

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUCIANA CARLA LOPES DE ANDRADE

O AUTISMO COMO INVENÇÃO DA PSICOPATOLOGIA MODERNA

MACEIÓ
2014

LUCIANA CARLA LOPES DE ANDRADE

O AUTISMO COMO INVENÇÃO DA PSICOPATOLOGIA MODERNA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Charles Elias Lang.

MACEIÓ
2014

AUTORA: LUCIANA CARLA LOPES DE ANDRADE

O AUTISMO COMO INVENÇÃO DA PSICOPATOLOGIA MODERNA

Dissertação de Mestrado submetida ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 25 de março de 2014.

Prof. Dr. Charles Elias Lang, Universidade Federal de Alagoas. (Orientador)

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Edilene Freire de Queiroz
Universidade Católica de Pernambuco
Examinadora externa.

Profa. Dra. Susane Vasconcelos Zanotti
Universidade Federal de Alagoas
Examinadora interna.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Kátia Lopes, pelo apoio e pelo carinho.

Ao meu padraastro, Breno Reis (*in Memoriam*), pelas palavras de conforto e incentivo sempre tão presentes em minha memória.

Ao orientador Charles Lang, pela presença, apoio, paciência e cuidado ao receber meu tema.

Ao Fernando Barbosa de Almeida, meu analista, que incansavelmente ouviu minhas angústias e ajudou a encaminhar meus passos.

Aos meus amigos, pela amizade e pela compreensão com as minhas ausências.

À Jacyara Faustino, pelo carinho na revisão do texto.

Ao Bruno Pedrosa, pela paciência e pelo amor, incondicionais, pela dedicação e leitura minuciosa na revisão do texto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para a realização da pesquisa através da Bolsa de Mestrado.

Olhar-se ao espelho e dizer-se deslumbrada:
Como sou misteriosa. Sou tão delicada e forte.
E a curva dos lábios manteve a inocência.
Não há homem ou mulher que por acaso não se tenha
olhado ao espelho e se surpreendido consigo próprio.
Por uma fração de segundo a gente se vê
como a um objeto a ser olhado.
A isto se chamaria talvez de narcisismo,
mas eu chamaria de: alegria de ser.
Alegria de encontrar na figura exterior os ecos da figura interna:
ah, então é verdade que eu não me imaginei, eu existo.

A SURPRESA, Clarice Lispector.

RESUMO

O estudo realizado teve por objetivo investigar como o autismo foi inventado pela psiquiatria, a partir dos estudos da psicopatologia moderna. Para isso, fez-se a leitura dos paradigmas da psiquiatria moderna, proposto por Lanteri-Laura, que serviu como material introdutório para o estudo da construção histórica e epistemológica do autismo. A presente pesquisa mostra o autismo nomeado, inicialmente, como sintoma da esquizofrenia, pelo psiquiatra Eugen Bleuler, partindo da ideia de que a manifestação autística era caracterizada pelo comportamento de isolamento extremo da vida afetiva e social. Posteriormente, virou distúrbio autístico de contato afetivo, através da publicação em inglês do artigo de Leo Kanner, intitulado *Autistic disturbances of affective contact*. Sustenta-se a hipótese de que, por ser tratado como distúrbio, o autismo não tinha uma semiologia, uma etiologia e um tratamento específico, não podendo, assim, ser classificado como doença.. Atualmente, com o nome de transtorno do espectro autista, o autismo é um desvio dos padrões comportamentais cuja causa está ligada a uma deficiência neurológica. No entanto, sem uma etiologia definida, não sabemos qual a verdadeira causa para a constituição do autismo, sendo tema de estudo de várias áreas do conhecimento humano, especialmente da psiquiatria e da psicanálise. Através da leitura psicanalítica de Freud e Lacan, sugerimos pensar que a posição ocupada pelo autismo é a falha na instauração do estádio do espelho, diante das duas operações subjetivas: a alienação e a separação. No tempo de constituição do sujeito no bebê, o que fracassa no autismo é o processo de alienação no campo do Outro, da linguagem. Sem a passagem pela alienação, o bebê depara-se com a separação sem nem ao menos passar pelo contato autoerótico consigo mesmo e pelo investimento libidinal através do outro. Por isso, o olhar do Outro é como um agente destruidor para a criança dita autista, pois a outra pessoa, representante da inserção da linguagem na criança é considerada um corpo totalmente estranho, causando-lhe sofrimento quando colocada no contato com esse outro. Pudemos constatar que a psicanálise lacaniana pressupõe a chance de constituir um sujeito no autismo, pois é percebido que o investimento libidinal é possível de ser reconhecido, o que nos sugere a ideia da pré-existência da linguagem, ou seja, do grande Outro na criança dita autista.

Palavras-chave: autismo; paradigmas da psiquiatria moderna; Leo Kanner; Psicanálise.

ABSTRACT

This study aimed to investigate how autism was invented by Psychiatry, from studies of modern psychopathology. In order to achieve this, we did a reading on the paradigms of modern Psychiatry, proposed by Lantéri - Laura, who served as introductory material for the study of the historical and epistemological construction of autism. The present study shows autism initially referred to as a symptom of schizophrenia by psychiatrist Eugen Bleuler, coming from the idea that the autistic manifestation was characterized by the behavior of extreme isolation from affective and social life. Subsequently, it was named as an autistic disturbance of affective contact, through the publication in English of an article by Leo Kanner entitled *Autistic disturbances of affective contact*. A hypothesis is sustained that, by being treated as a disorder, autism had no symptomatology, no etiology and no specific treatment, therefore it could not be classified as a disease. Currently, with the name of autism spectrum disorder, autism is a deviation from the behavioral patterns which is linked to a neurological disability as a root cause. However, without a clear etiology, we do not know what the real cause for the constitution of autism is. Therefore, this is a field of study and research in various areas of human knowledge, especially in Psychiatry and Psychoanalysis. Through psychoanalytic reading of Freud and Lacan, we suggest that autism shows a failure in the establishment of the mirror stage, in regards of two subjective operations: alienation and separation. During the period of constitution of the subject in the baby, what fails in autism is the process of alienation in the field of the Other, the field of the language. Without going through the alienation, the baby faces separation without even having gone through autoerotic contact with itself and through the libidinal investment by the other. That is why the gaze of the Other is like a destructive agent for the so called autistic child, because the other person, representing the language for the child, is considered like a totally foreign body, causing suffering when it is placed in contact with this other. We observed that Lacanian psychoanalysis assumes that there is a chance of constituting a subject in autism, because it is perceived that the libidinal investment can be recognized, which suggests the idea of a pre-existence of language, of the Other, in the so-called autistic child.

Keywords: autism; paradigms of modern psychiatry, Leo Kanner; Psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 APRESENTAÇÃO HISTÓRICA E EPISTEMOLÓGICA DO AUTISMO	
1.1 O conhecimento de um objeto de estudo segundo a epistemologia	12
1.2 Percurso pelos paradigmas da psiquiatria moderna	20
2 COMPREENSÃO PSICANALÍTICA SOBRE O AUTISMO	
2.1 Transtorno do Espectro Autista	55
2.2 Revisão da literatura em artigos científicos nacionais	58
3 O DISTÚRBO AUTÍSTICO DE CONTATO AFETIVO DE ACORDO COM KANNER	
3.1 Kanner e a herança da escola alemã de psiquiatria	80
3.2 Uma leitura psicanalítica dos casos clínicos apresentados por Kanner	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	107

INTRODUÇÃO

O autismo tem sido tema notório em livros, artigos científicos, programas de televisão, filmes e jornais, dando abertura a um assunto enigmático que traz disputas teóricas acirradas. O que se acrescenta ao número cada vez maior de textos sobre o tema é o depoimento dos pais, que operam como testemunhos do sofrimento do filho e deles próprios, obviamente, como se eles – os mais interessados no assunto – revelassem especialistas, ao se nomearem pais de crianças autistas.

Atualmente, com o crescente número de publicações de artigos e revistas científicas e o livre acesso a elas, qualquer pessoa pode acompanhar as notícias ao mesmo tempo em que elas são anunciadas. A exemplo disso, alguns pais, preocupados com a saúde do filho, estão cada vez mais informados sobre novos tratamentos, sobre o aumento do número de diagnósticos de autismo e sobre as discussões mais atuais do tema. O que observamos com isso é o maior sentido de objetividade dos pais, aliados ao discurso científico, numa posição, se assim podemos dizer, de cientistas, ao pesquisar novos e melhores tratamentos para o filho. Poderíamos supor uma maior subjetividade na fala dos pais, como sujeitos que presenciam o sofrimento do filho, que encaram o cotidiano de cuidar de uma criança com autismo. No entanto, parece que há uma disputa entre os estudiosos, que tratam do tema a partir das pesquisas e da experiência clínica, e os pais, que leem, se informam e encaram a situação numa operação de mudança de papéis: de pais preocupados em estudar o melhor método de tratamento para os filhos, com falas recheadas de discursos da neurociência, da genética e de diagnósticos psiquiátricos.

Em uma aproximação com a posição dos pais, com as descobertas científicas e com o aumento no número de diagnósticos de crianças com autismo, constatamos o reforço do governo em encarar a situação como problema de saúde pública. Diante da estatística atual de dois milhões de crianças brasileiras com autismo, foi criada a lei brasileira 12.764 de 27 dezembro de 2012 que, para efeitos legais, reconhece as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) como deficientes. Com isso, constata-se uma atenção do governo ao tema, ao mesmo tempo que encara o TEA como uma deficiência. Portanto, com esta afirmação promulgada pela lei, analisamos que, se a criança com autismo é portadora de uma deficiência, significa que ela tem uma insuficiência ou uma imperfeição para executar as

tarefas do cotidiano, o que se aplica a problemas na relação social, na aprendizagem e na comunicação.

Enquanto falamos que duas das maiores deficiências das crianças com autismo é o atraso ou ausência na fala e a negação do contato afetivo com a outra pessoa, não cansamos de escrever e falar sobre o tema. Parece paradoxal, pois à medida que a criança silencia ou inibe a angústia, nós – estudiosos e leitores – abrimos e ampliamos o debate sobre o assunto. Porém, como veremos no desenvolvimento da pesquisa, através da leitura do *Estádio do espelho* (LACAN, 1998), *Introdução ao Narcisismo* (FREUD, [1914] 2010) e *Psicanálise do Autismo* (JERUSALINSKY, 2012a) parece que o autismo está bastante associado à nossa dificuldade em escutar estas crianças, o que nos impede de concluirmos que elas são personagens inseridos na linguagem, com a presença de uma fala singular. Acredita-se que demandamos destas crianças a obrigação de que tragam à tona o que lhes aflige, mas ao mesmo tempo silenciemos o seu sofrimento, abrindo mão da qualidade da investigação clínica em detrimento da quantidade no diagnóstico.

No decorrer da pesquisa, apresentaremos e discutiremos a trajetória do autismo como sintoma, distúrbio e transtorno, delegando-lhe, atualmente, o estatuto de *deficiência* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Veremos que, Desde Bleuler, em 1911, o autismo ganhou espaço na psiquiatria como sintoma principal da esquizofrenia. Fato curioso e fundamental para a presente pesquisa, pois a palavra autismo é derivada do autoerotismo, termo tão utilizado por Freud – especialmente no texto *Introdução ao Narcisismo* (FREUD, [1914] 2010) –, como herança do *Eros* da mitologia grega, que traz a vida e a ordem à vida terrena. Ao negligenciarmos o *Eros* do autismo é como se retirássemos, na ordem do significante, a vida pulsional do ser que, no entanto, se mantém em vida, contrariando o significado do autismo e da pulsão que está em jogo.

Após a retirada do radical *Eros* do autoerotismo no início do século XX, o autismo ocupou o lugar de sintoma da esquizofrenia e, em 1943, foi denominado distúrbio autístico. Essa passagem de anos, conseqüentemente, abriu como questão para a pesquisa o processo de invenção do autismo, definido hoje como um transtorno do espectro autista, de acordo com a quinta edição do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, o DSM-V. Por essas transições entre sintoma, distúrbio e transtorno e pelo aumento da quantidade de critérios diagnósticos contra a qualidade clínica, deparamo-nos com o fato de estarmos em uma sociedade que valoriza a promoção do objeto e a sua maior consumação. A sociedade contemporânea faz parte do discurso científico e tecnológico de que, a cada nova descoberta

de um transtorno, há, correlativamente, a descoberta de um novo medicamento para tratar o transtorno. E essa mesma sociedade parece compartilhar deste movimento, ao receber um diagnóstico e uma receita psiquiátrica do médico, prescrevendo alguns medicamentos que estão disponíveis nas prateleiras das farmácias.

Se o autismo é um dos maiores objetos de estudo do DSM-V, seu produto, o diagnóstico, é tão valorizado quanto a escuta clínica proposta pela psicanálise. A escuta psicanalítica não aplicada no sentido do órgão da audição, mas como ferramenta clínica de permitir que o sofrimento psíquico seja escutado com todo o rigor, através das angústias da criança, do discurso dos pais, das limitações psíquicas e físicas da criança, dentre outros.

Com a leitura sustentada nestas questões, utilizamos o texto de Leo Kanner, chamado *Distúrbios autísticos de contato afetivo*, publicado em 1943. Setenta e um anos depois da publicação deste texto, objetivamos pesquisar o quê de diferente vemos hoje nas discussões sobre o autismo. Para isso, buscamos transitar em uma base histórica e epistemológica sobre o assunto, com o intuito de analisarmos como o autismo se desenvolveu como transtorno psiquiátrico ao longo de décadas.

O primeiro capítulo da dissertação intenta, então, fazer uma construção com base na história do autismo, mostrando, através dos séculos que compreenderam a psiquiatria moderna, as mudanças na teoria, no pensamento e nas soluções de problemas. O livro-base para a discussão foi o do psiquiatra francês Georges Lantéri-Laura, cujo acesso à versão em espanhol, com o título *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatria moderna* (2000), mostrou como a psiquiatria passou por transições de pensamento ao longo de três paradigmas (alienação mental, doenças mentais e estruturas psicopatológicas). Junto a esses períodos pudemos investigar como o autismo também sofreu transições até chegar a ser um transtorno e como a psicanálise surgiu disposta a discutir sobre o autismo e a constituição psíquica.

No segundo capítulo foi feita a revisão de literatura dos artigos científicos na área da psicanálise, compreendidos entre os anos de 2009 e 2013, buscando investigar a abordagem psicanalítica ao autismo. Este capítulo objetivou mostrar uma outra alternativa de pesquisa, a psicanálise, em lugar das pesquisas neurocientíficas sobre o autismo.

Por fim, o foco do terceiro capítulo foi o artigo de Kanner, na versão original, em inglês, intitulado *Autistic Disturbances of Affective Contact* (1943). A partir da leitura em inglês foi possível perceber detalhes que passaram despercebidos na versão brasileira traduzida por Monica Seincman. No entanto, a tradução em português sofreu mínimas alterações, a fim de aproximar ao máximo a versão americana dos termos brasileiros e torná-

lo, assim, um texto de fácil leitura. Achamos que ler o texto em inglês proporcionou uma aproximação maior ao estilo de escrita de Kanner, das intenções do autor em publicar um novo distúrbio infantil.

O recorte temático da pesquisa teve a base da leitura psicanalítica que, inclusive, aproximou o texto de Kanner das questões psicanalíticas trabalhadas no desenvolvimento de toda a dissertação. Sem o intuito de esgotar as questões sobre a construção histórica do autismo, buscamos ampliar novos caminhos de análise sobre o assunto estudado.

1 Apresentação Histórica e Epistemológica do Autismo

1.1 O conhecimento de um objeto de estudo segundo a epistemologia

A primeira definição do autismo data de 1911, quando foi compreendido como um sintoma da esquizofrenia pelo psiquiatra Eugen Bleuler. Nesta época, o conceito de autismo indicava um comportamento de isolamento extremo da vida afetiva e social. Décadas depois, em 1943, Leo Kanner, outro psiquiatra, escreveu um artigo intitulado *Os distúrbios autísticos de contato afetivo* (1997), conceituando o autismo como um distúrbio do contato afetivo e não mais como um sintoma. Ao criar o distúrbio autístico, Kanner investigou a existência de uma série de riscos para o desenvolvimento psíquico infantil, os quais apareciam nos primeiros anos de vida, quando a criança demonstrava, principalmente, três sintomas: ausência de contato afetivo, atraso na comunicação verbal e não-verbal (ou ausência completa de ambas) e angústia ao ser deslocada de um ambiente para o outro (CAVALCANTI; ROCHA, 2007).

Atualmente, o autismo não é mais compreendido como sintoma e nem como distúrbio. Entende-se o distúrbio como uma anormalidade acometida no indivíduo, mas que não apresenta, explicitamente, uma causa para o comportamento desviante. O que acontece para que uma desordem mental seja nomeada de distúrbio é o comportamento diferente, anormal do indivíduo, segundo os padrões sociais, e que pode ser definida por uma norma estatística. Através da frequência do fenômeno na população é possível observar se um determinado grupo apresenta desvios da normalidade. Sendo assim, este grupo será categorizado com um determinado distúrbio. No entanto, a palavra distúrbio encontra-se praticamente em desuso, pois o substituto para esta nomenclatura é a palavra transtorno¹.

Assim, o autismo hoje é chamado de Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme promulga a quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, o DSM-V, publicado em maio de 2013 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA).

Se o autismo é definido como um transtorno, o objetivo deste capítulo é mostrar como se produziu, histórica e epistemologicamente, um conhecimento em torno do que chamamos *espectro autista*. Tendo em mente as alterações históricas sofridas pela definição do autismo, antes de entrarmos propriamente na questão do transtorno autista, investigaremos como o mesmo se constituiu dentro do saber psiquiátrico. Depois disso, analisaremos como o autismo se fez presente nos estudos da psicanálise, ao elencá-la como um saber dedicado à

¹ A discussão sobre distúrbio e transtorno será melhor construída nos capítulos 2 e 3.

constituição psíquica. Escolhemos a psiquiatria e a psicanálise como duas áreas do conhecimento por terem se dedicado, distintamente, ao longo de décadas, até os dias de hoje, ao estudo do autismo e do desenvolvimento infantil.

Como iremos abordar a questão histórica e epistemológica da psiquiatria, ressaltaremos o conceito de paradigma. Por paradigma entendemos um modelo de representação a ser seguido por uma comunidade, “[...] que serve de referência fundamental e eficaz a todos os saberes e para todas as questões que se colocam em seu seio.” (IZAGUIRRE, 2011, p. 14). Na psiquiatria, os paradigmas ajudaram a formular os saberes de cada época, relacionando-os ao sistema social vigente. Por esta razão, o paradigma é um conceito da epistemologia (também chamada de teoria do conhecimento), que define um modelo ou um método de estudo.

A epistemologia ou teoria do conhecimento é o ramo da filosofia interessado no caráter histórico da ciência. A ciência, por se tratar de um conhecimento que inclui uma garantia da própria validade (ABBAGNANO, 2007, p. 136), é o contrário da opinião, do senso comum, que garantem o grau máximo de verdade. Unida à ciência, a teoria do conhecimento trata do problema como inerente à realidade das coisas, através da investigação da natureza e da validade do conhecimento científico. No entanto, podemos ampliar um pouco mais a definição de teoria do conhecimento elencando duas posições. A primeira tem caráter mais filosófico, ao ser relacionado com a tentativa de compreender como sabemos o que sabemos. Faz parte da corrente filosófica chamada idealismo, uma referência da filosofia para afirmar o caráter espiritual da realidade (ABBAGNANO, 2007, p. 523), ao duvidar da existência de qualquer objeto externo aos nossos sentidos. A segunda tem o pressuposto filosófico e científico: a busca pelo conhecimento, ao saber como se pensa e como se decide a conhecer. Sendo assim, as duas posições se definem entre si, ao pressupor que o conhecimento faz parte da natureza humana e que a busca pelo objeto de estudo se fundamenta através de um método de investigação e análise.

Como derivado do verbo *conhecer*, a palavra conhecimento significa “[...] fato, estado ou condição de compreender; entendimento” [...] (HOUAISS, 2010, p. 189). O fato em compreender determinado objeto permite que tenhamos proximidade com o mesmo, para que a verdade sobre ele possa ser descoberta. Desse modo, para haver o conhecimento de algo é necessário um método de pesquisa para investigar o objeto de estudo, como um “[...] procedimento de verificação [...] a instaurar com ele uma relação da qual venha a emergir

uma característica efetiva deste” (ABBAGNANO, 2007, p. 174), pois, sem o contato com o objeto torna-se impossível ou limitado o campo de investigação do mesmo.

Para a epistemologia, o conhecimento perpassa dois tipos: o conhecimento comum e o conhecimento científico. O primeiro é o conhecimento pré-lógico, o contato inicial com a natureza. Não usa técnicas nem ferramentas sofisticadas, mas acompanha o mesmo raciocínio do conhecimento científico: o princípio da precisão e do equilíbrio. Ao usar o sal de cozinha para temperar um alimento, a cozinheira ou cozinheiro, com sua prática culinária, possivelmente não usará uma colher de precisão de medidas. Utilizar a quantidade que acha exata para salgar o alimento, levando em consideração quantos quilos de carne serão servidos para tantas pessoas. A precisão na quantidade certa de sal a usar está de acordo com a quantidade de carne e de pessoas. Para o conhecimento científico, a precisão está no uso correto do instrumento, com uma colher adequada para a realização da atividade. De acordo com Bachelard, “[...] De uma precisão a outra, não se modifica o *pensamento da medida*” (2006, p. 18 – grifos do autor).

Portanto, o conhecimento científico, o qual a epistemologia se apropria, é uma técnica de verificação, fundamental para a descrição, o cálculo e a previsão controlável do objeto (ABBAGNANO, 2007, p. 174). Então, se conheço um objeto x significa que tenho ferramentas capazes de pôr em prática procedimentos que possibilitem a descrição e o cálculo deste objeto. Este conhecimento se opõe à crença, aliada do conhecimento comum; podemos conhecer o objeto x através do conhecimento comum, mas sem uma ferramenta adequada, não se sabe a verdadeira precisão de verificabilidade. Para o conhecimento científico, sem o método correto é impossível verificar o verdadeiro fenômeno que acarreta a existência real do objeto.

Então, à luz da epistemologia moderna, a ciência conferiu unidade e estabilidade para o verdadeiro conhecimento do objeto. Para os epistemólogos, a ciência era aquela que investigava os acontecimentos da natureza e a física era a ciência que tinha esta competência, ou seja, de desvelar as mensagens do mundo desconhecido. Para Bachelard, os sinais eram mal interpretados quando submetidos às nossas impressões ou hábitos psicológicos (2006, p. 16). O psicológico significava a inclusão dos sentimentos e da parcialidade do pesquisador, o que era visto como um fator que acabava interferindo no contato com a realidade externa. Porém, o que nos intriga é como a parcialidade do observador podia interferir na descoberta da realidade, caracterizada como imutável e inalcançável às mudanças do pensamento? A física buscou explicações para as coisas que não podíamos ver simplesmente a olho nu ou que

a nossa percepção podia nos enganar, por exemplo, decifrando os fenômenos da natureza com o conhecimento empírico.

