

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**AUTISMO: DA CONCEPÇÃO DEFICITÁRIA AO RETORNO DE GOZO**

**Rogéria Araújo Guimarães Gontijo**

**Belo Horizonte**  
**2008**

**Rogéria Araújo Guimarães Gontijo**

**AUTISMO: DA CONCEPÇÃO DEFICITÁRIA AO RETORNO DE GOZO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Orientadora: Ilka Franco Ferrari**

**Belo Horizonte  
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

G641a	Gontijo, Rogéria Araújo Guimarães Autismo : da concepção deficitária ao retorno do gozo / Rogéria Araújo Guimarães Gontijo. Belo Horizonte, 2008. 87f.
Minas	Orientador: Ilka Franco Ferrari Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia
	1. Autismo. 2. Psicose. 3. Déficit 4. Gozo I. Ferrari, Ilka Franco. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.
	CDU: 616.895.1

Rogéria Araújo Guimarães Gontijo

Autismo: da concepção deficitária ao retorno de gozo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em psicologia.  
Belo Horizonte, 2008.

---

Profa. Dra. Ilka Franco Ferrari (Orientadora) - PUC MINAS

---

Profa. Dra. Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg - UFRJ

---

Profa. Dra. Ana Lydia Bezerra Santiago - UFMG

*Aos meus amores: Ascânio, Lucas, Júlia e Luna.  
O silêncio que cala e o silêncio que fala.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Ilka Franco Ferrari, pelas amarrações e pela seriedade com que sempre considerou este percurso.

A Ana Lydia Santiago e Angélica Bastos pela disponibilidade em ler o meu trabalho.

A Marília e Celso secretários de “ouro”.

A todos do mestrado: professores e colegas pelas contribuições e pelo convívio.

Aos meus pais, pela herança que me deixaram...

Ao meu amor Ascânio, por existir em minha vida.

Aos meus filhos amados: Lucas, Júlia e Luna que me fizeram prosseguir.

A minha irmã Juliana, por ser um porto seguro.

Ao Stélio Lage pela escuta e pelo dizer que possibilitou vislumbrar e construir novos horizontes em minha vida.

Ao Cleyton pela cordialidade na travessia deste caminho.

Ao Frei Bernardino pela palavra.

As minhas amigas e companheiras: Iara, Denise e Simone por estarem ao meu lado incondicionalmente.

Aos meus queridos alunos por me ensinarem a aprender.

A Fundação Educacional de Divinópolis pelo apoio e oportunidade na carreira acadêmica.

*“Eu sempre sonho que uma coisa gera,  
nunca nada está morto.  
O que não parece vivo, aduba.  
O que parece estático, espera”.*

Adélia Prado

## RESUMO

Esta dissertação surgiu do interesse pelo estudo do tema autismo, considerado a partir do referencial psicanalítico. Buscou-se percorrer as concepções deficitárias presentes nas psicoses, principalmente na esquizofrenia, com a qual o autismo chegou a ser confundido, para pensá-lo como uma forma de retorno de gozo.

Trata-se de uma pesquisa teórica, em Psicanálise, que teve como objetivo principal analisar o autismo desde os primórdios da concepção deficitária à perspectiva de localização do retorno de gozo. De forma específica, buscou-se verificar as diferentes formulações teóricas sobre o autismo e sua caracterização vinculada à concepção de déficit. E ainda examinar as contribuições da psicanálise lacaniana em relação ao autismo e analisar a aproximação entre autismo e esquizofrenia no que se refere ao retorno de gozo.

Os resultados obtidos a partir do estudo teórico revelam que a psicanálise lacaniana não se prende a questão do déficit, mas prioriza a relação do sujeito com o Outro como marco determinante do modo de gozo no autismo, onde o que é foracluído do simbólico retorna no real. Neste caso, no real do corpo. Verificou-se também que o autismo se apresenta como uma via de aprofundamento de estudos contemporâneos do último ensino de Lacan.

**Palavras chave: autismo, psicose, déficit, gozo.**

## **ABSTRACT**

This essay arose from the interest in studying the topic autism, examined under the psychoanalytical references. Go through deficit concepts presented in the psychoses, especially in schizophrenia, which the autism came to be confused to, for thinking about autism as a form of return of the joy.

This is a theoretical research in psychoanalysis, which aimed to analyze the autism from the early days of deficit conception to the perspective of localization of the return of joy. In a specific way, we tried to verify the various theoretical formulations about autism and its characterization linked to the concept of deficit. Examine the contributions of Lacanian psychoanalysis in relation to autism. Analyze the approach between autism and schizophrenia with regard to the return of joy.

The results acquired from the theoretical study shows that Lacanian psychoanalysis is not attached to the matter of deficit; it instead prioritizes the relationship between the subject and the Other as a determinant mark of the manner of joy in autism, where the out-puts of the symbolic return in the reality. In this case the real body. It was also found that autism is presented as a means of deepening of contemporary studies of the latest lesson of Lacan.

**Key words: autism, psychosis, deficit, joy.**

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	<b>DA CONCEPÇÃO DEFICITÁRIA ÀS CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS INICIAIS SOBRE O AUTISMO.....</b>	<b>18</b>
2.1.	O déficit da psiquiatria clássica.....	18
2.2.	Bleuler e a mudança de paradigma.....	23
2.3.	Clínica infantil do autismo: psiquiatria e psicanálise anterior ao pensamento lacaniano.....	27
2.4.	Persistência na concepção deficitária.....	35
2.4.1.	Leo Kanner.....	35
2.4.2.	Hans Asperger.....	39
2.4.3.	Contribuição dos modernos manuais de Psiquiatria.....	40
3.	<b>NAS TRILHAS DE LACAN: O NASCIMENTO DO OUTRO NO AUTISMO.....</b>	<b>44</b>
3.1.	Sobre o tratamento para Marie Françoise.....	46
3.2.	Da a-estrutura à psicose.....	52
3.3.	Pontuações de Lacan sobre o autismo.....	54
4.	<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE O RETORNO DE GOZO E A TENTATIVA DE ABORDÁ-LO NO AUTISMO.....</b>	<b>59</b>
4.1.	O eterno retorno.....	60
4.2.	Um retorno a Freud.....	64
4.3.	O estágio do espelho e a unificação do eu.....	68
4.4.	Semelhanças e diferenças entre autismo e esquizofrenia.....	71
4.5.	O gozo em questão.....	74
4.6.	A criança autista e o objeto.....	77
5.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
6.	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O conceito de autismo, no contexto clínico, como se conhece, foi elaborado no século passado, por Eugene Bleuler (1971, p.435). Ele o considerava um sintoma da esquizofrenia no adulto, cujo afastamento da realidade era acompanhado de um ensimesmamento fantasioso e, conseqüentemente, havia impossibilidade de se comunicar.

A clínica psiquiátrica do adulto, em uma perspectiva clássica, evidencia o caminho que foi percorrido para se chegar ao autismo impregnado de uma noção deficitária, desde a formulação do termo até as elaborações psicanalíticas iniciais. A clínica psiquiátrica infantil surge com as primeiras elaborações psicanalíticas, repercutindo na clínica do autismo. Os pós-freudianos, seguindo os apontamentos do mestre Freud, no que se refere a clínica da escuta, não conseguiu despregar da concepção de déficit, que ainda reinava no momento de suas formulações. Melaine Klein, por exemplo, dedicou seu trabalho à clínica psicanalítica de crianças e, em 1929, escreveu o caso clínico de uma criança autista, o conhecido “caso Dick” (KLEIN, 1882-1960). Nele pode-se constatar como Dick foi tratado e estudado em seus sintomas autísticos, sintomas que, como ela mesma dizia, não se confundiam com a esquizofrenia. Essa sua afirmação demonstra que Klein fazia uma tentativa de diferenciar autismo e esquizofrenia, uma demarcação que não é consensual, no campo da psicanálise, nem antes nem após suas formalizações.

Após a pesquisa de Melaine Klein, vários psicanalistas seguiram seu caminho. Um deles foi Donald Meltzer (VIEIRA, 1995, p.41), que considerava a criança autista como um ser arcaico por excelência. Outra kleiniana é Francis Tustin, psicanalista inglesa, que desenvolveu suas idéias a partir da consideração de que o desenvolvimento psicológico de uma criança autista havia sido paralisado em um estágio precoce de sua vida. Já Margareth Mahler, em suas formulações, destaca que as crianças autistas seriam aquelas que estariam presas à fase autística normal. Bruno Bettelheim, em suas colocações,

considerava o autismo como uma retirada, uma ausência de encontro com o outro. Todos esses são pós-freudianos buscando demarcar uma particularidade do autismo, mas, ao mesmo tempo, colocando em destaque a dificuldade de consenso no que respeita ao tema.

Em 1943, Leo Kanner, psiquiatra austríaco, realizou um estudo com onze crianças que apresentavam alterações no comportamento, na intelectualidade e no convívio social, destacando a marca por uma verdadeira ruptura do contato com a realidade, causando retraimento e isolamento social. Denominou o conjunto sintomático que constatou como “distúrbios autísticos do contato afetivo”. No ano seguinte, renomeou-o “síndrome do autismo infantil precoce”, como é designado até hoje. Hans Asperges, psiquiatra e pediatra austríaco, observou os sintomas que Kanner descreveu em crianças maiores, entre quatro e cinco anos, havendo nelas a possibilidade de contato social, ainda que restrito, além de apresentarem inteligência superior. Ele propõe, em 1944, uma especificação dentro do autismo, nomeando-o como a “psicopatia autística”. Os modernos manuais dos transtornos mentais, na atualidade, Código Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-10) e Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais – 4ª Edição (DSM-IV), também ressaltam a classificação do autismo, cujos indivíduos portadores do transtorno têm que apresentar um funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas: linguagem, interação social, e comportamento, sendo todas especificadas e categorizadas.

Em todas as colocações feitas inicialmente sobre o autismo, psicanalíticas ou não, têm-se uma visão do autismo associado a um déficit, como se privilegiasse primeiramente o que a criança tem e como manifesta os fenômenos, para depois pensar na possibilidade do tratamento.

A prática clínica de Rosine e Robert Lefort, sustentada pelo ensino de Lacan, tentou quebrar esta perspectiva pautada na noção de déficit, por meio do caso Marie Françoise. É através de um caso clínico, acompanhado por Rosine Lefort, que há a subversão desta forma de pensar a clínica com crianças autistas.

Seguindo os apontamentos de Lacan, Rosine e Robert Lefort, importantes pesquisadores nesta área. Em um primeiro momento, Rosine e Robert Lefort consideraram o autismo como a-estrutural, tentando enfatizar e demarcar a precariedade na qual se encontrava o sujeito autista.

Essa formulação sobre a “a-estrutura” gerou bastante equívocos, pois permitia a inferência de que eles estariam propondo uma estrutura para além das já conhecidas neurose, psicose e perversão. No Brasil, em 1995, durante uma Jornada do Campo Freudiano, realizada no Rio de Janeiro, estes autores fazem questão de enfatizar que essa expressão assinalava, no entanto, a ausência de divisão do sujeito entre o Um e o Outro, sem queda do objeto *a*. Nesta época, baseados no primeiro ensino de Lacan, formalizaram uma clínica do autismo que, por mais inovadora, não conseguia se livrar da idéia de um déficit. Isto porque fazia parte deste ensino de Lacan a forclusão do Nome do Pai que, também muito inovador, comportava um déficit, ou seja, o déficit deste significante primordial. Laurent (2007) lembra que Robert Lefort anunciou o aforismo segundo o qual o autista sai do autismo para entrar na psicose.

Seguindo o percurso de Lacan em direção a segunda clínica, claramente o autista deixa de ser marcado pelo déficit, claramente é localizado dentro do campo das psicoses, de uma maneira particular, devido a sua relação com o Outro.

Jacques-Alain Miller, na oitava lição de seu curso de 2007, se dedica a falar sobre o valor e faz uma homenagem ao trabalho de Rosine e Robert Lefort. Esta lição fala sobre o valor das formalizações dos Lefort, enfatizando que uma de suas grandes contribuições foi colocar o autismo como uma categoria clínica fundamental. (MILLER, 2007 p. 2). O autismo escancara, segundo Miller, o que das outras estruturas fica subentendido: o gozo.

Lacan não se deteve, especificamente, ao tema do autismo, mas deixou sua contribuição, em seu ensino, de forma pontual. Em sua obra, dois textos nos remetem às suas colocações, sobre o autismo. O primeiro deles, “Alocução Sobre as Psicoses da Criança” (1967), se refere ao discurso de encerramento das

jornadas sobre psicose infantil, pronunciado em Outubro de 1967, em Paris, no colóquio promovido pela psicanalista francesa Maud Mannoni. Neste colóquio, Lacan, ao responder perguntas feitas pelo psicanalista Winnicottiano Sami-Ali acrescenta que, no autismo, "...A criança se protege do verbo" (LACAN, 1967, p.365), ou seja, se protege do objeto voz da mãe, do Outro. Mais tarde, em 1975, na Conferência em Genebra sobre o sintoma, agora em interlocução com o Dr.Cramer, a questão do autismo é retomada por Lacan. Nesta conferência ele diz que os autistas escutam a si mesmos. Eles muitas vezes não dizem nada, mas ouvem muitas coisas. (Lacan, 1975).

No atual contexto das investigações que acontecem no Campo Freudiano, Laurent (2007) afirma que não considera ser útil ficar nas discussões que circulam no sentido de discutir se o autismo é ou não uma psicose, fato que já parece inquestionável. Para ele, o mais central das investigações em curso deve estar na captação da riqueza clínica à luz dos diferentes modos de retorno de gozo, distribuindo esquizofrenia, paranóia e autismo, segundo os modos de retorno de gozo. Não é útil, também, em seu modo de pensar, permanecer a discussão da psicogênese contra a somatogênese. O importante é fazer desses temas, inclusive de eventuais dados biológicos, instrumentos de interpretação que são operantes na constituição do sujeito, já que "o parto, a gravidez difícil, algumas doenças genéticas e traumatismos somáticos produzem uma alienação do sujeito em relação ao domínio possível de seu corpo" (LAURENT, 2007, p.33). O autor relembra, neste momento, que Lacan ensinou que a psicanálise não supõe a psicogênese das enfermidades mentais, mas a dimensão do sujeito, parasita da linguagem. Aqui é importante destacar que a forma como ocorre o retorno de gozo em qualquer estrutura clínica é o que demarcará o funcionamento psíquico de cada sujeito. Por isso, é importante ir além de um enraizamento da concepção deficitária para prestar atenção em seu modo de gozo.

As colocações dos autores mencionados, principalmente de Miller e Laurent, evidenciam, com certeza, que o estudo sobre o autismo, embora já possua certa orientação, ainda está sendo formalizado e se oferece como material

de trabalho. Na impossibilidade de circunscrever todo o campo em que este estudo se desenvolve, esta dissertação tomou como norte principal o que vem sendo desenvolvido por pesquisadores lacanianos, dedicados à questão no exterior.

A Psicanálise Lacaniana, referencial teórico utilizado nesta Dissertação, sem descartar a importância de outros saberes, muito pelo contrário, na tentativa de articulá-los, tem como proposta, principalmente, dar conta de algumas questões e abrir para novas interrogações. Dentro deste campo do saber, existem várias contribuições teóricas que são fundamentais para a escrita desta dissertação, mas destacam-se, como suporte principal, os ensinamentos de Lacan, baseados em sua solidez teórica, em seus estudos sobre a psicose, propiciando reflexões preciosas à literatura para a reflexão sobre o autismo. Além disso, serão utilizadas as contribuições de psicanalistas lacanianos que se empenharam dentro destes ensinamentos em pesquisar sobre o assunto. São eles: Rosine e Robert Lefort, Jacques Alain Miller, Eric Laurent, dentre outros.

Falar de uma metodologia utilizada na Psicanálise é defrontar com uma dificuldade do seu estatuto de ciência. Como se pergunta Couto (1996): “Há uma metodologia própria à psicanálise ou existem várias formas metodológicas de se pesquisar?” Esta interrogativa nos remete a extensão que a pesquisa possa ter e os caminhos que ela percorre para alcançar seus objetivos. Mas também gera uma inquietude, pois todo pesquisador deve ter um caminho pelo qual atestará o objeto que ele busca. Assim, cria-se uma ambivalência no que diz respeito à maneira para se abarcar o conhecimento em psicanálise.

Trata-se de uma pesquisa teórica e, como afirma Mezan (1993) nela intervém um tipo de conhecimento que não é mais derivado da clínica, mas do estudo do que outros analistas pensaram e escreveram, a começar por Freud. O caso clínico Marie Françoise, é trabalhado de forma a ilustrar a teoria e mostrar avanços da psicanálise em relação à clínica dos fenômenos e do déficit. A pesquisa, do ponto de vista da psicanálise, tem um caráter eminentemente clínico

ou teórico. Faremos um percurso de pesquisa de caráter teórico, pesquisa teórica em psicanálise, trabalhando com os conceitos psicanalíticos que possam contribuir para a realização dos objetivos propostos para esta pesquisa. Citando Mezan (1993), ele irá se perguntar: “Como o psicanalista realiza a pesquisa teórica em psicanálise?” Ele responde: “...é aqui que intervém um tipo de conhecimento que não é mais derivado da clínica, mas do estudo do que outros analistas pensaram e escreveram, a começar por Freud” (MEZAN, 1993).

Mas por que a psicanálise? A psicanálise como uma teoria e uma prática, pautada na ética de cada caso. O caso único é que determinará quais as ferramentas teóricas necessárias para a escavação do inconsciente. O autismo, então, enquanto um paradigma para se pensar o inconsciente, possibilita analisar a maneira como ocorre o funcionamento psíquico de uma criança para, a partir daí, pensar no que diz respeito aos vários.

A proposta principal desta Dissertação, seu objetivo geral, é pesquisar o autismo para além do déficit, para sair da paralisação autística e entendê-lo, situando-o como uma forma de retorno de gozo, a partir do ensino laciano. O imperialismo do déficit tem sua queda quando se passa a tratar o gozo como algo que retorna e incide sobre o autista, fazendo-o ocupar uma posição. Abordar este objetivo supõe percorrer objetivos específicos, ou seja, estudar algumas formalizações importantes sobre o tema na psiquiatria e em alguns pós-freudianos, dar conta de circunscrever alguns equívocos e aproximações do autismo com a paranóia e a esquizofrenia, bem como trabalhar a idéia de “retorno” e “gozo”, de alguma forma, presentes desde Freud.

A relevância deste estudo se justifica, principalmente, pela necessidade de circunscrever onde a concepção do autismo como um déficit termina, se é que termina! É onde a psicanálise laciana começa, mesmo com resquício desta noção deficitária, e prossegue indo além desta concepção, para poder qualificar quem é chamado de autista. Então, a intenção é proporcionar uma nova possibilidade para estas crianças consideradas autistas. Esta pesquisa é ainda

uma oportunidade para contribuir nas discussões acerca do autismo, na atualidade, dentro e fora do Campo Freudiano, além de possibilitar uma reflexão do que os ensinamentos de Lacan contribuem para avançar em tal temática.

A experiência da pesquisadora foi um motor que movimentou este estudo, em função de sua insistência no objeto de estudo: o autismo. Tudo muito familiar, pela experiência prática, com crianças autistas, durante um percurso significativo, mas também muito estranho, quando neste caminho esbarra com a apresentação de um caso único, o que a fez apropriar do tema. Mas como trilhar um caminho, sem demarcar o ponto de saída, os pontos de parada e o ponto de chegada?

A Dissertação pesquisada foi organizada nessa introdução, e nos itens que se propõe, conforme normas estabelecidas pela PUC Minas, constituindo-se por três capítulos e a conclusão.

Na introdução, aborda-se a revisão bibliográfica sobre o tema, os objetivos, a justificativa da pesquisa e a metodologia utilizada.

No capítulo 1, denominado “Da concepção deficitária às contribuições psicanalíticas iniciais sobre o autismo”, são apresentados recortes dos pontos fundamentais extraídos da história da psiquiatria clássica no adulto para se chegar à formulação da clínica psiquiátrica infantil, destacando o caráter deficitário que acompanhou as formulações do autismo até as primeiras elaborações da clínica psicanalítica com crianças autistas e seu posicionamento quanto a questão do déficit.

