se identificando com a agressividade materna, já que antes, ao contrário, era uma criança pacífica e passiva ao extremo.

Bateu na professora quando a mesma olhou para um colega, tendo sido duramente repreendido pela mãe, que ameaça em sessão comigo: “Vou levar ele para outra psicóloga atender, você não está conseguindo domar a agressividade dele”. Acaba fazendo e agora, tem atendimento também com uma psicóloga comportamental. No entanto, continua trazendo-o para atendimento, apesar da ameaça.

Faz demanda de medicá-lo e eu recuso a princípio, então leva-o ao homeopata, que o faz.

Tenho conseguido trazer o pai para o tratamento em uma sessão ele vem sozinho com Rafael. Rafael imediatamente propõe um duelo contra o pai com dois pedaços de madeira que pertencem a minha escrivaninha, fingindo que são espadas. O pai entra no jogo e é uma sessão bem lúdica. Tem quatro anos neste momento.

Quanto à mãe, seu discurso tem ficado mais amoroso em relação ao paciente. Viajaram recentemente e ela me conta, feliz, de que foram visitar um parente e que os dois filhos resolveram fazer uma bagunça compartilhada. Estavam sendo oferecidos bombons e os dois pegavam e diziam que queriam mais, com cara de “anjos”. A mãe estranhou pelo fato de estarem comendo tanto chocolate. Quando foi no quarto em que estavam brincando, viu que Rafael e o irmão estavam pisando junto nos bombons e rindo. Ficou brava e colocou os dois de castigo, mas pensou consigo mesma: “agora acredito que este menino saiu do autismo, acho que nenhum autista faria uma bagunça

compartilhada assim, com tanta cumplicidade com o irmão, um protegendo o outro do castigo".

Ao fazer quatro anos, a mãe deu uma festinha. Depois de comemorar cantando o "parabéns", os convidados continuaram a cantar: " Com quem será, com quem será, com quem será que o Rafael vai casar".

A mãe fala: "Com a mamãe"

Rafael fala: "Com a mamãe, não, com a Paula", uma vizinha com a qual vive entre tapas e beijos. Rafael já demonstra claramente sua escolha por outra mulher. A mãe me conta a cena com uma certa satisfação.

"Achei bonitinho" me diz ela.

Recentemente Mariana decide viajar a sós com o marido, deixando os filhos com a avó, o que não fazia desde o início do tratamento da criança. Comemoro internamente sua volta à posição identificatória "mulher". Estaria ela saindo da devastação?

5.4- Um contraponto à "dissolução da infância".

A infância não é uma categoria natural, mas uma construção histórica e social (Ariès, 1981). Estaria ocorrendo, em nossa época, um desaparecimento da infância?

Bernardino (2004) nos lembra que existe dentro da psicanálise teóricos que se opõem radicalmente a qualquer especificidade do sujeito enquanto criança. Porém, este posicionamento vem sendo questionado por alguns teóricos como Jacques-Alain Miller (1992), que nos alerta para o perigo da perspectiva lacaniana "dissolver a criança". O autor sublinha que a criança é uma denominação cronológica e que quando se é partidário da perspectiva estruturalista, fica difícil de sustentar sua existência. "Se o

Inconsciente não conhece o tempo, não conhece a criança tampouco". Propõe, a partir daí, um trabalho: "recuperar um conceito operativo da criança" e, como veremos, uma definição de criança.

Se a infância vem desaparecendo, que dizer do bebê, da primeiríssima infância? Ao propormos um atendimento precoce ao bebê e seus pais, estaria nosso trabalho indo à contramão do ideário social contemporâneo? Nosso trabalho parece apontar, portanto, para um contraponto ao desaparecimento da infância.

Do nosso ponto de vista, a psicanálise lacaniana precisou se "esquecer do desenvolvimento" e da criança durante o chamado primeiro classicismo lacaniano (Milner, 1996), para sustentar-se numa perspectiva estruturalista. A sincronia do Outro a que qualquer humano está exposto foi considerada por alguns discípulos de Lacan como antinômica à diacronia da implantação significante, a despeito do fato de haver uma ordem temporal implicada na lógica. Neste momento, após o trabalho de releitura dos últimos textos de Lacan, esta posição, muitas vezes estratégica, não se fez mais necessária, franqueando, mesmo que com muitos embates, que nos detenhamos na especificidade do tratamento da criança nos confins da psicanálise.

Podemos ir além, recuperando o real do desenvolvimento incidindo na estrutura, o tempo de criança, que como nos lembra Miller: " há uma definição de criança: é o sujeito cuja libido não se deslocou dos objetos primários...na libido não é indiferente o fator temporal"(Miller,1992, p.10)

Uma clínica com bebês refere-se à possibilidade de criação de novas modalidades de gozo atravessadas pela linguagem, ou seja, sem que essas estejam alheias ao campo discursivo.

5.5- Considerações finais

A psicanálise com bebês confere a eles um estatuto de sujeito antes de seu advento. Quando o analista se dirige a um bebê ou pequena criança, não importa que ali ainda não haja um sujeito do inconsciente constituído. Ao falarmos com o bebê, fazemos uma antecipação de sujeito que é necessária para que algum dia um sujeito dali possa surgir.