Porém, além do empirismo, corrente filosófica dedicada ao conhecimento adquirido pela experiência, a física se aproximou do idealismo, outra corrente filosófica ligada ao campo das ideias. Para a física, o empirismo e o idealismo se encontravam juntos (BACHELARD, 2006, p. 15), com o objetivo de auxiliar o conhecimento a obter dados confiáveis e únicos sobre um objeto da natureza.

Embora, de um modo geral, a ciência do século XIX tenha recusado qualquer preocupação filosófica, apropriou-se dessas duas correntes – o empirismo e o idealismo – para formular uma razão universal e estável do conhecimento.

Voltando à questão da parcialidade do pesquisador, para a epistemologia, o motivo que levava à interferência da percepção era a razão. Para a filosofia, a razão seria a faculdade mental própria do homem, orientando-o a indagar e a investigar a mutabilidade das coisas. A razão, portanto, pertencente ao sujeito do conhecimento, distingui-lo-ia do objeto do conhecimento, o que resultaria no lado oposto da igualdade, isto é, de que o sujeito do conhecimento possui a verdade sobre o objeto. Neste sentido, a razão abre as portas para as dúvidas e para novas experiências.

Dessa maneira, o empirismo – com o papel de isolar o objeto a fim de neutralizar qualquer interferência externa, ou melhor, do sujeito que o investiga – não era mais a única ferramenta da ciência. Ao perceber que a razão influenciava na investigação do objeto, sabia-se que era impossível neutralizá-lo por completo de seu ambiente natural. A ideia de que quanto mais isolasse o objeto das variáveis maior era a probabilidade de efetuar um verdadeiro conhecimento do objeto, não fazia mais tanto sentido assim para a ciência. Para o racionalismo, isolar o objeto de qualquer variável impedia de observar a reação deste frente ao seu ambiente natural. Em outras palavras, conhecer o objeto dentro das condições naturais pertencentes era uma forma de conhecer a verdadeira formação do mesmo.

Por este caminho, em descobrir qual a melhor técnica para investigar o objeto, a epistemologia se dividia entre o empirismo e o racionalismo. Enquanto que o empirismo não admitia o envolvimento da razão humana para produzir um conhecimento, o racionalismo admitia que sem a razão a experiência não tinha valor para a ciência, porque não dava mais para aceitar que o objeto fosse invariável de acordo com as possíveis mudanças do homem. Mesmo assim, a física considerava a razão apenas um meio de análise do objeto para o conhecimento empírico (BACHELARD, 2006, p. 16). Significa que, para o profundo e

verdadeiro conhecimento do objeto, a razão deveria ser posta de lado para que houvesse uma investigação minuciosa e cuidadosa do objeto. Para a física, a entrada do racionalismo impedia uma análise controlada do objeto, pois a influência da razão humana diminuía as chances de explorar de maneira apurada o objeto.

Entretanto, não era possível continuar negando a existência do racionalismo e o efeito na produção do conhecimento dentro da ciência, pois vai ser dado “[...] mais importância à organização racional das suas experiências à medida que fizer aumentar a sua precisão” (BACHELARD, 2006, p. 17). A precisão estava dada ao objeto, considerando a complexidade do pensamento humano diante de tantas possibilidades de estudá-lo. O real ou a realidade (aqui são sinônimos) se desindividualiza e se organiza dentro das formas que a razão consegue captar o objeto. A ampliação dos objetos de investigação da física (mecânica, estática, elétrica) torna a razão parte do trabalho empírico, não havendo mais a exclusividade do empirismo.

O racionalismo permitia uma reflexão sobre o fenômeno. Se não podia ter confiança, a priori, das informações obtidas, o racionalismo fornecia o conhecimento que queria-se obter. Claro que não era dado de imediato; o que se quer dizer com isso é que, por meio da razão, pensava-se como o fenômeno poderia ser mais bem apurado. Isto era a base da hipótese, que não mais representava um caráter ameaçador às ideias inquestionáveis da ciência, mas um fator preponderante para a ciência explorar outros campos e ideias.

Se outros campos eram explorados, a teoria do conhecimento revelava outras áreas de estudo. A respeito disto, sustentamos a discussão com a leitura do livro *A Estrutura das Revoluções Científicas* (2006), de Thomas Kuhn, um importante físico teórico do século XX, mostrando exatamente o envolvimento do autor com outras ciências da metade do século, como as ciências sociais. Para Kuhn, uma disciplina se tornava ciência quando fundada em teorias, métodos e exemplos práticos. As pesquisas assentadas nesse modelo científico triádico eram denominadas de “ciência normal” (KUHN, 2006, p. 29).

Ao tomar como base o modelo triádico da ciência, a física não era mais o único saber científico, pois outros saberes começavam a emergir no cenário da epistemologia, independentes da física, ampliando o objeto de investigação, que não eram mais, necessariamente, os fenômenos naturais. Estamos falando, por exemplo, das ciências sociais (KUHN, 2006). No campo social, a natureza representava o meio social, o espaço onde o ser humano se constitui.

O surgimento de outras ciências, como a biologia, a química e, dentro das chamadas ciências humanas, as ciências sociais, trouxe uma mudança na construção de novos saberes. Esta mudança diz muito a respeito da época e do contexto social, porque a construção de uma ideia e até de uma nova ciência representa o tempo em que foi formulado. Não basta ter os instrumentos necessários para estudar o fenômeno, mas a influência da comunidade científica na descoberta de determinado fato contribui para a aceitação da mesma como nova teoria ou conceito. Isto tem a ver com a noção de paradigma, proposta por Kuhn, que é

[...] o modo pelo qual as anomalias ou violações de expectativa atraem a crescente atenção de uma comunidade científica, bem como a maneira pela qual o fracasso repetido na tentativa de ajustar uma anomalia pode induzir à emergência de uma crise (2006, p. 14).

Em poucas palavras, o percurso a ser transitado por um conhecimento depende da expectativa da comunidade científica, em torná-lo aceitável ou não. O paradigma, por se tratar de um modelo que estuda como os desvios de um padrão normal (as anomalias, como citado por Kuhn) ou as violações indicam uma mudança na produção do conhecimento, o interpretamos como uma mudança que altera o funcionamento estável da ciência. Para Kuhn (2006), o modelo paradigmático se instala aos poucos na comunidade científica, concedendo, primeiro, o que ele chamou de fase pré-paradigmática, para o estabelecimento da ciência normal. A ciência se estabelece durante um tempo, até que nova descoberta seja apresentada.

Por exemplo, a teoria da relatividade, desenvolvida por Einstein, no início do século XX, precisou de ferramentas propícias para a criação da teoria. Foram cálculos sobre bases matemáticas a que o físico teve acesso na época. Einstein, possivelmente, precisou de cálculos já formulados anteriormente, para construir a teoria da relatividade. Por conseguinte, a ciência é construída através do tempo, fundamentado por paradigmas que convergem o conhecimento para profundas análises, questionando velhos dogmas. Os velhos dogmas que aqui referimos são os saberes constituídos e pouco adeptos a mudanças, mas que a ciência, a duro custo, reformula-as para a produção de novas verdades. É o passado que se repete no presente; uma repetição que não deixa de cessar, demarcando o lugar no conhecimento que está por vir.

Além disso, a ciência, a dizer da física, não excluiu a possibilidade de mergulhar seu saber em outras áreas ou vice-versa. A psiquiatria como disciplina da ciência médica pode ser um exemplo que permitiu a reformulação de novas verdades, de novas posições que a razão antes não tinha adentrado. A psiquiatria não se distanciou totalmente da física, pois é como se aquela pensasse em questões não tratadas com afinco pela física, como as doenças da mente e

as mudanças orgânicas oriundas de algum fator externo, como alterações moleculares ou elétricas dos neurônios. É como se parte da física estivesse presente, de alguma maneira, nos estudos da mente humana, como se não houvesse desconexão dos materiais da natureza sobre o corpo e a mente humana.

Para tratar do movimento da psiquiatria na construção de saberes, achamos importante discutir a história da psiquiatria para descobrir como ela abriu questões acerca do indivíduo com o ambiente e outras formulações que a física não se viu capaz de responder. Para tratar deste assunto, recorreremos ao trabalho do psiquiatra francês Lantéri-Laura, cujo livro *Ensaio sobre os paradigmas da psiquiatria moderna* (2000)² estabelece uma interpretação do conceito do paradigma kuhniano e, por consequência, na teoria do conhecimento.

Porém, antes de iniciar a apresentação e discussão sobre os paradigmas da psiquiatria, Lantéri-Laura frisa o valor da psiquiatria como disciplina e não como ciência, sustentado pela posição de Thomas Kuhn, ao afirmar que os únicos modelos de ciências inquestionáveis são a astronomia e a física teórica (KUHN, 2006; LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 52). Então, nada mais evidente do que dizer que a psiquiatria não é uma ciência, não apenas porque não possui uma teoria e um método definidos, mas porque se compõe de um “[...] conjunto articulado de dados semiológicos e clínicos, correlacionados entre si e, sem dependência hierárquica, com um grupo de disciplinas heterogêneas, como a anatomia, a neurofisiologia, a psicanálise e a psicologia experimental” (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 52).

Pressupomos que Lantéri disse que a psiquiatria moderna se apoiou em outras áreas do conhecimento que também se encontraram no momento da história moderna, como por exemplo, da psicologia experimental, disciplina dada por Wilhelm Wundt, no laboratório de Leipzig, na Alemanha, utilizando o método experimental para investigar os processos básicos como a sensação e a compreender os processos mentais superiores, como a linguagem (LANTÉRI-LAURA, 2000). No entanto, a psiquiatria surgiu nas origens da patologia mental, na Grécia Antiga, ao identificar a *frenitis* (traduzido por delírio agudo acompanhado de febre intensa), uma infecção oriunda de fatores externos que afetava as faculdades mentais do sujeito (como a atenção e a percepção), ou seja, experiências que confundiam o sujeito, que via ou ouvia coisas que não existiam (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 16). A psiquiatria, ao denominar a *frenitis* como um estado de grande entusiasmo, de um *pathos* (paixão) que excluía a razão, aliou a esta palavra o termo “loucura”.

² O livro aqui referido foi consultado na versão espanhola, cujo título é *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatria moderna*. Todas as traduções aqui realizadas são, portanto, de minha responsabilidade.

Com as variantes – demência, doido, mentecapto – a loucura, no início do século XIX, foi definida como o objeto da psicopatologia, disciplina que teve o auxílio da filosofia, da psicanálise e das artes (literatura, pintura) para estudar o adoecimento mental do ser humano (DALGALARRONDO, 2008, p. 27). Além disso, suas raízes podem ser encontradas na tradição médica, o que a tornou um ramo da ciência com exigência sistemática e elucidativa, retirando qualquer opinião moral e buscando razões científicas para os fenômenos mentais.

Para que a psicopatologia fosse aplicada como uma disciplina aliada aos saberes médicos, precisou se sustentar em torno de três procedimentos de avaliação clínica: o prognóstico que, tirando a essência religiosa, encara a doença como um comportamento deficiente do corpo para lidar com o meio ambiente. Através da observação, encara o primeiro sinal ou um conjunto de sinais – os sintomas – como uma resposta do corpo a algo que não se adaptou bem às condições ambientais. Depois, o diagnóstico, que separa e individualiza os sintomas para averiguar qual espécie de doença acomete o homem. E, por fim, a terapêutica, que aplica um tratamento para curar a doença. Em síntese, assim como a medicina, a psicopatologia está estruturada em torno, respectivamente, do prognóstico (investigação teórica), do diagnóstico (o método aplicado para a detecção da enfermidade) e da terapêutica (procedimento prático de execução da cura).

Definida em torno dos três procedimentos de avaliação clínica a psicopatologia avalia, criteriosamente, os parâmetros científicos, tomando a loucura e a sua forma de manifestações, através dos sintomas como os delírios e as alucinações, e o conteúdo, que é a história de vida e cultura do sujeito. A loucura é analisada como uma resposta da mente às situações externas. A natureza, neste caso, não é negligenciada pela psicopatologia. Ao contrário: presume que as condições ambientais as quais o sujeito vive, podem determinar a estrutura mental do sujeito.

A psicopatologia surgiu como disciplina da medicina e, da mesma forma, a psiquiatria buscou fazer parte da medicina como uma disciplina, assim como as outras – cardiologia, reumatologia, neurologia –, unindo bases psicopatológicas que a sustentassem como tal. Para isso, procedeu da mesma forma que a medicina, patologizando cada comportamento que estivesse fora do padrão da saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”³. Com este conceito, a saúde deixou de se restringir ao indivíduo e tornou-se uma questão da comunidade.

³ Disponível em: <<http://www.alternativamedicina.com/medicina-tropical/conceito-saude>>. Acessado em dezembro de 2013.

No entanto, o que faz a psiquiatria ser uma disciplina da medicina e não uma ciência autônoma e independente (como a própria medicina) é que ela não se sustenta sozinha, encontrando em outras disciplinas, como as neurociências, a psicanálise e a psicopatologia, a forma que a define como disciplina que estuda as doenças mentais. Portanto, Lantéri-Laura é coerente ao considerar a psiquiatria uma disciplina e não uma ciência e, ao preparar o ensaio sobre os paradigmas da psiquiatria moderna, o autor apresentou um conjunto de valores e saberes que se encontravam entre si, resultando, ao longo do tempo, em transições de descobertas e práticas que refletem até hoje no contexto psiquiátrico. Propomos, então, apresentar, nos próximos subcapítulos, os paradigmas da psiquiatria, para chegarmos, definitivamente, ao objeto de nossa pesquisa: o autismo.

1.2 Percurso pelos paradigmas da psiquiatria moderna

Começamos este subcapítulo por analisar a origem e o conceito do termo autismo. No livro *Melancolia Infantil e outros textos* (BALBO, 2009), localizamos uma passagem norteadora para a nossa discussão: “[...] E. Bleuler é o autor do conceito de autismo, palavra que ele criou em 1911 a partir do *autoerotismo* – Eros de menos, para designar um sintoma da esquizofrenia” (p. 27 - grifo nosso). Ao indicar Bleuler como criador do conceito de autismo, Balbo percorre o caminho histórico para analisar a formação do autismo. Escolhemos seguir a mesma lógica: saber como o autismo se constituiu ao longo da história da psiquiatria.

Bleuler designou o autismo como um sintoma da esquizofrenia, esta sendo uma doença mental. Mas como é possível dizer que o autismo foi um sintoma da esquizofrenia se hoje ele é denominado um transtorno?

No *Ensaio sobre os paradigmas da psiquiatria moderna* (2000), Lantéri-Laura investiga três momentos históricos da psiquiatria moderna: a alienação mental, as doenças mentais e as grandes estruturas psicopatológicas. Para o autor, a proposta do ensaio é investigar, minuciosamente, a história da psiquiatria moderna, o que possibilita o equilíbrio e a avaliação das respectivas relações paradigmáticas entre si (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 24). Isto nos ajuda, portanto, a responder a questão do parágrafo anterior, pois a construção histórica da psiquiatria nos mostra que o surgimento do sintoma e da doença é decorrente do modelo paradigmático de determinada época.

No primeiro paradigma proposto por Lantéri, marcado entre 1793 e 1854, havia uma unidade absoluta denominada alienação mental (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 27). Não havia outra classificação a dar às manifestações psicopatológicas, sendo denominado o único

sofrimento psíquico, acompanhado por quatro variáveis sinais patológicos, com características que iam do gosto excêntrico, desviante das normas da época, como também um estado de profunda tristeza, ou quadros de empobrecimento intelectual, sendo estas definições classificadas de mania, melancolia, demência ou idiotia, respectivamente (LANTÉRI-LAURA, 2000). A alienação mental era determinada pela mania, melancolia, demência ou idiotia, podendo cada uma aparecer de modo único ou com variações entre uma e outra. Com estas transições, que iam entre a mania e a demência, como também em casos em que havia, em um único sujeito, manifestações maníacas e dementes, os sintomas podiam variar entre alterações de humor, de sentimentos e de conduta, retardo mental ou até a forma mais grave, o delírio. No entanto, a natureza psíquica da enfermidade era única.

Como terapêutica, para os assim chamados alienados, havia o tratamento moral, cujo nome se devia à necessidade de internação em uma instituição psiquiátrica para recuperar a moral perdida do alienado, que consistia na perda da consciência de seus atos. O método do tratamento era isolar a pessoa dos outros que faziam parte do seu cotidiano (familiares, trabalho, amigos), o qual a justificativa era que o convívio e o contato direto com a família provocavam o desencadeamento da doença, pois se pensava que estas relações prejudicavam a saúde mental do paciente. Foi através da internação psiquiátrica que aos poucos o alienado passou a receber os cuidados da medicina, saindo do campo jurídico. Para Lantéri-Laura era necessária que a alienação mental fosse incluída intrinsecamente na medicina para que os alienados dependessem dos médicos e escapassem do poder da polícia, dos procuradores e dos juízes (2000, p. 78). O motivo para a internação era a visão psiquiátrica do alienado, este posicionado como incapaz de responder aos próprios atos, sendo considerado inválido pela sociedade, pois não podia mais trabalhar ou realizar as atividades comuns do dia-a-dia. Portanto, a depender do estado psíquico, ou seja, se havia perdido a consciência e, conseqüentemente, a autonomia dos atos, o alienado era visto como louco.

Deste modo, a alienação mental recebeu a palavra loucura para representar a ligação com a medicina e tirá-lo do discurso criminoso da jurisdição. A lei jurídica não era mais o órgão competente para admitir os cuidados ao louco, aquele definido pelo paradigma da alienação mental. A psiquiatria, ligada à medicina, ganhou espaço para tratar a loucura e pôde perceber a existência de múltiplas facetas, pois o que antes era visto como alienação, o termo loucura ampliou a classificação clínica das doenças, segundo as suas semelhanças e diferenças (COSTA, 2000, p. 160). O termo loucura abria nuances de sintomas, que podia ser do mais leve ao mais grave, a depender do estado evolutivo da doença.

Ao apropriarmos-nos da demência, aquela definida como variante do estado mental do alienado, ao final do paradigma da alienação mental, recebeu mudanças. No que diz respeito à psiquiatria alemã, Emil Kraepelin, em 1896, anunciou que o episódio de demência, ou seja, de empobrecimento intelectual, podia ocorrer no sujeito de maneira precoce, instalando-se durante a adolescência ou no início da fase adulta (COSTA, 2000, p. 160). Dessa maneira, houve a mudança de nomenclatura e, o que era demência, assim como as outras variantes – melancolia, mania e idiotia –, recebeu o nome de demência precoce. Então, o que parecia haver uma única patologia, ocorre uma torção, com causas múltiplas e heterogêneas que produzem diferentes formas de alienação, abrindo uma lacuna para esta psicopatologia.

A teorização de Kraepelin sobre a demência precoce introduz “[...] a dimensão evolutiva como critério nosográfico [...]” (COSTA, 2000, p. 159). O método nosográfico⁴ consistia em classificar as enfermidades, pois o que antes era no singular (alienação mental), com a metodologia kraepeliana, ocorre o surgimento das doenças mentais. Concluindo, o conceito de demência precoce, proposto por Kraepelin, parece-nos ser um exemplo dessa transição da alienação mental para o segundo paradigma das doenças mentais.

Com a característica psicopatológica de evoluir, desde o início da vida, para um embrutecimento mental, Kraepelin atribuiu a catatonia, a hebefrenia e a paranoia definições ligadas à demência precoce. No entanto, rapidamente, a psiquiatria avaliou esta classificação como “[...] excessivamente ampla, reunindo sob si condições clínicas muito díspares” (COSTA, 2000, p. 160), porque a demência precoce não levaria, necessariamente ao estado de catatonia, assim como também ao estado de paranoia. A classificação kraepeliana da demência precoce merecia, ao modo de ver psiquiátrico das doenças mentais, que o campo das psicoses fosse ampliado pela construção de outras psicopatologias. Sendo assim, as produções seguintes à demência precoce continuaram, especialmente com Eugen Bleuler.

Bleuler foi um psiquiatra suíço que produziu estudos clínicos sobre a demência precoce. Parte de sua formação psiquiátrica foi em Zurique, na Suíça, onde continuou seus estudos na área médica e psiquiátrica. A outra parte foi em Paris, através do contato com os estudos de Charcot, médico e cientista francês que muito contribuiu para os estudos da afasia⁵ e outras doenças cerebrais. Depois voltou a Zurique “[...] para concluir seu internato na Clínica Universitária de Burghölzli” (COSTA, 2000, p. 158).

⁴ A palavra nosográfico vem de nosografia, que significa a distribuição descritiva das doenças.

⁵ A afasia é o enfraquecimento da função da linguagem, causando perda da fala e da escrita. O que a caracteriza é a dificuldade da pessoa em se expressar verbalmente e entender o que o outro está falando.

O período desses estudos foi no início do século XX, momento em que o paradigma da alienação mental se encontrava em declínio. Neste momento entre o final do século XIX e início do século XX, a psicanálise dava os primeiros passos para se tornar a nova ciência do século, a partir de dois médicos: primeiro, ainda na fase pré-psicanalítica, assim podemos dizer, com os trabalhos de Charcot, ao realizar a técnica da hipnose para o tratamento das afecções psíquicas, como a histeria; e Sigmund Freud, inicialmente trabalhando com as técnicas hipnóticas oferecidas por Charcot e, logo depois, como inventor da psicanálise, técnica que aprimorou com a obra *Interpretação dos Sonhos*, publicada em 1900⁶.

Junto aos trabalhos de Charcot e de Freud, Bleuler estava interessado nos estudos teóricos e clínicos da psicanálise. Isto era devido aos atravessamentos das ideias freudianas que ocorriam durante os estudos psiquiátricos da época. Por isso, com a notoriedade dos trabalhos de Freud, Bleuler leu dois dos mais importantes textos psicanalíticos: *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900) e *Estudos sobre a histeria*, escrito por Freud e em parceria com Josef Breuer, em 1895. Com as leituras psicanalíticas, Bleuler desenvolveu e realizou alguns testes de associação de ideias nos pacientes, o qual passava horas examinando-os, com o objetivo de “[...] demonstrar experimentalmente a existência de elementos recalcados [...]” (COSTA, 2000, p. 159).

Como grande repassador desse movimento de aproximação da psiquiatria à psicanálise (COSTA, 2000, p. 159), Carl Gustav Jung, na época, foi assistente de Bleuler e discípulo de Freud. Interessado pelo campo das psicoses e da demência precoce, Jung fez importantes considerações sobre este campo e, com Bleuler, ajudou a disseminar a psicanálise na Suíça. Devido a estas relações, das leituras psicanalíticas de Freud e com os trabalhos de Jung, Bleuler considerava ambos os autores mais importantes da época no campo da psicopatologia (COSTA, 2000).

No movimento entre a psiquiatria e a psicanálise, Bleuler contribuiu para a psiquiatria, utilizando o pensamento psicanalítico em suas pesquisas, como sustentam Roudinesco e Plon:

[...] criou a palavra esquizofrenia para integrar o pensamento freudiano no saber psiquiátrico: a seu ver, com efeito, somente a teoria do psiquismo elaborada por Freud permitia compreender os sintomas dessa loucura. Mesmo preservando-lhe uma etiologia orgânica, hereditária e tóxica, ele abriu caminho para uma concepção segundo a qual as ideias de personalidade, eu e relação do sujeito com o mundo (interno e externo) desempenhavam um papel considerável (1998, p. 190).