O capítulo 2 recebeu o nome “Nas trilhas de Lacan: o Nascimento do Outro no autismo”, nele se realiza o estudo do caso de Marie Françoise, trabalhado por Rosine Lefort, abordando a subversão que ele representa para a concepção deficitária do autismo, presente em estudos clássicos, bem como a riqueza da orientação lacaniana que já apontava para o retorno de gozo.

Sob o título “Considerações sobre o retorno de gozo e a tentativa de abordá-lo no autismo” é desenvolvido o capítulo 3, partindo do retorno à obra de Freud e às formulações teóricas de Lacan para particularizar o modo de gozo no autismo e as vias que possibilitam tal funcionamento.

Após este percurso, partindo do estudo de um caso clínico relatado por Rosine Lefort e pelo aprofundamento teórico dos ensinamentos de Lacan, concluímos que se pode tratar o retorno de gozo no autismo como uma via para se pensar outros casos clínicos. Na tentativa de se fazer um corpo, a particularidade deste retorno no autismo estaria relacionada à apropriação de um objeto suplementar. Todo este estudo, seguindo este percurso, teve como pretensão destacar que o autismo pode ser visto como um caminho para se pensar a implicação dos estudos psicanalíticos lacanianos, descartando a concepção deficitária e privilegiando a relação do sujeito com o Outro.

## **2. DA CONCEPÇÃO DEFICITÁRIA ÀS CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS INICIAIS SOBRE O AUTISMO**

O autismo foi caracterizado dentro de um contexto em que, na psiquiatria clássica, preponderava a noção de déficit. Ele foi relatado por Bleuler, em 1911, como um sintoma da esquizofrenia, com a qual chegou a ser confundido, sendo que esta, como se conhece, já era considerada um quadro clínico que cursava com déficit.

Pode-se dizer que, na atualidade, ainda há resquícios desse pensamento deficitário, próprio do autismo. A trajetória deste capítulo passará por alguns pontos cruciais da clínica psiquiátrica do adulto, na qual a questão do déficit era evidenciada, para chegar à clínica psiquiátrica infantil, época em que o autismo se torna uma entidade clínica e passa a ser possível diferenciá-lo da esquizofrenia, a exemplo das elaborações de Kanner (1943) e de seus sucessores.

Segundo Tendlarz (1997), a clínica psiquiátrica de crianças autistas se pautou na idéia de falta de vigor psíquico e físico, além de fraqueza das faculdades mentais, bem como atraso intelectual e perda cognitiva.

Ao longo deste capítulo serão desenvolvidos aspectos que servirão de base para se chegar à proposta desta dissertação, que não se pauta na noção de autismo como um sintoma que diz de um déficit ou de um quadro clínico deficitário, proposta que já se pode observar no título proposto da dissertação.

### **2.1. O déficit da psiquiatria clássica**

A psiquiatria clássica, do século XVIII, caracterizava a loucura como “alienação mental”. Foi naquele século, conforme narra Ferrari (2004), tendo como referência o livro “La invención de la enfermedad mental”, escrito por José Maria Alvarez em 2001, que Philippe Pinel (1745-1826) propôs erradicar o termo “folie”, substituindo-o por “aliénation mentale”, na tentativa de fazer com que a loucura entrasse para o discurso médico. A alienação era definida, por Pinel e seus

seguidores, como um processo único que aglutinava as possíveis e profundas variedades mórbidas bem como os estados de afetação moral que induzem à perda de liberdade, em consequência das lesões do entendimento. O termo “alienação mental” conjugava, segundo Alvarez (2001), a tradição médica e a dimensão social, expressa por Rousseau na obra “Contrato social”. Para Rousseau, comenta Alvarez (2001), o cidadão livre precisava alienar uma parte de sua liberdade natural em favor da sociedade, a única instância, então, capaz de garantir a liberdade convencional de cada um.

Nesse contexto, ao final do século XVIII, segue Ferrari (2004), em vários países da Europa aconteceu um movimento filantrópico que revolucionou a assistência dos alienados, favorecido por um contexto em que a irracionalidade e a loucura podiam ser vistas como consequência do desenvolvimento histórico e do entorno social em vias de transformação. A inexorável marcha do progresso acabava por separar o homem da natureza, tornando-o muito sensível pela perda do imediatismo de suas relações com ela. Sendo a loucura considerada o reverso do progresso, criaram-se asilos especializados na custódia e tratamento de alienados e surgiu o “tratamento moral” que objetivava fazer do louco um bom cidadão, um sujeito produtivo e autodisciplinado. Tal objetivo mostra que, nas idéias pinelianas, o louco mantinha o germe da razão. A idéia básica era de que o alienado, ainda que muito enfermo, desprovido de sua identidade e liberdade moral, conservava um pé no mundo dos civilizados; então, reconduzindo as paixões a um novo estado de harmonia, o enfermo recobriria a ordem e a clareza perdidas. Foi Hegel quem captou o vestígio da razão que seguia coabitando com a loucura e fez até um elogio a Pinel, enquanto Foucault sempre o criticou, acusando-o de haver retirado o louco dos grilhões e os pacientes de suas jaulas e algemas, sujeitando-os à noção de enfermidade, ao asilo e à disciplina psiquiátrica. Aprisionou-o no saber médico.

Foi desse movimento, que aproximou a loucura da medicina, que se originou a Psiquiatria. De acordo com Henri Ey (1969, p. 534), a alienação mental era caracterizada, na época, como um processo de desagregação mental que

poderia ser chamado de “demência precoce”, de “discordância intrapsíquica” ou, ainda, de “dissociação autista da personalidade”. A alienação, associada ao déficit, implicava um distúrbio mental grave e persistente e que, esgotados os meios habituais de tratamento, provocaria alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

Pinel concebeu o déficit que acontecia nas psicoses como “idiotismo”, ou seja, último grau da alienação mental em que havia a “abolição total das funções da compreensão” ou, em outros termos, supressão quase completa da atividade mental. (SANTIAGO, 2005 p.49). Pinel dedicou-se, também, a subdividir a alienação mental entre aquelas que se caracterizariam pela abolição das funções intelectuais e aquelas onde ocorreria a perturbação de tais funções. A loucura, propriamente dita, estaria do lado das perturbações das funções mentais - reforçando a noção de germe da razão em suas concepções da loucura - resultado de tensões sociais e psicológicas excessivas, de causa hereditária ou, ainda, originada de acidentes físicos, desprezando a credence, entre o povo e mesmo entre os médicos, de que ela fosse resultado de possessão demoníaca (SANTIAGO, 2005 p. 48). Mas, apesar de tentar separar o que é um prejuízo intelectual e o que se refere a um prejuízo psíquico, acabou por fazer uma permanente associação entre essas formas de prejuízo.

Depois de Pinel, o conceito de “alienação mental” é amplamente adotado na psiquiatria e, cada vez mais, referindo-se à crença na existência de uma unidade, um grupo de fenômenos específicos, distintos das demais doenças tratadas pela medicina (Bercherie, 1989). Jean-Étienne Dominique Esquirol, (1772-1840) foi discípulo de Pinel, mas conforme mostra Alvarez (2001), ele ampliou, aprofundou e enriqueceu as teorizações elaboradas pelo mestre. Manteve a concepção unitária da patologia mental grave, seguindo um modelo paralelo ao da “psicose única”, formulado pelos clínicos de língua alemã da época.

Na sua tese, apresentada em 1805, “As paixões são consideradas como causas, sintomas e meios curativos da alienação mental”, comenta Alvarez (2001).

Esquirol destaca que se as paixões levam às alienações, elas também deveriam auxiliar no seu tratamento. Este autor (1838) definia a loucura como uma afecção cerebral, comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência e da vontade. Historicamente, é possível pontuar a contribuição de Esquirol, no período humanista de tratamento da loucura, como o precursor da idéia de que o tratamento das psicoses seria viável desde que houvesse um espaço institucional destinado a essa demanda específica. Em 1820, Esquirol apoiou-se na diferenciação estabelecida entre os distúrbios mentais de origem funcional e aqueles ocasionados por problemas orgânicos decorrentes de lesão cerebral, acreditando que, tanto em um como no outro, havia déficit, conforme já apontara Pinel. Continuou na convicção de que o déficit é global, definitivo e irreparável do ponto de vista orgânico e funcional (TENDLARZ, 1997). A idiotia, no entanto, não se confundia com a loucura, pois estaria relacionada a um estado em que as faculdades intelectuais nunca se manifestavam. Já a loucura seria uma dissociação dessas faculdades mentais. Neste momento começa-se a fazer a diferenciação entre debilidade e psicose.

A separação que ele estabelece entre o que é da ordem da fraqueza psíquica – a demência – e o que é da ordem da insuficiência do desenvolvimento mental. Nessa bipartição, a fraqueza psíquica fica referida a um fenômeno da loucura e a debilidade mental associada a um defeito físico, de origem congênita (SANTIAGO, 2005 p. 50).

Já no final do século XIX, prosseguindo as idéias de Pinel e Esquirol, Valetin Magnan (1835-1916) reorganiza a abordagem psiquiátrica clínica das doenças mentais. Suas concepções sobre a “loucura hereditária dos degenerados”<sup>1</sup> (SANTIAGO, 2005, p. 51) representam uma síntese das idéias que atravessam a psiquiatria francesa nos anos de 1880. Esse autor subdivide a doença mental em dois grupos: o das psicoses e o das loucuras dos hereditários degenerados (retardo mental). Com ele inicia-se uma distinção entre os dementes, os loucos, os débeis e os degenerados, mas ainda dentro de um quadro não

muito bem demarcado em suas particularidades. A distinção é importante para se pensar sobre o que Emil Kraepelin (1856-1926) chamou de demência precoce.

Kraepelin, psiquiatra alemão contemporâneo de Magnan, postulava que as doenças psiquiátricas seriam causadas principalmente por desordens genéticas e biológicas. Supôs que o conhecimento da estrutura psicológica dos estados terminais já permitisse conhecer a forma psicológica básica do processo mórbido, mesmo nos indícios ligeiros, ao início das psicoses (JASPERS, 1987, p.697). O resultado desse pensamento foi a divisão do quadro nosográfico das psicoses crônicas em dois grupos: o grupo das psicoses maníaco-depressivas (ligado tanto à loucura circular dos franceses quanto às doenças afetivas) e o grupo da demência precoce (na qual se fundiram a catatonia e a hebefrenia, mais as psicoses delirantes). A característica mais importante desse último grupo seria marcada pela fraqueza psíquica progressiva, que evoluiria para a deterioração intelectual nos sujeitos bem jovens. Kraepelin sugere que na demência precoce havia um certo “debilitamento psíquico e distúrbios profundos da afetividade” (EY, 1969, p.535) o que demonstra que permanece a questão do déficit na psicose, mas, agora, não mais relacionado ao déficit intelectual e sim ao psíquico.

Observa-se que, no campo da psiquiatria, foi preciso um longo percurso para estabelecer a separação de demência e psicose. Foi a partir da influência do psiquiatra suíço Eugene Bleuler (1857-1939) que se estabeleceu uma nova forma de pensar a demência precoce. Esse autor ressaltava que a dissociação psíquica era o mais relevante e que o autismo seria a expressão desta dissociação .

Bleuler rebatiza, com o termo “esquizofrenia”, a “demência precoce” de Kraepelin, particularmente mal nomeada, segundo ele, porque não se trata, de fato, de uma demência verdadeira, pois nem sempre é hebefrênica, ou seja, de eclosão juvenil, e seu processo de deteriorização é freqüentemente tardio. No fundo, a nova nomeação baseia-se sobre a aplicação, à maior parte dos sintomas esquizofrênicos, da “psicologia dos complexos”, de Sigmund Freud, que, à maneira das primeiras análises freudianas, lhes restitui um sentido na vida afetiva e na história do sujeito. (SANTIAGO, 2005, p.45).

Bleuler enfatizou as manifestações sintomáticas do sujeito psicótico, relacionando-as com a história de vida deste paciente. É a partir daí que começa a

visualizar as características que aparecem de forma prevalente. O autismo é destacado como um sintoma que merecia uma atenção especial pela relevância que apresentava no quadro fenomenológico. Diante das colocações de Bleuler, muitos psiquiatras passaram a observar com mais prudência as questões relativas ao autismo.

## 2.2. Bleuler e a mudança de paradigma

O conceito de autismo foi elaborado por Bleuler (1911) no contexto da psiquiatria clínica do século XX, conforme se pode observar em seu “Tratado de Psiquiatria” (BLEULER, 1971, p. 435).

Em seus estudos sobre a enfermidade, que Emil Kraepelin havia denominado “demência precoce”, Bleuler não concorda com as idéias kraepelianas. Discorda da idéia de demência que comportava esse quadro clínico, pois acredita que “esses doentes são afetados por um processo de deslocação que desintegra sua capacidade ‘associativa’ o qual, alterando seu pensamento, os mergulha em uma vida ‘autista’, cujas idéias e sentimentos são – como no sonho – a expressão simbólica dos complexos inconscientes” (EY, 1969, p.535)<sup>2</sup>. Tal modo de pensar deu uma nova dimensão às análises puramente descritivas de Kraepelin e, segundo o próprio Freud, na “História do movimento psicanalítico” (1914, p.40), depois disso foi impossível aos psiquiatras ignorarem por mais tempo a psicanálise.

Na correspondência de Freud / Jung (FREUD 1976, p. 85-86) há uma carta, datada de 13 de maio de 1907, valiosa para o esclarecimento de como Bleuler chegou ao termo “autismo”. Nela Freud conta que Bleuler sentia falta de clareza na definição de auto-erotismo e em seus efeitos psicológicos tanto no que desenvolveu Havelock Ellis quanto no que o próprio Freud propunha. Nessa carta, Freud comenta, ainda, que Bleuler havia aceitado o conceito de auto-erotismo, pois ele dava contribuições para o estudo do que até então se chamava demência precoce; mas achava mais adequado usar o termo “autismo” ou “ipisismo” (FREUD, 1976, p.86) que auto-erotismo.

Bleuler, em 1907, segundo Roudinesco (1998), excluiu da palavra auto-erotismo, o “Eros” - presente no que Freud caracterizava como pulsão de vida - e, do que restou da palavra, ou seja, de “auto-tismo”, surgiu o termo autismo. Bleuler (1907) parte do termo grego “autos”, que significa “de si mesmo”, para dizer que o autismo se definiria como o desapego da realidade, acompanhado de uma predominância da vida interior. O autor conhecia o uso que Havelock Ellis e Freud faziam da expressão auto-erotismo. Para o médico inglês Havelock Ellis, o auto-erotismo era uma excitação que brotava do interior do corpo, conforme se pode ler em uma nota de rodapé do texto “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905, p.169). Freud, que manteve correspondências durante toda sua vida com Havelock Ellis, adotou a expressão auto-erotismo, da qual fez uso pessoal. A Freud importou a relação com o objeto e não propriamente a gênese da excitação. Segundo Roudinesco (1998, p.46), com o conceito de auto-erotismo, Freud designava “um comportamento sexual do tipo infantil” no qual o sujeito encontra prazer unicamente em seu próprio corpo, não recorrendo a objetos externos quaisquer. Bleuler, em seus estudos sobre a psicose, já influenciado pela psicanálise, não foi indiferente a essa idéia de prazer no próprio corpo, proposta por Freud. O termo auto-erotismo, no entanto, não lhe agradava para dizer dessa situação, nem a partir de Ellis nem a partir de Freud que, para ele, havia sexualizado demasiadamente o termo. Seu caminho era outro e ele o traçaria através de suas formulações e estudos que caracterizariam o que ele chamou de autismo.

Ainda que Bleuler tenha se afastado da Associação de Psicanálise em 1910 (FREUD, 1914, p.58), o contato com a obra freudiana favoreceu que ele propusesse, em 1911, a renomeação de “esquizofrenia” (esquizo = cisão, frenia = mente) para o quadro clínico até então conhecido como demência precoce. Houve, com Bleuler, uma expansão daquilo que comportava o quadro clínico da esquizofrenia, caracterizada por uma espécie de ruptura com a realidade, incorporando nela tudo aquilo em que essa ruptura aparecia.

Como afirma Ey (1969, p. 535), desde Bleuler devemos falar do “grupo das esquizofrenias” ou de “distúrbios esquizofrênicos”, não importando se a palavra figura como adjetivo ou substantivo. Em Bleuler, o que “caracteriza esses distúrbios é sua evolução autista, a forma autista do delírio”. O autismo é, assim, uma elaboração secundária do delírio, pois, na esquizofrenia, há uma constituição de mundo autístico. Segundo Roudinesco (1998), Bleuler observou que os sintomas da esquizofrenia poderiam ser divididos em dois grandes grupos: os distúrbios primários, caracterizados por dissociação da personalidade e os distúrbios secundários em que havia o fechamento em si ou autismo. Para ele, os pacientes que se afastavam da vida social e não mantinham relações com o mundo externo deveriam ser considerados os mais graves.

Os esquizofrênicos mais gravemente atingidos, os que não tem mais contato com o mundo externo, vivem num mundo que lhes é próprio. Fecharam-se em seus desejos e aspirações (que consideram realizados) ou se preocupam apenas com os avatares de suas idéias de perseguição; afastaram-se o mais possível de todo contato com o mundo externo. A essa evasão da realidade, acompanhada ao mesmo tempo pela predominância absoluta ou relativa da vida interior, chamamos de autismo. (BLEULER apud KAUFMANN, 1996, p.56)

Em outras palavras, o autismo, como um sintoma da esquizofrenia, levaria o indivíduo a um ensimesmamento psicótico em seu mundo interior a tal ponto que o tornaria absolutamente incapaz de qualquer contato com o mundo ao seu redor. Bleuler defendia que a barreira autística acontecia em decorrência de um interesse acentuado do paciente pela vida interior, em detrimento do mundo exterior. Isso poderia resultar na criação de um mundo próprio, fechado, inacessível e impenetrável.

Bleuler foi, assim, um reformador no tratamento da loucura e pioneiro da nova psiquiatria do século XX, sendo considerado o primeiro psiquiatra a propor que se integrasse o pensamento freudiano ao saber psiquiátrico. Tinha o objetivo de demonstrar que o médico poderia dar sentido à fala aparentemente ilógica do esquizofrênico, desde que o ouvisse com atenção e não apenas o medicasse, ou seja, desde que não o desconsiderasse enquanto ser falante. Passou a considerar a história pessoal e os relatos das experiências infantis de seus pacientes,

rompendo com o modelo clássico psiquiátrico. A psicose viu, a partir de Bleuler, sua semiologia evoluir e seu quadro teórico mudar. A postura dele quebra o modelo centralizado apenas na concepção de déficit e visualiza a possibilidade da escuta do sujeito que apresenta sofrimento psíquico.

Com as formalizações teóricas de Bleuler, o que era caracterizado como déficit - um prejuízo psíquico e mental, de maneira incisiva e determinante para o estabelecimento de uma psicose - passa a não ser o prioritário. A idéia de que há um déficit permanece, pois ele considerava que, realmente, a dissociação psíquica comprometeria social e individualmente o paciente. Mas o relevante era observar a maneira como tal dissociação ocorria para, daí, avaliar como é estabelecido o déficit e considerar que essa avaliação só é possível pelo que o paciente relata, demarcando o que o afeta de forma a impossibilitá-lo. A mudança de paradigma realizada por Bleuler é situada, dessa forma, da noção que se tem de déficit, que deixa o contexto generalizável e determinável organicamente e passa a ser priorizada a partir da particularidade do caso de cada paciente.

Essa mudança de paradigma e os achados na clínica com adultos favoreceram o conceito de psicose infantil, que sofreu uma evolução paralela ao de demência precoce de Kraepelin e de esquizofrenia de Bleuler. No entanto, a transposição da sintomatologia do adulto para as manifestações infantis esbarrou em alguns pontos, como nos aponta Marcelli (1998): a dificuldade de integrar os sintomas infantis ao conceito de demência que supõe uma organização psíquica prévia suficientemente desenvolvida e a ausência do delírio crônico na criança.