Apresentamos a hipótese da suposição de sujeito da parte de quem atende justificar o termo "atendimento psicanalítico" para estas crianças. Nesta hipótese considera-se a importância de estender a rede da linguagem para que as crianças possam brincar com seus detritos. Porém, como anteriormente ressaltado, este atendimento faz uma aposta que não oferece garantias.

Assim levamos o estatuto do Outro a suas últimas consequências, ou seja, sua função de pacto, de aposta, de antecipação, de localização da criança no campo da linguagem que a sua condição de *infans* exige, para além de qualquer regra técnica da psicanálise. Este é um princípio a partir do qual uma técnica de atendimento pode se desdobrar.

Podemos justificar o endereçamento do analista ao bebê desde os primeiros meses de vida, legitimando sua condição de sujeito à linguagem. Desconhecemos quando ele será capaz de compreender o sentido das palavras, mas a ordem simbólica, o deslocamento e a substituição significantes já lhe são apresentados em uma gramática específica. Além disso, aposta-se que é possível que ele já esteja tocado pela entonação e pelos picos prosódicos de nossa voz, que abrirão caminhos para a inscrição de nomes-

do-pai. Afinal, a linguagem que permite o gozo da sonoridade e de seus ritmos é a mesma linguagem que faz alto ao gozo.

A voz da mãe cunha o nome do pai na medida em que toda mãe tem seu lado Orfeu, ao implantar o gozo fálico em seu filho. Mas toda mãe tem seu lado sereia, ao implantar um gozo do Outro mínimo para a constituição psíquica de seu bebê. A voz que modula, que mescla pulsão de vida e pulsão de morte, cunha o não-do-pai. A voz sirênica, que não modula, grito, pura descarga de pulsão de morte, implanta o gozo, formando as bases do supereu precoce com seu imperativo: "Goza". A música da fala nos abre muitas perspectivas de pesquisa clínica e novas possibilidades de intervenção a serem desdobrados em estudos posteriores.

Além disto, o psicanalista fala ao bebê também para que o agente da função materna ouça. A mãe escuta que o analista dá lugar ao bebê, e isso pode abrir caminho para que ela também passe a antecipar um sujeito, franqueando-o. Quando a voz da mãe não faz a função acima descrita, aposta-se que a fala do psicanalista dirigida ao bebê atinja a escuta do agente da função materna.

Ao concernir o bebê, dando-lhe uma posição, o analista intima a mãe ao pacto implicado na linguagem. Assentir com a linguagem por meio do que diz o analista é deixar-se conduzir por uma trama da linguagem que inclui o seu filho, e por isso ela também pode vir a considerar este lugar, condição mínima para que ela passe a antecipar, ali, um sujeito.

As intervenções e interpretações se dirigem ao bebê, ao agente que exerce a função materna, e à relação do bebê com este agente, visando, como já citado, ao (re)estabelecimento de um laço capaz de sustentar uma singularidade em instalação. Estas intervenções e interpretações têm sido feitas a partir do lúdico, propiciando um

laço a partir da trama linguageira presente no brincar entre a mãe e o bebê. Ressalta-se que, apesar desta prática implicar num trabalho que também estimula funções cognitivas e psico-motoras, ela não se faz em detrimento do sujeito.

Como já discutimos, em caso de risco de autismo, no nosso ponto de vista, ao atendermos precocemente, não se trata de prevenção, pois a criança já apresenta sinais reconhecidos no campo social de que algo não vai bem. É esse reconhecimento que conduz a criança ao analista. Trata-se sim de um tratamento que se antecipa à estruturação psíquica, podendo permitir ainda que alguma retificação da função paterna e materna aconteça, possibilitando novas possibilidades de moderação do gozo que pode estar excessivo, impedindo a constituição subjetiva. Por isso achamos interessante o conceito de prevenção de Dolto. De acordo com seu conceito de prevenção, "atender quando alguém precisa", nossa clínica seria preventiva, porém a única prevenção possível seria sem garantias, prevenção castrada, "não-toda", como bem apontado por Rohenkohl (1999).

É difícil falar de prevenção em psicanálise. No entanto, é inegável que um sintoma que pode ser ouvido e trabalhado no período de seu aparecimento possa trazer conseqüências psíquicas menos graves no adulto. No entanto, como anteriormente sublinhado, não há garantias desta intervenção.

"A criança é o pai do homem", nos diz o poeta romântico inglês William Wordsworth (1770-1850). Conforme a maneira que tratarmos o bebê e a criança, produziremos sujeitos ou autômatos.