⁶ Este livro foi publicado, originalmente, em 1899, mas Freud pediu para que a editora publicasse com a data 1900. Para o inventor da psicanálise, o livro seria o marco na virada entre os séculos XIX e XX.

Concomitantemente aos trabalhos clínicos com pacientes psicóticos, Bleuler irá se dedicar em estudar a demência precoce através da pesquisa teórica fornecida pela psicanálise freudiana, pois ele objetivava descrever um estado mental além de atribuições sintomatológicas da demência precoce, quer dizer, sem a descrição dos sintomas. Haja isso em vista, o que ocorria na época era que “[...] a alienação mental, como princípio unificador de toda essa patologia, cada vez se enquadrava menos” (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 123) na produção de conhecimento do século que estava por vir, o século XX. Podemos transferir a afirmação de Lantéri-Laura para o pensamento de Bleuler, o qual se encontrava em um período transitório da história da psiquiatria moderna e seguia com o raciocínio de que alguns pacientes psicóticos graves não apresentavam unicamente um empobrecimento intelectual, característico da demência; algo ocorria mentalmente para que determinados atos os levassem a uma debilidade mental logo no início da adolescência e que, irreversivelmente, durava toda a vida.

Assim, com o objetivo de nomear e classificar uma nova psicopatologia com características diferentes da demência precoce, Bleuler criou, em 1911, o grupo das esquizofrenias. Para Costa,

Bleuler começa a empregar o neologismo *esquizofrenias* desde 1906, sendo que esse uso do plural já é uma forma de acentuar sua ruptura em relação ao pensamento kraepeliniano. Não se trataria de uma única afecção, como supunha Kraepelin, mas de um grupo ainda indeterminado de condições com um núcleo psicopatológico comum (2000, p. 161- grifo do autor).

Bleuler ainda não havia definido por completo o grupo das esquizofrenias. Ele sabia que existiam similaridades com a demência precoce, a dizer sobre a ruptura com a realidade externa, mas que diferenças deveriam ser acentuadas para denominar um novo quadro patológico a partir da classificação das doenças mentais proposta pela psiquiatria. Eugen Bleuler buscava um nome para a nova psicopatologia que desse sentido às observações feitas: um distúrbio, uma desordem mental, que afetasse a própria consciência do eu, como se houvesse uma grande cisão entre a realidade interna e a realidade externa, dividindo a mente. Sob este conceito, surgiu o nome esquizofrenia, afirmando, então, a origem da palavra: do grego *schizein* (esquizar), significa dividir, afastar, e *phrenós* (frenia), que quer dizer pensamento (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 189)⁷, ou seja, a esquizofrenia seria um conjunto de pensamentos cindidos entre si, com “[...] perturbações do fluxo do pensamento

⁷ O significado da palavra esquizofrenia também foi pesquisado neste link: <<http://origemdapalavra.com.br/palavras/esquizofrenia/>>. Acessado em outubro de 2013.

(como bloqueios, estereotípias, estagnações), do conteúdo do pensamento (como associações bizarras, hermetismo, ambivalência), assim como as bizarrices afetivas ou volitivas, os delírios e as alucinações [...]” (QUINET, 2009, p. 64). Em regra geral estas características eram denominadas de acordo com quatro sintomas fundamentais: autismo, ambivalência afetiva, alterações da afetividade e distúrbios de associação, os quais estavam presentes em todas as formas de esquizofrenia (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 170).

Através dos quatro sintomas fundamentais, a esquizofrenia era compreendida como um quadro nosográfico da psiquiatria, em que o paciente desenvolvia, simultaneamente, sentimentos opostos (amor e ódio) por uma mesma pessoa, alterações na afetividade, oscilando rapidamente entre os estados de tristeza, abatimento e euforia, e dificuldade de manter contato afetivo, afastando-se do outro. Bleuler isolou um dos sintomas, a dificuldade de estabelecer laços afetivos, e compreendeu-o como autismo, “[...] situando a esquizofrenia como uma reação do sujeito em um momento de sua história, desencadeada por algo extremamente particular [...]” (QUINET, 2009, p. 64).

Se Bleuler abandonou definitivamente o termo “demência precoce”, podemos atribuir que, para a psiquiatria, não cabia mais nomear uma única enfermidade e associá-la a uma única causa e, conseqüentemente, a um único tratamento, como foi feito no paradigma da alienação mental e na constituição kraepeliana de demência precoce. Apesar de supor uma base orgânica para a origem da esquizofrenia (QUINET, 2009, p. 63), causas diversas começavam a serem descobertas: hereditariedade, cuidados com a higiene, deficiência de nutrientes, condições miseráveis de trabalho, moradia, educação, dentre outras (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 130), tudo para buscar um sentido para os sintomas, considerando a formação psíquica associada ao meio ambiente que constituía o homem.

No entanto, a psicanálise não fez muito uso da palavra esquizofrenia, pois a considerava um mau termo nosográfico, enquanto que a paranoia, outra psicose, era um bom tipo clínico (QUINET, 2009, p. 64), o que quer dizer que o ato apenas descritivo, o qual nasceu a esquizofrenia, não importava para a psicanálise, ao contrário da paranoia, marcada pela investigação clínica e psicanalítica, como o caso do presidente Schreber, estudado por Freud. Indo um pouco mais além neste ponto, a separação entre a psiquiatria bleuleriana e a psicanálise freudiana estava na influência da psiquiatria descritiva alemã nos trabalhos de Bleuler. Isto se deu pelo foco de Bleuler pelo estudo nosográfico da esquizofrenia, isto é, pela descrição da patologia e, a investigação clínica, tão importante para a psicanálise, tornou-se um fator secundário (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 169).

A psiquiatria direcionava a sua pesquisa, a partir de então, para a classificação das doenças, de modo que enumerar, tecnicamente, sintoma por sintoma e traduzir as doenças em patologias era o caminho do tratamento psiquiátrico. A investigação clínica, ou seja, o estudo da causalidade psíquica foi banida da psiquiatria porque era vista como o modo mais longo e doloroso de terapêutica, devido ao percurso analítico que o paciente tinha que passar durante tratamento.

Sendo assim, a catalogação dos sintomas da esquizofrenia foi um modo para definir a classificação patógena da mesma. A psiquiatria se encontrava, então, na descrição dos sintomas e classificação das doenças, resultando para os psiquiatras, em legitimidade na busca do tratamento. Ou seja, ao existir a classificação psicopatológica, a psiquiatria entrava para o rol das outras especialidades médicas e, portanto, no desenvolvimento mais prático do diagnóstico e, conseqüentemente, da terapêutica.

A lógica nosográfica nos permite pensar que o autismo, considerado um dos principais sintomas da esquizofrenia, significava um estado de extrema solidão e dificuldade de se relacionar com o outro. Bleuler o escolheu como sintoma por saber que, descrevendo nosograficamente a esquizofrenia, daria ao autismo espaço maior de investigação sobre o que seria este sintoma para o desencadeamento da doença. O ponto em questão, desde então, é saber o que é o autismo e como a palavra foi criada, dentro de outro termo que Eugen Bleuler havia dito: o autoerotismo.

De acordo com o dicionário de Psicanálise, o *autoerotismo* foi criado por Havelock Ellis⁸ “[...] para designar um comportamento sexual de tipo infantil, em virtude do qual o sujeito encontra prazer unicamente com seu próprio corpo, sem recorrer a qualquer objeto externo” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 46). Ao acessarmos um segundo dicionário, observamos a semelhança ao conceito de autoerotismo do dicionário de Psicanálise de Elisabeth Roudinesco e Michel Plon: “O caráter mais notável desta atividade sexual [o autoerotismo] é que o impulso não é dirigido a outras pessoas, senão que a criança satisfaz-se, em seu próprio corpo e, para usar a feliz expressão criada por Havelock Ellis, diremos que ela é *autoerótica*” (CUNHA, 1970, p. 21- grifo do autor).

⁸ Havelock Ellis (1859-1939) foi médico e escritor inglês que desenvolveu estudos sobre a sexualidade humana em plena era vitoriana, com costumes e morais da própria época. Contemporâneo de Sigmund Freud (1856-1939), este citou algumas vezes Ellis no texto *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (FREUD, [1905] 1996) e no *Introdução ao Narcisismo* (FREUD, [1914] 2010). Freud conhecia os trabalhos de Ellis e no ensaio sobre a teoria da sexualidade, refere-se a ele como um dos estudiosos mais importantes do assunto. Entretanto, havia discordância entre ambos, pois, para Freud, não importava, exatamente, de onde vinha a excitação erótica (se era de um investimento externo ou interno, como no autoerotismo) e, sim, a relação com o objeto de desejo (CUNHA, 1970). Mesmo com diferenças teóricas, Freud discutiu o autoerotismo sem abstrair os comentários sobre as pesquisas de Havelock Ellis, enxergando-o como importante autor para a psicanálise.

Ao analisarmos a origem grega da palavra *autoerotismo*, percebemos que tanto a autossatisfação quanto à ocorrência infantil desta estão contidas na etimologia de *autoerotismo*. O prefixo *auto* vem de *autós*⁹, significa estar voltado a si mesmo ou, em outras palavras, um ensimesmamento; o radical *Eros* designa a energia vital da vida; o sufixo *ismo*, do grego *ismos*¹⁰ (e do latim *ismos*), por sua vez, é um indicativo de ação ou estado do indivíduo. Portanto, podemos entender o autoerotismo como um estado ou ação em que a pessoa não dirige a energia dessa ação ao outro, mas mantém a energia consigo mesma em um ato de satisfação com o próprio corpo.

Assim, Bleuler, seguindo a etimologia da palavra e a proposta sobre o conceito do impulso autoinvestido oferecido por Havelock Ellis, buscava uma palavra que indicasse um estado de ensimesmamento, mas sem sentido sexual (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 43; COSTA, 2000; BALBO, 2009), conforme promulgado pelo radical *Eros* do autoerotismo. Para excluir a conotação de autoinvestimento sexual, Bleuler, então, uniu o prefixo *auto* e o sufixo *ismo* e formou um novo termo: autismo.

No entanto, a escolha de Bleuler, de retirar o radical *Eros* e construir uma nova palavra, para nós, ainda não é suficiente para explicar o surgimento do autismo como um transtorno do desenvolvimento, tal qual conhecemos hoje. No livro *Melancolia e outros textos* (BALBO, 2009), observamos, durante a leitura, que não há explicação sobre o significado da palavra *Eros*, enquanto retirada da palavra autismo, possivelmente porque o autor estaria falando para um público específico, que tinha conhecimento preliminar sobre o assunto. Entretanto, é importante deixar claro o que é *Eros* enquanto palavra para fundamentarmos o sentido dado ao autismo.

Eros é o deus pertencente à mitologia grega, que representa o “[...] desejo incoercível dos sentidos” (BRANDÃO, 2007, p. 186). Este desejo se deve ao nascimento de *Eros* a partir do Caos, que é “[...] a personificação do vazio primordial, anterior à criação, quando a ordem ainda não havia sido imposta aos elementos do mundo” (CHEVALIER; GHEERBRANT *apud* BRANDÃO, 2007, p. 184).

Segundo Hesíodo (2005), filósofo grego, o caos foi a primeira divindade a surgir no Universo, o qual a palavra grega *kháos* significa separar, tornar amplo, dando o sentido de vazio primordial e de força de separação. O Caos era a personificação do vazio, ele existia antes do mundo ser mundo, surgido do nada, provando que a vida na Terra só foi possível graças ao estado caótico da mesma. Com estas características, o Caos, rodeado de uma

⁹ Disponível no link: <<http://origemdapalavra.com.br/palavras/auto/>>. Acesso em agosto de 2013.

¹⁰ Disponível no link: <<http://origemdapalavra.com.br/palavras/ismo/>>. Acesso em agosto de 2013.

energia poderosa, ofereceu ao *Eros*, seu filho, a herança de uma energia infindável, que o deixou “[...] perpetuamente insatisfeito e inquieto: uma *carência* sempre em busca de uma *plenitude*. Um *sujeito* em busca do *objeto*” (BRANDÃO, 2007, p. 187 – grifos do autor), em busca de união. O *Eros* seria a união e a fusão dos elementos cindidos pelo Caos. Ou seja, do vazio e da cisão surgiu o *Eros*, para unificar os elementos do Universo. Por isso, o *Eros* é considerado o “mito do deus do amor” (BRANDÃO, 2007, p. 186), aquele que permite “[...] o contato com o *outro*, através de uma série de trocas materiais, espirituais, sensíveis [...]” (BRANDÃO, 2007, p. 189 – grifo do autor), aquele que unifica e transforma o sujeito através do amor. Para a mitologia grega, o *Eros* é aquele que unifica, é o deus que busca a plenitude através da união dos elementos da terra. Para a psicanálise o *Eros* é a presença unificadora do ser, o que os gregos exatamente se referem, propondo discutir a força do *Eros* na presença do homem, como aquele que está sempre em busca desta unificação.

Não sabemos se Bleuler realizou o mesmo percurso que nós de investigação sobre a origem de *Eros* e a conotação mitológica ao qual está atrelada a palavra. O que sabemos é da recusa de Bleuler em empregar “autoerotismo” para, por fim, adotar “autismo”. É interessante pensarmos que o psiquiatra abandona o radical *Eros*, a energia vital, tão significativa para os gregos, quanto para nós ao estudarmos a origem da palavra, que designa a marca de um caminho sem a busca daquele que o unifica e o transforma em sujeito.

Pela exclusão do radical *Eros* e, conseqüentemente, do sentido da busca da unificação do sujeito e do encontro com o objeto de desejo, a perspectiva bleuleriana focou na degeneração provocada pela doença mental (no caso específico, a esquizofrenia), visto que esta era causada por uma alteração do encéfalo, descartando, pois, a questão imaterial, envolvendo a alma (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 130). Isto demonstra a base organicista da psiquiatria alemã, (a qual Bleuler fazia parte) sustentada por uma perspectiva psicopatológica, no sentido de que o cérebro e não a mente, é que interessa para os estudos das doenças mentais. Assim sendo a base fisiológica permanece como área de interesse, enquanto que a psíquica fica à margem dos estudos psiquiátricos, assegurando ao paciente, “[...] a presença de certo número de elementos pertencentes à semiologia psiquiátrica, e não de conhecê-lo quanto sujeito, e menos ainda de pretender conhecê-lo totalmente” (LANTÉRI-LAURA, 2000, p.173).

Dessa maneira, enquanto que em 1911 Bleuler se dedicava a pesquisar a esquizofrenia e a relação da mesma com alguma alteração cerebral, no mesmo ano Freud escrevia um texto chamado *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*

([1911] 1996). O relato autobiográfico que Freud dava notas era o caso do presidente Schreber. Sendo assim, Bleuler continuou com os estudos psiquiátricos referentes à psicose a partir da esquizofrenia, buscando a descrição psicopatológica da doença, enquanto que Freud, com os estudos psicanalíticos da psicose a partir da paranoia, buscava os mecanismos que levavam a formação dos sintomas paranoides (FREUD, [1911] 1996, p. 67).

É possível perceber que Freud, ao contrário de Bleuler, conservou o termo autoerotismo para firmar a presença da energia vital, a libido, preservando o Eros como radical responsável por esta denotação. Nos três textos freudianos – *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade* ([1905] 1996), *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia* ([1911] 1996) e *Introdução ao Narcisismo* ([1914] 2010) – o autoerotismo aparece como uma fase do desenvolvimento infantil e como interligado aos casos de paranoia (FREUD [1911] 1996). De acordo com Freud, a paranoia é uma forma de psicose situada no “[...] estágio do desenvolvimento da libido, entre o autoerotismo e o amor objetal. Este estágio recebeu o nome de narcisismo” (FREUD [1911] 1996, p. 68), o qual nas próximas páginas será falado sobre este estágio do desenvolvimento psíquico.

O que se percebe, ao menos nos três textos freudianos – *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia* e *Introdução ao Narcisismo* – é que não se fala em sintoma autístico como Bleuler falou em seu trabalho sobre a esquizofrenia. Mas em uma fase do desenvolvimento da libido fundamental para a formação psíquica, mantendo, assim, o termo “autoerotismo”.

No *Introdução ao Narcisismo* (1914), partindo do que seria o narcisismo, como um estágio do desenvolvimento do ser humano, que promove a constituição da imagem de si unificada, possibilitando a construção identitária do eu (MOURA, 2009), vejamos o que Freud escreve a respeito:

Essa fase equidistante entre o autoerotismo e o amor objetal pode, talvez, ser indispensável normalmente; mas parece que muitas pessoas se demoram por tempo inusitadamente nesse estado e que muitas de suas características são por elas transportadas para os estágios posteriores de seu desenvolvimento (FREUD [1911] 1996, p. 68/9).

Portanto, em 1911, Freud lançava as bases para a escrita de *Introdução ao Narcisismo* (1914), referindo-se ao narcisismo como um estágio do desenvolvimento psíquico fundamental para a formação das estruturas clínicas, como a neurose e a psicose, por exemplo. Além disso, podemos verificar que Freud escreve estágio e não estágio do

desenvolvimento, diferenciando o primeiro do segundo como o período ou fase do desenvolvimento sem precisar como se deu a transição de um tempo para o outro. O Narcisismo, neste caso, é como Freud colocou: um estágio do desenvolvimento do eu, sem a noção exata de quando inicia ou termina, dependendo de cada constituição psíquica.

O eu, para Freud, é constituído durante o estágio narcísico e não surge logo assim que nascemos: o “[...] Eu não existe desde o começo no indivíduo; o eu tem que ser desenvolvido. Mas os instintos autoeróticos são primordiais; então deve haver algo que se acrescenta ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que se forme o narcisismo” (FREUD, [1914] 2010, p. 19). A constituição do eu tem como primazia o autoerotismo, esse autoinvestimento que, ao ligar-se ao eu, torna viável o narcisismo. Sem o autoerotismo e o eu não é possível haver o desenvolvimento da libido.

A relação narcísica tem a ver com o mundo, as pessoas, as palavras que falamos e ouvimos, ou seja, com a linguagem, no momento em que percebemos que o eu é aquele que precisa de autoinvestimento, de um primeiro contato com si, o qual se identifica com o próprio corpo (FREUD, [1914] 2010), para que haja, posteriormente, o contato com o meio ambiente e se perceber como parte dele. Contudo, esse processo se dá mediante o amor objetal.

O amor objetal é a primeira relação de amor que direcionamos para o outro e que nos deparamos com a escolha deste objeto como marca simbólica para a nossa inserção na linguagem. Antes disso, há a fase de primeira satisfação libidinal, o qual a criança busca satisfação no próprio corpo. É o chamado de narcisismo primário. No entanto, acontece nos primeiros meses da criança e, portanto, não é uma escolha consciente. Só que, para Freud, ocorre que o psíquico humano tem uma necessidade de ultrapassar o narcisismo primário e pôr esta libido nos objetos (coisas e pessoas) (FREUD, [1914] 2010, p. 29). O que ocorre no narcisismo primário é que “[...] o ser humano tem originalmente dois objetos sexuais: ele próprio e a mulher que o cria, e nisso pressupomos o narcisismo primário de todo indivíduo” (FREUD, [1914] 2010, p. 33), porque, para o autor, o narcisismo primário é a satisfação inicial de si no próprio corpo sem, ainda, uma real diferenciação com o mundo.

O narcisismo primário é a primeira relação do bebê consigo, representando a fase autoerótica como investimento libidinal. A energia libidinal tem manifestação psíquica, no sentido de que nosso psiquismo se ocupa de uma carga de libido semelhante ao *eros*, o qual comentamos a pouco, “[...] na medida em que auxilia [o eu] no sentido de estabelecer a unidade” (FREUD [1923] 1996, p. 58). A libido teria a mesma função: agrupar as funções

psíquicas para servir de reservatório para as energias que serão enviadas para o objeto (FREUD [1923] 1996, p. 77), aquele outro que será o objeto de amor, portanto, o objeto libidinal. Sendo assim, a libido narcísica ocorre na primeira infância, ou seja, até os três anos de idade e, abrangendo as relações posteriores, persistirá por toda a vida, como um reservatório de energia psíquica. Sob esta função, a libido narcísica promove o primeiro passo para a escolha do objeto, nomeado de narcisismo secundário, aquele que está em busca do amor objetual.

O narcisismo secundário ocorre, por exemplo, quando o bebê se alimenta do leite no seio materno. A princípio, sugar o leite é suficiente para saciar a fome; depois se transforma em um ato prazeroso: saciar a fome não vira apenas uma satisfação biológica, mas um prazer, ou seja, há um investimento libidinal, uma troca na relação com a mãe e o ato de sugar. Portanto, o seio aparece como o primeiro objeto libidinal para o bebê, o que significa dizer que a existência de um investimento favorecerá a relação com o primeiro objeto, o seio materno, transformado em objeto de prazer para o bebê.

Pode-se afirmar que esse investimento com o primeiro objeto – o seio, então – sinaliza a entrada do narcisismo secundário para a construção do eu, pois “[...] uma parte de seu corpo [o seio da mãe] lhes surge à frente [do bebê] como outro objeto, ao qual podem então dar, a partir do narcisismo, o pleno amor objetual.” (FREUD, [1914] 2010, p. 35). O investimento da libido é transferido para o outro objeto que não é mais o eu. O bebê consegue diferenciar o seu corpo do corpo externo, no caso o da mãe, identificando-a como objeto de sua satisfação.

O objeto libidinal, exposto no narcisismo secundário, é aquele que retornará como investimento para o eu. Freud chamou esta passagem de o retorno libidinal de amor-próprio ou de autoestima, a depender do tradutor.

O conceito de amor-próprio (*Selbstgefühl*) está presente na edição das Obras Completas de Sigmund Freud, publicado em 2010 pela editora Companhia das Letras e traduzida diretamente do alemão por Paulo César de Souza. Entretanto, em outra edição mais antiga, de 1996, a Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, não há, em nenhum momento, menção a amor-próprio. Como tradução de *Selbstgefühl*, a *Standard* traz “autoestima”.

Com o título de *Introdução ao Narcisismo* ([1914] 2010), o tradutor Paulo César de Souza, estudioso da língua alemã, em uma nota de rodapé, diz que o amor-próprio, no original em alemão, significa, literalmente, *sentimento de si*. Devido a este significado, o tradutor preferiu usar “amor-próprio”, ao invés de *autoestima* e justifica: “As definições encontradas

nos dicionários de língua alemã autorizaram a versão por ‘amor-próprio’” (FREUD, [1914] 2010, p. 45). Podemos supor que a tradução do inglês para o português da edição *Standard* utiliza a palavra “autoestima” possivelmente por ser uma palavra comumente usada no Brasil e, assim, objetiva facilitar o acesso à leitura de Freud. No entanto, *autoestima* não é um conceito desenvolvido por Freud. Ou melhor, a psicanálise não utiliza a palavra “autoestima”.