Dessa forma nota-se que a clínica psiquiátrica infantil se desenvolveu sob a influência da psicanálise devido às contribuições de Bleuler, mesmo permanecendo alguns psiquiatras com abordagens pautadas prioritariamente na organicidade e no déficit, como é o caso dos estudos de Leo Kanner e seus seguidores. Um exemplo que marca a distinção entre as abordagens psiquiátricas clássicas e uma postura clínica centralizada na escuta e não apenas na descrição

dos fenômenos são os trabalhos de Melanie Klein e outros autores, que serão discutidos a seguir.

### 2.3. Clínica infantil do autismo: psiquiatria e psicanálise anterior ao pensamento lacaniano.

O ano de 1930 é considerado o marco do nascimento da clínica psiquiátrica da criança. Bercherie (1992) observa que as noções específicas de psicose infantil provêm da introdução dos conceitos de Bleuler que dão sustentação ao diagnóstico de esquizofrenia (1911), em substituição ao diagnóstico de demência precoce kraepeliniana.

No ano de 1920, Melanie Klein (1882-1960), analista austríaca pós-freudiana, começou a analisar crianças, lançando nova luz sobre o desenvolvimento primitivo das mesmas. No caso da análise de criança, a nova ferramenta utilizada por ela foi a técnica de brincar, percebida pela analista enquanto representação simbólica da vivência de ansiedades e fantasias. (SEGAL, 1975, p. 13). Em 1929, escreve um caso clínico de uma criança que considerou como esquizofrenia atípica porque havia ali algo da esquizofrenia, mas algo diferente da mesma. Tal caso, “o caso Dick”, é sintetizado a seguir, pelo interesse que traz para a discussão do autismo.

Dick tem 4 anos, mas seu desenvolvimento, segundo as observações feitas por Melanie Klein, corresponderia ao de uma criança de 15 a 18 meses. Desde a entrevista com a criança, ela observou certa estranheza nos dizeres dos pais e nas colocações feitas na anamnese da criança e o fato de essa apresentar um desenvolvimento neuropsicomotor um pouco desfavorável e um pouco de dificuldade no controle esfinteriano. A amamentação de Dick havia sido muito insatisfatória e perturbadora, em decorrência da rejeição da criança ao peito e, a insistência da mãe em amamentá-lo. Foi necessária a alimentação complementar e providenciou-se uma ama de leite. A criança passou por três amas de leite, a segunda das quais era muito afetiva com ele. Klein (1981, p.300) destaca que, embora Dick recebesse toda espécie de cuidados das amas, elas nunca lhe

proporcionaram amor verdadeiro. (KLEIN, 1981, p.300). A atitude da mãe em relação ao filho foi, desde o princípio, de excessiva angústia, como relata Melaine Klein.

Durante o processo de análise, Klein observou que Dick era indiferente à maior parte dos objetos e brinquedos que via ao seu redor e sequer entendia a finalidade dos mesmos. Também não manifestava reação alguma diante da presença ou ausência da mãe ou da ama-seca. Seu vocabulário era muito pobre, empregando as palavras de forma incorreta, mesmo demonstrando o sentido com que as empregava ou não queria se fazer compreender, emitindo sons sem significação. Em contrapartida, Dick dispõe de certos elementos do aparelho simbólico, pois demonstra compreender os dizeres de Melanie Klein. Articulava sons ininteligíveis e repetia constantemente certos ruídos. Seu desenvolvimento intelectual era compatível com o de crianças de um ano e meio. A expressão de seus olhos e de seu rosto era fixa, ausente e desinteressada. A autora concluiu que o comportamento do paciente era muito diferente do que se observava em crianças neuróticas. (KLEIN. 1981).

A posição teórica de Melanie Klein é de que o mundo da criança produz-se a partir de um continente – o corpo da mãe – e de seus conteúdos. Imaginariamente a criança incorpora destrutivamente os objetos do corpo da mãe. Esses objetos passam a ser perigosos para ela, na medida em que ela é perigosa para eles (ALVARENGA, 1998). No tratamento de Dick, ficou claro que a inibição que ele apresentava relacionava-se ao fracasso das etapas primitivas do seu desenvolvimento e poderia ser considerada uma defesa prematura contra o sadismo. Ela ressalta que o traço fundamental de Dick era uma inibição no desenvolvimento, isto é, não demonstrava para o outro aquilo de que era capaz. Não se tratava de uma regressão, pois ele não retornava a fases anteriores; na verdade ele se recusava a se expor. Assim o ego teria cessado de desenvolver sua vida de fantasia, sua relação com a realidade e também a formação de símbolos.

Na direção do tratamento, Klein destaca que a sua maior dificuldade foi com o simbolismo que não havia sido desenvolvido por Dick, o que se justificou pela falta de interação afetiva entre criança, pais e ambiente. Percebendo que o que faltava à criança era a relação simbólica com os objetos, Melanie Klein passa a estabelecer essa relação com ela. Considerando que há uma deficiência na formação de símbolos na psicose, Melanie Klein busca estabelecer a simbolização, para a criança em atendimento, do mito edipiano, para talvez permitir o desenvolvimento do ego. (ALVARENGA, 1998). Logo nos primeiros contatos, ela utiliza o recurso de brinquedos para representar a quebra estabelecida com o par familiar. Utiliza um trem como sendo representativo de estações que significasse o “trem do papai” e o “trem da mamãe”, na tentativa de simbolização do mito edipiano. Acreditava que o Édipo se constituía na mais tenra idade, logo que a criança começa a vivenciar o sadismo, após a experiência do desmame. Em seus relatos sobre o caso, ela conclui dizendo que, através da análise, penetrou nas profundezas de suas questões:

Consegui chegar até seu inconsciente através dos rudimentos da vida de fantasia e de formações simbólicas que apresentava. O resultado obtido foi uma diminuição da sua ansiedade latente, de modo que certa quantidade de ansiedade pode manifestar-se. (KLEIN, 1981 p.306).

Na direção do tratamento, por mais que ela tentasse estabelecer, através do brincar, uma representação simbólica com Dick, o que ela realmente conseguiu foi fornecer-lhe uma bengala imaginária, ficando a criança dependente dos significantes referendados pelo analista.

A criança chegou a Melanie Klein com o diagnóstico de demência precoce estabelecido por um médico, Dr. Forsyth, a partir da manifestação clínica que acontecia em adultos. No entanto, a psicanalista destaca que a demência precoce, como havia sido diagnosticada pelo Dr. Forsyth, é muito pouco freqüente na primeira infância e prefere o termo esquizofrenia que, naquele momento, estava bem demarcado. Embora não querendo contradizer o diagnóstico do médico, ela faz observações importantes a partir de sua experiência clínica na análise infantil, bem como em relação às psicoses infantis.

Uma das observações realizadas por ela refere-se à frequência das manifestações esquizofrênicas em crianças, maior do que se supunha, mas, na maioria das vezes, esses casos são diagnosticados tardiamente ou equivocadamente. Além disso, a evidência das manifestações sintomáticas nas crianças é menos notável.

Cheguei à conclusão de que o conceito de esquizofrenia em particular e de psicose em geral, tais como ocorrem na infância, deve ser ampliado e creio que uma das tarefas fundamentais da análise infantil consiste em descobrir e curar as psicoses infantis. O conhecimento teórico adquirido desta forma constituiria, sem dúvida, valiosa contribuição para nossa compreensão da estrutura das psicoses e nos ajudaria, ao mesmo tempo, a estabelecer diagnósticos diferenciais mais exatos entre as várias enfermidades. (KLEIN, 1981 p.311).

Assim sendo, todas as manifestações de Dick assemelhavam-se com a sintomatologia de esquizofrenia, mas não uma esquizofrenia típica infantil. Neste aspecto, Klein nos aponta a possibilidade de se pensar em algo de um excesso que marca um modo de funcionamento psíquico diferente, um tipo de manifestação sintomática com alguns enigmas, que não estaria escancarado para se diagnosticar.

Ela deixou explícitas algumas considerações em relação às particularidades do caso Dick, em relação à esquizofrenia:

É verdade que ela (a esquizofrenia) diferia da esquizofrenia típica infantil porque o transtorno era, neste caso, uma inibição no desenvolvimento, enquanto na maioria dos casos se trata de uma regressão, depois que a criança superou com êxito certa etapa do seu desenvolvimento. Além do mais, no caso de Dick, a natureza pouco comum do quadro clínico somava-se à gravidade do caso. (KLEIN, 1981p. 311).

A natureza pouco comum, isto é, o que o diferenciava da esquizofrenia a que ela se refere, demarca uma peculiaridade do caso e ao mesmo tempo faz uma abertura para se pensar em uma diferenciação entre autismo e esquizofrenia, devido à gravidade de algumas manifestações.

O trabalho de Melaine Klein serviu de referência aos profissionais que se dedicariam à clínica de crianças. Ela mesma escreveu, em “Contribuições à

Psicanálise” (1981), ter conhecimento de casos análogos ao de Dick, ou seja, diagnosticados como esquizofrenia e cheios de particularidades. Seu trabalho foi inaugural, na ousadia em descrever e expor algo que marca um caso parecido, mas diferente da esquizofrenia. Foi, no entanto, redundante na sua forma de pensar, pois a todas as particularidades observadas qualificava como primitivismo simbólico o que mostra um retorno à concepção deficitária. Mesmo pautada em conceitos psicanalíticos, mantém a idéia de prejuízo em alguma etapa, ou fixação em determinada fase do desenvolvimento.

Realmente, após a publicação do caso Dick, vários psicanalistas começaram a investir na clínica de crianças e passaram a ter um olhar mais voltado para as crianças autistas, mesmo que pautados na noção de déficit. Um desses profissionais na área da psicanálise foi Donald Meltzer (1922-2004), psiquiatra britânico que trouxe novas contribuições em relação à vivência da criança autista, pois a considerava como um ser arcaico por excelência. Para ele, a expressão “arcaico por excelência” mostrava a concepção deficitária de forma intensa no autismo. Meltzer apontou, também, a ausência de espaço psíquico e corporal no universo relacional dessas crianças: “a colagem, o rebaixamento, a não-separação, tudo o que ele define como um universo bidimensional (universo sem profundidade e sem diferenciação entre o interior e o exterior)” (Amy, 2001, p. 39). Para Meltzer, havia um autismo propriamente dito, em que ocorreria uma suspensão da vida mental e o pós-autismo, seqüela do autismo (Vieira, 1995). O autista seria desmentalizado, isto é, isolado do objeto, pois se encontrava em um estado primitivo, essencialmente sem atividade mental, como se houvesse um desligamento das faculdades mentais que petrificavam a criança e o ambiente.

Além de Meltzer, Francis Tustin (1913-1990), terapeuta inglesa, empenhou-se no tratamento de crianças psicóticas e portadoras de autismo psicogenético, como era designado por ela. Sua análise pessoal, com W. R. Bion, a supervisão com Herbert Rosenfeld e Donald Meltzer possibilitaram-lhe mergulhar nos momentos iniciais da constituição do eu de seus pacientes. Ela sugere, em síntese, que a justaposição e mistura de fases de desenvolvimento ou o

aparecimento precoce de uma etapa posterior são manifestações devido ao trauma de um nascimento psicológico prematuro ou mal conduzido; ou ao trauma cumulativo de tais catástrofes. Psicanalista inglesa de orientação kleiniana, Tustin desenvolveu suas hipóteses sobre as crianças autistas fundamentadas na idéia de que o desenvolvimento psicológico havia sido paralisado em um estágio precoce da vida do bebê por meio de uma tomada de consciência traumática da separação entre o corpo da criança e o da mãe. Por isso, designava-as como “crianças encapsuladas” (Amy, 2001). Parece que, por ter esta concepção, Tustin, em alguns aspectos, tinha uma postura educativa e adaptativa da criança autista.

Prosseguindo dentro dessa lógica de pensamento, que favorece a noção de déficit, ou seja, de que a criança autista estaria sempre exposta a algum impacto que desfavoreceu o seu desenvolvimento, a psicanálise recebe contribuições de Bruno Bettelheim (1903-1990), nascido em Viena, em 1903. Em 1944, ele assumiu a direção da Escola Ortogênica da Universidade de Chicago, onde acolheu crianças com algum tipo de patologia mental. Em 1956, ressaltou que toda criança psicótica sofre por ter sido submetida a condições extremas de vida, por ter passado por algum descuido das necessidades básicas proporcionadas pela mãe e pelo ambiente familiar, resultando em crianças vítimas de graves perturbações afetivas. (Amy, 2001 p.35). Nesse sentido, Bettelheim considerava o autismo como uma psicose, como uma retirada, uma ausência de encontro com o outro. O outro, para ele, é o semelhante, o outro especular (Lima, 1995).

Em 1967, nos Estados Unidos, foi lançada uma obra de Bettelheim, denominada “A fortaleza vazia”, tendo como subtítulo “O autismo infantil e o nascimento de si mesmo”. Nessa obra, a angústia intensa da criança autista é parecida com a que engendra a iminência da morte. O papel do analista, para ele, seria o de apoio na estruturação e na organização do mundo interior daquela criança. Bettelheim tinha uma perspectiva evolucionista do desenvolvimento segundo a qual todas as crianças, desde o nascimento, se encontrariam em um estágio primitivo, pré-verbal, até uma fase de plenitude primordial; não haveria uma diferenciação entre eu e não eu, acarretando uma confusão entre fala e

linguagem. A constituição final se daria em uma seqüência lógica de fases em direção a um estágio de maior complexidade. Para ele, na criança autista ocorreria um bloqueio nesse desenvolvimento que a fixaria no período pré-verbal, tornando-se, ela própria, “um potencial não realizado” (Lima, 1995, p. 11). O agente precipitador, segundo ele, no caso do autismo infantil, é o desejo de um dos pais de que o filho não existisse (Lima, 1995, p. 16). Assim, se é a figura materna que introduz a criança na dialética do outro, Bettelheim conclui que o outro não se apresenta para a criança autista.

Suas formalizações foram marcantes, mas, ao mesmo tempo, alvo de interpretações extremas. Embora colocando em movimento meios psicoterapêuticos e educativos, em geral muito eficazes, Bettelheim abriu as portas para teorias extremamente culpabilizantes dos pais, que se viram como a causa primeira do atraso de seus filhos e desempenhando papel primordial na causação das manifestações autístas. (Amy, 2001, p. 36).

Outra autora, que comunga em alguns pontos com Bettelheim no que se refere à responsabilização dos pais na causação de manifestações autísticas, é Margareth Mahler (1900-1985), nascida na Hungria e formada em Viena e que foi muito importante para detalhar os estudos sobre as patologias da criança. Desde 1940 interessou-se pela psicopatologia infantil, ou melhor, pela esquizofrenia infantil, cujo dano principal se configurava em não estabelecer relação com o objeto humano. Trabalhou nos Estados Unidos em clínicas psiquiátricas infantis, aprofundando seus estudos em psicanálise de crianças. Em 1950, expôs um trabalho intitulado “Estudos clínicos em casos de psicose benigna e maligna” cujo debatedor foi Leo Kanner. Além de incentivá-la no seu estudo, Kanner ressaltou a importância de se prestar atenção aos pais das crianças em tratamento, a partir do que ela dizia. Tanto assim que, em 1951, ela retorna à Europa e defende, em seus estudos sobre a psicose e a esquizofrenia da criança, que a relação materna filial seria vista como uma demarcação entre o eu e o não eu.

Ela destacou três fases do desenvolvimento da criança, anterior aos três primeiros anos de vida. Primeiramente a fase autística normal, posteriormente, a fase simbiótica e, por fim, a fase de separação/individuação. A psicose infantil seria uma falha no processo de individuação. Já o autismo seria um modo de funcionamento mental que antecederia a fase simbiótica, quando a criança não parecia perceber, em absoluto, a mãe como representante do meio externo. Hipotetizou, também, que as psicoses infantis podiam ser compreendidas como distorções psicopatológicas de fases normais do desenvolvimento do ego e de suas funções no seio da primeira relação mãe-filho. (PAIVA, 1995, p.32). Para ela, em toda psicose infantil, a relação simbiótica estaria gravemente perturbada ou ausente, o que poderia, de acordo com suas colocações, se referir a uma deficiência intrapsíquica do bebê em utilizar a mãe na função de maternagem. O bebê não era, assim, passivo.

No autismo, segundo a autora, o ego permaneceria indiferenciado, deficiente e rudimentar, a criança nunca chegaria a perceber a mãe como figura pertencente ao mundo externo.

Ela permanece objeto parcial aparentemente destituído de catexias libidinais e não é diferenciada dos objetos inanimados. Incapaz de enfrentar os estímulos externos e as excitações internas que ameaçam sua existência, seu ego se mantém indiferenciado. Excluem as “fontes potenciais de percepção sensorial em especial as que exigem respostas afetivas”. São crianças impenetráveis; com o crescimento maturacional, as seqüelas de isolamento tornam-se mais visíveis. Não há contato entre o eu e o id na medida em que não há diferenciação entre os dois. (PAIVA, 1995, p. 34).

Analisando as considerações feitas até aqui sobre Melanie Klein, Meltzer, Francis Tustin, Bruno Bettelheim, Margareth Mahler e outros, é possível compreender uma colocação de Maleval (2004): o autor comenta que os psicanalistas de uma determinada época, anteriores às colocações lacanianas, tratavam o autismo como uma patologia mais primitiva e também como uma psicose precocíssima, de extrema gravidade, podendo-se dizer que nessas colocações iniciais, pós-freudianas, prevalecia o caráter deficitário. Os pós-freudianos, acreditando na idéia de prejuízo ou perda no desenvolvimento,

justificavam toda manifestação sintomática da criança na fixação de etapas do desenvolvimento, e com isso, não focavam o que realmente a criança trazia consigo nos dizeres do seu sintoma.

Mesmo com tantos psicanalistas enfatizando o autismo, inicialmente eles se encontravam ainda impregnados das influências psiquiátricas da época. Pode-se perguntar: Por que, nos primórdios das formulações teóricas psicanalíticas da criança autista, prevalecia uma visão que não favorecia o retorno libidinal no corpo como propôs inicialmente Bleuler, mas uma concepção deficitária e desenvolvimentista pautada na fixação, desmentalização, encapsulamento e trauma? Esta pergunta só poderá ser respondida depois que se tiver clareza sobre o peso que a psiquiatria clássica exerceu, ou melhor, exerce no pensamento da psicose infantil. A questão será esclarecida ao final deste capítulo.

#### 2.4. A persistência da concepção deficitária

Logo após a formalização da psiquiatria infantil na década de 1930 e mesmo com as colocações de autores como Melanie Klein e seus seguidores sobre a questão do autismo, a concepção deficitária permanece e é enfatizada mais especificamente no início da década de 1940 com as colocações de Leo Kanner. Psiquiatra que seguia a corrente de pensamento da psiquiatria clássica, Kanner dá ênfase especial às descrições do comportamento do paciente com sofrimento mental (solidão, isolamento, recusa do outro, linguagem precária), o que acaba por reafirmar a concepção deficitária. Leo Kanner foi, ao mesmo tempo, um pioneiro em demarcar o que era referente à criança e ao adulto nos distúrbios psíquicos.

##### 2.4.1 Leo Kanner

Leo Kanner, (1894-1981), psiquiatra austríaco, trinta anos após Bleuler haver-se apropriado do termo “autismo”, retoma o estudo dessa patologia, colocando em relevo os aspectos referentes ao contexto de uma psicopatologia infantil. Especializou-se, por seu próprio esforço, em psiquiatria pediátrica e em

1930, com a formalização da psiquiatria infantil, direcionou seu trabalho e seus estudos para a clientela infantil. Tentando certificar-se da problemática de alguns casos, principalmente aqueles que eram diagnosticados como mais graves, ou seja, crianças com déficit intelectual e social, começaram a averiguar a especificidade dessas crianças; considerando o déficit que elas apresentavam.