A clínica do autismo pode ensinar muito ao psicanalista. O fato de que muitas crianças melhoram após um susto concreto tomado pela analista em algum momento do atendimento nos ensina sobre o valor do insabido. Assim, é na medida em que o

analista, pequeno outro, comparece na cena clínica afetado pela falta para além de qualquer semblante, ou seja, quando ele encarna o Outro barrado, abre-se um lugar para o posicionamento do sujeito. É o que nos ensina que devemos nos surpreender diante de cada caso. Cada paciente é único e deve ser considerado em sua particularidade. Enquanto atendemos imbuídos de um saber pronto, nada acontece. Devemos nos despir do saber prévio, do prognóstico reservado que nos ensina a psiquiatria e mesmo a psicanálise, para possibilitar que algo de novo advenha.

Novas pesquisas são necessárias em relação ao psiquismo fetal. Como nos diz Laznik (2004), pouco sabemos do que ocorre no psiquismo do feto durante a gestação. Laznik espera que seu trabalho, que chama a atenção para a importância do que ocorre nos primeiros meses de vida extra-uterina incentivem pesquisas do campo da psicanálise no campo pouco explorado da relação do feto com seu Outro materno. Faço minhas as suas palavras. Sublinhamos que esta mesma questão já fora apontada por Klein na década de 40.

Como já dito, a palavra infância vem do latim – *infans* – que é aquele que não fala. A criança, de fato, já nasce submetida a trama e à economia da linguagem. Ela não fala até certa idade, mas se posiciona e transita nesta linguagem. No entanto, mesmo após articular sua fala, esta é pouco considerada. O profissional que atende a criança pode ficar submetido a padrões de linguagem esperados para certa idade restringindo sua escuta a ponto de, muitas vezes, negligenciar tanto a fala da criança quanto a modalidade por meio da qual ela fala.

Fundamental é estarmos sempre atentos para não cair nesse engodo da não consideração da fala da criança. Escutar, antecipar, pôr esta fala em evidência e franquear sua transmissão é nosso objetivo, pois cair no engodo de não escutar é

abandonar a clínica. O aspecto da não consideração da fala da criança faz com que ela geralmente não apareça na primeira pessoa nos discursos que dela se ocupam.

O ser humano vem ao mundo de maneira extremamente frágil. Se não houver os cuidados do Outro experiente que erogeiniza e que nutra o bebê, este entra em um quadro marasmático que pode evoluir até a morte – como na caso da depressão anaclítica descrita por Spitz (1979). Seus primeiros sons dependem de um sentido dado pela mãe. O sujeito recebe através dos significantes do Outro, uma significação que lhe confere a estrutura de sujeito. Alienado no discurso, permanece até que o trabalho psíquico possibilite sua separação em relação ao desejo do Outro.

Recebemos então o bebê e a criança a partir da demanda desse Outro: pais, escola, Conselho Tutelar, pediatra ou outros profissionais. Como a demanda vem do Outro, a prática do atendimento a bebês, crianças e adolescentes pode se direcionar, muitas vezes, para a correção das crianças e famílias. Este processo disciplinar, exercido a partir de normas, cumpre função de manutenção da ordem moral e social (Akerman, 1995). Mas o psicanalista não é, ou pelo menos não deveria ser, agente do gozo social.

É o perigo do Divã de Procusto. No mito de Procusto, dono de uma hospedaria, que esticava ou cortava os pés dos hóspedes, caso não coubessem na cama. Infelizmente, assistimos muitas vezes a atitudes semelhantes do profissional que atende esta clientela, cortando os pés dos pacientes na medida em que excedem o tamanho do Divã (Mannoni, O).

Como vimos, escutar quem não fala, mais do que escutar, é ler imagens concatenadas, balizada pela fala dos pais. Assim, a criança que não fala se apresenta como letra a ser lida pelo psicanalista.

Franquear a fala à criança é nosso dever: mesmo quando ela passa a falar através do sintoma, consideramos ser um grande progresso do tratamento de crianças em risco de autismo. Por isso consideramos que não devemos jamais calá-los a qualquer custo, não temos que obrigá-las ao silêncio, muito ao contrário, queremos ouvir sua fala sintomática.

Ressaltamos, novamente, que é quase impossível ser bem sucedido no tratamento de um bebê ou de uma pequena criança se os pais também não forem trabalhados. A família tem uma função de moderar o gozo da criança, através da entrada da função paterna como lei. Em algumas famílias, esta função está comprometida, e cabe ao profissional uma intervenção buscando tentar uma retificação da função familiar, sem, no entanto, tentar normatizá-la.

O gozo transbordante, excessivo, presente na relação destas crianças com suas famílias e que pode se apresentar como devastador, tem se demonstrado mais eficazmente abordado através dos atendimentos precoces família-bebê do que os atendimentos em idades mais avançadas.

No entanto, na escuta dos pais, não podemos desconsiderar a dimensão subjetiva da criança. Ela é um sujeito, mesmo que não enunciador em alguns casos, e sua verdade deve ser ouvida, mesmo que a análise de um bebê ou pequena criança tenha que passar também algumas vezes pela escuta dos pais.

Dar ao bebê e à criança pequena a possibilidade de ser atendida de forma integral como sujeito, ainda que ainda por advir, deve objetivar as novas ações no âmbito da nossa clínica.