A autoestima é a autovalorização, a autoavaliação dos próprios atos. O sujeito, de maneira internalizada, pode avaliar o que há de bom ou ruim em si, fazendo uma autoanálise do seu comportamento. Do ponto de vista da psicanálise, isto seria um trabalho com efeito de ego a ego (de eu a eu), o que torna a relação paciente e analista, no processo terapêutico, apenas dual, como uma troca de sentimentos, podendo o analista projetar seus sentimentos no paciente. Jacques Lacan, no Seminário 1, fala exatamente disso, do lugar do analista e das consequências do tratamento baseado na interpretação do eu: “Nunca disse que o analista não deve ter sentimentos em relação ao seu paciente. Mas deve saber não apenas não ceder a eles, colocá-los no seu devido lugar, mas servir-se deles adequadamente na sua técnica” (LACAN, 1979, p. 43). Por conseguinte, o importante em um processo terapêutico não é o que o analista pensa sobre seu paciente ou sobre o que o paciente deve fazer, mas sim, que o analista possibilite a entrada do terceiro componente na relação: a palavra. É a palavra, no tratamento analítico, que permite que a relação saia da dicotomia imposta e acrescente o outro como produtor de sentidos.

Retornando ao que falávamos quanto à relação entre mãe e filho, o amor-próprio é o primeiro sinal do amor objetual da mãe (FREUD, [1914] 2010, p. 45), ou seja, é a entrada do terceiro que a psicanálise fala: o eu, a libido e o outro, em que a libido é construída no ato de amor do outro. A libido só terá sentido para a criança e para a mãe a partir do momento que a mãe deseja o filho como pertencente a si. No ato de amor da mãe há o envolvimento do amor-próprio na relação, um retorno ao narcisismo da mãe, no momento em que o filho é recebido pela mãe e reconhecido como objeto de amor.

Voltando ao texto *Introdução ao Narcisismo* (1914), podemos comprovar que o narcisismo é o primeiro estágio do desenvolvimento psíquico da criança, um complemento libidinal onde cada um de nós tem preservado (FREUD [1914] 2010, p. 15) em si. É um texto que foi desenvolvido durante anos por Freud, desde 1905. Em 1911, quando ele fala no texto sobre a relação entre o autoerotismo e o amor objetual como fundadores do narcisismo (FREUD, [1911] 1996) no caso Schreber, ele parece introduzir o leitor à elaboração do que virá em *Introdução ao Narcisismo*.

Neste mesmo momento em que a teoria do narcisismo estava sendo desenvolvida, a psiquiatria não se sustentava mais como única disciplina dedicada aos cuidados mentais. Outras disciplinas como a semiologia, a linguística, a antropologia, a fenomenologia e a psicanálise entraram, no início do século XX, no circuito de disciplinas de saúde mental dedicadas a estudar o psiquismo humano. Começavam a surgir outras causas para explicar as doenças mentais que a psiquiatria não sustentava mais sozinha, e, portanto, no início do século XX, era necessário pensar em etiologias e em novas estruturas psicopatológicas (LANTÉRI-LAURA, 2000; IZAGUIRRE, 2011).

Para melhor entender o que seriam as estruturas psicopatológicas, dispomos do raciocínio de Lantéri-Laura a respeito do termo estrutura: o “[...] termo estrutura se encontra citado em francês desde 1530, como empréstimo do latim *structura* que queria dizer construção, edifício, disposição, organização” (2000, p. 181- grifo do autor). Em outras palavras, estrutura é, basicamente, a organização e a constituição de cada fenômeno da natureza, diferenciando os corpos e dando formas singulares a cada um (uma pedra é diferente de uma árvore, mesmo que ambos dividam o mesmo espaço no ambiente, cada um terá forma e estrutura diferentes).

Para ilustrar o nosso raciocínio sobre a estrutura, façamos uma analogia com um edifício, que precisa de uma base estrutural bem construída para que se sustente e se mantenha sólido, caso contrário, haverá rachaduras, fendas. No caso da psicopatologia há uma aproximação com o exemplo: se algo não foi bem constituído na estrutura psíquica do homem, rachaduras e fendas começarão a aparecer, ou seja, alguns sintomas começarão a emergir.

Como falamos, algumas disciplinas fora do campo da psiquiatria (psicanálise, linguística, semiologia, gestalt) expõem conceitos e formulações acerca do termo estrutura, o que não convém ao nosso trabalho detalhar cada um. O que nos importa é considerar a reorganização do lugar da psiquiatria (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 179) dentro do modelo das estruturas psicopatológicas. De forma mais objetiva, o modelo paradigmático das estruturas psicopatológicas organizava a psiquiatria em torno de tratar a oposição entre neurose e psicose, na tendência de separá-las da maneira como a psiquiatria clínica tratava os estádios do desenvolvimento psíquico. Quer dizer, a psiquiatria clínica se apoiava na teoria freudiana ao reforçar a importância dos elementos psíquicos (o narcisismo, o complexo de Édipo) para a organização da estrutura psíquica do sujeito, demonstrando como o mesmo iria se relacionar com o meio.

No entanto, no período das estruturas psicopatológicas, diversas disciplinas surgiram para discutir as questões psiquiátricas. A neurologia, por exemplo, surgiu como disciplina dedicada ao estudo das lesões cerebrais (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 220/1), mostrando outra discussão ao campo da psiquiatria. A clínica psiquiátrica passava a ser o segundo plano, indicando sinais de que a investigação da vida psíquica do sujeito perdia força e que a psiquiatria estava destinada ao modo empírico, baseada em atos observáveis e limitada a uma série de tarefas úteis (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 219). Portanto, a psiquiatria se firmava como disciplina baseada na observação dos sintomas, considerando os fenômenos para fundamentar a nosografia, na descrição dos sinais de acordo com as mudanças comportamentais do sujeito.

Enquanto a psiquiatria buscava um diagnóstico descritivo das doenças, o qual excluía a etiologia e elencava os sintomas que modificavam o comportamento do sujeito, Freud difundia a clínica psicanalítica, investigando a causalidade psíquica do sujeito. A causalidade psíquica ratifica a nossa posição subjetiva a partir da experiência inconsciente, ou seja, como nos relacionamos com o outro e como somos reconhecidos pelo outro. O presidente da República, por exemplo, ocupa este cargo porque a população o reconhece como tal. Quer dizer, para se tornar o que é, no caso presidente, faz-se necessário que o sujeito conceba a sua posição a partir do outro.

Portanto, a partir do fenômeno da causalidade psíquica, Freud propõe a ideia de que as estruturas clínicas – a neurose, a psicose e a perversão – não estão na ordem orgânica, mas na ordem do psíquico. As esquizofrenias¹¹, entendidas por Freud como psicose, “[...] tendem a resultar no embotamento afetivo, isto é, na perda de todo interesse no mundo exterior” (FREUD [1924] 2010, p. 180). Esse embotamento seria um desinvestimento do sujeito no mundo externo, criando fenômenos delirantes, incondizíveis com a realidade. Assim, Freud continua o raciocínio explicando a gênese dos delírios:

[...] algumas análises nos ensinaram que o delírio é como um remendo colocado onde originalmente surgira uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior. Se essa precondição, o conflito com o mundo externo, não é muito mais patente do que agora notamos, a razão para isso está no fato de no quadro clínico da psicose as manifestações do processo patogênico serem frequentemente cobertas por aquelas de uma tentativa de cura ou reconstrução (FREUD, [1924] 2010, p. 180).

¹¹ Freud escreveu a palavra esquizofrenia no plural provavelmente citando o grupo das esquizofrenias de Bleuler.

Convém lembrarmos que esta análise citada acima foi discutida anteriormente por Freud, no caso Schreber (em 1911) ao mencionar a formação do delírio como um produto patológico, na tentativa de reconstrução da realidade (FREUD, [1911] 1996, p. 78), permitindo ao sujeito a ressignificação da mesma. O delírio, nesse sentido, torna-se um produto peculiar da psicose, e não um sintoma que precisa ser excluído da vida e da mente do sujeito. Dessa maneira, podemos falar em um tratamento possível para a psicose, visto que a psicanálise toma o delírio como nova ferramenta de restabelecimento da realidade, permitindo ao paciente o estado de valor da fala e do sofrimento. Ou seja, se o paciente psicótico tem um delírio constituído, este deve ser interpretado como fonte de escuta. Esta atividade interpretativa é possível através do método clínico da associação livre, fundamental para que a reformulação da realidade seja realizada.

A associação livre é a regra fundamental da psicanálise que Freud criou para escutar seus pacientes, derivado de uma exigência interna da teoria psicanalítica para investigar seu objeto, o inconsciente. O método consiste no paciente falar livremente, tudo que vem à mente, com o mínimo possível de restrições, o que equivale dizer que Freud

[...] fazia seus pacientes assumirem o compromisso de se absterem de qualquer reflexão consciente e se abandonarem em um estado de tranquila concentração, para seguir as ideias que espontaneamente (involuntariamente) lhe ocorressem [...]. Deveriam comunicar essas ideias ao médico, mesmo que sentissem objeções em fazê-lo; por exemplo, se os pensamentos parecessem desagradáveis, insensatos, muito sem importância ou irrelevantes demais (FREUD, [1924] 1996, p. 219).

A hipótese freudiana diz que a fala auxilia o analisando a construir o discurso de suas ideias, ao mesmo tempo em que, ao falar para o outro, no caso o analista, permite a este ocupar o lugar de escuta, de alguém que recebe a fala do outro e que consegue analisar a posição subjetiva do analisando (CALLIGARIS, 1989). Neste ato de falar e escutar, a experiência analítica objetivava transferir a fala do sujeito para o lugar de que ele mesmo possa se ouvir, na medida em que fala para outro, permitindo que a palavra ressoe com mais intensidade e, assim, possa trazer efeitos para o analisando. O que importa é o lugar que o paciente ocupa; como o analista escuta esse lugar e inclui a fala no tratamento analítico (CALLIGARIS, 1989, p. 31).

Portanto, ao se promulgar a associação livre como método psicanalítico e a escuta como ferramenta direcionadora para a efetivação da associação livre, o delírio ganha outros valores; se a fala do paciente parece desconexa, carente de enredo linear, o delírio servirá

como uma espécie de organizador, à medida que o paciente fala para outro, o analista, que tem a ferramenta de escuta fundamental para possibilitar esta reconstrução da realidade, ao escutar as palavras como constituintes de um enredo. É a associação livre que possibilita transformar o delírio em algo importante, um produto da vida do paciente e, conseqüentemente, tirá-lo da margem de sintoma negativo para a saúde do paciente, que precisa ser excomungado.

A respeito da psiquiatria, sob o molde fenomenológico, o delírio recebe outro destino. Por se tratar de um fenômeno que precisa ser observado e tratado, o delírio ganha conotação de sintoma, um sinal de que o paciente não está bem, sendo necessária a cura da psicose através da eliminação do sintoma, ou seja, do delírio. Ao modo de estudo da psiquiatria, o delírio é um produto perigoso para a mente, dividindo o sujeito entre a realidade interna e externa, ou seja, a realidade que ele vê e acontece somente para si e a realidade que acontece para outros, pois, uma vez estabelecido, o sujeito se torna refém do descompasso da vida psíquica. No molde da psiquiatria, o esquizofrênico se divide em “duas mentes”: uma parte formada pelo delírio, como algo irreal, e a outra parte da mente lutando para permanecer na realidade ao tentar destruir a formação delirante.

Continuando com a definição de psicose, em Freud o estado psicótico “[...] destina-se a reparar a perda da realidade, contudo não às expensas de uma restrição com a realidade – senão de outra maneira, mais autocrática, pela criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, que foi abandonada” (FREUD, [1924] 1996, p. 206). Esta perda da realidade, associada à criação de uma nova realidade, poderia vir acompanhada de um comportamento, por parte do sujeito, voltado para o isolamento, chamado também de “[...] a perda do contato vital com a realidade [...]” (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 217) ou autismo. Até então, o autismo, como sintoma fundamental da esquizofrenia, desempenhava cada vez mais, um importante papel na relação da doença com o meio ambiente. Se antes a esquizofrenia apenas levava o aspecto do delírio em consideração, o autismo, por se tratar de um sintoma que desencadeava dificuldades do sujeito para se relacionar com o outro, ganha uma nova concepção semiológica:

Por um lado, é um sintoma único, global e totalizador, e a este aspecto têm as características de uma boa forma, no extremo oposto da concepção anterior fragmentada. Por outro lado, se apresenta, ao mesmo tempo, como um sinal e como a manifestação do processo mórbido, correspondendo assim, tanto à semiologia como à psicopatologia ou, para sermos mais exatos, seu primeiro aspecto tende a identificar-se, ao menos de forma parcial, com o segundo (LANTÉRI, LAURA, 2000, p. 217-18).

O conceito dado ao sintoma autístico começava a ganhar novos entornos: de uma psicopatologia do autismo. Isto significa que não conferia mais ao autismo o lugar de sintoma, pois existiam outros sintomas que caracterizavam o próprio autismo, indicando ocorrer um processo psicopatológico. Além disso, observava-se que as crianças não sofriam de esquizofrenia; pois não desencadeavam todos os sintomas; nem correspondiam a uma demência mental também e muitas delas tinham o coeficiente de inteligência nos padrões normais. Assim, o autismo passou por uma transição entre sintoma e distúrbio do desenvolvimento infantil.

De acordo com Cavalcanti e Rocha (2007), o sintoma autístico foi definido como um sinal de vazio mental, de isolamento social em várias nuances, indo do estado parcial (moderado) até o predomínio absoluto (severo) da vida interior da criança. Diante deste lugar de vazio cabível ao autismo, surge uma questão: como era possível definir um sintoma, o autismo, a partir de uma coletânea de outros sintomas?

A linha de raciocínio nos permite observar que as características reconhecidas no autismo, como lugar de vazio mental, por exemplo, vieram a partir do pensamento bleuleriano do sintoma autístico, o qual perdurou até o início dos anos de 1940. Nesta década, conforme a concepção de autismo era alterada, adquiria um conjunto peculiar de sinais diversos em relação aos que Bleuler apresentou inicialmente. Além do mais, a comunidade psiquiátrica teve pouca receptividade ao sentido atribuído ao sintoma autístico, por denotar semelhança a atos egóicos. A psiquiatria, portanto, requisitava uma alteração na semiologia do autismo. Esta mudança na semiologia ocorreu no ano de 1916, no livro de psiquiatria chamado *Lehrbuch der psychiatrie* (Compêndio de psiquiatria), em que Bleuler decide, publicamente, não usar mais a palavra autismo por ter criado uma confusão com a palavra egoísmo (SHORTER, 2008, p. 34).

Devido a esta controvérsia, a concepção sobre o autismo, assim como a esquizofrenia, dividia-se quanto ao significado: de um lado era definida por pensamentos autísticos (*autistic thinking*) e, do outro, por pensamentos conflituosos que resultavam na perda da realidade (*dereistic thinking*) (SHORTER, 2008, p. 34/5). O pensamento autístico (*autistic thinking*) seria o modo como o autista pensava, através de pensamentos isolados do meio social, devaneios, falta de conexão com a realidade externa e egocentrismo (ligado a pensamentos isolados, quando o sujeito só pensa em si e não consegue se comunicar o meio social). A perda da realidade (*dereistic thinking*) seria a ausência de pensamentos, de acordo com os

fatos da realidade e das experiências, seguida de raciocínio ilógico e idiossincrático. Embora ambos os termos estejam ligados diretamente, não há um sentido sinônimo entre eles, pois a perda da realidade enfatiza a desconexão com o mundo externo e o autismo enfatiza a preocupação com as experiências internas de si.

Diante do que o termo autismo acarretou para a comunidade psiquiátrica, Bleuler indicava uma incerteza sobre o seu uso, provavelmente sabendo dos riscos que o significado da palavra poderia acarretar no meio científico. Por outro lado, pensamos que Bleuler talvez não tenha acreditado na semelhança entre o sintoma autístico e o adjetivo “egoísta”. No início do século XX, autismo era um termo inédito que, provavelmente por este fator, provocou controvérsias no campo das esquizofrenias. Além disso, o esquizofrênico não era visto apenas como um louco, mas um sujeito que se isolava do outro e se fechava em si mesmo. Bastava o sujeito produzir um apego excessivo aos próprios interesses, sem demonstrar atenção pelo outro – algo que se creditava pelos psiquiatras ser um ato egoísta –, que possivelmente seria diagnosticado como esquizofrênico. Obviamente que um diagnóstico não poderia ser corretamente efetuado ao se basear na verificação destas características, ou seja, podemos considerar que essa definição do esquizofrênico – como egoísta – era incompleta para explicar um sintoma psicopatológico. Era algo a mais que existia no sintoma autístico, não sendo apenas uma descrição sintomatológica reduzida ao fechamento em si mesmo.

Conforme falamos no início deste subcapítulo, a experiência de Bleuler, referente aos estudos sobre a esquizofrenia e a repercussão do sintoma autístico, produziu um efeito ao redor do campo da psiquiatria infantil até a década de 1940. A retirada do sintoma autístico se efetuou, especificamente, com a publicação do artigo do psiquiatra Leo Kanner intitulado de *Autistic Disturbances of Affective Contact* (1943)¹², tornando o autismo um distúrbio infantil.

Primeiramente denominando de distúrbio autístico de contato afetivo e, posteriormente, de “autismo infantil precoce” (ROCHA; CAVALCANTI, 2007), Kanner investigou uma constelação de sintomas em onze crianças com idade inferior a onze anos, tais como: isolamento social, atraso na comunicação verbal e não-verbal (ou ausência completa dela) e grande sentimento de angústia quando a criança era transferida bruscamente para outro espaço físico (CAVALCANTI; ROCHA, 2007). Estes sintomas apresentavam uma série de riscos para o desenvolvimento psíquico da criança, pois foram constatados por Kanner que apareciam logo no início da vida, nos primeiros meses ou anos de vida.

¹² Para promovermos uma discussão mais apurada sobre o pensamento de Kanner, utilizaremos a versão original em inglês do texto do autor. No entanto, a versão escrita em português brasileiro pode ser encontrada com o título *Os distúrbios autísticos de contato afetivo*, presente no livro organizado por Paulina Rocha intitulado *Autismos* (1997).

Com este quadro de sintomas, Kanner lançou o autismo como uma nova psicopatologia. Tanto o autismo quanto a esquizofrenia foram apontados, a partir de então, como duas desordens mentais, ambas com determinadas particularidades. Assim, como dissemos anteriormente, o sintoma autístico inicial passou a ser definido como desinteresse pelas coisas do mundo logo nos primeiros anos de vida da criança, sendo por isso nomeado como autismo infantil precoce, ou simplesmente “autismo”. A esquizofrenia, no entanto, ocorria, especialmente, na fase da adolescência e início da fase adulta, quando o indivíduo desenvolvia um quadro de alteração dos pensamentos, dos afetos e das relações afetivas. Porém, a diferença entre ambos não se limitava à fase cronológica do desenvolvimento. Outras questões eram propostas para pensar o autismo e a esquizofrenia como duas psicopatologias.

Kanner (1997) observava que desde o início a criança dita autista¹³ apresentava a característica de se isolar do ambiente externo. Dessa maneira, parecia haver a negação do contato com a família, com o ambiente que circundava a criança devido à tentativa de se proteger de qualquer fator que a angustiava. Essa “não relação” com o mundo, digamos assim, constituiria o espaço por ela ocupado na família e manteria o ambiente sem mudanças bruscas para que houvesse o impedimento prévio de qualquer situação que ameaçasse o isolamento.

Estas observações sobre o comportamento da criança nos fazem analisar que a construção do autismo como distúrbio está diretamente ligada a mudanças do contexto histórico. Por exemplo, se antes a psiquiatria não se ocupava da análise da educação escolar oferecida para a criança, das dificuldades familiares que esta poderia estar vivenciando e das questões fisiológicas, a dizer, por exemplo, das dificuldades na fala, estes e outros fatores agora eram inclusos, de forma conjunta, na investigação clínica (CIRINO, 2001). Ao definir o autismo como distúrbio e não mais como sintoma, a psiquiatria colocava em cena a criança, pois observava que desde o início da vida havia um intenso sofrimento e que, além disso, a

¹³ Há uma longa discussão a respeito do tratamento designativo destinado à criança declarada autista, se deve ser chamada “criança com autismo” ou “criança autista”. Estamos no auge do politicamente correto e alguns pesquisadores evitam ou repudiam chamar “criança autista”. Para eles, denominá-la simplesmente autista é como se lhe retirasse a possibilidade de ter um contato com o outro, como se o autismo fizesse parte do ser da criança. Por outro lado, a denominação “criança com autismo” significa que ela é portadora de um distúrbio, mas que, apesar disso, o distúrbio não constitui quem ela é. O psicanalista Jean-Claude Maleval sustenta, por exemplo, que não é possível separar a pessoa do autismo (MALEVAL, 2010). Pensamos que não é preconceituoso ou desrespeitoso chamar o outro de autista. No entanto, o psicanalista Gabriel Balbo se diz contra ao termo criança autista, pois é como se fosse infligir um tratamento impossível à criança, tornando curável o incurável (2009). Diante de defesas e repúdios ao termo “criança autista”, preferimos chamar, a partir desta nota de rodapé e no decorrer do trabalho, de “criança dita autista” ou “criança com autismo”, isto é, formulando o sentido de que o outro a nomeia de autista.

criança não podia receber o tratamento de um débil mental ou de um esquizofrênico (KANNER, 1997, p. 156). Um novo diagnóstico era construído exatamente para colocar a criança em outro campo de tratamento ou, melhor dizendo, para incluí-la em *um* tratamento, já que estas crianças pequenas, em sua maioria, eram negligenciadas de observação clínica.

Através do contato direto com as crianças, Kanner observou três sintomas, como componentes necessários no comportamento infantil para que se desenvolva, na criança, o distúrbio autístico: a impossibilidade da comunicação, da linguagem verbal e não-verbal e do contato afetivo (CAVALCANTI; ROCHA, 2007, p. 45). Ao abordar estes fenômenos fundamentais do autismo, Kanner se ateve ao âmbito mental, pressupondo que “[...] os pais dessas crianças tinham muitas dificuldades para cuidar dos filhos e se perguntava até que ponto isso contribuiu para a formação dos sintomas que apresentavam” (CAVALCANTI; ROCHA, 2007, p. 47). Vejamos que neste primeiro momento, as autoras Paulina Rocha e Ana Cavalcanti afirmam que Kanner julgava os pais como os responsáveis pelo desencadeamento deste distúrbio, ao observá-los distantes afetivamente.

As principais características dos pais apontadas por Kanner eram o traço obsessivo dos relatórios, com todos os detalhes sobre os comportamentos do filho, pouco afetuosos e de nível intelectual elevado, o que justificava, para o psiquiatra, o motivo do distanciamento dos pais. Então, se estas crianças tinham pais intelectuais e distantes, quer dizer que a culpa pelo desencadeamento autístico seria deles? Se formos seguir esta justificativa de Kanner, ao afirmar que os pais eram vistos como incapazes de educar e cuidar de seus filhos, pressupomos uma lógica semelhante à alienação mental, período em que o tratamento era com base na reconstrução dos princípios morais no indivíduo. Em outras palavras, a terapêutica se baseava no treinamento e no resgate dos valores e mandamentos morais dos alienados, que tinham perdido o contato com a “realidade” do mundo exterior. Assim como o tratamento prescrito para a alienação mental, no tratamento para as crianças com autismo pressupunha-se, uma vez que os pais eram culpabilizados pela condição dos próprios filhos, que o quadro autístico das crianças poderia ser melhorado ou revertido por meio de uma orientação qualitativamente diferente dos pais e pela aplicação de métodos de condicionamento às crianças, fornecendo um suporte para que as mesmas pudessem viver minimamente independentes do outro.