Em decorrência dos estudos que realizou com onze crianças que apresentavam alterações no comportamento, em 1943, Kanner propôs a existência de uma nova síndrome que a princípio denominou “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”. As crianças estudadas apresentavam sintomatologias semelhantes, marcadas por uma verdadeira ruptura do contato com a realidade e com manifestações de ensimesmamento, retraimento e isolamento social, que levaram Kanner (1997, p.111) a afirmar que elas apresentavam, por um lado, diferenças individuais nos graus de seus distúrbios, mas, por outro lado, na evolução clínica elas demonstravam manifestações familiares. Muitas eram diagnosticadas de imbecis, débeis, retardadas e esquizofrênicas o que, muitas vezes, dificultava a possibilidade do tratamento. Para ele, essas crianças apresentavam um distúrbio que as diferenciava das crianças débeis: a dificuldade em estabelecer relações com as pessoas, desde a mais tenra idade. Esta característica era, segundo o autor, na maioria das vezes, confirmada pelos depoimentos dos pais, durante a avaliação clínica (KANNER, 1997, p.156). Um ano depois decidiu renomear a síndrome pesquisada como “Autismo Precoce Infantil”.

Kanner estabelecia diferença entre o quadro clínico das crianças esquizofrênicas e o das crianças autistas. Na esquizofrenia havia rompimento das relações; no autismo, a recusa em estabelecê-las.

Não se trata como nas crianças ou adultos esquizofrênicos, de uma ruptura de relações previamente estabelecidas, não se trata de um retraimento sucedendo a participação. Existe, inicialmente, um fechamento autístico extremo que, sempre que possível, faz com que a criança negligencie, ignore ou recuse tudo o que lhe vem do exterior. (KANNER, 1997, p. 156).

A idéia desse fechamento autístico extremo, no início da vida, foi determinante na nomeação da síndrome como “Autismo Infantil Precoce”. Os sintomas ocorrem bem cedo e essa recusa em estabelecer contato com a realidade se evidencia, conforme o autor, na interação social, na comunicação (linguagem) e no comportamento. A respeito da interação social ele constatou que desde o quarto mês já era possível observar que o bebê se negava, na presença de seu cuidador, a ter manifestações de antecipação da saída do berço e acomodação no colo do adulto.

O uso da linguagem apresenta-se sob outra forma, em que se percebe a tríade sintomatológica do autismo, como observou Kanner. Em alguns casos as crianças não falavam e, quando o faziam, apenas “diziam um nome” (1997,p.158), sem nenhum significado específico. A fala, quando manifestada, é decorada e ritmada, nunca utilizada para comunicar, pois as frases não passam de amontoados de palavras sem conexão, apenas repetidas – fala ecológica, esvaziada de sentido e de intencionalidade. Kanner observou que tudo o que era falado pela criança autista era muito rígido, não ocorria uma flexibilidade do sentido da palavra. Os pronomes pessoais eram repetidos exatamente como ouvidos, constatando-se que a criança autista não utilizava a primeira pessoa do singular para referir-se a si mesma.

Outro fator importante é o que dizia respeito ao comportamento dessas crianças. Todo contato exterior, tudo que alterava sua rotina e suas vivências internas representavam uma intrusão assustadora. Em relação às pessoas, o vínculo com o outro não existe. Nas observações de Kanner, as pessoas e os objetos eram tratados da mesma forma e, não raro, os autistas valorizavam mais o objeto. No que se referia ao contato com o objeto, brincavam muito tempo com o mesmo, de forma repetitiva. Sempre escolhiam brinquedos que giravam e objetos circulares. Esta mesma ação era vivenciada no próprio corpo, por meio de movimento estereotipado, o que Kanner (1997) associava a uma forma de gratificação orgânica masturbatória. Além disso, Kanner mostra que essas

crianças apresentavam recusa em alimentar-se ou, em outros casos, distúrbios alimentares desde a mais tenra idade.

Como afirma Maleval (2004 a), em 1958 o autismo de Kanner poderia ser sintetizado como uma síndrome composta por dois sintomas pontuais: a solidão e a imutabilidade.

O excepcional, o patognômico, escreve Kanner, é a desordem fundamental e a passividade destas crianças para estabelecer relações normais com as pessoas e para reagir com normalidade a estas situações, coisa que ocorre desde o começo de suas vidas. (MALEVAL, 2004b, p.100).

Ao final de sua obra, Kanner deixa bem claro que considerava o autismo diferente da esquizofrenia, colocando-o, inclusive, como uma entidade nosográfica diferenciada.

Nos casos mais precoces conhecidos de entrada na esquizofrenia, as manifestações observáveis foram precedidas por dois anos, pelo menos, de desenvolvimento normal, e os estudos de caso insistem especificamente na mudança mais ou menos gradual do comportamento do paciente. (KANNER, In: Rocha. 1997. p. 166).

A diferenciação entre autismo e esquizofrenia baseou-se, como se nota, nas manifestações sintomáticas iniciais e na forma de resolver os problemas. Os esquizofrênicos se esquivavam, enquanto os autistas ritualizavam. Com estas demarcações, Kanner estabeleceu uma cisão entre esquizofrenia e autismo. O autismo já não era visto como um sintoma esquizofrênico, embora os esquizofrênicos manifestem quadro autístico. Isso favoreceu a abertura para considerações variadas, relativas à questão de o autismo entrar ou não para o campo das psicoses.

A determinação do autismo, feita por Kanner, possibilitou que outras manifestações clínicas fossem conceitualizadas dentro da psiquiatria infantil. É como se, a partir de Kanner, algo eclodisse nas observações clínicas e desse coragem para classificar. Assim Hans Asperger formaliza uma síndrome, ramificada dos sintomas da síndrome instituída por Kanner, que passou a ser conhecida como Síndrome de Asperger, considerando algumas particularidades

em relação ao autismo, estabelecidas por Kanner, e apresentando outras contribuições.

#### 2.4.2 Hans Asperger

Hans Asperger, psiquiatra e pediatra austríaco, estudou medicina em Viena e ganhou o seu doutoramento médico em 1931, encontrando o seu primeiro trabalho um ano depois como membro da Clínica Infantil da Universidade em Viena. Asperger tinha especial interesse em crianças "*fisicamente anormais*". Propõe, em 1944, uma nova classificação a partir de uma síndrome descoberta por Kanner. Chamou de "Psicopatía Autística" a uma síndrome que apresenta várias semelhanças com a síndrome proposta por Kanner, principalmente nos aspectos sintomatológicos, ou seja, no conhecido tripé autista: comprometimento das áreas da linguagem, do comportamento e da inserção social. Mas, enquanto na Síndrome do Autismo Infantil precoce de Kanner a expressão sintomática aparece em crianças na mais tenra idade, na Psicopatía Autística de Asperger, os sintomas manifestam-se entre quatro e cinco anos, havendo nesta a possibilidade de contato social, ainda que restrito, sendo essas crianças portadoras de inteligência superior.

O conhecimento sobre os estudos de Asperger permaneceu muito tempo sem relevância no meio científico. Somente em 1980 houve o reconhecimento, pelos psiquiatras da época, de que a síndrome de Asperger tratava de uma patologia diferenciada da síndrome de Kanner. (MALEVAL, 2006, p.102). As características que as crianças acompanhadas por Asperger apresentavam, tais como intelectualidade preservada e, em alguns casos, até superior às esperadas para a sua faixa etária, bem como menor encerramento na solidão, faziam com que o prognóstico lhes fosse mais favorável, se comparado com o das crianças de Kanner.

Segundo Maleval (2006), Kanner havia observado apenas onze crianças enquanto Asperger teria observado mais de duzentas que manifestavam os sintomas autísticos. Além do mais, a idade dessas crianças seria outro fator de

relevância para demarcar as diferenças. As crianças acompanhadas por Asperger teriam faixa etária entre 11 e 17 anos enquanto as de Kanner teriam, todas, menos de 11 anos.

A diferença maior entre as duas síndromes radica nos transtornos de linguagem. Eles estão seguramente mais acentuados nas crianças de Kanner: três delas são mutistas e as outras quase não utilizam a linguagem, “para conversar com os outros”. Todas as crianças de Asperger falam, certamente sem dirigir ao interlocutor, pois “são capazes de expressar o que têm vivido e observado, em uma língua muito original”. (MALEVAL, 2006c, p.102).

A maneira como estabelecem interação com as pessoas, no entanto, é um dos aspectos que demarca a diferenciação entre as crianças com síndrome de Asperger e as autistas. Em determinado contexto social, crianças com síndrome de Asperger apresentam interação muito restrita e, na maioria das vezes, posicionam-se de forma robotizada, como se apenas respondessem às solicitações que lhes são feitas, quando chegam a responder. É como se estivessem voltadas para suas próprias preocupações, mantendo-se isoladas de coisas ordinárias. (MALEVAL, 2004). Já as crianças com a síndrome de Kanner não mantêm qualquer contato.

Kanner e Asperger, privilegiam a síndrome, ou seja, o conjunto de sintomas priorizava a perturbação, a intensidade, o momento em que eles aconteciam e não visualizava “como” os sintomas acometiam as crianças em suas particularidades. Na classificação proposta pelo manual de classificação das doenças mentais - O Código Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-10) - a preocupação com a descrição dos fenômenos é evidente, frisando as diferenças.

#### 2.4.3 Contribuição dos modernos manuais de Psiquiatria

Diante das colocações iniciais de Kanner e de outros psiquiatras infantis, a Neurologia e a Psiquiatria formulam considerações relevantes sobre as crianças autistas, destacando identificação, descrições e classificação de fenômenos. Isso caracteriza o modelo biomédico que privilegia o caráter biologicista. Observa-se que há uma generalização do déficit, pois todas as crianças autistas são

enquadradas como tendo um “transtorno no desenvolvimento” (e este é um fator determinante para diagnosticá-las de autistas).

Na neurologia, segundo O Tratado de Psiquiatria da Criança e do Adolescente (2003) organizado por Francisco Assunção, o autismo é associado a três eixos neurais, fundamentalmente: neuropatológico, neuroevolutivo e neuropsicológico. O primeiro eixo é o do lobo temporal e sistema límbico, que se apóia em dados neuropatológicos, onde se acredita que haja um número maior de pequenas células, densamente agrupadas, localizadas no lobo temporal médio, estruturas límbicas, hipocampo, septo médio e amígdala. O atraso neuronal se daria pela deterioração desses circuitos, assemelhando-se a lesões cerebrais; o segundo eixo é o da hipótese cerebelar, apóia-se em dados de neuroimagem, em que se observou um déficit neuroevolutivo, talvez decorrente mais de alterações pré que pós-natais. O terceiro e último trata da hipótese frontoestriada. As averiguações apóiam-se em dados neuropsicológicos e sugerem a idéia de vulnerabilidade cortical mesofrontal no autismo, em função das seqüelas neurológicas observadas.

Em nenhum dos três eixos há esclarecimentos acerca da etiologia do autismo, mas em todos observa-se que há um déficit que acomete a criança e que lhe causa prejuízos. A noção de autismo é aqui, então, associada claramente a déficit.

Na raiz de alguns severos transtornos emocionais de tipo autista parece haver elementos de maturação neurológica desarmônica e de disfunção cerebral, pelo que, se buscamos os signos de maturação desarmônica e os signos de disfunção, quiçá possamos obter a detecção precoce, e assim o tratamento antecipado do autismo. (Foster, 2004, p.254).

A psiquiatria descreve uma série de problemas de ordem genética que parecem estar envolvidos com o autismo infantil, embora não tenha condição de comprová-los. Nos aspectos levantados como critérios diagnósticos dos manuais, Código Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-X) e Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais – 4ª Edição (DSM-IV), ambos caracterizam o autismo dentro do mesmo tripé sintomático já estudado por Asperger e Kanner,

com apenas algumas particularidades: dificuldade na interação social, na comunicação e no comportamento.

A Associação Americana de Psiquiatria, em 1980, classificou o “Autismo Infantil” como um distúrbio invasivo do desenvolvimento, fazendo uma diferenciação entre o autismo e a hereditariedade existente nas psicoses esquizofrênicas.

A relação desta categoria com a esquizofrenia é controversa. Alguns acreditam que o autismo infantil seja a forma mais precoce da esquizofrenia, enquanto que outros acreditam que sejam duas condições distintas. No entanto, não há uma incidência maior de esquizofrenia nas famílias de crianças com autismo infantil, o que apóia a hipótese de que as duas desordens não são aparentadas. (DSM - III, 1980, p.87).

Pelo DSM-IV, o autismo é considerado um transtorno invasivo do desenvolvimento, englobando, além do autismo infantil, o autismo atípico, a síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância, o transtorno de Asperger e o transtorno invasivo não especificado. Nesse Manual o autismo recebe o nome de Transtorno Autista, com características de um transtorno invasivo do desenvolvimento.

As características essenciais do Transtorno Autista são presenças de um desenvolvimento acentuadamente anormal, ou prejudicado na interação social e comunicações e um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo. O transtorno autista é chamado, ocasionalmente, de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner. (DSM-IV, p.66).

No CID-X, o autismo recebe a classificação F84-0, sendo denominado Autismo Infantil e considerado como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: grupo de transtorno caracterizado por alterações qualitativas nas interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesse e atividade restrito, estereotipado e repetitivo. Essas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões.

Um transtorno invasivo do desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometido que se manifesta antes da idade de três anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. O transtorno ocorre em garotos três ou quatro vezes mais freqüentemente que em meninas. (CID-X. p. 247)

Os manuais de classificação, CID-X e DSM-IV, parecem seguir as coordenadas de Kanner, até mesmo para ordenar e diagnosticar o quadro da síndrome. Nesse sistema de classificação, os indivíduos portadores do transtorno têm que apresentar um funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas: interação social, linguagem e comportamento, sendo todas especificadas e listadas. Com o aparecimento maior ou menor de cada uma delas, faz-se um levantamento das características e da gravidade dentro do espectro autista. Todas as manifestações sintomáticas são relevantes, mas a que mais se destaca é a dificuldade de socialização: relacionamento com os outros, compartilhamento de gostos, sentimentos e emoções e dificuldade na discriminação entre diferentes pessoas. Esse é o ponto crucial no autismo, apontado pelos manuais e, paradoxalmente, o mais passível de gerar falsas interpretações. Os manuais param na identificação de sintomas e comportamentos e é onde a psicanálise se propõe a começar.

Sem deixar de ressaltar a importância do trabalho realizado pelos profissionais eleitos para a discussão do autismo, neste capítulo, o que se observa é que todos eles apontam para o fato de que algo se fixou. Usam termos tais como: “desmentalizado”, “encapsulado”, “fixação no período pré-verbal”, “síndrome” etc. Percebiam que havia algo peculiar, traziam idéias novas, mas não se desvencilhavam da noção de déficit. É com Lacan, em 1975, que algo mais acontece nesse cenário, ao dizer que no autismo “algo congela”.

### 3. NAS TRILHAS DE LACAN: O NASCIMENTO DO OUTRO NO AUTISMO

O título deste capítulo faz menção à originalidade do pensamento de Rosine e Robert Lefort, sobre o autismo, expresso em duas de suas obras: “O nascimento do Outro” (1990), e “La Distinction de l'autisme” (2003). O trabalho destes profissionais demonstra a experiência e o empenho, na tentativa de responder aos impasses ocasionados, na clínica psicanalítica de crianças, diante das questões referentes ao autismo, colocadas por outros autores não lacanianos.

Formados por Jacques Lacan, apesar das rupturas institucionais que se fizeram presentes, Ihe foram inabalavelmente fiéis, em todos os momentos decisivos, atravessados pelo movimento analítico, na segunda metade do século XX. Contribuíram, com várias publicações, mas, para este trabalho, serão destacados os dois livros, mencionados acima, fundamentais para o que se pretende desenvolver. Não há como falar de autismo sem se referir ao caso Marie Françoise que se encontra em “O nascimento do Outro: duas psicanálises” (1990) bem como abordar a questão do gozo no autismo sem mencionar. “La Distinction de l'autisme” (2003).

Neste capítulo, a contribuição se centra em “O nascimento do Outro: duas psicanálises” (1990). A obra “La Distinction de l'autisme” (2003), será trabalhada no próximo capítulo, momento em que destacará, mais especificamente, a articulação do autismo e da esquizofrenia, no que se refere ao retorno de gozo.

Em “O nascimento do Outro: duas psicanálises” (1990), Rosine relata dois casos clínicos de crianças: um caso de neurose, o caso Nádia, e um caso de autismo, o caso Marie Françoise. Duas psicanálises, como ela mesma sugere, no título, para apresentar a clínica psicanalítica de crianças e suas singularidades. Aqui será abordado o caso de Marie Françoise, em suas particularidades, pois ele é relevante para esta pesquisa, na demarcação da relação do autismo com o Outro e, a partir daí, propiciar a reflexão do retorno de gozo nestes sujeitos.

Deparar-se com o pensamento e as formulações teóricas de Rosine, quem atendeu Marie Françoise, refletindo sobre o que ela formaliza, supõe um encontro

com um pensamento complexo, mas que, inegavelmente, amplia na prática e na teoria, tal temática. É, ainda, reconhecer o brilhantismo com que ela formula sua teoria, a partir de uma prática cuidadosa, vivenciando situações ímpares, na relação analista/paciente, sem perder de vista a sua função. Por meio de sua formação analítica, traça um percurso, no tratamento, em que mostra conhecimento das formalizações relativas ao “outro”, ao “Outro” e a ausência de “a” e “A”, na psicose. Real, simbólico e imaginário se fazem presentes nas articulações do “outro” e “Outro”, no que respeita ao corpo e seus furos e na diferenciação entre neurose e psicose. Por meio da Transferência, elabora a inversão topológica, existe na neurose, implicando o “outro” e “Outro”, quando comparada a neurose.

Rosine tinha, a seu dispor, os diagnósticos estabelecidos pelos profissionais que atenderam Marie Françoise, anteriormente, e decidiram encaminhá-la para tratamento com ela. Havia a dúvida diagnóstica, destes profissionais, entre esquizofrenia e autismo, para aquela criança de 30 meses. Criança abandonada pela mãe com idade de dois meses, havendo permanecido em creche até os 10 meses, com hospitalizações freqüentes. Portava uma riqueza de fenômenos clínicos próprios aos autistas, então já descritos por Kanner: olhar vago, dificuldade na inter-relação e na relação com os objetos, ausência de linguagem, arrastava e só andava com apoio, balanceio constante do corpo, auto-agressões em situações de cólera, transtorno alimentar, primeiramente anorexia e, posteriormente, bulimia.

Mas, do lugar de analista, Rosine não se prende na clínica do olhar que se baseia apenas nos fenômenos apresentados e se dispõe a escutar, sem desprezar, obviamente, a observação, para tentar esclarecer o diagnóstico. Passa a enfatizar os aspectos relevantes, que a criança manifesta, em relação ao Outro, ou seja, um mecanismo de recusa e, ao mesmo tempo, de ignorar a existência do Outro. Mas, com o tratamento, a analista se torna, em suas considerações, possível de se apresentar como um Outro para Marie.

### 3.1. Sobre o tratamento de Marie Françoise

Rosine se deparou com uma criança que parecia satisfeita em jogar tudo fora, em afastar-se daquilo que lhe causava algum incômodo, a exemplo dos óculos da analista. Entendeu, a princípio, esta atitude como a busca de uma porta de saída para o caos interior vivido pela criança e expresso, também, por meio de gritos e balanceios do corpo.

Mas, apostando no tratamento e colocando palavras nas agressões e jogos com seus óculos e até consigo mesmo, nas bofetadas que lhe foram dirigidas, nos objetos que lhe foram atirados, nas desconsiderações de sua presença, como se ela não existisse, nos olhares agressivos, Rosine pôde observar que também havia momentos em que Marie lhe sorria e lhe estendia braços, pedindo ajuda para alguma ação, a exemplo de descer degraus.

A anorexia e a bulimia, apresentadas por Marie, sofrem tratamento específico, via transferência, pois são colocadas na ordem do sintoma e não do puro fenômeno. Ao trabalhar a questão, Rosine afirma que a anorexia é indicador de recusa ativa, que liga o desejo da criança à morte, colocando, tanto a criança quanto o Outro, na posição de desejantes. Nela está em jogo a angústia do Outro, logo, seu desejo. Na bulimia há o desmoronamento próprio do sujeito enquanto desejante, “acarretando o desaparecimento do outro enquanto pólo relacional” (1990, p.200). Da posição ativa, própria da recusa anoréxica, acontece na bulimia a posição passiva que não é mais manifestação pulsional com fins passivos, mas pura passividade. Não se trata mais do desejo do Outro, pois ele já não está mais aí. Escreve estas considerações, a partir das manifestações de Marie, que saiu da anorexia para a bulimia.