Faço votos que este trabalho que, por ser calcado na psicanálise abre mais questões do que conclui, possa ser útil para que estas crianças, ainda desprovidas de

fala, mas com outras possibilidades de linguagem, sejam mais bem acolhidas para tratamento nos Serviços de Saúde Mental, mais “acostumados” à clientela que fala e demanda.

5.6- Questões atuais que atravessam a clínica psicanalítica do autismo

Temos assistido nos últimos anos, em contra partida aos enormes avanços terapêuticos possibilitados no campo da psicanálise e autismo, como a possibilidade de outras saídas estruturais para estas crianças, uma enorme resistência da sociedade à prática psicanalítica com crianças autistas. Esperemos que este trabalho contribua para que a prática psicanalítica possa continuar seu frutífero trabalho com estas crianças.

Após o polêmico documentário francês *Le Mûr*, onde foram entrevistados alguns psicanalistas a respeito do autismo, e onde foram colocadas questões polêmicas e que apresentam discordância dentro da psicanálise, como vimos ao longo deste trabalho, como: o autismo é ou não uma psicose? A mãe seria responsável pelo aparecimento da patologia na criança? A partir do debate despertado pelo filme, foi desaconselhado na França o atendimento psicanalítico da criança autista em detrimento de outras formas de tratamento, como a psicoterapia comportamental.

Como resposta, várias instituiçoes psicanalíticas fizeram abaixos assinados. Tive acesso à organizada pela Universidade Popular Jacques Lacan em fevereiro de 2012, uma Petição Internacional para a Abordagem Clínica do Autismo. Nela, as associações, os profissionais implicados no acolhimento, cuidado e acompanhamento dos sujeitos autistas, os pais cujos filhos são acolhidos em estruturas médicas ou médico-sociais,os cidadãos implicados, franceses ou não, foram convocados a assinar a

petição pedindo que a psicanálise, suas investigações e seus praticantes, deixassem de ser difamados por alegações que visavam desconsiderá-los; desejavam que os poderes públicos considerasem a preocupação legítima das famílias para que fossem assegurados os melhores cuidados para suas crianças sem descuidar do trabalho realizado, desde muitas décadas, por equipes de profissionais com crianças e adultos autistas, através da rede de saúde mental, das consultas particulares, das instituições médico-sociais, cujo trabalho se beneficia, em um grande número de casos, da formação psicanalítica dos praticantes; desejavam que a inquietude das famílias não fosse explorada para designar os bodes expiatórios e denegrir profissionais engajados em promover as instituições e práticas que garantiam que a criança e sua família fossem respeitadas no momento subjetivo que lhes concerne; pediam que a representação nacional francesa evitasse, com sua sabedoria, pronunciar-se sobre um problema de saúde pública que, longe de ter sido negligenciado, tem sido considerado desde muito tempo; pediam que fosse estabelecido um plano capaz de assegurar os meios humanos e estruturais necessários para dar prosseguimento aos cuidados e acompanhamento educativo preciso à situação singular de cada criança e adulto que sofre de autismo. A petição foi assinada, entre outros, por F. Ansermet, J. C. Maleval, E.Laurent, A.Stevens, F. Leguil, várias instituições psicanalíticas, além de instituições públicas e privadas que tratam crianças autistas.

Logo o movimento de represália aos profissionais psicanalistas que se ocupam do autismo chegou ao Brasil. Desde fim de novembro de 2012, a partir de uma série de acontecimentos que desqualificam a psicanálise no trabalho com os autistas, além de ameaça de fechamento de instituições que trabalham com o referencial psicanalítico no campo da saúde mental, vários colegas vêm se reunindo para fazerem um enfrentamento

destas questões contra uma política de desubjetivação das relações humanas e dos tratamentos[45].

O movimento foi desencadeado devido a um decreto do governo de São Paulo em novembro de 2012, abrindo um edital para credenciamento apenas de instituições de saúde mental que seguissem o método cognitivo comportamental e por isso, algumas instituições, como o CRIA (Unifesp), seria fechado. Graças à manifestação, o decreto foi revogado e a instituição não foi fechada, o que representaria muitos pacientes autistas sem atendimento. Uma cartilha para atendimento do autista pelo SUS feita pela Associação de Pais de Autistas a ser lançada em abril de 2013 também contemplou a discussão ao recomendar várias linhas de tratamento para estas crianças.

Foram marcadas três reuniões em São Paulo, no Lugar de Vida (USP) e uma jornada para março de 2013. Foram organizados grupos de trabalho para discussão de temas e o atendimento psicanalítico precoce está contemplado entre as questões discutidas. Os grupos de trabalho contam com cerca de 300 profissionais brasileiros pertencentes a mais de oitenta instituições de saúde, saúde mental, psicanalíticas, universidades, e organizações não governamentais. O objetivo é divulgar publicamente o trabalho que vem sido feito pelos psicanalistas com o autismo, tanto em termos de pesquisa, quanto em termos clínicos. Excelente oportunidade para que estes e outros profissionais tenham acesso ao trabalho do tratamento precoce, um dos ítens contemplados em grupos de discussão e ainda pouco conhecido por alguns colegas.