Outra suposição realizada por Kanner estava relacionada à concepção biológica do autismo. Kanner afirmava que as dificuldades das crianças ditas autistas estavam na incapacidade *inata* de manter contato afetivo. Porém, isto não quer dizer que por ter a criança

nascido com as características peculiares do distúrbio autístico, Kanner estava desculpabilizando os pais. Ao contrário; estas características inatas eram transmitidas biologicamente pelos pais, mantendo a posição de que o comportamento era transmitido geneticamente. Acreditamos que Kanner, ao sugerir a incapacidade inata das crianças de manter contato afetivo, estava plenamente ligado ao tipo de pensamento científico de sua época, que começava a mostrar estudos ligados à neurobiologia (LANTÉRI-LAURA, 2000).

Assim, o autismo surge como outra patologia mental de ordem psiquiátrica. No entanto, na época em que o autismo foi tido como um distúrbio do contato afetivo, em meados dos anos 1940, a psiquiatria não era a única área que demonstrava interesse pelo tema. A psiquiatria estava próxima das questões biológicas e, conseqüentemente, dos estudos dos psicofármacos – medicamentos utilizados para o tratamento das doenças mentais. Concomitante a isso a psiquiatria estava marcada por uma crise paradigmática, quando se desvinculava das outras disciplinas nas quais se apoiava, como a psicopatologia, juntamente à vertente humanista. Essa crise diz respeito à presença da neurociência na psiquiatria, a qual introduziu uma nova prática medicamentosa, “Com o surgimento das primeiras drogas denominadas ‘antipsicóticas’” (IZAGUIRRE, 2012, p. 16), tornando os sinais comportamentais o foco do tratamento. Enquanto isso, a psicanálise estava suscetível de servir aos estudos da clínica (LANTÉRI-LAURA, 2000, p. 250), unida a outras disciplinas como a antropologia, a linguística. Ambas as áreas – psiquiatria e psicanálise – indicavam claramente as vertentes de trabalho, pois uma estava aplicada aos estudos biológicos e comportamentais e a outra, aos estudos clínicos, baseados no sofrimento psíquico enquanto leitura da história de vida do homem.

Não é possível julgarmos se no momento em que Kanner apareceu como teórico no cenário da psiquiatria infantil havia uma crise de conceitos, de teoria na psiquiatria. Possivelmente sim. Mas o que podemos afirmar é que Kanner vivenciava um tempo de divisões entre as áreas do conhecimento, como a psicanálise e as ciências cognitivas. Devemos considerar que Kanner, ao pressupor o autismo como um distúrbio de ordem biológica e comportamental, estava mergulhado no campo da psiquiatria e das ciências cognitivas e neste espaço, conseqüentemente, ambas as áreas, unidas entre si, estavam dispostas a reconhecer os efeitos terapêuticos dos psicofármacos como aliados nos tratamentos psiquiátricos. Para Kanner, começava um discurso psiquiátrico limitado a um domínio clínico unívoco. As referências psicopatológicas se multiplicavam sem que nenhuma fosse imposta a outra. Então, a psiquiatria dinâmica, a fenomenologia, as concepções

cognitivas se uniram para estabelecer um domínio sobre o método de tratamento, juntamente a três tipos de medicamentos: os neurolépticos, os ansiolíticos e os timolépticos (KANNER, 2000, p. 252).

No ano de 1943, ainda não havia sido descoberto nenhum neuroléptico (antipsicótico), ansiolítico (remédio contra fobias e distúrbios de ansiedade) ou timoléptico (antidepressivo). Na área da psiquiatria, a descoberta do uso desses tipos de medicamentos só foi apresentada ao público poucos anos depois, em 1952, quando foi introduzido no mercado a clorpromazina – o primeiro antipsicótico a ser vendido. Coincidentemente ou não, neste mesmo ano, é lançada a primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, o DSM-I, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, mas por ainda não ter um critério diagnóstico¹⁴ para o autismo, ele não foi incluído na primeira nem na segunda versão do DSM, em 1952 e 1968.

Observemos que no DSM-I o autismo foi descrito como um sintoma da “‘Reação Esquizofrênica, tipo infantil’, categoria na qual eram classificadas as reações psicóticas em crianças com manifestações autísticas (APA 1952 *apud* COUTINHO et al, 2013)”. Nesta categoria, constata-se o autismo como sintoma da esquizofrenia infantil, demonstrando dessa maneira, a marcante contribuição de Bleuler ao campo das esquizofrenias, perdurando ainda na década de 1950. Então, na primeira edição do DSM comprova-se que o autismo estava incluído como sintoma psicótico, elucidando as manifestações autísticas como características de crianças esquizofrênicas.

Do DSM-I, de 1952, para o DSM-II, em 1968, a mudança na descrição psicopatológica da esquizofrenia apenas eliminou o termo “reação”, classificando-a como “Esquizofrenia tipo infantil” (COUTINHO et al, 2013), categoria equivalente à “Reação Esquizofrênica” do DSM-I (COUTINHO et al, 2013). Percebamos que as características autísticas continuaram também na segunda edição do DSM como sintoma das manifestações da esquizofrenia na infância.

Para os psiquiatras, era necessário que o autismo fosse cientificamente estudado para, enfim, ser considerado um transtorno infantil, o que o transformaria, conseqüentemente, em uma categoria no DSM. No intuito de classificar o autismo como transtorno psiquiátrico, nos anos de 1960 e 1970 foram envolvidos critérios de diagnóstico em diferentes indivíduos

¹⁴ O DSM, sem a existência de um critério diagnóstico, não tinha como construir dados estatísticos para averiguar a população acometida por alguma psicopatologia, como também não tinha condições de categorizar e classificar as doenças mentais (JERUSALINSKY, 2012a).

que apresentavam algumas características típicas do autismo. Os critérios diagnósticos eram e são, até hoje, baseados nos sintomas, com enfoque descritivo, buscando a neutralidade diante das teorias etiológicas (COUTINHO et al, 2013). Dito de outra forma, considerando o sistema empírico, ou seja, a observação dos comportamentos do indivíduo, os sintomas são observados de acordo com sinais que afetam o comportamento do indivíduo, que comprometam os aspectos afetivo, social e cognitivo. Nesta lógica, os critérios diagnósticos são baseados nas características apresentadas por Kanner em 1943, tais como: isolamento social em tenra idade, movimentos repetitivos e estereotipados e atrasos na comunicação verbal e não-verbal. Todos os três domínios sintomáticos ajudaram a construir os critérios de classificação diagnóstica do autismo.

Ao seguir a base dos critérios descritivos do diagnóstico dos transtornos mentais, em 1980 a APA publicou mais uma edição, o DSM-III, o qual incluiu um novo conceito das psicoses precoces da infância, através da nova categoria chamada Perturbações Difusas do Desenvolvimento Infantil, compondo o autismo como subtipo destas psicoses. Na *Edição Revisada do DSM-III* (1987) visíveis inovações foram estabelecidas, com clara distinção entre o autismo e a esquizofrenia infantil, apoiados nos estudos de Kanner, quando este propôs, em 1943, o autismo como distúrbio. Com o nome de “transtorno autístico”, foram criados 16 critérios específicos para a confirmação do diagnóstico psiquiátrico. Porém, dos 16 critérios, era necessário, pelo menos, a confirmação de 8 critérios para estabelecer o diagnóstico, sempre considerando os três domínios: relação social, comunicação verbal/não verbal e repertório limitado de atividades. Os 16 critérios auxiliaram para a construção da quarta edição do DSM, o qual reduziu para 12 critérios, permanecendo os mesmos domínios a pouco citados. Além disso, a edição do DSM-IV criou uma nova categoria, denominada “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” (TID). Esta categoria manteve o autismo como referência para a nova classificação, atribuindo causas hereditárias e orgânicas para o diagnóstico infantil precoce. Os TID’s, assim chamados, incluíam além do autismo outros transtornos, como o transtorno de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e o transtorno de Asperger, todos podendo ser diagnosticados logo nos primeiros anos de vida da criança. Assim, o autismo deixa de fazer parte dos quadros psicóticos, estabelecidos para os casos tardios (casos de esquizofrenia após os dois anos de idade).

A partir do DSM-III o manual começou a abandonar a teoria psicanalítica, aparecendo o autismo pela primeira vez como entidade nosográfica. Neste momento, o autismo sai, definitivamente, do lugar de sintoma da esquizofrenia e se revela como transtorno

independente da psicose (COUTINHO et al., 2013). Pudemos constatar isso através dos dados históricos oferecidos por Lantéri-Laura no livro *Ensaio sobre os paradigmas da psiquiatria moderna* (2000), os quais tivemos a possibilidade de verificar que a psicanálise foi utilizada como fonte teórica pela psiquiatria, o que significa dizer que em certo período da história as duas ciências se entrecruzaram. Durante a mudança entre um paradigma e outro, especificamente no período das doenças mentais e das estruturas psicopatológicas, a psiquiatria e a psicanálise tomaram rumos distintos. E com isso, a questão que nos intriga, neste momento, é como a psicanálise contribuiu para o estudo da constituição do autismo.

Isto tem a ver com o rompimento da psicanálise e da psiquiatria, no momento em que a primeira se via com a herança clínica que Freud deixou e a preocupação com as causas do desenvolvimento dos sintomas e das patologias. Para verificarmos como a psicanálise se ocupou do autismo, tomaremos como diretriz de discussão a prevalência das duas características básicas no autismo, os automatismos e o fracasso na construção de redes de linguagem (JERUSALINSKY, 2012a).

O automatismo é a maneira da criança brincar com objetos de maneira automática, repetitiva, sem uma relação criativa, ou seja, sem articular modos de brincar com o objeto, delimitando a brincadeira a um único modo. Para ilustrar a relação criativa, pensemos na bola como brinquedo que a criança pode se entreter de diversas maneiras: quicar a bola no chão, posteriormente na parede, para depois jogá-la no ar e, por fim, jogá-la para uma pessoa ao lado. Com o automatismo, apenas uma alternativa por vez será viável. Assim a criança poderia, por exemplo, apenas quicar a bola contra o chão inúmeras vezes, sem trocar de atividade. O lúdico é desenhado por estas repetições estereotipadas, que podem converter-se também em batidas da cabeça na parede ou balançar o resto do corpo repetidas vezes.

Já a falha na construção de redes de linguagem é percebida por uma demonstração de carência afetiva, por parte da criança, impedindo-a de entrar na relação familiar e social (JERUSALINSKY, 2012a, p. 60). É por isso que podemos encontrar uma criança isolada de outras crianças na escola, preferindo brincar sozinha com alguns objetos, alheia às atividades recreativas realizadas em grupo.

É devido a essas duas características estereotipadas que possivelmente o autismo foi colocado como distúrbio precoce da infância, pois as estereotipias demarcavam outras características, como a ecolalia e a não adaptação a mudanças de espaços físicos. Poderíamos pensar que o comportamento estereotipado da criança é uma maneira de readaptação ao meio externo, como se fosse possível reparar a realidade através da criação de uma nova realidade

(FREUD [1924] 2010)? Primeiramente, para discutirmos esta possibilidade de reconstrução da realidade feita pela criança, é necessário que a mesma esteja no campo da linguagem, isto é, no campo do Outro e, conseqüentemente, inscrita no mundo.

O Outro, com ‘o’ maiúsculo, para a teoria lacaniana, é a inserção do ser na linguagem. O Outro é o que nos “vigia”, no instante em que somos capturados pela linguagem. Parece paranoico dizer que alguém, uma pessoa, não pára de nos vigiar. Mas não é bem assim. Lacan utiliza o Outro como uma metáfora, ou seja, o Outro não é uma pessoa, e, sim, uma instância psíquica, que apresenta o sujeito à linguagem. É isto o que nos constitui como humanos, como sujeitos, submetidos ao poder da linguagem, estando por “baixo”, sob a vigilância do olhar o Outro.

Voltando ao texto freudiano, para haver a perda da realidade seria possível a inscrição de dois estágios, “[...] dos quais o primeiro arrancaria o Eu da realidade, dessa vez, enquanto o segundo tenderia a corrigir o dano e restabeleceria a relação com a realidade à custa do Eu” (FREUD [1924] 2010, p. 217).

Por isso, o psicótico estaria na emergência de encontrar uma significância à realidade por ele construída. É preciso uma amarração com a realidade e, para o psicótico, esta ligação se dá na tentativa de simbolizar a realidade por ele construída. O caso do presidente Schreber é um exemplo de psicose paranóica, que ao longo dos anos e das internações em instituições psiquiátricas, Schreber desenvolveu estados alucinatorios, como a ideia de ser transformado em mulher (FREUD, [1911] 1996, p. 31). O pensamento homossexual de Schreber faz parte da construção alucinatoria e corresponde ao mecanismo de formação dos sintomas, ajudando-o a substituir percepções internas para a realidade. Em outras palavras, a alucinação é aquilo que faltava para sustentar o psicótico na realidade. Portanto, se antes do processo alucinatorio parecia que a realidade não correspondia à vida do sujeito, impedindo-o de sustentar a realidade, depois da construção da própria realidade, através do sintoma, há a tentativa de construir o simbólico.

Continuando com a perda da realidade na psicose, podemos concluir que esta significação “[...] pode situar a criança como ancorada no espelhamento unívoco à mãe [...]” (JERUSALINSKY, 2012a, p. 17), o mesmo que dizer que a criança estaria amarrada ao olhar da mãe, único e inseparável, situando àquela ao estado psicótico. O olhar, para a psicanálise, trata em “[...] distinguir a questão do olhar e a da visão. Sabemos que os bebês cegos respondem ao olhar de suas mães: eles sorriem tocando seu rosto, eles se viram escutando sua

voz” (LAZNIK-PENOT, 1991, p. 32), tornando-o, assim, o primeiro ponto de significação da realidade.

Portanto, o olhar é uma metáfora psicanalítica que engloba a relação através da voz, da pele ou até do próprio olhar, enquanto sentido da visão. A questão está ancorada no efeito da linguagem dada à criança, em como ela responde ao toque, ao som da outra pessoa. O segundo ponto estaria na falha desta significação, ou melhor, na ausência do olhar. Pensamos que o autismo estaria situado neste segundo ponto, em uma direção precedente a qualquer construção de uma realidade, a dizer de uma emergência. Sendo assim, no autismo seria o não-olhar entre a mãe e o filho (LAZNIK-PENOT, 1991, p. 31).

Convém pensarmos que o filho não se faz presente na relação porque não responde ao olhar materno. Complementando este pensamento, a causa disso, digamos, não estaria na ausência da mãe, mas na “[...] radical ausência do desejo materno em relação ao filho autista” (JERUSALINSKY, 2012a, p. 18). A mãe pode se fazer presente fisicamente a todo o momento. No entanto, a questão primordial está exatamente no olhar materno. Então, como fazer o outro desejante, no caso o bebê, a responder aos pedidos da mãe, se esta nega, em seu discurso, a presença do filho, apagando qualquer possibilidade de marcar um desejo nele?

As determinações genéticas podem até ser influentes para o desencadeamento do autismo e para a falha no desenvolvimento afetivo. Entretanto, como afirmou Jerusalinsky (2012a, p. 59), o fator genético é levemente variável entre um sujeito e outro e pouco influencia no desenvolvimento psíquico em comparação com a marca simbólica; do olhar do outro, através do qual o homem constitui a afetividade, as relações sociais, por exemplo.

Estas questões referentes ao desenvolvimento psíquico já eram tema de interesse de Freud. No início do século XX, através do texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD [1905] 1996). A psicanálise apresentou o estudo da constituição psíquica do sujeito na infância. Foi a partir deste texto que a psicanálise, por exemplo, considerou o infantil como elemento de escuta para o sofrimento psíquico. Neste ensaio Freud busca afirmar que a criança, desde o início da vida, apresenta sinais que a predispõe uma atividade sexual: chupar o dedo, exhibir suas partes íntimas para o outro, ficar se olhando, controlar os esfíncteres como modo de satisfação, de prazer. “A característica mais nítida da atividade sexual da criança é que ela, primordialmente, se dirige para o próprio corpo como objeto de satisfação e não para outra pessoa” (CIRINO, 2001, p. 59).

Isto faz parte dos primeiros passos do desenvolvimento psíquico. Para ilustrar o conceito, utilizemos como exemplo uma criança de aproximadamente seis meses de vida.

Nesta idade a criança ainda não anda, não fala, não come sozinha, depende do outro para fazer as atividades cotidianas. No entanto, a atividade solitária que a criança desfruta, ao obter satisfação com o próprio corpo, como falamos a pouco, parece uma “[...] forma de reação à dependência radical ao Outro. Ela [a criança] depende do outro não só para sobreviver, em função de sua realidade biológica extremamente frágil; depende também do Outro [...] para torná-la humana, desejante” (CIRINO, 2001, p. 59).

Portanto, esta dependência do outro é importante para o aprendizado da criança, faz com que ela reconheça as pessoas que estão ao seu redor. Aos seis meses a criança consegue reconhecer a figura do pai, da mãe, do irmão ou irmã, da babá, etc. Ela sorri para quem reconhece ou fica com raiva quando é contrariada. A relação de total dependência do bebê indica o reconhecimento da imagem do outro e é o primeiro indício de que a criança está no campo dos laços sociais. Entretanto, antes da criança identificar os entes próximos, existe um momento em que ela reconhece a própria imagem no espelho. Ora, entre os primatas não-humanos, o chimpanzé também reconhece a própria imagem refletida no espelho. A diferença entre a criança e o chimpanzé está na ludicidade que a criança experiencia com o ambiente, o que não acontece com o primata.

O lúdico, no caso acima descrito, está na inteligência superior da criança em comparação com a do chimpanzé. O primata olha para a imagem refletida no espelho e é como se lançasse a pergunta: que imagem é aquela refletida no espelho? Ocorre um estranhamento: ele olha diversas vezes para a imagem, se aproxima, bate no espelho até se desinteressar pela imagem. Neste desinteresse pela imagem refletida no espelho, o chimpanzé sai de cena e não dá mais importância para a sua imagem. Isto ocorre porque os chimpanzés, não se deslumbram pela imagem refletida no espelho, enquanto a criança, ao contrário, fica atraída, maravilhada pela imagem que lhe pertence. O primeiro deslumbramento da criança, portanto, concerne em ver a própria imagem refletida no espelho.

Esta experiência lúdica permite à criança que outra pessoa se envolva neste processo de espelhamento. Por ainda não ter a capacidade de se locomover sozinha, a criança precisa de outra pessoa para segurá-la e levá-la ao espelho, sendo geralmente a mãe ou a babá a realizar estas atividades. Para o bebê, é uma experiência fascinante, pois ele consegue ver a sua imagem e a imagem da mãe de uma só vez em um único espaço, o espelho. O curioso desta experiência é que o bebê visualiza as duas imagens, dele e da mãe, de maneira indissociável porque, até este momento, a criança não se deu conta de que há duas pessoas

diferentes diante do espelho. Para o bebê os corpos são um todo e não uma parte separada, ou seja, não há distinção entre o corpo da mãe e o corpo do bebê.

Este processo de identificação com a imagem do outro foi construído pelo psicanalista Jacques Lacan, em 1949, no texto intitulado *O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica* (LACAN, 1998). É um texto que marcou a entrada de Lacan na psicanálise (PORGE, 2006, p. 67), ao anunciar o estágio do espelho como formador do desenvolvimento psíquico e como porta de entrada da criança na matriz simbólica.

Para que o leitor entenda o que é a matriz simbólica, afirmamos que o estágio do espelho é a própria matriz simbólica (PORGE, 2006, p. 70), pois é através do estágio que a criança encontrará o lugar da linguagem na constituição psíquica. Assim, pensemos que a matriz é um núcleo complexo formado no campo da linguagem, cuja presença é fundamental para colocar a criança no circuito de identificação com o outro. Isto se dá, por exemplo, no momento em que a mãe segura o bebê enquanto ele vê a própria imagem no espelho. A identificação ocorre, no primeiro momento, com a imagem do outro, que introduz a criança no universo da linguagem, através das primeiras palavras da mãe dirigida ao bebê ou, pegando o gancho com o exemplo dado, quando a mãe fala com o bebê enquanto este olha as imagens (sua e da mãe) refletidas no espelho. O contato inicial com estas imagens refletidas resulta na descoberta do eu, ainda ancorada com a imagem do outro.

Portanto, a descoberta do eu promove a primeira identificação com o outro. Este momento se dá na fase dos seis aos dezoito meses de vida, idade em que ocorre uma “[...] transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (LACAN, 1998, p. 97), a imagem refletida no espelho como pertencente a ele. Antes disso, há a distinção do eu proposto pela psicanálise: o *moi* e o *je*, ambos em francês e com o mesmo significado em português – eu –, mas com importantes peculiaridades entre si. O *moi* é o eu em posição de objeto, tempo em que a criança se vê a partir da imagem do outro. É a primeira fase do eu, quando a criança está no processo de aquisição da linguagem e ainda se denomina em terceira pessoa (nesta fase de identificação do eu a criança não diz *eu quero*, mas *ele quer*, como se o eu fosse indissociável do outro). Com a identidade do eu dada pelo Outro, o *je* se desenvolve em posição de sujeito, aquele em que é promovida a experiência psicanalítica do inconsciente. O sujeito *je* se reconhece a partir dos seus atos, derivados da própria certeza da experiência pensante. Portanto, a matriz simbólica é um processo que une a experiência da imagem

unicamente especular (o *moi*) à experiência social do eu simbólico (*je*), o eu do inconsciente¹⁵ (LACAN, 1998).

Do ponto de vista da psicanálise, a passagem do *moi* para o *je* marca um salto no desenvolvimento psíquico da criança, porque anuncia o momento de regozijo. Como Lacan diz, a experiência jubilatória parece “[...] manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [*eu*]¹⁶ se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro, e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (LACAN, 1998, p.97). A experiência jubilatória é o ato de deslumbramento da criança com a própria imagem. É o tempo em que a criança olha para o espelho, vê-se nele, olha para trás e percebe que a imagem pertence a ela. Em outras palavras, a experiência da metáfora do espelho é o princípio formador do eu, através da imagem de si e do outro, instituindo a criança no mundo da linguagem.

O estágio do espelho é uma metáfora construída por Lacan para mostrar de que maneira ocorre o desenvolvimento psíquico, como também para demonstrar que o psiquismo não é inerente à natureza humana e que a criança não precisa de um espelho real para que o psiquismo se desenvolva. Na verdade, o estágio do espelho é uma experiência “[...] ontológica, pela qual o ser humano se constitui numa identificação com seu semelhante” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 194).

Dizer que o estágio do espelho é uma experiência ontológica, ou seja, inerente ao ser humano, não equivale a dizer que é um processo psíquico que ocorre em todas as crianças nos primeiros meses de vida, ou que independe de outros “[...] processos neuro-maturativos e genético-ambientais” (JERUSALINSKY, 2012b, p. 106). Para que haja o equilíbrio no desenvolvimento da criança é necessário considerar que estes processos estão indissociados do desenvolvimento psíquico.