Ela que é bulímica e que morre de vontade de comer este arroz-doce não pode fazê-lo, e sua angústia aumenta rapidamente. Ela não compreende nada desta sua reação tão nova para ela. Ela fica de pé diante do prato, devora-o com os olhos. Ela chega a aproximar seu rosto bem perto. Seus olhos estão dilatados pelo desejo, suas mãos contraídas na beira da mesa e, ela faz barulhos de sucção muito sonoros. (LEFORT, 1990, p.193)

A bulimia, então situada na ordem do sintoma é, assim, incluída no tratamento, ao invés de tentar excluí-la, Rosine a insere no tratamento, como valor a ser considerado. Em meio a bombons, biscoitos, pratos de arroz doce, mingaus, ocorre toda uma cena de olhares, em um jogo que, a princípio, Rosine afirma ser a forma de Marie expressar a emoção-desejo. Foram muitos os momentos em que a analista, ao recusar a ser mais uma daquelas que lhe empanturrava de comida, tapando-lhe a boca, favorecia o incremento da angústia da paciente. Tratava-se de uma experiência nova para Marie, acostumada a se calar pela boca cheia. Havia que devorar os pratos com os olhos, tentando, em alguns momentos em que o olhar não estava perdido no vazio, dirigir-se à analista, com os olhos e alguns gritos, algo que parecia um pedido de socorro, no sentido de restaurar o já conhecido.

A forma que a analista encontrava de romper a tensão presente era por meio de palavras, o que pode ser observado em diferentes situações, a exemplo de: quando com ruído vindo de fora Marie se dirige à janela, no momento em que olha o prato e não consegue comer. Observou que surtia efeitos e, muitas vezes, era o balanço do corpo de Marie que dizia disto, após gestos destrutivos e gritos. Os efeitos do tratamento começam a ser apreciados por todos da instituição e Rosine começou a pensar no diagnóstico de esquizofrenia. Isto porque, segundo ela, Marie só conseguia contatos superficiais, mas havia adquirido certeza sólida da passividade da analista, o que a tranqüilizava e, ao mesmo tempo, a deixava protegida por sua presença, a ponto de conseguir dar-lhe “tchau!”, sorrindo, quando a via atravessando a sala.

A reflexão sobre a direção do tratamento era constante, conforme se pode evidenciar no minucioso relato de Rosine (1990). Assim, ela via que o contato com o corpo da analista não dizia de um corpo furado, pois o que caracterizava a relação de objeto de Marie é que para ela não existia o Outro e muito menos o outro. A analista era um objeto entre outros, ainda que objeto privilegiado. Em primeiro momento, o interesse pelo alimento cortava a relação com a analista, pois ele não tinha relação com o corpo da analista. A relação com o corpo da analista

era fonte de inibição para Marie. Posteriormente, distingue a analista dos outros objetos, por exemplo, por meio das bofetadas que lhe dá. Ocorre um contato mais pelo muscular que pelo escópico, mais para destruir que para ver. A princípio para Marie Françoise não há uma relevância da pulsão escópica, o que demarca a não efetivação da experiência do espelho, por isso há uma predominância muscular, o motor prevalece sobre o mental em um nível de expressão muscular com um componente predominante da pulsão sádica, mas o que não se efetiva é a ambivalência, pois sua atenção está voltada apenas para um objeto (oral). Depois se inibe nesta ação.

Para Rosine, neste caso há dupla ausência, ou seja, ausência do Outro e do outro, que terão destinos diferentes ao longo das sessões. Considerava que, para Marie, houve ausência completa do olhar do Outro, para o qual encontrava recursos, por curtos instantes, olhando perdidamente, como uma demente. A forma do olhar dizia da gravidade do caso. O muscular se expressava mais na demanda e o olhar exprimia recusa, de forma irritada, pois o mundo para ela era mais para ser destruído ou destruí-la do que para ver e ser visto ou para olhá-la. Marie não pode viver uma perda possível e, ao mesmo tempo ignorada, como acontece no recalque originário. Encontrava-se no caráter destrutivo da pulsão, já que o pulsional sempre tem ligação com a pulsão de morte. A pulsão escópica é encontrada desde logo nas sessões, a exemplo da cena diante do prato de arroz, mas o olhar de Marie desaparece atrás das pálpebras fechadas e seu grito apenas se esboça porque se dirige à ausência do Outro. O Outro não estava presente para Marie e muito menos o outro, segundo afirma Rosine. A partir da articulação da importância do outro e do Outro na vida de uma criança, Rosine observa que essa criança, que conheceu sua mãe, até seus dois meses, não mostrava, no entanto, nenhum traço da imagem do outro em relação ao Outro. A imagem do outro, combinatória do Real e da imagem é via obrigatória para que o Outro possa existir, assegura a autora.

O campo escópico estava em primeiro plano, campo este onde a relação ao outro e ao corpo próprio é predominante. Pelo olhar, que de início era morto, parado, ela prepara sua atividade. Reduz a analista ao nada do outro, faz dela um

corpo que não existe e daí, aponta a toda a questão do Outro. Ter um corpo e não existir, diz do outro real do psicótico. Para ela a dimensão do corpo do Outro não existe, ela não tem imagem especular, não há realidade simbolizável e, por isto, aparece o real alucinatório, por exemplo, em seu apelo á janela, ao vazio. Confronta-se com o Outro ausente que faz retorno no real, já que não foi simbolizado e, também, com o real do Outro, da analista neste caso. E bastaria que Rosine cedesse a lhe colocar a comida em sua boca para que a dimensão de sujeito se perdesse, mantendo Marie na condição de sua passividade. Ela intimava a analista, no entanto, na busca de anular a dimensão real da mesma.

Evidencia-se esta exposição quando na ausência de Rosine – quando esta não pode estar em uma das sessões – Marie utiliza suas fezes para se lambrecar. Marie Françoise lambuza-se toda de cocô, ela lambreca o rosto e mesmo come dele. Fôra à ausência da analista que acarretou tal reação. Mas pra Marie, não existe nem A nem “a”, nem A, grande outro, substituído pela ausência real, além da janela, nem pequeno outro que, na ausência de A onde inscrevê-lo não pode ter imagem. Em relação à superfície de seu corpo, a borda não se inscreve, não há furo. A ausência do Outro faz com que o furo não apareça. Como coloca Rosine:

Visto que eu não existo para ela no lugar de A; e é preciso crer que existe uma dimensão simbólica desta exigência para que o corpo do Outro seja furado, visto que, como Marie Françoise não pode encontrar o furo simbolicamente em meu corpo, este furo reaparece no real do seu. (LEFORT, 1990, p. 225)

No dia a dia todos notavam seu despertar. Rosine, no entanto, se perguntava sobre este despertar, já que ela estava presa a uma bulimia tranqüilizadora do adulto que lhe empanturrava comida, mas que aumentava o muro levantado pela ausência do Outro para ela. A aparente fascinação por um objeto oral dizia mais de fascinação por um objeto real escópico. Marie havia ficado no objeto real, que não permitiu o efeito de divisão do sujeito.

Pouco a pouco a analista se faz presente em seu olhar, acompanhado de sorrisos. Por Rosine não ceder em colocar-lhe comida na boca, a angústia de

Marie crescia. A tranquilização surgia por meio das palavras da analista, a exemplo, marcar que faz mal receber alimento do outro sem que queiramos. Era preciso dizer se queria. Era preciso pedir a ela, a alguém que estava perto, e não a alguém que não estava ali, como o que havia sido feito em direção à janela, ao invisível. Marie assim o fazia na impossibilidade de um apelo que não podia ir para o Outro e, portanto, se direcionava para a ausência real. É neste caminho que chegou a chamar o médico de papai e acenar-lhe um ‘tchau’, bem como chegou a dizer “não” à enfermeira e a uma criança que lhe havia pedido um bombom. A presença de alguém, portanto, já não se registrava mais ao nível do escópico e sim da ausência.

O que ela escutava é o que a levou a dizer papai, significante que é lançado à analista, nomeando o Outro para além desta. Começou a dizer não, a não mais balançar o corpo e a querer continuar este para além da analista, ficando junto às outras crianças, só com a condição da analista estar no ambiente. Não obstante, o escutar, como o que fazia a abertura à analista, também cedeu lugar ao tocar. No momento da vivência de ausência havia colocado o escópico entre parêntesis, mas agora vai tocar um menino, acariciando-lhe o rosto. Este movimento leva Rosine a posicionar o lugar do Outro antes do espelho. Se não há Outro, para Marie Françoise, o “especular não existe” (LEFORT, 1990, p. 256). Por isso, a presença de Rosine é fundamental, como ela mesma coloca: “que o meu corpo fosse marcado pelo furo necessário a meu estatuto de Outro” (LEFORT, 1990, p. 253). Do interesse por objetos que ocupavam lugar de seu duplo, a exemplo de um marinheiro de brinquedo, Marie se orienta no sentido do interesse pelos óculos da analista, que desloca seu duplo. Quando a analista a carregava para a sala de sessões, Marie retira os óculos de seu rosto e, ao mesmo faz movimentos de sucção. Conforme assinala Rosine (1990, p.270) é a primeira vez que um objeto de seu corpo foi claramente ligado a um auto-erotismo. É necessária a ligação de um objeto, do corpo da analista, seus óculos, para que não só Marie comesse, mas que nesta relação ternária (Marie, o marinheiro e os óculos) se deslocasse o duplo. O objeto do corpo analista não chega, entretanto, a ser colocado como objeto causa de desejo.

O tratamento se desenvolve e parecia que o Outro começava a existir para ela. Os eletrocefalogramas a que ela era submetida deixavam-na mal, ressentida com a analista, levando-a a atacar o real de seu corpo. Seu corpo estava furado, em uma hiância que ia da boca ao ânus, mas, o corpo da analista não. Marie não conseguia presentificar o Outro, numa alternância simbólica de presença e ausência. Permanecia com seu duplo, o bebê de brinquedo, que a acompanha desde o início.

No desenrolar do tratamento o duplo é superado, tratava-se, agora, da importância da relação de Rosine e Marie, a analista era um Outro que ela necessitava, mas a quem ela nada podia demandar, pois não portava objeto separado. No transitivismo, primeira forma de identificação, o Outro só é encontrado na ausência real, no vazio da janela e Marie toma o lugar do vazio, tornando-se “ente da ausência” (1990, p.272). Houve, no entanto, uma cena, na última sessão, em que, nos braços da enfermeira, Marie se volta para Rosine, chamando-a insistentemente de mãe, o que leva Rosine a pensar na possibilidade de que o Outro que ela era, para Marie, pode advir no lugar de um apelo.

Sobre o destino do Outro e o outro, como foi colocado por Rosine, havia uma inversão em sua estruturação, se comparado ao que acontece na neurose. Na neurose, a imagem do outro, combinatória do real com a imagem é via obrigatória para que advenha o Outro, na ordem significante, antecipando uma perda que o afeta. O que poderia ser representado por  $a + A$ . Na psicose, o real e o significante permanecem separados já que o significante não pode se inscrever no Outro, que não existe enquanto tal e o que ocorre é  $A + a$ . Isso significa que, com Marie, ela precisou se certificar da presença da analista como um Outro para tentar construir uma imagem de si.

O tratamento foi interrompido por uma necessidade da analista. O resultado deste trabalho, como a própria analista afirma, pode ser observado por seu posicionamento, na transferência, mantendo sua interpretação ao nível de falta e jamais ao nível de objeto, o que coloca a analisante na situação de tapa-buraco, acarretando a depressão do analista. O objeto imposto torna-se persecutório.

Rosine percebeu que deveria estar presente e não fazer nada, pois a própria Marie lhe ensinava que assim deveria ser, virando-lhe as costas, fugindo dela, em momentos cruciais.

O caso Marie Françoise tornou-se um paradigma para se pensar o autismo na psicanálise lacaniana. A partir dele, ampliou-se a discussão sobre o autismo, o que levou a formalizações sempre revisitadas, repensadas, o que pode ser observado no conceito que Rosine e Robert desenvolveram a respeito da “a-estrutura”.

### 3.2. Da a-estrutura à psicose.

Na perspectiva da primeira clínica lacaniana, Rosine e Robert Lefort, consideraram o autismo como sendo uma “a-estrutura”, ou seja, tratava-se de uma “anti-estrutura” (LEFORT, 1990, p. 282), pois fora do significante não há estrutura. Estando fora de qualquer das estruturas subjetivas, com as quais a psicanálise trabalha — psicose, neurose ou perversão, o autista não chegaria a entrar na dinâmica estrutural tal como estava estabelecida. Nesta medida, o autismo seria uma posição anterior à fase especular, em que não ocorreria a inscrição simbólica e o Outro se reduziria a uma pura ausência.

Quando os Lefort disseram que o Outro não existe, no caso dos autistas, é porque para eles não houve uma inscrição simbólica que pode ser pensada em duas perspectivas: pela recusa e pela inexistência do Outro. Na recusa do autista em aceitar esta inscrição, é como se ele ignorasse a presença da significação do Outro. Por outro lado, este Outro, por carecer do significante da lei é um Outro absoluto ao qual o sujeito está submetido. Para os Lefort, o autista seria aquele que estaria em suspensão, à espera de algo, algo do encontro com o Outro.

Estas colocações iniciais, sobre o autismo, como “a-estrutura”, levaram à noção de que haveria a neurose, a perversão, a psicose e o autismo. O modelo de psicose que sustentava as construções dos Lefort era a paranóia. Dela o autismo muito se diferenciava. Nos textos destes autores, também é possível, em alguns

momentos, encontrar a afirmação de que no tratamento o autista deveria sair da posição autística para entrar na psicose, ou seja, importava a psicotização do autista.

O autista não tem um objeto, ele o é enquanto tal, ele está voltado à destruição, pois que nenhum Outro lhe dá o suporte. O psicótico, com efeito, tem um objeto e, portanto um Outro, mas este objeto, ele o incorporou no real sob a forma de pênis do pai. (LEFORT, 1990)

Tais colocações, além de reforçar a noção equivocada de uma quarta estrutura, também favoreciam a confusão entre autismo e esquizofrenia.

Na verdade, não se negava a estruturação, pois, como se pode observar, no caso Marie Françoise, no autismo ocorreria uma estruturação invertida, “A” + “a”, o que também localizava como própria da psicose.

Em 1995, em uma Jornada do Campo Freudiano, no Brasil, no Rio de Janeiro, os Lefort esclareceram a que se referiam sob o termo “a-estrutura”.

Deixamos de empregar mais tarde esse termo por ser absoluto demais. No entanto ele assinalava a ausência de divisão do sujeito entre o Um e o Outro, sem queda de um (a). O Outro do autismo “existe” enquanto absoluto e sem corte. (LEFORT, 1995 p. 146)

Em 1996, os Lefort clareiam a clínica do autismo que praticavam e agora a posição do autismo, no campo das psicoses não permite mais os equívocos anteriores. Por meio da prática clínica, extrapolam o modelo conhecido do autismo infantil precoce, estabelecido por Kanner (1943) e fundamentado em uma concepção deficitária. Buscam, decididamente, diferenciar ao autismo das outras psicoses, ou seja, paranóia e esquizofrenia.

Mas o autista se encontra então na posição, não de alcançar um lugar para esse Outro (que seria barrado), mas diante do maior perigo de perdê-lo realmente, o que o leva a precaver-se disso fazendo-se objeto da completude e do gozo desse Outro, para salvá-lo ao modo paranóico, fora simbólico, no real: em suma, ferir o Outro para repará-lo. (LEFORT, 1995, p.146)

Este percurso de Rosine e Robert Lefort, sem dúvida diz de uma evolução, pois na concepção da “a-estrutura”, ainda que não o desejassem, permaneciam enraizados na noção deficitária do autismo, déficit de inscrição simbólica. No autismo havia um a menos na estruturação psíquica. Mas, os avanços dos estudos mostraram a possibilidade do autismo como um a mais. O Outro existe, desde que o autista o faça existir. Embora os textos de Lacan, “Aloucação sobre as psicoses da criança” (1967) e “Conferência em Genebra sobre o sintoma” (1975), em que se observam suas contribuições mais marcantes, sobre o autismo, tivessem sido publicados após o caso Marie Françoise, eles souberam aproveitar o que já conheciam e ampliar, de maneira original, a elaboração do nascimento do Outro, via transferência, na clínica do autismo. A partir dos avanços de Lacan, passaram a pensar, também, o autismo na perspectiva da segunda clínica, a clínica do real e dos modos de funcionamento a partir gozo.

### 3.3. Pontuações de Lacan sobre o autismo

Em Lacan, não encontramos especificamente o tema do autismo, mas ele deixou sua contribuição de forma pontual, em dois textos: “Aloucação sobre as psicoses da criança” (1967) e “Conferência em Genebra sobre o sintoma” (1975). O primeiro deles é “Aloucação sobre as psicoses da criança”, de outubro de 1967, apresentado em Paris, no Colóquio promovido pela psicanalista francesa Maud Mannoni. Ele é escrito em uma época que Miller (1982) denomina o segundo ensino de Lacan, no período entre 1964 e 1974, e corresponde à “primeira clínica”.

No Colóquio de 1967 o psicanalista winnicottiano Sami-Ali apresentou um caso clínico tratado há três meses, intitulado “Gênese da palavra em uma criança autista - contribuição à teoria dos objetos transicionais”. Tratava-se de um menino, chamado Martin, de sete anos, o terceiro entre quatro irmãos, com o diagnóstico de autismo. A demanda para o tratamento, afirma Sami-Ali (1971, p.86), surgiu pelo fato de a criança não falar e parecer não ter falado nunca, o que o fez hipotetizar uma surdez orgânica que não se confirmou. Sua mãe relatou ainda que

Martin tinha uma recusa em mastigar os alimentos, fugia de ruídos e vozes, tapando os ouvidos para não ouvi-los. Nasceu prematuro, foi amamentado até os oito meses por sua mãe e depois passou a ser amamentado por uma ama de leite, para a qual demonstrava afetividade e até dirigiu-lhe alguns balbucios. Com a partida desta ama, apresentou-se deprimido e agressivo e lhe apareceu uma obstrução nos condutos auditivos que levava a zumbidos no ouvido e, a partir desse momento, voltou-se para si mesmo, dificultando contatos com o mundo externo. Demonstrava-se enlouquecido diante de tais ruídos, que já não os suportava.

Pelo trabalho que Sami-Ali realizou, se chegou a dados interessantes relatados no Colóquio. Defendeu a tese de que a criança não se acende à palavra sem antes realizar a “síntese das coisas” (ALI, 1971) e que a gênese da palavra está ligada à síntese do mundo. No caso de Martin, segundo o autor, essa função sintética não estava mediada pela linguagem, mas pela maneira como Martin se constituía de objetos simbólicos estáveis em um espaço aberto pelo outro.

Sami – Ali conta como se esboçou a relação analista/criança e, que desde as primeiras sessões, Martin interagira gritando sem tapar os ouvidos e conseguindo olhar para o analista. A palavra aparece, inicialmente desorganizada, mas depois no tom e na voz com características normais. Ele prossegue dizendo que a mãe propicia a palavra à criança na primeira infância, e o mutismo ocorre por uma ruptura da criança com a mãe. Além do mais, através da análise da criança e com o surgimento da palavra, tornou-se possível favorecer essa função sintética elementar na relação mãe-bebê que foi interrompida.

Lacan, após ouvir as colocações de Ali, faz uma crítica:

Mas o que pergunto a quem tiver ouvido a comunicação que questiono é se, sim ou não, uma criança que tapa os ouvidos – dizem-nos: para quê? Para alguma coisa que está sendo falada - já não está no pós-verbal, visto que se protege do verbo. (LACAN, 2003 (1967) p.365)

Afirma que a criança, ao tampar os ouvidos, não se encontra de maneira alguma numa instância pré-verbal. A partir do momento que ela tem a ação de

tapar os ouvidos, subentende-se que ela capta esta voz e, é desta voz que ela se protege.