Um trabalho psicanalítico que aponta para outras saídas estruturais para estas crianças, infelizmente parece estar na contra-mão do mundo capitalista, pois através do atendimento precoce estas crianças vão demandar menos tempo de atendimento, menos

[45] Carta dos profissionais que atendem a crianças autistas à CIPPA.

profissionais envolvidos quando comparados aos tratamentos em idades mais avançadas. Desconfiamos que se trata de uma questão mercadológica atravessando a clínica. Infelizmente o autista se tornou um “negócio rentável” para o “mercado de terapias desubjetivantes” que necessariamente se articulam à industria farmacêutica.

Os pais devem poder escolher através de qual método vão tratar seus filhos. Faz-se interessante ressaltar o momento propício da defesa desta tese, com todo este movimento acontecendo, movimento de resistência dos psicanalistas que atendem a crianças autistas.

Referências Bibliográficas:

Ajuriaguerra, J. (1978) *Manual de psiquiatria infantil.* Seg. Ed. Rev. Rio de Janeiro: Masson do Brasil.

Akerman, J.(1995) Estratégias de segregação na infância e adolescência: problemas e impasses do encaminhamento para tratamento em saúde mental, in: *Rev. Psiquiatr. Psicanal. Crianças Adolesc.* 1(2): 31- 34. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico /FHEMIG.

American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* 4. Ed. Porto Alegre, Artes Médicas.

Ansermet, F.(2003) *Clínica da origem. A criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Ariés, Philippe.(1981) *História social da criança e da família.* 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Aymar, C.L.G.(2008) Manejo da dor e uso de analgesia sistêmica em neonatologia. [*dissertação de mestrado*]. Recife (PE): Programa de Pós-Graduação em Saúde da criança e do adolescente da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE.

Balbo, G. Bergés, J.(2002) *Jogo de posições da mãe e da criança.* Ensaio sobre o transitivismo. Porto alegre: CMC Editora.

Balbo, G. Bergés, J.(2003) *Psicose, autismo e Falha Cognitiva na Criança*. Porto alegre: CMC.

Barroso, S.(2012) O autista, mestre da linguagem, Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana, Murta, A., Calmon,A., Rosa, M. (orgs), Scriptum, Belo Horizonte, pp. 135-149

Bastos, A.(2003) Entre o ser e o sujeito, a alienação, em: Pinheiro, T. (org.) Psicanálise e formas de subjetivação contemporânea, pp.137-149, Rio de Janeiro,Contracapa.

Bentata, H.(2009, jun) O Canto da Sereia. Considerações a respeito de uma incorporação frequente da voz materna. *Reverso* n. 57. Belo Horizonte.

Bettelheim, B. (1987). *A fortaleza vazia*. São Paulo, Martins Fontes.

Bernardino, L. M. F. (org.). (1997a)*Neurose Infantil x Neurose da criança*. Salvador: Ágalma.

Bernardino, L. M. F.(2004) *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Brousse, M.-H. (2004). Uma dificuldade na análise de mulheres: a devastação da relação com a mãe, in: Miller, J. -A. *Ornicar?* : De Jacques Lacan a Lewis Carroll. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Campanário, I. S.(2004) A reforma psiquiátrica e movimento social no atendimento a crianças e adolescentes. Diálogos em Saúde Mental _ Reforma Psiquiátrica e Movimento social _ ABP, AMP, AMMG, RES.- IRS, RES.- CPP. Publicação da Associação Mineira de Psiquiatria.

Campanário, I.S., Fontes, M.J.F.(2010) Avaliação do desenvolvimento psicológico da criança, in Maria Aparecida Martins et al *Semiologia da Criança e do adolescente*. Rio de Janeiro, Medbook.

Campanário, I.S.(2008) *Espelho, espelho meu. A psicanálise e o tratamento precoce do autismo e de outras graves psicopatologias*. Salvador, Ágalma.

Cavalcante, M.(2005) Pausas no manhês: lugar de subjetivação, in: Sales, L. (org.) *Pra que esta boca tão grande?: questões acerca da oralidade*. Salvador: Ágalma.

Cavalcanti, A. E. e Rocha, P. S.(2001) *Autismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Calligaris, C.(1986) *Hipótese sobre o fantasma*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

Cirino, O.(1992) O descaminho daquele que conhece, in: *Fascículos Fhemig*, n.7: 79. Belo Horizonte.

Cirino, O.(1994) Diagnóstico estrutural: algumas considerações, in: *Rev. Psiquiatr. Psicanal. Crianças Adolesc.* 1(1): 25-36. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico /FHEMIG.

Cirino, O.(2001) *Psicanálise e psiquiatria com crianças. Desenvolvimento ou estrutura.* Belo Horizonte: Autêntica.

David, C. M.(2004) *A linguagem sonora. Monografia* apresentada à UFMG para conclusão do Curso de Especialização em Psicanálise.

Dunker, C.I.L.(2002) *O Calculo Neurótico do Gozo*. São Paulo: Escuta.

Fernandes, C. M.(2010) Psicanálise para aqueles que ainda não falam? A Imagem e a Letra na clínica com o bebê. *Tese de doutoramento* apresentada à USP. São Paulo.