Dessa maneira, entendemos que a criança bem desenvolvida neurologicamente passará pelo estágio do espelho como o primeiro processo de constituição do eu. A entrada neste primeiro processo pressupõe a outra pessoa não existente como outra, mas como uma unidade corporal ligada à identidade do eu, isto é, o eu e o outro são únicos, inseparáveis, de acordo

¹⁵ Neste momento Lacan anuncia um outro tipo de pensamento com relação ao inconsciente: deixa de ser uma instância interna para se constituir como uma experiência social. Não há mais a separação dicotômica do consciente – a parte externa do aparelho psíquico freudiano – e do inconsciente – a parte interna. O inconsciente se torna uma experiência do sujeito quando é fundido com a matriz simbólica. Esta proposta é apresentada no primeiro parágrafo de *O estágio do espelho*, quando Lacan (1998) comunica que o objetivo do texto é esclarecer a função do eu (o *je*), como uma experiência psicanalítica, oposta a qualquer filosofia ligada ao pensamento dicotômico.

¹⁶ Este *eu* ao qual Lacan se refere, entre colchetes, é o *eu* do inconsciente (*je*).

com a primeira vivência do eu (*moi*) do bebê. A psicanálise nomeia esta identificação primária de alienação porque o eu está alienado ao desejo do Outro. Além disso, é a alienação que dirige o eu do bebê para aquele estado de júbilo (experiência jubilatória), de encantamento, quando ele descobre que o corpo do outro não é o mesmo que o seu, que há outra pessoa ao seu lado.

Entendendo que a experiência metafórica do espelho não está presente em todas as crianças, no estado autístico o estágio do espelho é anulado, havendo uma falha na instauração do mesmo (JERUSALINSKY, 2012a, p. 17). No entanto, ao dizermos que nem todas as crianças apresentam o estado de jubramento ao ver a sua imagem, queremos dizer também que, muitas vezes, esta experiência sendo singular, não é percebida pela família da criança que o atravessa. Geralmente, algumas mudanças apenas são percebidas pelos pais por volta dos dois anos meio de vida da criança, período em que normalmente ela fala, anda ou faz pedidos. Porém, é possível observar o desenvolvimento psíquico da criança logo nos primeiros meses de vida, antes dela apresentar sinais mais óbvios, como atraso na fala e isolamento social, através da metáfora do estágio do espelho, verificando como a criança se encontra alienada a imagem do outro e segundo, se há a dialética de identificação com o outro (LACAN, 1998, p. 97).

Podemos perceber que Jerusalinsky (2012a), ao relatar a falha na instauração do estágio do espelho, descobre que a criança com autismo não atravessou realmente o primeiro momento deste estágio, o da fusão com o corpo da mãe. A criança, ao contrário, foi diretamente para o tempo da dialética, ou seja, do momento da saída da alienação para o estado de separação do eu, do contato com o outro. Este salto de um momento para o outro acarreta perigo para a criança, porque seu psiquismo não foi preparado e nem estruturado antecipadamente para receber o outro como diferente de si. Não há um deslumbramento, um júbilo, como esperado no estágio do espelho. Há um choque, uma atemorização ao sentir o outro tocar o seu corpo ou olhar para si (no caso o bebê). Para Balbo e Bergès o estágio ocorre na criança “[...] unicamente quando sua relação ao espelho pode ser de modo duplamente significante, que a criança pode escolher estabelecer com seu próprio reflexo, portanto com seu próprio corpo, uma relação narcísica” (2003, p. 46). A dupla descoberta, que é o encanto com a própria imagem e com o corpo sendo refletido, permite ao bebê entrar no processo narcísico e na escolha do amor objetal.

Como dissemos antes, a criança, ao ver-se diante do espelho, geralmente tem a mãe ao seu lado, que diz: “É o João que você está vendo no espelho. É você”. A mãe nomeia o filho,

apresenta-o para ele próprio. Entretanto, parece que a criança *dita* autista não se reconhece ou nada vê, pois “Antes da experiência do estádio do espelho, descoberta por Lacan, a criança não vê nada de si no espelho. Ele não se vê aí; não porque ela se tomaria por outro, mas porque o próprio espelho lhe é estranho” (BALBO; BERGÈS, 2003, p. 45). É este estranhamento que a criança com autismo vivencia, pois ela não atravessa a experiência do estádio do espelho, impedindo-a de reconhecer a própria imagem e, portanto, repercutindo na não-relação especular e na recusa desse grande Outro, a linguagem.

Por isso, o estádio do espelho é considerado a primeira etapa do desenvolvimento do Eu, com “e” maiúsculo, representando o *eu* do inconsciente, aquele que está estruturado como uma linguagem. No mesmo sentido, o estádio do espelho promulga o surgimento da identificação com a *imago*, a imagem, ligando o sujeito a situações sociais (LACAN, 1998, p. 101). Como na criança dita autista não ocorre o reconhecimento da própria imagem, significa que ela não atravessou o estádio do espelho.

Então, ao ver sua imagem, a criança pode reagir com estranhamento, ou seja, presenciar o próprio espelho como algo estranho, não pertencente a ela ou, ainda, não mostrar reação alguma, como um estado de desinteresse. E, como Lacan nos diz, se o estádio do espelho “[...] faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro (LACAN, 1998, p. 101), isto quer dizer que a criança somente irá reconhecer a própria imagem refletida no espelho a partir do reconhecimento da imagem do Outro. É um processo circular, podemos assim dizer, que anuncia uma condição na seguinte forma: se eu reconheço você, você reconhecerá a si mesmo a partir da própria imagem e, por fim, este auto-reconhecimento irá permitir que você me reconheça. Para ficar mais claro, digamos que a mãe reconhece o filho, e este reconhece a própria imagem refletida no espelho para, finalmente, poder reconhecer a imagem da mãe como pertencente ao corpo da mãe. Lacan, ao falar da passagem do surgimento do sujeito a partir da mediatização do desejo do outro (1998, p. 101) significa que o ato de reconhecer a imagem do filho é o que permite introduzi-lo na condição de sujeito desejante e, portanto, imerso na linguagem.

Esse traço de entrada no desejo, passando pela via do estádio do espelho é, para Lacan, uma experiência inseparável do narcisismo, isto porque Lacan introduz o estádio como uma etapa do desenvolvimento psíquico situado entre o autoerotismo e o narcisismo. Então, do autoinvestimento libidinal (o autoerotismo), para o jubramento da descoberta do outro (estádio do espelho), temos a entrada do narcisismo na vida psíquica do sujeito.

O estágio do espelho, apoiado no texto *Introdução ao Narcisismo* (FREUD, [1914] 2010), propõe apresentar questões antecedentes ao surgimento do narcisismo enquanto etapa do desenvolvimento psíquico, ao identificar a resposta do bebê ao olhar do outro (normalmente o da mãe), a resposta a outros estímulos, como sorrisos, reconhecer o próprio nome, aceitar ir para o braço do outro quando solicitado. O contrário destas características significa o não-olhar, resultando em não sorrir, não reconhecer a voz da mãe e sinaliza uma grande dificuldade na relação especular com o Outro. Dessa forma, o olhar materno permite que o estranhamento causado pela criança logo resulte em um reconhecimento da própria imagem e, portanto, na entrada narcísica da criança, crucial para o surgimento do sujeito.

Por isso,

[...] uma não-instauração da relação especular [...], me parece, colocar em evidência patologias que traduzem certamente uma não-instauração da relação simbólica fundamental – a presença/ausência materna – mas não por falta do tempo de ausência [...], mas sobretudo, por uma *falha fundamental da própria presença original do Outro*, tendo como consequência a impossibilidade da instauração do tempo constitutivo do imaginário, e então do eu, através da relação especular com o Outro (LAZNIK-PENOT, 1991, p. 32/3 – grifos da autora).

A não-instauração da relação especular trata da falha na instauração do narcisismo primário. Se não há o reconhecimento *da imagem* do outro no autismo, é possível pensar, então, que não há *qualquer* reconhecimento do outro. Na constituição autística o que ocorre é justamente esta falha de reconhecimento da imagem especular, refletida na ausência ao olhar do outro.

Estamos falando dos primeiros meses de uma criança e da importância em observar os primeiros signos, como por exemplo, se a criança vira o rosto quando chamada, se gosta de ser acariciada pela mãe ou por alguém próximo, se aceita alimentos líquidos e a introdução dos primeiros alimentos sólidos. Sinais mais graves – estereotípias e automutilações – só aparecem por volta dos dois anos de idade (LAZNIK-PENOT, 1991, p. 31), podendo trazer consequências graves e um desenvolvimento tardio da criança.

Continuando o pensamento, Lacan (1998) afirma que este processo que antecede a formação do sujeito pode ser chamado de “identificações primárias”, nas quais está circunscrito o momento inicial de reconhecimento do próprio corpo. Assim, Lacan sustenta, sobre as identificações primárias que

[...] se quiséssemos reintroduzi-la num registro conhecido, no sentido em que ela será também a origem das identificações secundárias [...] essa forma situa a instância do *eu*, desde antes de sua determinação social, numa linha de ficção, para sempre irreduzível para o indivíduo isolado – ou melhor, que só se unirá assintoticamente ao devir do sujeito, qualquer que seja o sucesso das sínteses dialéticas pelas quais ele tenha que resolver, na condição de [*eu*], sua discordância de sua própria realidade (1998, p. 97/8 – grifos do autor).

A identificação primária é determinante para a identificação secundária, quando a criança estará destinada à alienação, ao encontro unificado com o outro. A alienação faz parte da lei da linguagem porque submete a criança a ver o outro como si mesmo, o seu corpo alienado à imagem do outro. Isto ocorre porque a metáfora da experiência do espelho conduz a criança à experiência de ver seu corpo despedaçado, mas ao identificar-se com a imagem do outro, a sua imagem passa a fazer parte desta outra imagem, ajudando-o a unificar a forma total do corpo. Então, a imagem corporal é dada pelo outro. O bebê se olha e quem dá a sua instância é o outro, a mãe, geralmente. Isto é constituinte do sujeito.

Em outras palavras, estamos alienados ao desejo do Outro, este com ‘o’ maiúsculo, por ser o outro da linguagem, a instância maior que constitui o sujeito. Se somos capturados pela imagem do Outro, então a presença da imagem da outra pessoa torna-se uma aliada para a constituição da criança na linguagem. Nessa passagem ao Outro, o estágio do espelho se conclui quando ocorre a transformação do eu especular em eu social (LACAN, 1998, p. 101). O *eu* se desloca para o campo do Outro.

Se pensarmos que a criança dita autista não atravessa o tempo da alienação e, então, não reconhece a sua imagem refletida, podemos afirmar que no autismo há a exclusão do Outro, o que nos leva a refletir que o Outro não existe e, sendo assim, a criança está em um roteiro de autoexclusão, ou melhor, “[...] fora do território da linguagem” (JERUSALINSKY, 2012a, p. 10). Para entendermos e questionarmos esta afirmação de Jerusalinsky, devemos nos ater às palavras. Neste caso, fixemo-nos na palavra exclusão. Do verbo excluir, a palavra exclusão significa ser incompatível com; afastar; pôr à margem; retirar (HOUAISS, 2010). Interpretamos que a exclusão acompanha a lógica da incompatibilidade com o outro, no caso aqui, da exclusão pela incompatibilidade do grande Outro. Isto tem a ver com a criança que desvia o olhar quando a mãe ou o pai, por exemplo, olham de volta para ela. Lembremos que isso está na ordem do Outro enquanto processo inconsciente do psiquismo.

Pensamos, ainda, que o significado de exclusão possibilita o entendimento de que, para excluir, é necessário que o Outro se faça presente. Então, existe uma sutileza na palavra exclusão que é justamente essa presença continuamente em exclusão. E mais, se excluir o

Outro significa a instauração do autismo, por que dizer que está fora do campo da linguagem? Dizer que o autismo é a recusa do Outro, pressupõe pensarmos que *existiu* um Outro ou, ao menos, houve a possibilidade da entrada do Outro no campo da linguagem. É como se houvesse uma pré-existência do Outro, mas que, por algum evento no circuito psíquico, este grande Outro, a linguagem, não pudesse ser determinante na constituição psíquica.

Se o fracasso na instauração da imagem, no autismo, está na falta da identificação primária do Outro, não significa, necessariamente, afirmar que não há uma linguagem, uma pré-existência do Outro. Neste caso, um título do artigo de Jerusalinsky propõe um raciocínio semelhante: *Um autista merece a chance de se constituir como sujeito* (2012b). Este título nos mostra que é possível a pré-existência do grande Outro no autismo, mas ainda não totalmente instaurado. De maneira que, a alienação faça efeito para a criança e que a sua imagem cole, inicialmente, na imagem do outro. Ou melhor, existe a possibilidade da criança se constituir na língua e, sendo assim, para que ocorra a emergência de um sujeito, é necessário um trabalho de reconhecer a pré-existência deste Outro, o que seria um “[...] ato de reconhecimento recíproco (uma identificação especular)” (JERUSALINSKY, 2012a, p. 10), como propõe a identificação primária. No entanto, Jerusalinsky afirma que este reconhecimento se daria fora do campo da linguagem.

De maneira contrária, pensamos que a criança dita autista não está totalmente fora do campo da linguagem. O que nos parece é que o autismo não está totalmente fora do espaço do Outro. Vemos muitos exemplos de crianças que ao desenvolver a fala, mesmo que ecológica, mostram que há a aproximação de uma linguagem ainda em constituição. Por isso, consideramos que o eixo do processo constituinte do sujeito no autismo está alicerçado em uma pré-existência do Outro, o que nos leva a pensar que este Outro pode, enfim, emergir. Dessa maneira, o autismo não estaria fora do campo do Outro, mas, sim, nas bordas, nos arredores da máquina linguística.

Este último percurso sobre o lugar do sujeito no autismo ainda não está finalizado. Por meio da teoria freudiana e lacaniana, pretendemos propor a constituição do sujeito e sua relação com o objeto, pois, conforme pudemos analisar, o autismo se encontra na falta do Outro ou numa pré-existência do grande Outro.

2 Compreensão psicanalítica sobre o autismo

2.1 Transtorno do Espectro Autista

A trajetória do primeiro capítulo desta pesquisa situou o autismo dentro da história da psiquiatria moderna. Mediante a análise dos trabalhos de Eugen Bleuler, datados entre os anos de 1911 e 1916, constatamos que o autismo era compreendido como um sintoma da esquizofrenia e, logo depois, foram levantada as primeiras hipóteses de um distúrbio autístico infantil. Constatamos também, que nas primeiras décadas do século XX o autismo foi marcado pela fronteira entre sintoma e distúrbio: como sintoma foi caracterizado por pensamentos autísticos (*autistic thinking*). Caracterização que tempos depois, marcou o significado de atos egóicos pelos psiquiatras, fazendo Bleuler mudar o significado de autismo por perda da realidade (*dereistic thinking*). A mudança foi a maneira de aproximar a ideia primeira de Bleuler: o isolamento em si, sem o contato com o mundo. Transcorridos quase trinta anos, Kanner nomeia o autismo de *distúrbio do contato afetivo*, tirando-o definitivamente do campo sintomatológico.

Depois disto, o autismo foi constituído como um distúrbio infantil e, posteriormente, como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), conforme categorizado na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – o DSM-IV – categoria que englobava outros transtornos que afetavam o desenvolvimento cognitivo da criança. Em consonância com a palavra *invasivo*, era observado que toda a experiência humana, como sensação, percepção, pensamento, emoção e tantos outros aspectos da vida (MALEVAL, 2010) começavam a ser comprometidos por um violenta irrupção de algum fator que impedia o correto desenvolvimento dos processos cognitivos. Em vista disso, os transtornos que comprometiam os fatores cognitivo e afetivo logo no início da vida eram: “[...] transtorno autista, transtorno de Rett, transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação” (MECCA et al., 2011, p. 117).

Podemos verificar que a categoria Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) era ampla e preenchia uma gama de critérios diagnósticos, utilizados para comparar o comportamento do indivíduo com os critérios estabelecidos no DSM. O chamado TID era composto por cinco transtornos, que iam do mais leve (comparados ao transtorno autista) como o transtorno de Asperger e o transtorno desintegrativo da infância, considerados um

“[...] misto de quadro autista e retardo mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 52); o transtorno de Rett, de origem genética, e o autismo atípico em que se caracterizava a impossibilidade de avaliar os aspectos únicos do autismo – prejuízo na interação social, na comunicação e na linguagem (DSM-IV, 1995, p. 65) –, oscilando entre um retardo mental¹⁷ e aspectos autistas. Isso significava a variabilidade considerável entre cada transtorno da categoria TID.

Então, como era possível ter cinco transtornos dentro da categoria dos transtornos invasivos do desenvolvimento com diferenças e quadros de gravidade tão distantes, que iam do leve, moderado e grave, até quadros com retardo mental? No autismo não era mais compatível falar em retardo mental, porque as três áreas afetadas pelo transtorno – a interação social, a comunicação verbal e não verbal e o repertório de interesses e atividades restritos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 52) – não provocavam o quadro de demência.

Se os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento afetavam as três áreas da constituição humana, sem quadros precisos de retardo mental, a Associação Psiquiátrica Americana (APA), responsável pela elaboração do DSM, avaliou os critérios de diagnóstico como excessivamente amplos para uma construção mais apurada do quadro autístico. Dessa maneira, em maio de 2013, foi publicada a quinta edição, o DSM-V, propondo a retirada do transtorno de Rett e do transtorno desintegrativo da infância para substituir a categoria por uma dimensão contínua do quadro psicopatológico. Assim, uma das mais importantes mudanças do DSM-V foi a criação da categoria Transtornos do Espectro Autista (TEA), permanecendo somente o transtorno autista e o transtorno de Asperger.

Além da retirada e a permanência de alguns transtornos, os critérios de diagnósticos do espectro autista também foram modificados. Se antes, na quarta edição do DSM, tínhamos três critérios principais – sendo eles os problemas na linguagem, na interação social e comportamentos estereotipados e repetitivos –, o novo DSM apenas engloba dois critérios, retirando os déficits de linguagem como componente diagnóstico para o autismo. Isto significa que se a criança apresenta atrasos na linguagem não quer dizer necessariamente que ela tem ou terá o diagnóstico de autismo.

Então, do DSM-IV publicado em 1994, para o DSM-V em 2013, podemos verificar a extinção da categoria dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) para a criação do Transtorno do Espectro Autista, esta considerada categoria exclusiva para englobar e diagnosticar todos os graus de manifestação do autismo. A mudança mais recente do manual

¹⁷ O autismo não se enquadrava em nenhuma classificação psiquiátrica infantil: demência precoce, esquizofrenia infantil e oligofrenia.

aborda as três áreas que provocam o comportamento autístico, cuja alteração incentiva o diagnóstico precoce do autismo, significando a proporção: a cada nova edição do DSM, menores são os critérios para a confirmação do diagnóstico. É como se, com mais edições, fosse descoberto que não são necessários tantos critérios e, ao reduzi-los, mais rapidamente é aplicado o diagnóstico.

Mas a elaboração do transtorno do espectro autista não se reflete somente na redução do número de critérios de diagnóstico ou a retirada de alguns transtornos. A construção do espectro autista está ligada, também, à neurogenética, ao afirmar que o “[...] fenótipo dos TEA é heterogêneo e, embora apresente uma etiologia multifatorial, é o único transtorno neuropsiquiátrico no qual tem se mostrado considerável influência da herdabilidade” (MECCA et al., 2011, p. 117). Se o autismo é considerado um transtorno genético, a ciência ainda não pode afirmar, como veremos ainda neste capítulo. Mas o que temos é uma leitura do DSM-V sobre o autismo como um transtorno neurogenético, podendo a criança ser diagnosticada logo na primeira infância.

Ora, vejamos que de 1911 a 2013 o autismo percorreu uma história em pouco mais de um século dentro da psiquiatria, com mudanças de termos e nomenclaturas. Porém, desde que o autismo foi inventado como um distúrbio, continuou sendo tema de interesse em muitas áreas do conhecimento, seja na psiquiatria, nas neurociências e na psicanálise.

Por este fato, para investigarmos como atualmente o autismo é estudado, neste capítulo faremos uma revisão da literatura científica nacional, que compreende, em especial, artigos publicados nos últimos cinco anos (2009 a 2013) e disponíveis no banco de dados do Lilacs e Scielo. Para a realização desta revisão da literatura nos apoiamos, também, em livros de anos anteriores, porém, tão atuais quanto as pesquisas publicadas recentemente. Como recorte de pesquisa, a área escolhida foi a psicanálise, enquanto teoria e clínica, com o objetivo de compreender o que de mais atual está sendo estudado sobre o autismo. Para alcançar este objetivo utilizamos as palavras-chave *autismo e psicanálise* com o operador booleano *e* (and) a fim de incluir ambas as palavras na busca de artigos.

Escolhemos a psicanálise por se tratar de uma área que continuamente tem recebido em sua clínica crianças muito pequenas já com o diagnóstico de autismo. Ao receber estas crianças, (seja no consultório, seja em instituições que tratam de crianças com sofrimento psíquico grave) o acolhimento psicanalítico tem se mostrado uma alternativa clínica no tratamento do autismo, investigando o sofrimento psíquico e as relações com a família (SANTOS e SANTOS, 2012; BOGOCHVOL, 2009), assim como na reversibilidade de um

diagnóstico traçado tão cedo. Assim, esta revisão de literatura não pretende promulgar um fato etiológico do autismo, mas anunciar uma alternativa de tratamento que a psicanálise vem promovendo atualmente.

Desta maneira, pretendemos ler e apresentar como a psicanálise referencia o autismo em seus trabalhos. No entanto, também apoiaremos a revisão de literatura em alguns artigos na área da psiquiatria, devido a origem do autismo estar diretamente ligada à história da psiquiatria e, conseqüentemente, a nomenclatura psiquiátrica que o autismo recebeu: transtorno do espectro autista.

2.2 Revisão da literatura em artigos científicos nacionais

O autismo é um transtorno do desenvolvimento infantil que, segundo o DSM-IV-TR¹⁸ citado pelo Ministério da Saúde (2013), conceitua-se como um conjunto de

Síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento [...] ou incapacitação [...] ou com risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante de liberdade (DSM-IV-TR *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 27).

Neste sentido, o transtorno significa um sinal de anormalidade no comportamento do indivíduo, ou seja, o corpo indica uma alteração nos padrões comportamentais, e o DSM, por ser um manual descritivo para efeitos de aplicação de um diagnóstico, inclui os transtornos mentais sem apresentar uma causalidade definida. É uma ferramenta prática, de fácil manuseio, acessível e aplicado em todo o mundo e por profissionais da área da saúde, seja na saúde pública ou nos centros de pesquisa psiquiátrica e farmacêutica. É no DSM, também, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) se baseia para classificar os transtornos mentais presentes no Código Internacional de Doenças que está em sua 10ª edição (CID-10). Por esta razão, a psiquiatria deixa de ser um ramo da medicina pouco acessível e temido pelos cidadãos, para tornar uma das especialidades médicas de grande repercussão nas redes de saúde. Hoje em dia, a procura por um psiquiatra é comum, tantos nas redes privadas (clínicas particulares, convênio médico) quanto nas redes públicas de saúde (Centro de Atenção Psicossocial, postos de saúde). E mais comum ainda é o paciente sair com um diagnóstico psiquiátrico.