Lacan destaca a importância do objeto transicional desenvolvido pelos winnicotianos, comenta que a criança não se detém no fato desse objeto preservar ou não sua autonomia, mas, sim, se ela serve ou não de objeto transicional para sua mãe (LACAN, 2003 (1967) p.366). Neste sentido, o corpo da criança não é objeto transicional, funciona como objeto *a*. Lacan opõe-se a noção de corpo apresentada por Ali e assegura que o lugar que a criança ocupa na relação com a mãe revelará a sua estrutura, caso ocupe o lugar de objeto causa de desejo ou de objeto real na fantasia da mãe.

A Conferência de Genebra, sobre o sintoma, foi pronunciada em 1975, já na época do que Miller (1982) estabeleceu como o terceiro e último ensino de Lacan, marcado pela elaboração do Seminário XX, ensino que compõe a “segunda clínica”. Nessa clínica é enfatizada a tripartição do real, simbólico e o imaginário e se inscreve, de forma efetiva, as formulações sobre o gozo e a proposta da inexistência do Outro. Em Genebra, no entanto, Lacan abordou o tema do sintoma, afirmando que a infância é um período decisivo para sua cristalização, e sua interpretação só seria possível em função dos relatos da vivência das primeiras experiências do sujeito com “a realidade sexual” (LACAN, 1975, p.10). Disse ainda da importância do desejo dos pais na constituição psíquica do sujeito, que o modo de falar dos pais traz a marca de como a criança foi aceita pelos mesmos, pois a forma que pensamos já é impregnada de palavras: “É sempre com ajuda de palavras que o homem pensa. E é no encontro destas palavras com seu corpo que alguma coisa se esboça” (LACAN, 1975, p. 9). É, ainda, a ocasião em que Lacan aborda a “alíngua”, dizendo que se trata de uma linguagem que não tem existência teórica, uma linguagem que ousou considerar inata.

Dentre as diversas perguntas feitas após a Conferência, algumas se referem à questão do autismo, colocadas pelo Dr. Crammer. De todas elas,

destacamos três pontos que são de relevância para a discussão do tema proposto nesta dissertação: o retorno de gozo no autismo.

O primeiro ponto se refere à colocação que é feita, por Crammer, quanto à questão da inscrição simbólica para a criança, ou seja, o que acontece para que uma criança seja receptiva a uma ordem simbólica, num momento de escuta da mãe com ela e dela com a mãe, considerando que esta é uma condição essencialmente humana. Lacan responde que a linguagem é inerente à condição humana e que todo humano é, essencialmente, “um ser falante” (LACAN, 1975, p. 9); é necessário considerar o movimento entre a criança e o Outro, para que possa surgir algo da palavra e esta só pode advir a partir do reconhecimento da existência deste Outro. Ressalta, ainda, que “escutar faz parte da palavra” (LACAN, 1975, p. 9), pois, a partir do momento que a criança ouve a palavra, ela já está banhada pela linguagem, fazendo parte do mundo humano, já que “tudo fala ao seu redor”.

A questão da inscrição simbólica é essencial para se pensar no autismo como uma psicose. Mas segundo Lacan (1975), percebe-se que nesta interlocução, a criança pode não falar, mas isso não quer dizer que ela não escute; parece se tratar de uma ruptura, “algo se congela” como coloca Lacan, tanto no autismo como na esquizofrenia.

O segundo ponto esbarra diretamente no cerne de toda a dissertação, pois Lacan faz duas demarcações importantes para se pensar o retorno de gozo: a primeira é sobre o congelamento que ocorre no autismo e na esquizofrenia, e a partir daí aproxima os dois; e outra, é que os autistas são “personagens bastante verbosos” (LACAN, 1975), o que mostra que mesmo não manifestando a palavra eles nos dizem muitas coisas.

O terceiro e último ponto é que a fala tem especificidades – estrutura verbal, ela é simbolicamente determinada não apenas pelo som que se emite, mas pelo significado que ela representa, completamente específica, que a diferencia da

estrutura não verbal. A fala diz do reconhecimento, ou melhor, da existência do Outro.

Os dois textos, “Aloucução sobre as psicoses da criança”, de 1967, e “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, de 1975, demarcam, desse modo, uma semelhança estrutural do autismo com a esquizofrenia. Neles Lacan pontua que a maneira como o sujeito estabelece os enlaçamentos no discurso é que determinará o seu posicionamento estrutural, bem como a sua relação com o Outro e a resposta que o sujeito dá a esta convocação. Esta não deixa de ser uma forma de já abordar os modos de gozo.

#### 4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O RETORNO DE GOZO E A TENTATIVA DE ABORDÁ-LO NO AUTISMO

Parece incontestável que as contribuições, do que geralmente se designa como sendo a segunda clínica de Lacan, ou seja, seu ensino a partir da década de 70, são as que mais favorecem o entendimento do autismo como uma forma específica de retorno de gozo. Em sua primeira clínica, por mais inovadora que fosse a concepção de Nome do Pai, havia ainda resquício de algo da ordem do déficit, ou seja, déficit da inscrição deste significante primordial, em momentos da primazia do simbólico.

Diferentemente da preocupação de localizar o autismo como psicose ou não, fato já fora de dúvida, a atualidade da psicanálise lacaniana se centra, conforme escreve Laurent, em

“Trata-se antes de captar a riqueza clínica à luz dos diferentes modos de retorno de gozo. Trata-se, portanto, de distribuir a esquizofrenia, a paranóia e o autismo segundo os modos de retorno de gozo. Quando, em alguns casos, assistimos à localização de uma espécie de objeto permanentemente acoplado ao sujeito, acompanhando-o em toda parte, e ao qual o sujeito se dirige como se ele fosse um órgão suplementar, devemos considerar esse fenômeno característico da esquizofrenia, como retorno do gozo sobre o corpo, ou não?” (LAURENT, 2007 p.27)

Esse autor destaca que, em cada tipo clínico, há um tipo de retorno de gozo e que no campo das psicoses, trata-se de tentar dar conta das formas de retorno de gozo próprias ao autismo, à paranóia e esquizofrenia, com os quais ele muitas vezes se emparelhou, nos estudos clássicos.

O estudioso cuidadoso encontra, no entanto, desde Freud, indicações de que na constituição subjetiva há um movimento de tentar excluir algo, não suportar algo que precisa ficar aparentemente fora desse processo, mas nem por isso esse algo, que fica à parte, permanece quieto. Reaparece.

#### 4.1. O eterno retorno

O texto “O inconsciente” (1915), pode ser um marco para se pensar esta questão de que algo de uma realidade intolerável era colocada à parte, retornando de algum modo. Marco, porque antes dele outros textos já apontavam este mecanismo. Nesse, Freud deixa seu leitor a par da dúvida que o assolava: o mecanismo de defesa, o processo de recalque, seria o mesmo, para neurose e psicose?

Os termos *Verleugnung* (desmentido, renegação) e *Verwerfung* (forclusão, repúdio) começaram a ser empregados para tentar fazer a diferença. O primeiro passa a ser mais usado que o segundo, mas acaba por ser considerado insatisfatório, já que tanto na neurose quanto na psicose, Freud percebia haver renegação. *Verwerfung*, por sua vez, chegava a aparecer como sinônimo de recalque, como acontece no texto Três Ensaios (1905), onde é responsável pelo rechaço das fantasias incestuosas, produzidas na puberdade; outras vezes é mecanismo patogênico que se encontra na origem da alucinação, ou processo que está na origem da consciência moral, em Totem e Tabu (1913) conforme mostra Maleval (2002). Aparece, ainda, associado à transferência negativa.

Freud, um estudioso decidido, como é próprio dos grandes inventores, deixou esse vazio nas formalizações da psicanálise que, como aponta Maleval (2002), principalmente Paul Federn e Melanie Klein inicialmente tentaram preencher. Federn via a psicose como uma debilidade do eu, liberadora do inconsciente. Klein a via como uma regressão a uma posição primordial, nomeada por ela, de esquizo-paranóide. Nenhum dos dois, no entanto, isolou um mecanismo de defesa próprio das psicoses e tentou articular as implicações a que isto levaria. Prenderam-se mais nos aspectos deficitários das mesmas e menos na originalidade dos delírios, por exemplo. Afastaram-se das proposições de Freud.

Enquanto a maioria dos pós-freudianos considerava a psicose como potencialidade humana, Lacan surgiu para dizer que não se torna louco quem quer (LACAN, 1998 p. 152), ou seja, para ser louco precisa de alguma condição,

modo de dizer que há um mecanismo específico nesta estrutura subjetiva, ou seja, os sujeitos possuem defesas às quais recorre diante de circunstâncias que não podem assumir. No início também relacionou a *Verwerfung* ao recalque primário em que, como no Homem dos Lobos, escrito por Freud, houve um núcleo primitivo, uma cena traumática, excluída da história do sujeito, como se não houvesse existido. *Verwerfung* não se tratava de um mecanismo psicótico, mas já se podia ver ali uma colocação em cena do real, um impossível de dizer.

A questão seria estabelecer, então, a diferença entre o retorno deste indizível original e os fenômenos psicóticos não dialetizáveis. A *Verneinung* (LACAN, 1998, p. 893), freudiana, trabalhada pelo filósofo Jean Hyppolite, permitiu a Lacan ir se esclarecendo. A tradução que escolheram, Lacan e Hippolite, para *Verneinung*, foi denegação e não negação, exatamente porque denegar contém a expressão daquilo que se rechaça. Ao usar o termo, no texto, Freud o dizia para postular a existência de um eu-prazer original, de onde se desenvolve um eu-real definitivo. O eu-prazer ignora a oposição entre objetivo e subjetivo, pois é incapaz de reconhecer o objeto como tal, mas tem capacidade de colocar-se em ato: o que é bom introjeta, come, acolhe; o que é mal expulsa, cospe, afasta. Trata-se de oposição prazer-desprazer, sustentada pelas pulsões orais primitivas, por meio de *Eros e Tánatos*.

O mais importante dessa oposição é que a ela está associado “juízo de atribuição”, pois é seguida por ele, afirmando ou negando a propriedade de uma coisa, o que difere da tradição filosófica da época, e até de seu mestre Brentano. A tradição colocava o juízo de existência em primeiro plano, ou seja, antes do juízo de atribuição. Mas, para realizar a *Verneinung*, ou seja, denegar, Freud sustentava que precisava haver, primeiro, a representação da coisa negada e uma afirmação simbólica anterior, uma *Bejahung*. O juízo de existência, que reconhece ou nega a existência, na realidade de uma representação, é de onde emana o eu-real definitivo. Portanto, é secundário a uma afirmação prévia. O juízo de existência é o encarregado da busca de objetos perdidos que haviam proporcionado satisfação real, ou seja, da diferença entre representação e

percepção. A denegação é herdeira de uma negação fundamental, de uma expulsão primária, *Ausstossung*, instauradora de uma afirmação original.

Se neste texto freudiano ainda permanecem certas confusões que não favoreciam a diferenciação entre *Verwerfung* e recalque, Maleval (2002) ensina que foi em seu constante estudo do mesmo, que Lacan pode dizer que o recalque e o retorno do recalçado é a mesma coisa, bem como que a palavra é o assassinato da coisa, porque na origem da palavra está uma afirmação que somente se sustenta em um não.

Freud, por exemplo, ao percorrer este caminho, pode perceber os transtornos de linguagem em Schreber, pois valorizou o “louco” não do ponto de vista do déficit. Sem usar o termo sujeito, acabou por introduzi-lo e isto lhe permitiu, também, pensar e introduzir, na questão da loucura, o analista, a palavra, a escuta e, conseqüentemente, a clínica sob transferência, diferentemente da clínica orientada pela “substância”, que se baseia nos fenômenos sem penetrá-los e, por isto, confunde sintomas diferentes, conforme assegura Maleval (2002, p. 16). Os transtornos da linguagem foram considerados depois por Lacan exigência para identificar a forclusão do Nome do Pai. A falta de significação fálica supõe ruptura da cadeia significante liberando, no real, um gozo não regulado, devido ao mal encontro com a incompletude do Outro e na impossibilidade de velar o vazio da forclusão, por meio de identificações imaginárias ou suplências. Foi, no entanto, a constatação de que Freud, no caso Schereber, também considerava que o conceito de projeção era inadequado, insuficiente para explicar o que acontecia na psicose, ou seja, que o psicótico projetava as sensações recalçadas no exterior, que Lacan pode avançar na diferenciação entre neurose e psicose. Freud, em Schereber, observou que o melhor seria dizer que o que foi abolido do interior, volta do exterior. Em sua *Verwerfung* desenvolvida no Homem dos Lobos, em sua *Ausstossung* do artigo sobre a denegação e agora, Freud “indica a existência de um material inconsciente excluído de uma forma tal que, ao contrário do que ocorre no recalque, torna impossível sua reapropriação” (MALEVAL, 2002, p. 51).

No Seminário “As Psicoses” (1985), Lacan estabelece a distinção que todos conhecem: na psicose algo é deixado fora da simbolização que estrutura o sujeito e o que foi rechaçado surge no real, deixando o sujeito incapaz de fazer funcionar a denegação do acontecido. Manifesta-se, freqüentemente, tanto no delírio quanto na alucinação, de forma enigmática. Na neurose, o recalcado aparece mediante a denegação, de forma cifrada, mas legível, dialetizável, já que articulado ao simbólico. Ao final deste Seminário propõe traduzir *Verwerfung* não mais como rechaço, mas como “forclusão”, no sentido jurídico do termo, em francês, que diz da caducidade de um direito não exercido nos prazos prescritos. O texto freudiano, “Neurose e Psicose”, torna-se sua nova bússola, mostrando que o psicótico não se separa totalmente da realidade, mas reconstrói sua realidade para dar conta de uma falha, que já não é colocada do lado da *Bejahung* que instaura a ordem simbólica. Trata-se da forclusão de um primeiro corpo de significante que viria a chamar, em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1958) como forclusão do Nome do Pai.

São formulações lacanianas duradouras, que ao final de seu ensino sofrem certas reformulações. Nele o pai já não se apresenta como referência tão segura. Por outro lado, como afirma Maleval (2002, p.52), o tratamento psicanalítico da psicose deixa de se revestir de certo pessimismo que Lacan compartilhava com Freud, quando pensava que o sujeito está estruturado por meio de uma simbolização geral, em que a psicose esbarrava. Seu último ensino se centra não mais na lógica do significante, mas na axiomática do gozo, em que o psicótico, fora do discurso que faz barreira ao gozo, é invadido por gozo desordenado, mas capaz de desenvolver erotomania de transferência.

Com o objeto *a* no bolso, sem sua extração, sem divisão, os psicóticos mostram sua captura no congelamento do significante e na condensação de gozo. A não extração do objeto *a* está no centro desta imersão no gozo. Fora do discurso que faz barreira ao gozo, como já se disse, o sujeito fica à mercê de ser gozado pelo Outro. O conceito de Nome do Pai, no entanto, de acordo com Maleval (2002, p. 374), continua adequado ao conjunto das idéias, não deve ser

descartado, como alguns chegaram a mencionar. Isso porque, quando se considera que o gozo louco, enigmático, não é regulado pelo significante, mas vinculado à presença do objeto *a* (voz e olhar), logo se deduz que ele somente encontra limite na função fálica, ou seja, função dependente do Nome do Pai. Nessa segunda clínica, o destaque marcante recai na invasão de gozo, pois ela é o que produz o sofrimento do sujeito. No tratamento a moderação do gozo se reveste de importância.

#### 4.2 – Um retorno a Freud

No que respeita ao autismo e paranóia, a dificuldade de separação clínica já não parece acentuada. Na paranóia, o excesso do princípio do prazer, o mais além do prazer, que retorna, incide sobre o pensamento. O Outro é visto de maneira persecutória, como um Outro devastador; este não será abordado nesta Dissertação.

A questão de diferenciação entre autismo e esquizofrenia, naquilo que respeita a formas de retorno de gozo, não parece ser tão simples e não é sem motivo que, em algumas situações, como se viu nos capítulos anteriores, ele se confundiu. O retorno de gozo, em ambos os modos de funcionamento subjetivo, incide no corpo fragmentado. Nesta Dissertação será feito certo esforço de demarcação de alguns pontos de aproximação e distanciamento entre autismo e esquizofrenia, a partir do que se reflete como modo de gozo que lhes é peculiar.

Ao abordar esta questão do tipo de retorno de gozo da esquizofrenia e do autismo não se pode deixar de apontar que Lacan recorreu à teoria da libido, formulada por Freud, para que pudesse consolidar as suas formulações sobre o gozo. Freud, em sua obra, não faz muitas contribuições teóricas sobre a esquizofrenia, mas nestas poucas elaborações, há uma consistência associada à construção teórica da libido, o que permite iniciar uma reflexão sobre o retorno libidinal na esquizofrenia e, a partir daí, pensar no autismo.

Ao inventar a esquizofrenia, a partir do quadro clínico estabelecido por Kraepelin como “demência precoce”, e já influenciado por Freud, Bleuler, em 1911, como se pode ver mais detalhadamente no capítulo 1, considerava-se que o problema fundamental desses pacientes era uma clivagem, uma dissociação do psiquismo em relação à realidade. Se Kraepelin via a esquizofrenia como a manifestação psíquica de uma enfermidade orgânica, em sua posição psicodinâmica, Bleuler não incluía somente a descrição, mas, também, a interpretação dessa dissociação psíquica. As dificuldades relativas à vontade e afetividade, próprias destes pacientes, já não se apresentavam como manifestações de enfermidade orgânica. Em seus sintomas primários, descritos para a esquizofrenia, Bleuler situava a diminuição da vontade, a rigidez, o embotamento e a ambivalência afetiva como derivados da dissociação psíquica vivida pelo paciente.

Esse afastamento da realidade, que acontece na psicose de forma mais radical que na neurose, também era possível de ser observado no caso Schreber (1911), publicado por Freud nesta mesma época. As manifestações delirantes, paranóicas, de Schreber, segundo Freud, o afastavam da realidade. Bleuler, desta forma, levou em consideração a noção de inconsciente, suas manifestações sintomáticas e suas produções oníricas, privilegiando como marco fundamental a dissociação do psiquismo. Aqui já se pode observar que a dissociação retornava em formas sintomáticas no afeto, na vontade, no contato com a realidade.

No texto “Narcisismo: uma introdução” (1914), Freud afirma que o termo esquizofrenia era um termo inadequado, em seu modo de ver, para dizer destes casos, pois ele não preconizava a perturbação das associações mentais. Conforme evidenciado em uma de suas cartas a Jung (1976), o importante a ser considerado era o que havia desenvolvido sobre a teoria da libido. Na esquizofrenia haveria a retirada da libido do mundo externo, e há a constatação freudiana de que a libido retorna e de que este retorno, na esquizofrenia, ocorre no corpo. Nesse mesmo texto, Freud faz um questionamento: “Que acontece à libido que foi afastada dos objetos externos na esquizofrenia?” Ele mesmo

responde que a libido retorna. E onde se dá este retorno na esquizofrenia? Partindo do princípio de que a esquizofrenia pode ser caracterizada pela megalomania e pela ausência de interesse do mundo externo, propõe que o desvio de interesse não está voltado para os objetos. Então, para onde está voltado este interesse? Freud (1914) responde: A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego<sup>1</sup>

Nos parafrênicos, a megalomania permite semelhante elaboração interna da libido que voltou ao ego; talvez apenas quando a megalomania falhe, o represamento da libido do ego se torne patogênico e inicie o processo de recuperação que nos dá a impressão de ser uma doença. (FREUD, 1914, p. 102)

Freud (1914) destaca que há um represamento da libido no ego; o esquizofrênico retira sua libido das pessoas e das coisas do mundo externo, sem substituí-las por outros objetos em sua fantasia. Com isso, Freud chega a conclusão de que na esquizofrenia há um retorno ao narcisismo primário. Segundo Freud (1914), o narcisismo primário é uma posição preparada pelo desejo ideal dos pais, é uma marca de investimento que o sujeito irá se ocupar. Essa herança do desejo parental é constitutiva do sujeito e formadora de um eu. Esse é um ponto importante porque está claro em Freud que a libido retorna, agora, no corpo, no órgão. Corpo este, dividido em zonas erógenas que ainda não se unificaram para a constituição do eu. Freud considera que o eu não existe originalmente, antes do eu se constituir há pulsões auto-eróticas que circulam em zonas erógenas específicas, mas não se integram. No esquizofrênico a retirada libidinal não é para o eu, e sim para o órgão. Compara à hipocondria e a esquizofrenia, dizendo que tanto uma como outra “retira tanto o interesse quanto a libido dos objetos do mundo externo, concentrando ambos no órgão que lhe prende a atenção”. (FREUD, 1914, p. 99).