Freud, S. (1990) Projeto para uma psicologia científica, v. I. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1985)

Freud, S. (1990). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud,* v. VII. Rio de Janeiro, Imago. (trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1990). Escritores criativos e devaneio, v. IX, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1908 [1907]).

Freud, S. (1990) Psicologia das massas e análise do eu.v. XIII. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* . Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1908)

Freud, S. (1990) Sobre as teorias sexuais das crianças. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, v.IX. (trabalho original publicado em 1908)

Freud, S.(1990) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico, v. XII, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1911)

Freud, S. (1990). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud,* v. XII. Rio de Janeiro, Imago. (trabalho original publicado em 1912)

Freud, S. (1990) Totem e Tabu. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud,* v. XIII. Rio de Janeiro, Imago. (trabalho original publicado em 1913)

Freud, S.(1990). Sobre o narcisismo: uma introdução, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud ,* v. XIV. Rio de Janeiro, Imago. (trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (1990). As pulsões e suas vicissitudes, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud,* v. XIV. Rio de Janeiro, Imago. (trabalho original publicado em 1915)

Freud, S.(1990) O estranho, v. XVII, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* . Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1919)

Freud, S.(1990) "Uma criança é espancada": uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais, v. XVII, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* . Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1919)

Freud, S. (1990) Além do princípio de prazer, v. XVIII. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* . Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (1990) Algumas conseqüências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, v.XIX. (trabalho original publicado em 1925).

Freud, S.(1990) Inibições, sintomas e ansiedade, v. XX, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* . Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1926 [1925])

Freud, S. (1990) Sexualidade Feminina. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, v.XXI. (trabalho original publicado em 1931)

Freud, S. (1990) Análise terminável e interminável. V.XXIII. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* . Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1937)

Greenfeld, K. T.(2009) *Sinto-me só.* São Paulo: Editora Planeta do Brasil.

Jerusalinsky, A.(1993a) Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem (Entrevista com Alfredo Jerusalinsky). *APPOA - Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 9: 62-73.

Jerusalinsky, A.(1993b) *Seminário de clínica psicanalítica de crianças* (transcrição digitada de fita cassete). Curitiba, ago. 1993b.

Jerusalinsky, A. (2012) A criança de 1 a 3 anos: indicadores de risco para o seu desenvolvimento, in: Psiquiatria da Infância e Adolescência/ coord Guilherme Vanoni Polanczyk. Maria Teresa Martins Ramos Lamberte. Barueri, SP (Coleção Pediatria. Instituto da Criança HC_FMUSP).

Jerusalinsky, J.(2002) É possível prevenir ou só resta remediar? Precocidade e prevenção na intervenção com bebês. *Enquanto o futuro não vem. A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Ágalma.

Jerusalinsky, J. (2011). A criação da criança. Brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê. Salvador: Ágalma.

Kafka, F. (1988) Le silence des sirènes. In: *Oeuvres completes*, tome II. Paris: Gallimard. (trabalho original publicado em 1917)

Kanner, L. (1943/1997). Distúrbios autísticos do contato afetivo, in: Rocha, Paulina (org.) *Autismos*. São Paulo, Escuta, p.111-170.

Kanner, L. (1971). Follow-up studies of eleven autistic children originally reported in 1943. In: *Journal of Autism and childhood schizophrenia*, 2 (1), 9-33.

Klein, M. (1970) A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do eu. *Contribuições à psicanálise.* São Paulo: Mestre Jou. (trabalho original publicado em 1930).

Klein, M. (1969a) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969a. (trabalho original publicado em 1946).

Klein, M.(1969b) Comportamento dos bebês. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1952)

Klein, M. (1969c) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. *Os progressos da psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1952)

Kupfer, M.C. M, Jerusalinsky, A., Bernardino, L.F., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S., Sales, L., Stellin, R., Pesaro, M.E. , Lerner, R.(2009, maio) Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n.1, p. 48-68.

Lacan, Jacques. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada, in: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1945)

Lacan, J (1998). O estádio do espelho como formador da função do Eu. *Escritos*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998. (trabalho original publicado em 1949)

Lacan, J.(1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise, in: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1953)

Lacan, J. (1979). *O seminário*, livro 1, *os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1979. (trabalho original publicado em 1953-54)

Lacan, J.(1985) O *seminário*, livro 3, *as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (trabalho original publicado em 1955-56)

Lacan, J. (2005) O seminário, livro 4, *a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1956-57)

Lacan, J. (1999) *O seminário*, livro 5, as *formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1957-58)

Lacan, J. (1998) A significação do falo, in: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1958)

Lacan, J. (2002). *Seminário,* livro 6, *O desejo e sua interpretação.* Publicação não comercial da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. (trabalho original publicado em 1958-59)

Lacan, J. (1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no Inconsciente Freudiano. *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1960)

Lacan, J. (1998) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: " Psicanálise es estrutura da personalidade". Escritos, Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1960)