¹⁸ A sigla TR significa que a quarta edição do manual foi revisada.

O fato de a psiquiatria estar ganhando espaço na comunidade científica se deve ao aumento do número de transtornos surgidos em cada edição do DSM. No DSM-I, por exemplo, o manual continha 106 categorias, distribuídas em 130 páginas. Com o DSM-II, o número sobe 182 transtornos. Com a entrada da década de 1980, o DSM-III lança, no total, 265 transtornos. Na 4ª edição, o DSM apresenta mais 32 transtornos, totalizando 297 categorias. Por fim – se é que, nesta lógica, podemos falar em um fim de próximas edições –, temos o DSM-V, com 300 transtornos distribuídos em 947 páginas (ELIAS, 2013; MALAGONI, 2013). Com estes dados constata-se, desde a primeira até a quinta edição, o aumento de mais de 800 páginas. Em sessenta anos desde o primeiro lançamento do DSM, o crescimento quantitativo dos transtornos denunciou uma lógica esperada: o aumento nas estatísticas de diagnósticos dos transtornos mentais, divulgando até dados epidêmicos em algumas categorias, como o autismo.

Sobre a causa do autismo, estudos afirmam várias posições, como de algumas pesquisas que apontam uma causa genética para o desencadeamento do transtorno autístico (MECCA et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2010) em que há um fenótipo específico que causa o TEA. Essa causa genética indica uma anormalidade cromossômica, contribuindo para o desenvolvimento do autismo em irmãos gêmeos, e “[...] fornecem evidências de que vários genes em interação podem contribuir para esse transtorno” (MECCA et al., 2011, p. 117).

Outra causa está ligada a fatores neurobiológicos. Possivelmente à deficiência mental, à “[...] diminuição de neurônios e sinapses na amígdala, hipocampo e cerebelo, tamanho aumentado do encéfalo e concentração aumentada de serotonina circulante” (MOTA et al., 2010, p. 377). Contudo, nas próprias pesquisas citadas os autores afirmam que os resultados são controversos devido à falta de marcadores genéticos ou biológicos para o autismo (MOURA et. al., 2005; GARCIA e MOSQUERA, 2011).

Propomos discutir que a controvérsia das pesquisas genéticas e/ou neurobiológicas não seja justificada apenas pela falta de mais ferramentas para produzir o mapeamento genético do autismo. Têm-se, também, as divergências quanto ao espaço que o autismo ocupa dentro da ciência. Sabemos que a nomenclatura do autismo é de um transtorno que, como a própria palavra indica, é um conjunto de comportamentos e de manifestações patológicas, não se enquadrando na constituição de uma doença. Para determinada manifestação patológica ser classificada como doença é imprescindível que tenha “[...] 1) [...] uma determinada semiologia (um conjunto de sintomas típicos dessa patologia), 2) [...] uma determinada

etiologia (uma causa ou um conjunto das causas demonstradas), 3) [...] um método de intervenção clínica eficaz para sua melhoria ou cura” (JERUSALINSKY, 2012a, p. 58).

Contemplando todas as condições para o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade, o autismo não pode ser considerado como tal porque não atende às condições citadas por Jerusalinsky. Não estamos falando de um câncer, de uma gripe ou de um problema cardiovascular, cada qual com um respectivo conjunto de sintomas, uma causa e um tratamento específicos. Estamos a olhar para um transtorno que afeta três áreas: a interação social, a comunicação e o comportamento (GARCIA, 2011, p. 106). Cada uma das áreas atingidas pode ser afetada de maneiras diferentes. Adiante veremos mais sobre isso.

Por esta razão, o autismo não é uma enfermidade médica, pois não há uma etiologia que o enquadre em uma área do conhecimento, mas, ao contrário, é objeto de pesquisa em diversas áreas de interesse. Podemos dizer que o autismo se faz presente no plural – autismos –, considerando a “[...] singularidade inquietante de cada um dos autistas” (BIRMAN, 1997, p. 11). Pensamos que a singularidade de cada criança, seja ela autista ou não, encontra-se vinculada à história da própria criança, a vivências que levaram ao desenvolvimento de uma constituição psíquica específica, incluindo aqui a relação travada pela criança com as outras pessoas. Não entendemos a história, neste caso, como um meio de reconstrução do passado, ou seja, como um passado que devemos rememorar, até porque, considerando a curta idade das crianças, com meses ou poucos anos de vida, a memória ainda está em plena formação e ainda não desenvolveu a habilidade de conectar lembranças e experiências vividas. Sem querermos dar sentido à história como ato de memorização, a palavra que melhor define a singularidade, isto é, a história da criança, é a reconstrução. Reconstruir a singularidade da criança não significa, unicamente, reviver ou rememorar, seja este ato feito por ela ou pela família, mas, em como será reconstruída, recontada e reformulada a história (LACAN, 1979, p. 22).

Em razão de estarmos falando de conceitos, temos o cuidado, nesta pesquisa, de não misturá-los, como é o caso de singularidade e individualidade. Podemos constatar que a singularidade não é sinônimo de individualidade, até porque é uma dimensão que “[...] ultrapassa de muito os limites individuais” (LACAN, 1979, p. 21). O individual transmite a noção de unicidade em si mesmo, como se o humano estivesse em uma caixa isolada ou em um plástico bolha, metaforicamente falando, como se fôssemos planos isolados da relação familiar e do mundo à nossa volta. Raciocinando de outro modo, a singularidade admite o lugar da criança enquanto ser integrante da rede familiar e social. Pensando assim, a

singularidade e a pluralidade compõem uma característica do autismo: a primeira como o lugar da criança na história familiar e a segunda como a multiplicidade de características que apresentam o autismo como um universo enigmático (BIRMAN, 1997, p. 11).

Mas para qual caminho a singularidade nos leva? Vimos que as pesquisas citam os fatores genéticos e cerebrais, fundamentais para o desenvolvimento humano. Não é possível desconsiderá-los porque, por um lado, são as “[...] determinações genéticas que ditam o ritmo da maturação neurológica básica” (JERUSALINSKY, 2012, p. 59) e, por outro lado, o desenvolvimento psíquico modela o sujeito no meio que o envolve. Nesta lógica, o desenvolvimento humano está enlaçado mediante as determinações biológicas e psíquicas, visto que a primeira “[...] é automática e levemente variável de indivíduo a indivíduo, enquanto que a segunda é construída de forma completamente singular para cada um” (JERUSALINSKY, 2012, p.59).

A maturação biológica é vital para o desenvolvimento humano, mas não é a única determinação para afirmar que o autismo é provocado por uma falha no ritmo neurológico. As pesquisas atuais, ligadas à área neurocientífica (MOURA et al., 2005; TONELLI, 2009; MOTA et al., 2010; TEIXEIRA et al., 2010; GARCIA e MOSQUERA, 2011; MECCA et al., 2011), colocam o fator biológico como parte de uma *possível e não única* causa autística, isto é, que é importante considerar a preponderância de outros fatores, não descartando as outras determinações da constituição humana.

Analisemos, então, o fato de não termos uma certeza em nenhum campo de pesquisa, seja genético ou neurológico. Entretanto, em um campo de tantas incertezas como é o autismo, temos um manual que diz o contrário. O DSM é, mundialmente, a ferramenta mais utilizada no diagnóstico de transtornos mentais, inclusive os infantis, recomendado pelo Grupo de Pesquisa em Neurodesenvolvimento (The Neurodevelopmental Work Group), situado no Instituto Nacional de Saúde Mental, nos Estados Unidos¹⁹, referência mundial na área.

Este Instituto utiliza a perspectiva das ciências ditas neurocomportamentais e, neste segmento, oferece pesquisas e tratamentos com bases neurológica e genética, concomitante às terapias comportamentais, apoiando o uso do DSM como resultante destas pesquisas e disputando a atenção com outras áreas de interesse, como a psicanálise. O Instituto Nacional de Saúde Mental tem a psiquiatria como ramo da medicina cada vez mais independente das outras áreas da saúde, “[...] encontrando na concepção psiquiátrica americana a sua principal

¹⁹ Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>> Acesso em julho de 2013.

referência” (JANUÁRIO; TAFURI, 2009, p. 545). Estamos falando de áreas como a própria psicanálise que, na segunda edição do DSM, orientava o manual com alguns conceitos psicanalíticos, como neurose. A partir da quarta edição, em 1994, a retirada da psicanálise foi total, pois o objetivo do manual era contemplar o número máximo de profissionais da área de saúde, devendo, então, não ter nenhuma teoria específica. Isto é mais uma razão para o manual ser descritivo. O importante é o foco na descrição das manifestações sintomatológicas e não a formulação ou apresentação de alguma teoria que explique tal fenômeno.

Voltando à questão da área e terapêutica mais eficazes no tratamento do autismo. Se houvesse tal certeza quanto ao método de tratamento, poderíamos concordar, absolutamente, com as afirmações dos artigos da área da psiquiatria e afirmar como melhor tratamento a terapia comportamental, aliada a métodos neurocomportamentais. Tendo, assim, o isolamento e o afastamento social (presentes no autismo) como consequências da maturação biológica. Porém, a controvérsia está na constatação de que crianças com deficiência neurológica não necessariamente desenvolvem um quadro autístico e crianças com autismo não necessariamente apresentam problema neurológico (JERUSALINSKY, 2012; BERNARDINO, 2010).

Os estudos psicanalíticos veem a correlação dos fatores orgânicos e as condições constitucionais da criança, estando estas condições ligadas ao “[...] desequilíbrio do encontro do agente materno com a criança. Sendo que este equilíbrio depende, por um lado, do status psíquico deste agente e, por outro lado, das condições constitucionais da criança” (JERUSALINSKY, 2012, p. 56).

O aspecto psíquico referido por Bernardino (2010) é tomado por uma perspectiva psicanalítica e tem um papel elementar na clínica do autismo. Em setenta anos de trabalho, ou seja, desde a descoberta do autismo como um distúrbio precoce do desenvolvimento, a psicanálise produz uma alternativa para o tratamento destas crianças através de outra posição sobre a condição humana. Vejamos uma citação a qual compartilhamos da mesma ideia:

Nas discussões entre psicanalistas e terapeutas comportamentalistas, há uma tendência desses últimos a enfatizar os bons resultados de sua prática e, por conseguinte, a sua grande eficácia no tratamento de pessoas ‘autistas’. Do ponto de vista que assumem, esses bons resultados obtidos definem seus modos de intervenção como os mais adequados para tratar essas pessoas. Poderíamos apresentar também nossos bons resultados. Nosso argumento, no entanto, é o de que não são os resultados que diferenciam as práticas psicanalíticas das comportamentalistas, mas suas diferentes visões sobre a condição humana (CAVALCANTI e ARAÚJO, 2012, p. 55/6).

A psicanálise é uma área de estudo do conhecimento humano nascida juntamente com o advento do século XX, através da obra intitulada *Interpretação dos Sonhos*, publicada em 1900 por Sigmund Freud (FREUD [1924] 2010, p. 202). Freud era um médico austríaco, especialista em neurologia, que investigava mulheres com diagnóstico de histeria, ao constatar que estas mulheres tinham um grande sofrimento psíquico resultando em sintomas traumáticos, como lapsos de memória, paralisia de algum membro ou sentidos do corpo (pernas, braços, fala, visão). Freud estudou o efeito do trauma no desenvolvimento patológico da histeria e afirmou ser a experiência traumática um elemento investigativo dos processos inconscientes. O inconsciente era o responsável pelas mudanças físicas e mentais, tornando-se objeto de estudo através do método catártico²⁰, no qual o profissional tinha grande influência nos processos inconscientes do paciente. Mais tarde, Freud utilizou o que denominou de associação livre, ao perceber a não eficácia da catarse em muitos pacientes, uma vez que se mostravam pouco suscetíveis ao método. A livre associações de pensamentos e ideias surgiu como uma sugestão de fala, deixando o paciente falar livremente o que viesse em mente, com o mínimo possível de restrições e omissões. Neste caminho,

Pela primeira vez, um enigmático caso de neurose foi inteiramente penetrado e todas as suas manifestações patológicas revelaram-se dotadas de sentido. [...] No lugar dessas ações omitidas apareceram justamente os sintomas. Assim, quanto à etiologia dos sintomas histéricos éramos remetidos à vida emocional (afetividade) e ao jogo de forças psíquicas (dinamismo), e desde então esses dois aspectos nunca foram abandonados (FREUD, [1924] 2010, p. 205).

Sigmund Freud atendeu casos de sujeitos neuróticos, especialmente de mulheres histéricas²¹, iniciando a clínica psicanalítica da neurose. Com as crianças, o psicanalista não teve contato clínico, descobrindo a infância a partir do atendimento dos adultos. Desse modo, Freud escutava os pacientes adultos dando atenção aos aspectos infantis de sua fala (BERNARDINO, 2006, p. 19). Sobre isso, Freud, no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, [1905] 1996), conseguiu observar as fases sexuais da infância e, então,

²⁰ O método catártico foi primeiramente utilizado por Josef Breuer. O método consistia em hipnotizar o paciente para que depois, sob o efeito da hipnose, entrasse em catarse, um tipo de ‘transe’, fazendo o paciente relembrar com clareza, o fato ocorrido. Junto à lembrança, o paciente despertava um sentimento que era traduzido em afeto ou palavras. Com esse método, era possível observar uma dissolução dos sintomas e, conseqüentemente, a diminuição do sofrimento psíquico. Freud continuou a usar este método em seus pacientes, tornando-se, a catarse, um método terapêutico de grande importância prática para a psicanálise (FREUD, [1895] 1996, p. 271).

²¹ A histeria vem da palavra latina *hystericus* e do grego *hysterikos*, “relativo ao útero”. Acreditava-se que a histeria fosse uma manifestação neurótica devida a uma disfunção uterina. As manifestações sintomáticas eram paralisia dos membros ou de outra parte do corpo e um intenso sofrimento psíquico.

“[...] em seu caminho de descoberta do inconsciente, encontrou a sexualidade infantil presente já nos bebês” (BERNARDINO, 2006, p. 20; BERNARDINO, 2010).

Freud traz a descoberta de que a sexualidade define a criança como ser desejante e que esse desejo é direcionado a alguém que a desejou antes, ou seja, os pais. Telles acompanha o pensamento freudiano ao dizer que “[...] muito antes de um bebê nascer seu espaço afetivo já está sendo definido, de acordo com as condições gerais em que é representado por seus genitores” (2012, p. 70). Entrementes, pensar a criança dotada apenas de fatores biológicos não era mais viável na época freudiana. A sexualidade, como condição premente da vida psíquica e social do ser, permitindo, assim, compreender o humano como habitante da linguagem (BERNARDINO, 2010, p. 116), foi a conclusão que Freud nos deixou para estudar a constituição psíquica humana.

A teoria psicanalítica aborda todo o circuito do desejo para a constituição psíquica. Sobre este ponto, Laznik (1991) contribuiu para a noção de desejo na psicanálise através da estruturação dos três tempos pulsionais presentes na constituição psíquica do bebê. Para a psicanalista “[...] o primeiro tempo é ativo (o bebê vai em direção a um objeto externo); o segundo é reflexivo (o bebê toma seu corpo como objeto); e o terceiro, por fim, é eminentemente ativo (o bebê se faz objeto de outro)” (FLORES, SMEHA, 2013, p. 142).

Observa-se que os três tempos pulsionais de Laznik discutem os dois tempos narcísicos de Freud. Laznik nos faz pensar que, assim como o narcisismo primário e o narcisismo secundário freudiano, os três tempos pulsionais, constituem, psiquicamente, a maneira de o bebê ir ao encontro do objeto de desejo e de se posicionar subjetivamente ao outro. Se o bebê vai em direção ao objeto externo, como Laznik coloca (FLORES, SMEHA, 2013, p. 142), convém pensarmos que, neste momento, representa a localização subjetiva do bebê entre o autoerotismo e o amor de objeto que Freud denomina de narcisismo primário. Este tempo significa a primeira unificação do sujeito, a primeira escolha objetal. Esta escolha do objeto de amor oferece ao bebê o reconhecimento de seu corpo também como objeto, mas pertencente a si e diferente do corpo do outro. A separação entre o corpo do bebê e o corpo da mãe (exemplificadamente representante do amor objetal) seria a abertura para o que Laznik define como o bebê se coloca como objeto de outro. Isto é a condição da constituição do narcisismo secundário freudiano, tempo em que a criança permite ser o objeto de desejo e de idealizações dos pais. É necessário esclarecer que estas questões se tratam de um espaço metafórico, mas que, nem por isso, impossibilita-nos de atribuir alguma materialidade. Visto

assim, a formação narcísica do bebê é a condição primordial para a constituição da singularidade do sujeito, pois é o que irá definir que tipo de sujeito a criança irá ser.

O que convém discutirmos, neste ponto sobre as etapas pulsionais, é a presença da linguagem, indicando que nosso psíquico é estruturado na e pela linguagem. Neste sentido, escutar os pais é fundamental para esse processo de observar a constituição psíquica do bebê, pois a “[...] partir do discurso dos pais, é reconhecido o lugar que um filho pode ocupar ou não no desejo materno [...] também, sobre a incidência ou não da lei portada pelo pai em sua função paterna” (KLINGER et al., 2011, p. 98/9).

A esse respeito relembremos de uma citação anterior que aponta sobre o desequilíbrio do agente materno com a criança, visto que este é o que constitui a relação primeira da criança com a mãe (JERUSALINSKY, 2012, p. 14). O agente materno ou, também conhecido por função materna, é representado pela mãe biológica ou por qualquer outra pessoa que represente a figura materna, isto é, por aquela pessoa que exerça a função própria de ser a primeira da relação da criança, presente desde o nascimento da mesma e que tem o papel de apresentar o novo integrante aos membros da família. É um ato simbólico, pois apresentar a criança aos demais familiares constitui o primeiro ponto de inserção do bebê na linguagem. Este ato simbólico de apresentação significa cuidado, o qual suscita nos pais “[...] demandas e desejos com relação a este filho, que vai sendo significado por meio destes cuidados” (TELLES, 2012, p. 70), que vão desde higiene e alimentação a relação afetiva.

É fundamental o agente materno como uma preparação para a entrada do bebê na família. O reconhecimento dos primeiros movimentos, do tipo do choro da criança (se é para comer ou se sente alguma dor) é trabalho do agente materno. Este ato de reconhecer a necessidade do outro não quer dizer que a mãe esteja preparada para exercer tal função. É necessário que haja um circuito entre a mãe (ou aquela(e) que irá exercer a função materna, e o bebê) ocupando “[...] o lugar de Outro absoluto que transmitirá seu próprio código simbólico por meio destes cuidados a ele destinados” (TELLES, 2012, 71). Na criança com autismo, no entanto, observa-se uma ausência de reciprocidade entre a mãe e seu bebê, como se este negasse a presença materna, o seu agente.

A criança não entra imediatamente na linguagem, pois precisa do outro para que haja reconhecimento. Tudo isto é uma demonstração de que está por vir um sujeito, suscitando a mudança de um corpo biológico para um corpo libidinal, de desejo.

O termo ‘agente materno’ é referido, mais especificamente, na teoria e na clínica psicanalítica lacaniana, ao falar de um lugar – o materno – na constituição psíquica e no

autismo. Esta vertente, atualmente, é uma das mais presentes nas discussões a respeito da clínica do autismo (KUPFER et al., 2009; JERUSALINSKY, 2010; VORCARO; LUCERO, 2010; TELLES, 2012) porque permitiu a compreensão da noção de subjetividade (BERNARDINO, 2010, p. 116).

A clínica psicanalítica lacaniana parte das ideias do psicanalista francês Jacques Lacan (1901-1981). Se, por um lado, encontramos Freud na clínica da neurose, juntamente com a histeria e a neurose obsessiva, com os estudos das experiências internas e externas do indivíduo, por outro, Lacan seguiu sua teoria em uma dimensão psicótica e o lugar da linguagem na constituição dos registros psíquicos.

Vale ressaltar que Lacan não aprimorou, digamos assim, a clínica do autismo, mas em sua época o autismo era tema constante nas discussões psicanalíticas²², o que não o excluiu de fazer importantes contribuições sobre o tema. Se, de acordo com as pesquisas, o autismo corresponde à inexistência do outro e ao isolamento social, Lacan nos propõe outra linha de pensamento:

[...] Como o nome indica, os autistas escutam a si mesmos. [...] Nem todos os autistas escutam vozes, mas eles articulam muitas coisas e *trata-se, precisamente, de entender onde escutaram o que articulam*. [...] Eles não conseguem escutar o que o Sr. tem para dizer-lhes enquanto se ocupa deles. [...] É muito precisamente [a dificuldade de escutá-los, a linguagem deles como algo fechado] o que faz com que não os escutemos. [...] *Que o senhor tenha dificuldades para escutá-los, para dar seu entendimento ao que dizer, não impedem que sejam, finalmente, personagens bastante verbosos* (LACAN, 1975 *apud* VORCARO; LUCERO, 2010, p. 148 – grifos das autoras).

O que Lacan nos diz à respeito do autista é exatamente o oposto do que se falava em sua época e que ainda hoje prevalece: o autista está fora da linguagem e os automatismos estão presentes devido a esse fracasso na construção de redes de linguagem. É possível dizer, da forma como Lacan coloca, que são seres pertencentes ao mundo da linguagem, talvez até com uma linguagem própria, particular.

Ou seja, se há uma causa cerebral para o autismo, não é possível dizer, mas podemos falar de causas (JERUSALINSKY, 2012; ROCHA, 2009), de autismos, no plural. Conforme indicamos, provavelmente o autismo existe em sua singularidade e pluralidade para mostrar a sua diversidade, tanto de pesquisa, como na busca de causas e tratamentos.

²² Não adentraremos aqui neste assunto, pois é apenas quesito ilustrativo da nossa pesquisa.

Diante das divergências etiológicas sobre o autismo, há um ponto que as convergem. Este ponto é a precocidade do autismo, dado na primeira infância, isto é, até os três anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A criança, neste período de vida, consegue falar de maneira que as pessoas a compreendem, gosta de brincar com outras crianças da mesma idade, mantém contato físico, como abraçar e beijar pessoas próximas ao seu convívio social. No entanto, no autismo, o que se percebe como características comportamentais são:

[...] empobrecimento no processamento de emoções, no reconhecimento de faces, do controle do olhar, da capacidade de imitação, do uso de gestos, do uso da linguagem pragmática (metáfora e ironia) e do reconhecimento de pensamentos e sentimentos de si mesmos e de outras pessoas (FRITH & HAPPÉ, 1999 *apud* TONELLI, 2009, p. 126).