---

<sup>1</sup> Nas citações do texto freudiano, retiradas da Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud foram feitas correções de tradução da versão em inglês, tomando-se para tanto, como referência, o idioma original dos textos freudianos em alemão, estabelecendo-se a nomenclatura hoje reconhecida como mais indicada nos meios psicanalíticos. Assim, os termos ego, superego e id, foram substituídos respectivamente por eu, supereu e isso. São esses os termos que serão empregados ao longo dessa dissertação. Entretanto, quando houver uma citação literal, os termos serão mantidos.

Prosseguindo, em 1915, em seu texto “O inconsciente”, Freud ressalta que a tradução direta desta libido que retorna e sua incidência sobre o corpo se dão pela falta de significância. No caso da esquizofrenia, com o recalçamento, valendo observar que, neste momento, Freud ainda nomeava de recalçamento como mecanismo de defesa, tanto da neurose quanto da psicose, a libido retirada do objeto não mais procura um novo objeto, mas se recolhe para o eu, diferentemente dos casos de neurose, em que a libido retirada do objeto retrocede em direção a um objeto, que existe na fantasia. Os esquizofrênicos desistem de investir carga no objeto e restabelece-se um estado de narcisismo, sem objeto. Este narcisismo poderia ser entendido como aquele momento em que não ocorreu a ação psíquica para um estabelecimento da unidade do eu. Em seu texto: “O Ego e o Id” (1923), Freud destaca que o eu é eminentemente corporal. Fato que, nas palavras de Pierre Bruno (2001), pode-se ler: “Essa incidência direta do significante sobre o corpo, tal como a encontramos na esquizofrenia, está ligada a um ‘acidente’ na formação do narcisismo”.

Desta forma visualiza-se um retorno para o órgão, pois a ação significante não se traduz nem pela transformação de uma parte do corpo em significante, nem pelo emparelhamento significante no delírio. A esquizofrenia seria um sintoma não metafórico da linguagem de órgãos, ou melhor dizendo, uma relação direta com os órgãos ou com as inervações do corpo. A fala atribuída ao esquizofrênico apresenta um traço hipocondríaco, ela se tornou, pela falta de significância, “fala dos órgãos” (FREUD, 1915, p. 226). Essa é a forma freudiana de dizer que os esquizofrênicos tratam as palavras como coisa, que neles há a predominância da representação da palavra sobre a representação da coisa.

A partir dessas considerações de Freud há argumentos para questionar o que a libido retira do objeto enquanto o eu ainda está sendo formado, ou seja, enquanto a nova ação psíquica não ocorreu. É Lacan (1949) que auxilia nessa resposta, enfatizando a importância dessa ação psíquica. Ele acentua que o retorno libidinal na esquizofrenia seria anterior a fase de unificação do corpo,

momento onde ocorre a passagem das pulsões auto-eróticas ao narcisismo, nomeando essa nova ação psíquica de estágio do espelho.

#### 4.3. O estágio do espelho e a unificação do eu

Lacan chamou de Estádio do Espelho o momento entre os seis e os dezoito meses de vida (LACAN, 1998 (1949) p.99), quando a criança, através da imagem especular fornecida pelo Outro, se identifica e reconhece a própria imagem no espelho enquanto uma unidade.

É a partir do movimento que se produz entre a criança e a sua imagem refletida no espelho que se dará a constituição de um eu, perpassada pela presença do Outro que irá ratificar essa imagem. A imagem especular serve como primeira identificação, em que a criança se confunde com o outro e com este se identifica.

“O estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental”. (LACAN, 1998 (1949) p.100)

“O Estádio do espelho como formador da função do eu” (LACAN, 1998(1949)) se organiza em três momentos fundamentais que dão origem à conquista da criança à imagem de seu próprio corpo.

A criança, antes mesmo de nascer, é falada por seus pais, sendo inscrita numa cadeia de desejos relacionados à imagem do filho que gostariam de ter. (SOLLER, 1999, p. 222).A criança é idealizada por seus pais, assumindo uma imagem antecipada, na qual são depositadas as expectativas dos sonhos mais antigos de seus pais.

O primeiro momento evidencia o assujeitamento da criança no registro do imaginário. A criança, ao se olhar no espelho, vê sua imagem, porém não a identifica como sendo sua e sim de um outro, havendo nessa fase uma confusão entre si e o outro. Essa fase é realizada inicialmente por uma “assunção jubilatória da imagem especular” (LACAN, 1998 (1949) p.99), em que a criança se encontra num período de impotência motora e orgânica, e depende de um outro que assuma suas exigências. Em seu júbilo frente ao espelho, a criança procura a mãe para que ela autentique sua descoberta. A mãe aparece, então, na tentativa de suprir as necessidades do bebê, que de início se orienta através dela, confundindo-se com essa imagem que a forma e ao mesmo tempo a aliena. A imagem completa percebida no espelho é estranha para a criança, cuja experiência corporal ainda é esfacelada devido ao auto-erotismo, em que a criança investe a libido no próprio corpo. Antes que o eu se afirme como identidade, esse narcisismo é o suporte identificatório, fazendo com que haja uma confusão entre a criança e essa imagem que a forma, promovendo uma alienação primordial para a formação do eu.

No segundo momento, a criança descobre o mundo imaginário, ou seja, que o outro do espelho não é real e que se trata de uma imagem, distinguindo a partir daí a imagem do outro, apesar de ainda não se reconhecer nela. Reconhece a imagem, mas não reconhece como sua imagem.

No terceiro e último momento, a criança sabe que o reflexo emitido pelo espelho é uma imagem, e que se trata de sua própria, o que permite a ela se reconhecer e recuperar a dispersão do corpo esfacelado, conquistando a totalidade unificada de seu próprio corpo. A constituição do eu se dá, no entanto, a partir da imagem que o Outro lhe confere, um corpo unificado, em que o eu é, antes de tudo, corporal e se constitui na dimensão do imaginário. A criança estrutura, então, um eu corporal único, não tendo mais seu corpo como despedaçado, conquistando a própria imagem corporal. A apreensão da imagem do corpo próprio unificado é, no entanto, fornecida pelo Outro ao bebê, tornando-se ao mesmo tempo lugar das representações psíquicas. Essa imagem fornecida

pelo Outro faz com que a criança conquiste sua identificação primordial, sendo fundamental para a constituição do eu e a estruturação do sujeito, e revela a imposição do desejo do Outro em contraposição ao próprio desejo.

Como poderia pensar o estágio do espelho, no autismo e na esquizofrenia, tendo como proposta articular com o retorno de gozo no corpo? Esta indagação é esclarecida, pelo caso de Marie Françoise quando Rosine pontua: “Para Marie Françoise o especular não existe” (LEFORT, 1990, p. 256). A experiência do espelho está ainda na espera. Observa-se que, tanto no autismo como na esquizofrenia, há um comprometimento deste momento especular. O que é esclarecido pela vivência que cada um deles estabelece ou não com o Outro.

O esquizofrênico estaria preso às imagens do corpo despedaçado, não constituindo uma gestalt da imagem do eu, a partir da imagem do Outro. O retorno libidinal incidiria diretamente no corpo auto-erótico, despedaçado pelo real das pulsões. O fenômeno recorrente a esta ausência significativa é a dispersão dos órgãos que não unificaram em Um corpo, produziria sensações eróticas em vários lugares do corpo, referentes ao despedaçamento do corpo como avatar do estágio do espelho.

O autista pensado a partir deste viés teria um corpo despedaçado pelo real das pulsões, mas de maneira estática que se explicaria pela petrificação da significância no corpo. O corpo do autista não se tornou um corpo, assim como o do esquizofrênico. Se o Outro não existe, enquanto um corpo que propicia a ratificação da imagem do Um, o autista fica refém do próprio gozo, um gozo autístico, absoluto.

#### 4.4. Semelhanças e diferenças entre autismo e esquizofrenia

Nos poucos comentários feitos por Lacan sobre o autismo, ele aproxima o autismo da esquizofrenia, como pôde ser observado no capítulo 2, tanto em “Aloucução sobre as psicoses da criança” (1967) como na “Conferência em

Genebra” (1975); estes dois textos são fundamentais para refletirmos a questão do gozo no autismo.

No primeiro texto, Lacan não demarca esta semelhança, entre autismo e esquizofrenia, de maneira clara. Fica subentendido nas respostas que ele dá a Sami-Ali, quando localiza a criança não como objeto transicional, mas como objeto *a* para a mãe. Esta colocação da criança como objeto real na fantasia da mãe pôde ser retomada no texto de Lacan, “Duas notas sobre a criança” (1969). Neste texto ele aponta duas saídas possíveis para a criança frente ao Outro. Na primeira, a criança responde ao que há de sintomático na estrutura familiar e, na segunda, refere-se à posição que a criança ocupa como objeto real na fantasia da mãe.

Diante de tal colocação, na psicose (paranóia, esquizofrenia e autismo), a criança localiza-se como objeto real na fantasia da mãe. Tudo isso remetendo a não inscrição da metáfora paterna, havendo um fracasso desta inscrição e, por não ocorrer a ancoragem do Nome-do-pai (formalização do primeiro ensino) para o sujeito, o Outro se mostra absoluto e sem falha.

Para o psicótico, se o Outro não é afetado por uma falta enquanto significante; ele é afetado por um buraco que orienta o vetor da demanda sempre no mesmo sentido, do Outro em direção ao sujeito. (LEFORT, 2003, p. 41)

Assim a criança não faz demanda, mas, sim, responde a demanda do Outro e passa a ocupar um lugar de objeto no gozo do Outro, permanecendo aquém do limite de toda a simbolização. O psicótico fica refém do retorno do real, apresentado nos fenômenos repertoriados no corpo.

A Conferência em Genebra (1975) merece um destaque maior, se tratando da temática abordada aqui nesta dissertação. É nesta conferência que Lacan aponta semelhança entre esquizofrenia e autismo, mas, ao mesmo tempo, semelhança que também vai apontar para uma diferença. Em ambos se trata de “congelamento de algo”, mas a forma como este ocorre não é a mesma, o que

pode fornecer pistas para se pensar na particularidade do tipo de retorno de gozo de cada qual:

“Trata-se de saber por que há algo no autista, ou no chamado esquizofrênico, que se congela, se pode dizer isso. O senhor, porém, não pode dizer que ele não fala. Que o senhor tenha dificuldade para escutá-los, para dar seu entendimento ao que dizem, não impede que sejam, finalmente, personagens bastante verbosos.” (LACAN, 1975 p.13).

A semelhança entre ambos no que diz respeito ao congelamento, mencionando por Lacan, nos esclarece e não deixa dúvidas de que o autismo faz parte do campo das psicoses. Este trecho nos dá abertura para várias indagações e hipóteses mediante a frase que Lacan utilizou: “algo que se congela”. O que se congela? Diante das colocações feitas por Lacan e na tentativa de se fazer uma articulação com o tema proposto – a localização do retorno de gozo no autismo, pensa-se que este algo diz de um excesso que recai sobre eles próprios, no corpo, onde não ocorreu a unificação do corpo e que este não foi simbolizado com a inscrição dos significantes de linguagem, retornando no real, no real do corpo. Quando estes significantes não são efetivamente inscritos algo se congela. O congelamento é pensado a partir da não inscrição da metáfora paterna, e pelo caráter da não nomeação do Desejo da mãe. Este desejo não é referido, é anônimo, tanto no autismo quanto na esquizofrenia. Na esquizofrenia o desejo é nulo, o que pressupõe a existência de um Outro que não nomeia, que “dá nada”, que anule este desejo. Parece que se pode pensar em uma diferença, no autismo, cujo desejo não existe, porque para o autista, mesmo o Outro estando presente, para ele o Outro não existe, nem como marca para ignorar algo desse desejo. Compartilhando da idéia de Lacan na aproximação feita entre o autismo e a esquizofrenia, Bruno (1991) irá demarcar no quadro das psicoses a questão da forclusão do Nome do Pai. Na esquizofrenia o destaque se dá pela marca da falta da mãe, que não faz referência à convocação ao Nome do pai. No autismo não há nem sequer a presença da mãe, que virtualmente deixaria uma falta.

O caso de Marie Françoise, apresentado no capítulo dois, demonstra a inexistência da mãe, ela nem sequer esteve presente para os cuidados vitais.

Pode-se analisar que a mãe foi apenas uma miragem, mas que para a criança nem sequer existiu, impossibilitando que ocorresse uma nomeação, uma localização de um lugar no campo do Outro, a criança ficou deslocada. Houve um deslocamento, se assim pode-se colocar, o que seria esperado é que o Outro investisse na criança, mas, neste caso, como o Outro não estava ali, a criança volta-se para si o que do Outro não se encontrava, assim o vazio da ausência, ou melhor, da inexistência do Outro, incide diretamente no real do corpo de Marie Françoise. Este ponto é fundamental para pensar o que poderia demarcar a semelhança da esquizofrenia e do autismo, em ambos houve uma falha nesta relação com o Outro, na esquizofrenia uma falha da presença que não se efetivou, mas o Outro estava presente. No autismo uma falha pela ausência, pois a presença do Outro nem se realiza.

As próprias colocações de Lacan quanto à semelhança, apontam para uma diferença. Esta diferença pode ser pensada a partir do modo como o autista e o esquizofrênico lidam com o que se congelou da presença/ausência do Outro, causando uma dissociação.

A esquizofrenia é marcada pela dissociação que ocorre do mundo interno e externo, com prevalência do interno. Esta dissociação cria um vazio e este vazio cria uma produção delirante positiva. “É o delírio autista ou autismo” (HENRI EY, 1969, p.583). O delírio pode ser qualificado de autista, mas o autista não delira. (LEFORT, 2003, p. 51). O jovem esquizofrênico (LEFORT, 2003, p. 42), é passivo e letárgico, estabelece vínculo com o outro, se entregando a ele. A ocorrência de manifestações na esquizofrenia é demonstrada por surtos evolutivos em alguns casos, uma evolução letal em outros, ou ainda uma possibilidade de organização de um delírio paranóide. Além do mais, a falha primeira é da significação da relação com o Outro e com o objeto. Para o esquizofrênico, se o Outro não é marcado por uma falta enquanto significante, ele é marcado por um buraco, que direciona o local da demanda do Outro em direção ao sujeito, no qual se percebe uma dívida para com este Outro e cujo buraco o psicótico tem que preencher.

O autista estabelece não uma dissociação, mas uma recusa ao mundo externo, estabelece relação apenas com seu mundo interno, ele com ele. O autista alucina, mas ele não delira. (LEFORT, 2003, p. 51). O jovem autista (LEFORT, 2003, p. 50), sempre vivendo sob a ameaça de uma invasão estrangeira, e não estabelecendo vínculo com o mundo externo, apresenta momentos de crise e resistência ao contato com o Outro. O autista se manifesta em uma permanência do quadro, em uma involução. A dissociação encontra-se entre voz e linguagem. Não são incapacidades intelectuais (déficit cognitivo), mas as dificuldades são em relação ao Outro, que é tido como objeto sonoro. Por isso, o Outro se coloca como meio de demanda, nem mesmo sua pulsão. O autista, então, expõe isso pela destruição; destruição que se dirige para o exterior e outra que retorna como autodestruição, isto é, a pulsão de morte. (LEFORT, 2003, p. 43). Este retorno se dá no corpo pela estereotipia motora, pela ecolalia, ambos dizendo de um movimento de repetição. Num vai e volta, o autista volta tudo para si, o Outro não existe para ele, o retorno seria este.

#### 4.5. O gozo em questão.

O estudo do ensino lacaniano faz com que a ignorância em relação à totalidade do saber seja admitida, mas não livra a responsabilidade em ter que se haver com este saber. E é nele que se aprende que “O saber sobre o gozo talvez seja o único saber psicanalítico que temos sobre a vida, sobre o que é ser vivo” (MILLER, 2001, p. 25). A busca pelo saber está sempre relacionada a saber algo de si atrelado ao Outro. É impossível se livrar do Outro, mas entende-se que este Outro é uma ilusão que se busca para dar conta do mal estar civilizatório. Na verdade o Outro não existe, somos nós que o criamos. O autista não cria o Outro para si, ele mesmo se coloca como um Outro para ele si próprio.

O autista não utiliza desta fuga através da invenção do Outro uma vez que ele é forcluído. Neste caso, não há filtro do Outro, e tudo que advém dele incide diretamente no sujeito, de maneira invasiva, pelo objeto olhar e pelo objeto voz. O forcluído do simbólico retorna no real, neste caso no real do corpo. “O corpo vivo é

a condição do gozo” (MILLER, 2001, p. 27). O corpo vivo é aquele que respira o real das pulsões, ele ressoa em si o que é da falência do não simbolizável.

O que falha no simbólico retorna no real, deixando de fora o imaginário, e acontece uma satisfação de outra ordem, ou seja, o gozo! Neste momento o gozo não provém da linguagem, da palavra ou da comunicação, pois não advém do sujeito, mas do eu como instância imaginária, interpretada por Lacan a partir do narcisismo, ou seja, do estágio do espelho. Quando acontece uma ruptura com a instância simbólica, comprometendo algo da imagem, o sintoma se instala. O sintoma como um modo do caráter pouco harmônico do sujeito com o gozo. As manifestações alimentares de Marie Françoise, apresentadas no capítulo anterior, de anorexia e posteriormente de bulimia, por exemplo, esclarecem algo da desarmonia entre o significante e o real. O real prevalece sobre o que do simbólico não se efetivou.

Na neurose instala-se algo do objeto *a* para tentar responder o que da marca do Outro restou. Aqui é o momento em que o objeto *a* se torna fundamental para dar conta da relação do significante com o que permanece fora do simbólico. Neste sentido o significante é marca de gozo, introduz perda de gozo, mas produz suplemento de gozo (objeto *a* mais de gozar). Este mais de gozar, suplemento da perda de gozo, como efeito do significante, remete a perda significantizada, é a repetição significante, como repetição de gozo, pois ela se funda em retorno de gozo.

No autismo, a exemplo do caso apresentado, o Outro não é reconhecido e a equação criança/Outro não se efetiva e, então, não há resto. A própria criança se posiciona na marca do resto da mãe, se colocando na posição de objeto *a*. Então todos os movimentos que ela realiza dizem da repetição do lugar que ela ocupa e em seu próprio corpo instala-se a possibilidade de marcar o que do Outro não se constituiu.

As repetições autísticas dizem da constância do movimento estereotipado, para dizer da inconstância da pulsão. Pensando em suas repetições motoras e

lingüísticas, pode-se traduzir a densidade de tal temática, o retorno de gozo no corpo. Aqui é necessário abrir um parêntese, para definir melhor o que é da ordem do gozo e como ocorre esta repercussão no corpo.

O corpo entra em destaque, neste momento do gozo como repetição. O corpo, transpassado pela marca do movimento esteriotipado que não se faz, é catatônico. Algo é estático neste vai e vem da pulsão. O que é estático é da ordem do desejo. No autismo, a presença do Outro não se efetivando, cristaliza algo que é da ordem do desejo. Então a pedra angular, objeto *a*, motor para a engrenagem do desejo, torna-se uma pedra bruta: Um “monolito”<sup>2</sup>, um bloco sem significantes que o recortem, um ensimesmamento neste corpo que não é simbolizado; um bloco de pedra maciça, sem furo, mas disforme. A lapidação só ocorre pela presença do Outro. E quando este Outro não está lá? É necessário utilizar algo que dê forma a este bloco maciço em seus acontecimentos de corpo. O que é maciço é da ordem do gozo, considerando que o gozo é submetido à forclusão e que o acontecimento do corpo se produz no real e o que é disforme só toma forma pela inscrição da metáfora paterna.

A destituição da metáfora paterna causa uma desorganização pulsional inflamando o que é da ordem do corpo, um corpo não simbolizável, mas real. Como seria o retorno neste corpo autista que nem sequer tornou um corpo? Aí é interessante pensar que cada objeto que a criança autista utiliza é como se fosse uma peça fundamental para se montar o quebra-cabeça do seu corpo. Em cada apropriação de um objeto há uma possibilidade de encaixar a totalidade da sua própria imagem.