Lacan,J.(1997) O seminário, livro 7. A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. (trabalho original publicado em 1959-60)

Lacan (1992) O seminário, livro 8, A transferência, Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro, 1992. (trabalho original publicado em 1960-61)

Lacan, J. (1986) *Seminário,* livro 9, *La identificacion*. Versión de la Escuela Freudiana de Buenos Aires: Laprida.(trabalho original publicado em 1961-62)

Lacan, J. (2005) *O seminário*, livro 10, *a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1963)

Lacan, J. (1985). *O seminário*, livro 11: *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1964)

Lacan, J. (2003). Homenagem a Marguerite Duras pelo Arrebatamento de Lol V. Stein. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1965)

Lacan, J. (2003 a) Alocução sobre as psicoses da criança. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1967)

Lacan, J. (2003 b) Duas notas sobre a criança. *Outros escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1969)

Lacan, J. (1998) Conferência em Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*, n.23 São Paulo: Eólia, 1998. (trabalho original publicado em 1967)

Lacan, J. (1977,avr.). Overture de la section clinique. *Ornicar*, p.14.

Lacan, J. (2003). O aturdido. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1973)

Lacan, J.(2008). *O Seminário.* Livro 16. *De um Outro ao outro*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 68-69)

Lacan, J. (1992) *O seminário*. Livro 17. *O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1969-70)

Lacan, J. (2009). *O seminário*. Livro 18. *De um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1971)

Lacan, J. (1985) *O Seminário*. Livro 20. *Mais, ainda*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1972-73)

Lacan, J. (1985) "La tercera", in *Intervenciones e textos*. Buenos Aires: Manantial(trabalho original publicado em 1975)

Lacan, J. (inédito) *O seminário*, livro 21, *les non- dupes errent*. Inédito. Edição h-e-R-e-S-I-a. Para circulação interna. Formações Clínicas do Campo Lacaniano. (trabalho original publicado em 1973-74)

Lacan, J. (inédito) *O seminário*, livro 22, *R. S. I*. Inédito. Edição h-e-R-e-S-I-a. Para circulação interna. Formações Clínicas do Campo Lacaniano. (trabalho original publicado em 1974-75)

Lacan, J. (2007). *O seminário*, livro 23. *O sinthoma*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2007.. (trabalho original publicado em 1975-76)

Lacan, J. (inédito) *O seminário*, livro 24, *l'insu que sait de l'une- bévue s'aile à mourre*. Inédito. Edição h-e-R-e-S-I-a. Para circulação interna. Formações Clínicas do Campo Lacaniano(trabalho original publicado em 1976-77)

Laplanche, J., Pontalis, J. B. 1982. *Vocabulário de psicanálise*, 3. ed. Trad. Pedro Tamen, São Paulo: Martins Fontes.

Laurent, E.(2012) O que nos ensinam os autistas, Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana, Murta, A., Calmon,A., Rosa, M. (orgs), Scriptum, Belo Horizonte,pp. 17-44

Lessana, M.-M.(2000) *Entre mère et fille: un ravage*. Paris, Fayard.

Laznik-Penot, M.-C. (org.). (1991) *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador, Ágalma.

Laznik, M.-C. (1997) *Rumo à palavra. Três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Laznik, M.-C. (2004) A voz da sereia. *O autismo e os impasses da constituição do sujeito.* Salvador, Ágalma.

Laznik, M.-C.(2009, set.) Bebê com risco de autismo em tratamento conjunto: visa-se a reversibilidade total? *Reverso*, n.58, p. 63-74. Belo Horizonte.

Laznik, M.-C (2006). Godente ma non troppo – le minimun de jouissance de l'Autre nécessaire à la constitution du sujet. In : *L'enfant entre désir et jouissance. Cahiers de l'Association Lacanienne Internationale,* Paris. pp.13 – 27.

Lefort, R. & Lefort, R.(1998) O autismo, especificidade. *Fundação do Campo Freudiano: o sintoma charlatão.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lefort, R. & Lefort, R.(1984) *O nascimento do Outro.* Salvador: Fator.

Lefort, R. & Lefort, R.(1992) Autisme et psychose, deux signifiants: "partie" et "cassé". In: *Séries Decouverte Freudienne,* n.8: 229- 238.Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.

Lefort, R. & Lefort, R.(1997,jan) L'accès de l'enfant à la parole condition du lien social. *Bulletin du Groupe Petite Enfance. L'autisme,* n. l0.

Mahler, M.(1952) On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile pychosis. *Psychoanalytic Study of the Child,* 7: 284-305.

Maleval, J.-C.(2012) Língua verbosa, língua factual e frases espontâneas nos autistas, Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana, Murta, A., Calmon,A., Rosa, M. (orgs), Scriptum, Belo Horizonte, pp.45-69

Mannoni, M.(1985) *A criança retartada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes.

Mannoni, M. (1981). *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (trabalho original publicado em 1970)

Mannoni, O. *O divã de Procusto*. In: McDougall, Joyce e Colls. *O divã de Procusto.*

Melman, C. (1992). *Chimneys Weeping*. *Imigrantes: incidências subjetivas das mudanças de línguas e país.* Calligaris, C. (org.). São Paulo: Escuta. (trabalho original publicado em 1989)

Meltzer, D. *et al*. (1980). *Explorations dans le monde de l'austisme*. Trad. G. Haag et al. Paris: Payot, l980. (trabalho original publicado em 1975)

Miller, J-A.(1992) *Apertura de las II jornadas Nacionales: desarollo y estructura em la dirección de la cura*. Buenos Aires: Centro Pequeno Hans.

Miller, J. A. (2000,abr) Os seis paradigmas do gozo, in *Opção Lacaniana*, vol. 26/27, São Paulo, Eolia, p. 87-105.

Miller, J. A.(2003, ago) Uma partilha sexual. *Clique.* Belo Horizonte. V1, n2.

Milner, J- C.(1996) *A obra clara. Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Mottron, L.(2004) *L'autisme: une autre intelligence.* Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle. Spirmont, Belgique: Pierre Mardaga ed.

Organização Mundial de Saúde.(1993) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID- 10; Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Pommier, G.(1996) *Nacimiento e renacimiento de la escritura*. Buenos Aires: Nueva Vision.

Porge, E.(1994) *Psicanálise e tempo – o tempo lógico em Lacan*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.

Rassial, J-J.(1997 a) Da mudança esperada do tratamento psicanalítico da criança, in: Bernardino, Leda Maria Fischer (org.). *Neurose Infantil x Neurose da criança*. Salvador: Ágalma.

Rey, A. (Dir.) (1998). *Le Robert* - Dictionaire historique de la langue française.

Ribeiro, M A. C.(1995) Autismo: o último véu, in: *Rev. Psiquiatr. Psicanal. Crianças Adolesc*. (1) 2: 67-72. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico /FHEMIG.

Rohenkohl, C.(1999) O questionamento da prevenção em psicanálise e a possibilidade de antecipação como forma de uma intervenção analítica com profissionais de outras áreas. Apresentado nos Estados Gerais de Psicanálise.

Santiago, A. L.(2005) *A inibição intelectual na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Solano- Suarez, E. (Nov. 2006- abr. 2007) A mulher e suas paixões. Asephallus. *Revista eletrônica do grupo Sephora.* Ano 2 n.3.

Soler, C. (1994a)Fora do discurso: autismo e paranóia, in: *Rev. Psiquiatr. Psicanal. Crianças Adolesc*. 1 (1): 71 – 80. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico /FHEMIG.

Soler, C. (1994b,dez). L'enfant et le désir de l'analyste, in: *XVII Jornada de Estudos do CEREDA*: 7-11. Toulousse, Presses Universitaires du Mirail.

Soler, C. (1997)O sujeito e o Outro II, in: Feldstein, R.; Fink, B.; Jaanus, M. (orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Soler, C.(2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Soler, C. (2007) O inconsciente a céu aberto da psicose, Jorge Zahar, Rio de Janeiro.

Spitz, R.(1979) *Do nascimento à palavra. O primeiro ano de vida.* São Paulo: Martins Fontes.

Stevens, A.(1987, juil-sept) L'holophrase, entre psychose e psychosomatique. *Ornicar?*, Revue du Champ Freudien, n. 42: 45- 54.

Teperman, D. W.(2002) Bases psicanalíticas da intervenção precoce: uma clínica preventiva dos transtornos de desenvolvimento. *Dissertação* (mestrado) apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Trevarthen, C & Malloch, S.(2009) *Communicative musicality: exploring the basis of human companionship.* Oxford University Press.

Vivés, J.- M.(2012) A Voz na Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: contra Capa/ Corpo Freudiano Seção Rio de Janeiro.

Volnovich, J.(1993) *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Vorcaro, A.(1999) *Crianças na psicanálise. Clínica, instituição, laço social.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

Vorcaro, A.(2003 a)A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, 15 (2): 265-287.

Vorcaro, A.(2003 b) "Sob a clínica, escritas do caso". *Estilos da clínica*, ano VIII, n.14, pp. 90-113.

Vorcaro, A.(1997) *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Vorcaro, A. & Lucero, A.(2010), Entre real, simbólico e imaginário, leituras do autismo, Psicologia Argumento , vol 28, n. 61, Curitiba.

Vorcaro, A.& Rhame M.(2011), Interrogações sobre o estatuto do outro e do Outro no autismo, Associação Psicanalítica em revista, n. 22, Curitiba.

Vorcaro, A.& Neves, B.(2010). A intervenção do psicanalista na clínica com bebês, Revista Estilos da Clínica, vo.15, n.2.

Vorcaro, A. & Neves, B.(inédito) Breve discussão sobre o traço unário e o objeto *a* na constituição subjetiva.

Winnicott, D. (1982) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação*, p.79-87. Porto Alegre: Artes Médicas. (trabalho original publicado em 1963)

Winnicott, D.(1993) Textos selecionados. *Da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. (trabalho original publicado em 1941)

Zalcberg, M.(2003) *A relação mãe-filha*. Rio de Janeiro, Campus, 2003.