#### 4.6. A criança autista e o objeto.

O objeto com os quais a criança autista joga, agride, ou seja, um objeto enquanto algo que a criança autista incorpora na tentativa de se fazer um corpo. Uma imagem de si que não foi estabelecida porque o Outro não estava lá para

---

<sup>2</sup> Bloco de pedra maciça.

movimentar as peças do quebra cabeça, ou o Outro estava lá e nem sequer percebeu sua função de movimentá-las. Isso esclarece a escolha que estas crianças fazem, de movimentos circulares, como peões, bolas, chocalhos. Trata-se da tentativa de colocar em movimento o que está petrificado e, ao mesmo tempo, serve como uma armadura que protege o autista do contato com o mundo externo e também do Outro sobre ele. O objeto é, assim, um mediador que detém o autista da invasão do Outro, o que se torna problemático é quando esta invasão insiste ou, como diz Lacan (1967), quando a própria criança é colocada como objeto *a* da mãe.

A existência de um corpo, tanto da criança como do Outro, é função do objeto *a* que cai. No autismo, como isso não acontece, não tem o *a* enquanto caído, a criança busca outros objetos para fazer a função de *a* para constituir um corpo. O acoplamento da criança autista a um objeto suplementar (LAURENT, 2007), ou seja, um objeto de gozo fora do corpo, cuja presença explicita a categoria de objeto *a*. O objeto *a* é o que ajuda a obturar algo da ferida narcísica, o que no autismo não acontece. É no narcisismo, pela ação psíquica que o eu se constitui, via interferência do Outro. Se não há esta ação, como fica a questão da queda do objeto *a* no autismo? O objeto torna-se real, não há a queda, a imagem não se unifica e, portanto, não há resto. O que sustenta a imagem é um resto, um resto que marca o furo na própria estrutura da imagem especular e que a funda por esse real. No autismo não existe o especular, a criança tenta introduzi-lo a força, sob a forma de furo real que não perfura o Outro, mas toma seu lugar e o aniquila.

Sejam os fios manipulados ou diferentes construções produzidas por essas crianças, trata-se sempre de um órgão suplementar que elas tentam, às vezes pagando com a própria vida, introduzir em seu corpo como o órgão que conviria à linguagem. (LAURENT, 2007 p. 30)

Há uma necessidade do autista em extrair do objeto alguma coisa, como se fosse uma alternativa “no sentido de furar esse Outro maciço, no próprio corpo” (RIBEIRO, 2005, p. 41). O objeto suplementar é uma possibilidade de suprir o que do Outro não pôde se efetivar. Este objeto é concebido, e não desacompanhado

de um fenômeno de excitação maníaca. O próprio corpo, como um retorno de gozo, num vai e vem, onde na inquietação no movimento, diz da circulação da pulsão. Esses movimentos ritmados, no real, não passam ao simbólico, por isso precisam ser repetidos indefinidamente, na tentativa de ritmizar a constituição do par de oposições presença/ausência do Outro, que nem sequer existe enquanto tal, ou seja, os autistas ficam presos em um "...trabalho forçado no sentido de concatenar significantes". (BASTOS. 2003). Esses objetos externos podem ser uma alternativa forçada de se fazer um corpo, de marcar um furo, para que algo extravase para além desse puro real e a criança se fixa não no objeto, mas no que do objeto lhe permite esvaziar-se do real. Os objetos olhar e voz advindos do mundo externo se mostram invasivos, pois remetem o que do Outro pode retornar para si e então os autistas, na possibilidade de não ter que admitir a existência deste Outro, se esquivam, criando um sintoma que poderia ser expressa tanto na verborragia, quanto no mutismo, e também no olhar. Como um objeto olhar e voz vão operar este retorno de gozo? Pode-se dizer que o modo como ocorre esta operação em relação ao gozo demarca a particularidade do autismo em relação com a esquizofrenia.

De acordo com Miller (2001, p. 67), "O olho, que permite nossa orientação no mundo através de uma visão útil à sobrevivência, põe-se a serviço do prazer de ver". Nesse sentido, o autista não olha, ele vê as coisas como elas são, não com um olhar fixo, mas um olhar vazio, em um para além, na busca do encontro com o Outro. Quando não há a admissão da existência do Outro, o olhar não se expressa, ele retorna para si. Marie Françoise expressou nitidamente esta situação, quando voltou o seu olhar para a janela, a janela remetendo ao vazio do Outro e ao seu próprio vazio. No autismo, como pontua Laurent (2007), "pode-se olhar o centro, mas sempre se estará olhando o infinito". Por isso, o infinito e o limite são iguais e o autista fica, então, absorvido em um espaço de gozo, onde olha para o além para dizer de seu vazio estrutural.

Por outro lado, no autismo, no que diz respeito ao objeto voz, a criança se caracteriza pela não incorporação do objeto vocal que suporta a simbolização

primordial, tendo como resultado uma carência do S1, em sua função representativa. Observa-se, com freqüência, que subsiste uma carência fundamental da enunciação e, mediante a esta carência, algo da enunciação que sustenta o gozo vocal no campo da linguagem falha. O autista rejeita qualquer dependência ao olhar do Outro, ele recusa colocar o objeto do gozo vocal em função. A enunciação pressupõe a existência do Outro. Por isso, como colocou os Lefort no livro “La distinction del l'autisme” (2003), a dissociação ocorre entre a voz e a linguagem, uma recusa de apelo ao Outro e da alienação do ser de gozo no significante.

Muitas vezes se observa que não há a utilização da voz, eles vivem em um mutismo. O que Kanner comprovou, com as crianças que ele observou, é que elas não falavam, utilizava o artifício de “falar por intermédio dos objetos” (MALEVAL, 2007, p. 81). Os objetos como instrumentos, para obturar o que do Outro não pode existir. Isto é percebido desde cedo, pois o balbucio das crianças autistas não possui a riqueza daquele das outras crianças.

Para que a enunciação se ancore na linguagem é preciso que o sujeito tenha aceitado ceder seu gozo vocal; isso é a condição da “incorporação” da voz do Outro, pela qual se opera a identificação primordial. (MALEVAL, 2007 p.83)

Como Lacan mesmo afirmou (1975), não quer dizer que eles não falam que eles não ouvem. A recusa da fala é uma proteção do objeto voz do Outro, é a negação da possibilidade de relação com o Outro, por isso ficam mudos, ou quando falam não endereçam a fala a alguém, ou melhor, endereçam a fala a si próprios. O mutismo não se ancora em uma deficiência orgânica, mas em uma escolha do autista, uma recusa em falar ao Outro e admitir sua existência. No autismo o gozo não é tomado como significante e, então, há uma dissociação do real e do significante, o real do gozo impera.

As formas de retorno de gozo, ainda muito estudadas, apresentadas pelos autistas, tiram-nos do posicionamento de se pensar o autismo como um déficit. Pelo contrário, favorecem a evidência de que o autista diz, mesmo sem palavra,

do funcionamento pulsional que ele vivencia, muitas vezes de forma mais clara, que o neurótico ou outro psicótico, pela maneira evidente de tal manifestação.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Esta pesquisa não poderia ser pensada de forma conclusiva, pois não se tem a pretensão de esgotar esse tema que se reveste de complexidade. Ele por si só é inesgotável. Por isso, mediante este estudo, ao colocar esse ponto de conclusão, parece mais adequado dizer que se tratam apenas de considerações finais sobre o percurso realizado.

Na busca de esclarecer o que é o autismo e como foi formulado dentro de um contexto para daí possibilitar a forma atual com a qual é pensado no contexto da psicanálise lacaniana, percorreu-se o contexto da psiquiatria clássica do adulto, na qual ele chegou a ser considerado como um sintoma da esquizofrenia, ou melhor, um sintoma privilegiado por sua gravidade. Posteriormente, o autismo é elevado ao estatuto próprio dentro da psiquiatria infantil. Parece que houve um avanço quando ele é colocado em destaque, como um quadro clínico próprio, mas como foi descrito, ele passou a ser ainda mais marcado pelos prejuízos que apresentava.

A mudança paradigmática proposta no título desta Dissertação diz de um movimento que ainda está em curso, de posturas da clínica, diante da questão do autismo. Da clínica do olhar para a clínica da escuta, do autismo visto como um a menos para o autismo como um a mais, do déficit ao gozo.

Bleuler enquanto aquele que caracterizou o autismo como um sintoma da esquizofrenia, desde o início de seus estudos, aproximou as manifestações sintomáticas autistas com expressões simbólicas do inconsciente, como ele mesmo observava nos sonhos. Isto nos leva a pensar, a partir das pontuações realizadas por Miller (2007), que o autismo seria um paradigma para se pensar o inconsciente, articulando a questão do gozo no último Lacan.

Bleuler fez apontamentos que o autismo era uma manifestação sintomática evidente, e que deveria ter uma relevância sobre os demais sintomas da esquizofrenia. Esta constatação dada por Bleuler teve outro percurso, mesmo por aqueles que não ficavam presos apenas nos fenômenos, como foi o caso de alguns pós-freudianos. Na tentativa de marcar uma diferença na postura clínica, privilegiando caso a caso, os pós-freudianos caíram na idéia de “fixação” em etapas do desenvolvimento, ou melhor, apropriando-se dos termos utilizados por eles: desmentalização, encapsulamento, fracasso nas etapas primitivas, fase autística etc. Todas estas explicações destacavam um prejuízo que a criança autista teve, o que explicita uma idéia pautada na concepção de déficit.

Kanner, contemporâneo de alguns desses psicanalistas, pautado na clínica do olhar, privilegiou o que do fenômeno se apresentava e, então, formalizou o autismo como um quadro clínico específico. Desde esta época até as classificações dos modernos manuais, mantém-se uma postura no enquadramento classificatório a partir da concepção de déficit.

Mesmo na perspectiva psicanalítica lacaniana, no início das formulações teóricas sobre o autismo, no que se conhece como primeira clínica de Lacan, há marcas da noção deficitária, expressada pela forclusão do Nome do Pai. Foi o trabalho de Rosine Lefort, a partir de seus estudos do ensino de Lacan, juntamente com Robert Lefort, que marcou a subversão deste pensamento do autismo como um déficit.

No trabalho realizado por Rosine Lefort, no caso Marie Françoise, pode-se notar a direção do tratamento para além dos fenômenos, e a clara possibilidade de tratamento da psicose, neste caso do autismo, por meio da transferência, e já observar como o retorno de gozo no autismo se fazia presente por meio da utilização de objetos suplementares (a exemplo dos óculos da analista) e nas vivências de imagem do duplo (por meio de seu bebê de brinquedo), tentativas de fazer um corpo.

O retorno de gozo no autismo, pensado a partir de um caso clínico, possibilita uma amplitude para outros casos. Pode-se considerar, a partir do estudo realizado, que a relação com o Outro é que demarca o tipo de retorno de gozo e o autista tem uma particularidade em relação às demais psicoses, destacando a esquizofrenia. Desde então, psicanalistas lacanianos, interessados no assunto, seguem seus estudos. Na atualidade, a preocupação em diferenciá-lo da esquizofrenia, paranóia e parafrenia ocupa o centro da atenção de alguns deles, a exemplo do psicanalista francês Maleval. Conhece-se que, ao final de 2009, sairá publicado um livro sobre o autismo, que Maleval vem trabalhando.

Em *e-mail* enviado em 20-11-2008, para a orientadora desta pesquisa, Maleval comenta que vem trabalhando esta pertinente questão do autismo como retorno de gozo, diferenciando-o das outras psicoses, da seguinte forma: na esquizofrenia há retorno de gozo no corpo, na paranóia e parafrenia retorno no Outro e, no autismo a forma original de tratamento de gozo é seu retorno sobre uma borda. Comenta que esta idéia de retorno sobre uma borda foi introduzida por Laurent, em 1992, durante uma discussão ocorrida em um colóquio sobre o autismo, que aconteceu em Toulouse. Na ocasião Laurent não desenvolveu o tema, ou seja, aquilo que entendia por “borda”. Maleval se dispôs a estudar o assunto e sustenta que a borda autística é constituída por três componentes, mais ou menos independentes: a imagem do duplo, o montante de competência e o objeto autístico.

A imagem do duplo e a importância do objeto autístico puderam ser observadas no caso clínico de Marie Françoise. O montante de competência é um tema que a pesquisadora buscará saber melhor, até mesmo porque se trata de um contexto bastante novo para se pensar o autismo.

Toda esta pesquisa foi apenas um apontamento para abertura de um estudo, ainda em curso, por outros pesquisadores lacanianos na França, bem como do desejo de continuar a pesquisar.

## 6. REFERÊNCIAS:

AJURIAGUERRA, Julián de. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1978.

ALBERTI, Sônia. (org). **Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora. 1999. 288 p.

ALI, Sami. **Gênesis de la palabra em um nino autista: Contribución a la teoria de los objetos transicionales**. In: Psicosis infantil. Buenos Aires: Nouva Visión, 1971.

ALVARENGA, Elisa. **A psicose infantil no campo freudiano**. In: Recurso. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 1998.

ALVARENGA, Elisa. **O masculino, o feminino e o inclassificável**. Curinga: Belo Horizonte. V.12, setembro de 1998.

ALVAREZ, José Maria. **La invencion de las enfermedades mentales**. Madrid: Editorial Gredos, 2001

AMY, Marie Dominique. **Enfrentando o Autismo: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2001.

BAIO, Virginio. **Autismo: Nome do Pai e autismo**. In: Scilicet dos Nomes do Pai – textos preparatórios para o Congresso de Roma.

BASTOS, Angélica. **Medicação e tratamento psicanalítico do autismo**. In: Pulsional n. 173. São Paulo: Editora Escuta, ano XVI, setembro 2003.

BERCHERIE, Paul, **Os fundamentos da clínica**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989.

BLEULER, Eugen. **Tratado de Psiquiatria**. 3 edición española. Rev. Bleuler, Manfred. Traducción de la 10 edición alemana por Alfredo Diralles Espasa – Calpe, S.A – Dradrid, 1971. 764 pag.

CID – X. **Classificação de Transtorno Mentais e de Comportamento da CID – 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COSTA, Jeanne Marie de Leers Costa Ribeiro. **A criança autista em trabalho**. Rio de Janeiro: 7letras, 2005.

COUTO, Luís Flávio S. **A pesquisa em psicanálise: entre a ciência normal e a revolução científica**. Coletâneas da ANPEPP: pesquisa em psicanálise. V. 1, n. 16. 1996.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

EY. Henry; PAUL. Bernard; CHARLES. Brisset. **Manual de Psiquiatria**. São Paulo: Ateneu. 1969.

FERRARI, I. F. . Reflexões sobre a concepção de enfermidade mental. 2006. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Material didático).

FOSTER, Owen H. Autismo em Neurologia Infantil. In: Jerusalinsky, **A. Psicanálise e Desenvolvimento Infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2004.

FREUD / JUNG. **Correspondência completa**, organizada por Willian McGuire; tradução de Leonardo Fróes e Eudoro Augusto Macieira de Souza. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD. Sigmund (1895). **Projeto para uma psicologia científica**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.1).

FREUD. Sigmund (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.7).

FREUD. Sigmund (1914). **A História do Movimento Psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.14).

FREUD. Sigmund (1919). **O ego e o id**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.19).

FREUD. Sigmund (1919). **O Estranho**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.14).

FREUD. Sigmund (1920). **Além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.18).

FREUD. Sigmund (1915). **O inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.14).

FREUD. Sigmund (1914). **Sobre o Narcisismo: uma introdução**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.14).

GONZALEZ, J. e COCCOZ, V. **Pequena Conversación sobre un caso de autismo**. In: Cuadernos de Psicoanálisis. Espanha, nº 25, p. 117-134, 2001.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia geral**. São Paulo: Atheneu, 1987.

KANNER, Leo. **Os distúrbios autísticos do contato afetivo.** (1943) In: ROCHA, Paulina (org.). *Autismo.* São Paulo: escuta, 1997.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise:** O legado de Freud e Lacan; tradução: Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A. Borges; consultoria, Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KLEIN, Melaine. **Contribuições à Psicanálise.** Trad. Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

LACAN, Jacques. **A coisa freudiana.** In: *Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. **Alucução sobre as psicoses da criança.**In: *Outros Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2003.

LACAN, Jacques. **Conferencia em Genebra sobre el sintoma,** Intervencions y Textos. Argentina, Ed. Manantial, 1980.

LACAN, Jacques. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. **Notas sobre a criança** In: *Outros Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2003.

LACAN, Jacques. **O estádio do espelho como formador do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica.** In: *Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. **O Seminário I: Os escritos técnicos de Freud.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1981.

LACAN, Jacques. **O Seminário III: As Psicoses.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1985.

LACAN, Jacques. **O Seminário XX: Mais, ainda.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1985.

LAURENT, Éric. **A sociedade do sintoma - a psicanálise, hoje.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

LEFORT, R. e LEFORT, R. **O nascimento do Outro: duas psicanálises.** Salvador: Fator. 1990

LEFORT, Rosine e Robert. **La distinction de l'autisme.** Paris: Seuil, 2003.

LEFORT, Rosine e Robert. **Resposta de Rosine e Robert Lefort.** In: O autismo. Letra Freudiana. n 2. Rio de Janeiro: Revinter. 1995.

LEFORT, Rosine. **A criança: um analisando por inteiro.** In: L'ane, n 16, 1990.

LIMA, José Carlos de Souza. **O mundo do encontro: Bruno Bettelheim. Considerações acerca do autismo infantil.** In: O autismo. Letra Freudiana. n 2. Rio de Janeiro: Revinter. 1995.

MALEVAL, Jean – Claude. **“Sobretudo verbosos” os autistas.** In: Objetos soletrados no corpo – Rio de Janeiro: Latusa n 12. 2007.

MALEVAL, Jean Claude. **De la psicosis precocísima al espectro del autismo.** Historia de una mutación la aprehensión del síndrome de Kanner – In: Revista Psicoanalítica en Barcelona. Barcelona, nº 39, 2004.

MALEVAL Jean-Claude. **La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica.** Ed. Paidós, Buenos Aires. 2002.

MARCELLI, Daniel. **Infância e Psicopatologia.** Lisboa: Climepsi. 2005.

MARCELLI. D. **Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

MEZAN, Renato. **Que significa “pesquisa” em psicanálise?** In: Silva, M. E. L.(Coord.) *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus. 1993.

MILLER, Jacques-Alain. **A criança entre a mulher e a mãe**. In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. Rio de Janeiro, 1998.

MILLER, Jacques-Alain. **Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo** In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. Rio de Janeiro, 2004.

MILLER, Jacques-Alain. **Elementos de Biologia Lacaniana**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 2001.

MILLER, Jacques-Alain. **Lição VIII, de 7 de Março de 2007**. França: 2007.

MILLER, Jacques-Alain. **Los signos del goce**. Buenos Aires: Paidós, 1998.

MILLER, Jacques-Alain. **O osso de uma análise**. Bahia: Biblioteca – agente, 1998

MILLER, Jacques-Alain. **Os seis paradigmas do gozo**. In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. N. 26/27. Rio de Janeiro, 2000.

MILLER, Jacques-Alain. **Percurso de Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2002.

MILLER, Jacques-Alain. **Silet: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2005.

MILLER, Judith. **A criança no discurso analítico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

MILNER, Jean-Claude. **A Obra Clara – Lacan, a ciência, a filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1996.

PAIVA, Ana Lúcia Z. de. **Autismo: Uma fase inevitável em Margaret Mahler.** In: O autismo. Letra Freudiana. n 2. Rio de Janeiro: Revinter. 1995

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise.** Tradução: Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira: Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1998

SANTIAGO, Ana Lydia. **A inibição intelectual na Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

SEGAL, Hanna. **Introdução à obra de Melaine Klein.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SOLER, Colette. **Autismo e Paranóia. In: Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizoide.** Rio de Janeiro: Marcad"Água, 1999.

SOLER, Colette. **O inconsciente a céu aberto da psicose.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

TENDLARZ, Sílvia. **De que sofrem as crianças?** Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.