Recortemos, no exemplo citado, o *uso da linguagem pragmática*, considerado um dos principais sintomas do autismo. A característica comportamental da fala, citada no texto (FRITH & HAPPÉ, 1999 *apud* TONELLI, 2009, p. 126) como linguagem, denota a ausência de reconhecer, na fala do outro, o sentido metafórico e irônico das palavras e frases, levando a criança a entender apenas o sentido literal da frase falada ou escrita. Para uma criança de três anos, as metáforas primárias (LEON et al., 2007) já são entendidas, devido à inteligência simbólica constituída a partir dos dois anos de vida (DOLLE, 1981, p. 52). Sobre a metáfora primária citemos um exemplo que pode surgir no cotidiano das crianças nesta idade. Uma criança, com cinco anos de idade, fala para outra criança, com três anos incompletos: “sua cabeça é de vento”. A criança, que consegue construir algumas metáforas, pode achar a frase engraçada ao ouvir o outro chamá-la de cabeça de vento, sabendo que não existe uma cabeça assim. Possivelmente a criança não entenderá o que quer dizer cabeça de vento, mas compreenderá que não foi um sentido literal que a outra criança quis transmitir. De todo o modo, a ausência de metáforas primárias em uma criança – em fase de desenvolvimento linguístico e de conhecimento das palavras – é um sinal de que algo merece investigação mais apurada e que, de antemão, pode indicar uma suspeita diagnóstica de autismo.

Outro sinal que merece uma investigação cuidadosa é a ausência da fala ou, quando esta se faz presente, sua difícil compreensão. É o que acontece, muitas vezes, quando a criança apenas repete o que as pessoas falam, sem transmitir um sentido para si e para os outros. A isto denominamos ecolalia, derivada da palavra eco, que vem do grego *ikhó* e, segundo o dicionário de língua portuguesa, é a “repetição de palavras alheias” (LUFT, 1998, p. 258). A ecolalia é um mecanismo da fala caracterizado pela repetição das palavras, sem

contexto, em uma produção de sons sem efeito de sentido tanto para quem fala (a criança, por exemplo) quanto para quem a escuta, o outro. Para que a ecolalia tenha sentido é preciso escutá-la “[...] como uma mensagem com significado, tentando, assim, oferecer o universo da linguagem a essa criança” (TELLES, 2012, p. 76).

De acordo com a clínica psicanalítica, podemos dizer que a ecolalia é um material de escuta terapêutica. A criança que apresenta a ecolalia permite ao analista perceber, muitas vezes, que a repetição de uma frase situa a criança em um lugar. Vejamos o exemplo de Maria²³, posto no livro *Autismo: construções e desconstruções* (2007): “[...] aparentemente incapaz de se comunicar, quando foi avisada a respeito das férias de sua analista cantou: ‘ai que saudade de tu meu desejo...’” (CAVALCANTI; ROCHA, 2007, p. 59). A frase de Maria é o recorte da música de Maria Bethânia, “gostoso demais”²⁴, um trecho escolhido pela criança e que, através da canção na fala de Maria, foi possível criar um espaço inédito, ao dizer, em forma de canção, o sentimento de saudade que irá sentir da analista enquanto esta estiver de férias.

É possível ver neste exemplo de ecolalia o que a psicanálise denomina de emergência de um sujeito (JERUSALINSKY, 2012b). O que seria esta emergência? Antes de responder a esta pergunta, pensemos, primeiramente, no universo da linguagem na constituição humana. É a linguagem que nos torna seres de palavras, de significados e de significantes, sujeitos, de acordo com a psicanálise.

Para que possamos entender isso de uma maneira mais clara, é importante trabalhar as palavras, investigando-as desde a origem. Pesquisando no dicionário, a palavra sujeito, do latim *subjectum*, quer dizer: posto embaixo. Formado pelo sufixo sub, no português traduzido por “sob”, mais a palavra jacere, que significa lançar, atirar, a palavra sujeito significa aquele que se coloca sobre ou abaixo de algum lugar²⁵. Para a psicanálise, a origem da palavra nos captura para uma lógica, a da linguagem, fundamentada no conceito de sujeito que pressupõe a existência de um ser de linguagem, o qual implica a ideia de submissão ao lugar designado pela linguagem.

Sem este campo da linguagem, seria impossível nos apresentar como seres sociais, formados por laços sociais. Uma parte importante da linguagem está em entender o que o outro transmite em forma de palavras. No entanto, ela não se limita ao campo das palavras. A linguagem está, por exemplo, na espera dos pais pela chegada de seu bebê, para poder

²³ Maria é um nome fictício que as autoras colocaram para não identificar a paciente.

²⁴ DOMINGUINHOS; CORDEL, N. Gostoso demais. In: BETHÂNIA, M. **Dezembros**. São Paulo: Sony, 2000. Faixa 6.

²⁵ Disponível em: <<http://origemdapalavra.com.br/palavras/sujeito/>> Acessado em setembro de 2013.

apresentá-lo ao mundo (e vice-versa), às palavras e ao Outro²⁶. Este Outro, com letra maiúscula, é para indicar que não é o outro como indivíduo, pessoa, ligada à própria vivência, mas o Outro, função simbólica (PAVONE; RAFAELI, 2011). Como uma cadeia linguística na qual estamos alienados, no sentido de que somos capturados pela linguagem, assujeitados e divididos pelas leis do inconsciente (BERNARDINO, 2010). Isto é o sujeito da psicanálise, atravessado pela linguagem e pelo inconsciente que, estruturado como uma linguagem, nos deixa divididos entre o desejo e a verdade, colocando-nos a cometer lapsos de memória, esquecimentos, dúvidas.

É neste lugar que a criança, ao nascer, está sujeita a entrar no campo das palavras e dos significados das coisas. É como escrever uma carta para uma pessoa. Quando escrevemos, pensamos na pessoa e nas palavras que serão ditas. Ao pensar no outro, construímos uma imagem mental dele, sabendo o presente leitor, que o conhecemos e sabemos como ele é, o que gosta ou o que gostaria de ler ao receber a carta. Por isso, escrevemos para alguém, que tem um endereço, um destino certo para a carta. Para quem escreve a carta, há uma importância para si, já a pessoa que irá receber tem outra importância. A carta, cheia de palavras, de conceitos, de significados, para quem a recebe, possivelmente entenderá ou interpretará de uma maneira. Essa interpretação é o significante, “[...] em que se define como marca de pura diferença, caracteriza-se por remeter sempre a outro significante, não significando nada em si mesmo, mas produzindo, no seu encadeamento, efeitos capazes de se organizar numa significação” (ARAÚJO, 2009, p. 3). Assim, a carta não será igual para quem escreveu e para quem recebeu, pois cada palavra representa uma marca singular para cada um.

Sabendo o que é o significado e o significante, vejamos, novamente, o trecho há pouco citado referente ao que seja a ecolalia ou o que ela pode representar no campo da linguagem: “[...] como uma mensagem com significado, tentando, assim, oferecer o universo da linguagem a essa criança” (TELLES, 2012, p. 76). Se a autora quis dizer que para que a ecolalia transmita um efeito de interpretação no discurso proferido pela criança, é necessário produzir uma mensagem com *significado*, podemos entender, junto ao conceito de significado, que a criança nunca sairia da ecolalia se assim fosse feito, porque, somente com o significado, a criança entenderia o conceito do termo saudade, por exemplo, que é sentir falta de alguém ou de uma lembrança. Mas o que este sentir irá denotar para a criança? Ela ficará triste, irá chorar pela ausência? O resultado que o conceito de palavra irá simbolizar para a criança é o significante, aquele que produz uma frase com efeitos de significação. Dessa

²⁶ Leia-se o ‘grande Outro’.

maneira, a autora poderia muito bem substituir a palavra significado por *significante* para produzir efeitos de significação e, assim, a criança sair do estágio de ecolalia.

Isto é a linguagem, formada por matrizes, o lugar onde alguma coisa se cria ou se gera. Esta alguma coisa que se cria são as palavras, que terão um sentido único para cada um. Como no exemplo que falamos anteriormente na frase transmitida por uma criança para a outra: “sua cabeça é de vento”. Por que a criança disse isso para a outra criança? A princípio pode parecer óbvio: que a criança é desatenta, desastrada. Isso pode ser uma leitura da frase, que é o significado. O significado está dado, presente na frase. O sentido das palavras que será apresentada à criança é o significante.

O efeito do significante é lógico, sem uma cronicidade anunciada, podendo ter um destino imediato ou a longo prazo. Por isso, o significante *vento*, por exemplo, pode resultar em uma criança descuidada, distraída, como também em uma criança atenciosa, que dificilmente comete erros. Para um sujeito a frase “sua cabeça de vento” se torna uma identidade, lançada como um anúncio de que, se sua cabeça é de vento, quer dizer que será uma pessoa desastrada. Para outro sujeito, que recebe a mesma frase, portanto, o mesmo significado, tornar-se-á a ler com outro significante. A frase terá um efeito contrário, resultando em uma criança cuidadosa, que não voltará a escutar aquela frase com o mesmo significante que ouviu, na primeira vez.

O significante é uma cadeia linguística, formada pelo significante mestre (*vento*), ou seja, o princípio da cadeia linguística, que irá apresentar um sujeito (a criança) para outro significante, produzindo um saber (desastrada ou atenciosa). Ambos os significantes – desastrada ou atenciosa – é a marca linguística da criança, daquela que recebeu a mensagem. O que podemos entender desse exemplo é como as palavras são preenchidas de significantes, que serão capturados, singularmente, por cada sujeito.

Então, voltando à ecolalia, qual cadeia significante poderia surgir, considerando que há somente a produção de ecos, de palavras que batem no outro, sem sentido, sem produção de mudança? Vejamos que o sentido dado a esse comportamento, típico de algumas crianças com autismo, pode ser de um primeiro registro, primitivo, digamos assim, formado por significados. Para que o efeito de significante surja, é preciso escutar a ecolalia de maneira singular e não como um padrão sonoro, sem sentido e comum nas crianças com autismo. Portanto, a ecolalia, presente de significados, pode tomar sentido de significante através do “[...] ato de escuta e acolhimento da palavra ou do ato do sujeito” (LÓPEZ, 2010, p. 14).

Os exemplos dados nos parágrafos anteriores – automatismos, ausência da fala ou ecolalia – são sinais que ajudam a localizar um atraso no desenvolvimento da criança e, como dissemos, podem ser percebidos por volta dos três anos de idade. Para tanto, nesta idade é quando o autismo, diagnosticado, já está instalado na criança, porque “[...] é a partir dessa idade que um diagnóstico seguro e preciso pode ser feito, pois os riscos de uma identificação equivocada (o chamado ‘falso-positivo’) são menores” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 49).

Diante do olhar da criança e seu desenvolvimento, pesquisadores e psicanalistas brasileiros, com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil (ARAÚJO, 2010, p. 128; PAVONE; RAFAELI, 2011), desenvolveram os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, o IRDI, com o objetivo de avaliar, preventivamente, a existência ou não de risco no desenvolvimento da criança antes de anunciar um diagnóstico. O estudo realiza uma avaliação em cada etapa de vida da criança, “[...] nas faixas etárias de 0 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses” (KUPFER et al., 2009, p. 52).

A avaliação, em cada etapa de vida da criança, é baseada em dois conjuntos de processos: no primeiro estão os neurológicos e genéticos e no segundo estão os processos que envolvem a constituição psíquica. Como vimos, os processos biológicos são os mais elencados nas pesquisas sobre o autismo. No entanto, a pesquisa IRDI privilegia a relação do sujeito psíquico e seu desenvolvimento, não desmerecendo os processos biológicos porque são fundamentais para o desenvolvimento psíquico do sujeito.

Sobre a dimensão psíquica, apontemos quatro eixos, investigados clinicamente a partir do IRDI: “[...] a suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna” (KUPFER, 2009, p. 52). Estes quatro eixos são baseados nos estudos da psicanálise, à medida que cada um é fundamental para a clínica psicanalítica.

Então, vejamos que o IRDI, baseado nos preceitos psicanalíticos, investiga possíveis riscos de autismo nos primeiros meses de vida da criança. Como o próprio nome diz, são indicadores propostos a fim de prevenir uma determinação diagnóstica, promover um tratamento precoce e, conseqüentemente, reduzir o número de casos de autismo – estima-se que, no Brasil, há cerca de dois milhões de crianças com o transtorno²⁷, um dado preocupante para a saúde das crianças brasileiras e do futuro das mesmas.

²⁷ Disponível em: <<http://www.revistaautismo.com.br/diamundial2011>>. Acesso em 18 de abril de 2013.

Embora este número não seja baseado no censo brasileiro (é uma estimativa e não um dado estatístico), propomos questionar se as crianças estão adoecendo ou se novos critérios diagnósticos estão sendo criados a cada nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM. O que certamente podemos dizer a este respeito é que as crianças merecem uma atenção da saúde pública e dos profissionais dedicados ao cuidado infantil, como pediatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e psicanalistas.

Sobre o IRDI, ainda vemos poucas pesquisas a respeito. É um indicador novo, que começa a entrar na saúde pública brasileira a fim de detectar precocemente os transtornos do desenvolvimento. Voltado para a atenção e cuidado que uma avaliação clínica requer, o uso de indicadores clínicos de risco consolida “[...] uma aplicação significativa no campo da saúde mental, especialmente como um auxiliar precioso na detecção de problemas de desenvolvimento em crianças” (KUPFER et al., 2009, p. 50). A detecção precoce do autismo é um dever do Estado e, por isso,

As diretrizes do Sistema Único de Saúde preconizam a essencialidade de políticas de prevenção e intervenções para crianças em situações de risco e vulnerabilidade porque isso pode representar, além de outras dificuldades para o desenvolvimento integral da criança, o risco de evolução para o Transtorno do Espectro do Autismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 44).

O IRDI não é o nosso objeto de estudo, mas vale trazê-lo para a discussão, pois, além de ser um indicador eficaz para avaliar possíveis sinais autísticos, ele situa os quatro eixos baseados na teoria psicanalítica como fundamentais para uma avaliação do desenvolvimento psíquico da criança. Por esta razão, o IRDI se faz presente pela apresentação de seu conceito, especialmente dos quatro eixos, norteadores tanto para os indicadores clínicos como para a compreensão do autismo através de outra alternativa: a atenção na constituição psíquica do sujeito.

As definições de sujeito, demanda, presença/ausência do outro e função paterna são propostas pela psicanálise para pensar o lugar da linguagem no autismo, uma vez que, de acordo com alguns autores, o autismo ainda não estaria constituído na linguagem (JERUSALINSKY, 2012; PAVONE, RAFAELI, 2011; JERUSALINSKY, 2010; ARAÚJO, 2009; DANZIATO, 2009). Um dos pontos que revelam a não entrada do autista na linguagem é o automatismo, um mecanismo executado mecanicamente pela criança, seja brincando com um objeto repetidas vezes ou falando ecolalicamente. No cotidiano da criança, o automatismo

pode aparecer em forma de repetição de atividades (tempo exato para dormir, comer, sem alteração no horário), a escolha de um brinquedo como objeto único e privilegiado, a rejeição de alimentos diferenciados em sua dieta (substituição de alimentos líquidos, pastosos, por outros sólidos).

Para os pais, é um infortúnio acrescentar atividades diferentes na rotina da criança porque, muitas vezes, os automatismos se tornam uma proteção a essas mudanças, à angústia e ao grande sofrimento, expresso por choros constantes ou insônia. Para a psicanálise, o automatismo, além de significar um arsenal protetor construído de acordo com a necessidade de cada criança, é uma tentativa de identidade absoluta com o outro (JERUSALINSKY, 2010, p. 124). Uma resistência à instauração da diferença entre si e o outro. É uma colagem sem ruptura, oposta a qualquer diferença e que exclui, inicialmente, qualquer tentativa de furo dos significantes. Mas que, por insistência destes, o automatismo é lido e interpretado como um sinal que insiste em querer formar cadeias de significantes. É por isso que não há automatismos únicos nas crianças com autismo. Cada criança responde ao lugar que vive com automatismos diferentes: uma criança prefere brincar com objetos pequenos, finos e pouco coloridos; a outra escolhe brinquedos grandes, redondos; crianças que gostam de alimentos pastosos e, aos poucos, são introduzidos outros alimentos menos pastosos e mais sólidos no cardápio, mas que ainda regurgitam certos alimentos sólidos; outras que sentem maiores dificuldades em experimentar alimentos salgados.

Portanto, podemos olhar os automatismos sob dois aspectos. O primeiro aspecto considera o automatismo a execução mecânica de uma atividade, sem vontade própria, aplicada maquinalmente. O segundo aspecto é uma leitura da singularidade, em não ler os automatismos como um estado automático, executado de igual maneira pelas crianças autistas; ao contrário, os automatismos podem ser lidos como um recorte de um sujeito a vir, como ponto nodal para a cura do autismo. Este segundo ponto, sob o olhar da psicanálise, analisa os automatismos como “[...] parte do desenvolvimento e do processo de estruturação e de constituição do sujeito, em outras palavras, mecanismos, defesas e relações de objeto que constituem a base de um sofrimento psíquico grave fazem parte, ao mesmo tempo, do desenvolvimento psíquico do sujeito” (JANUÁRIO; TAFURI, 2009, p. 538).

O ponto nodal dos automatismos é a possibilidade de navegar um sujeito nos atos executados, uma vez que esse atos não são aprendidos sozinhos, mas na relação “[...] entre o outro (semelhante) e o Outro” (ROCHA, 2009, p. 155). Essa cisão é o campo da alteridade, assinalada por Lacan através da linguagem, sustentada pelo grande Outro. Sem dar margens a

um incentivo de culpabilizar os pais, ao julgá-los como pouco carinhosos, de não amarem suficientemente seus filhos, ou de desresponsabilizá-los, ao abdicá-los de toda a relação e sustentar a posição genética, a linguagem implica em pensar a posição subjetiva dos pais diante do filho.

A posição subjetiva vale da célebre frase de Lacan de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem (LACAN, 1992; ROCHA, 2009), uma analogia que nos torna tão únicos quanto semelhantes, ao criarmos condições singulares de sustentar um lugar, uma fala, uma ação. Em resumo, está o significante, um ponto que estrutura um sujeito, que o localiza enquanto ser no mundo, pensando na ideia lacaniana de que o significante, a marca do sujeito, se sobrepõe ao significado (ROCHA, 2009). Estar acima do significado é o que os comportamentos automáticos, tão comuns no autismo, tentam fazer, seja a cada ato repetido ou nos movimentos sempre iguais, em uma tentativa de domínio da ordem do significante sendo, nesta lógica, desvelada todo o campo supostamente mecânico, padrão, dos automatismos. É por isso que podemos detectar o inconsciente nestes pequenos atos, muitas vezes ignorados ou anulados em terapias comportamentais. Para a psicanálise, há um funcionamento inconsciente sendo instaurado em cada ato feito pela criança, o que não se faz possível ignorá-los e subtraí-los.

A estruturação do inconsciente ocorre graças ao encontro com o agente materno, já discutido aqui no texto. É a função materna que executa a primeira entrada da criança no campo da linguagem, caracterizada por uma antecipação de um sujeito, “[...] realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê, que ainda não se encontra, porém, constituída” (KUPFER et al., 2009, p. 52). Caso advenha uma falha na função materna, a criança encontrará dificuldades para a entrada na lei do inconsciente, das primeiras condições da linguagem.

Podemos ver como o agente materno circula nos primeiros laços sociais da criança no documentário *Autismo: por uma identificação precoce*²⁸, publicado na internet em 16 de abril de 2012. O vídeo apresenta uma equipe composta por psiquiatras e psicanalistas franceses responsáveis pelo desenvolvimento de uma pesquisa chamada PREAUT (sigla que une o termo francês *pré autisme*), cujo objetivo é detectar sinais indicativos de autismo nos primeiros dois anos de vida e cuidar precocemente da criança, a fim de evitar a instauração de algum sofrimento psíquico grave, como o autismo. Nas imagens, a psicanalista francesa Marie-Christine Laznik, membro da equipe PREAUT, diz que “o que se procura detectar é a

²⁸ Disponível em http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=92V9SKXesfw. Acessado em julho de 2013.

ausência de certos sinais que existem nos bebês normais. Não é suficiente que um bebê olhe, é preciso ver se este bebê se *faz* olhar. Se lhe dá prazer que o outro tenha prazer em olhá-lo”. O olhar que Laznik tanto cita é o primeiro contato com o Outro, da linguagem. Se este olhar não se faz presente, havendo uma recusa do bebê ao olhar da mãe, é um possível indicativo autístico que merece atenção. É como se a criança, literalmente, desviasse os olhares da mãe, chegando a virar o pescoço para um dos lados, para não ser visto pela mãe ou cuidador.

A princípio, o exemplo pode ser um pouco abstrato, como diz Laznik, mas fica menos abstrato quando imaginamos outro momento, quando o bebê fornece à mãe uma parte do seu corpo para que ela sinta satisfação ao acariciá-lo e, nessa troca de relações, o bebê sinta prazer em dar prazer à mãe. Porém, não é suficiente dizer que, nessa situação, houve uma troca de relações entre a mãe e o bebê, porque, em alguns bebês autistas, não há um afastamento drástico ao manter o contato com o outro. São múltiplos os traços autísticos que vão desde um isolamento total a um isolamento em determinadas fases, pessoas e ambientes. O que demonstra uma singularidade e um não determinismo nos traços autísticos.

Utilizando o vídeo, podemos voltar à questão do desejo e, portanto, à tríade mãe-desejo-bebê. A tríade, imaginando o seu efeito, é como um triângulo com seus três vértices, onde em cada um está a mãe, o desejo e o bebê. O desejo se localiza em um ponto estratégico, entre a mãe e o bebê, ou seja, no topo do triângulo. Vejamos que a mãe pode transitar por dois caminhos. Um caminho seria o contato direto com o bebê, sem o intermédio do desejo. O outro caminho, a mãe, primeiramente, perpassaria pelo desejo até chegar ao bebê. Este último caminho, um pouco mais longo, é onde está a linguagem, colocando o desejo em cena através da fala da mãe, do seu encantamento ao ver o bebê aceitando suas carícias.

Continuando com o vídeo, Laznik fala: “Os bebês que estão se tornando autistas podem até olhar às vezes. Podem até sorrir quando suas mães lhe dão beijinhos na barriga [...]. Só que não parecem interessar-se pelo prazer que poderiam dar às suas mães, em se fazendo beijar”. Laznik esclarece que estas observações – do contato do bebê com sua mãe – são fundamentais para delinear um diagnóstico precoce e, assim, inserir o bebê, o mais cedo possível, no campo da linguagem, como sujeito desejante. É através do diagnóstico precoce que o analista pode fazer a aposta em constituir um sujeito e tornar um tratamento possível (JERUSALINSKY, 2010).

O diagnóstico, sob o enfoque psicanalítico, serve como guia terapêutico, um direcionamento para o tratamento. Ele não é um dado definitivo, até porque estratificar um diagnóstico infantil, além de um perigoso erro, é impossível, pois a criança está na fase de

estruturação psíquica, posto que está em pleno desenvolvimento cognitivo, afetivo. Um diagnóstico infantil considera, preliminarmente, como a criança se relaciona com o outro e, à medida que o tratamento prossegue, o diagnóstico pode mudar, porque ele não é estático ou determinista. Então, para a psicanálise, o fenômeno a ser investigado não tem a conotação de verdade absoluta, como promulgam as ciências empíricas (PAVOVE, RAFAELI, 2011). O critério diagnóstico da psicanálise está em observar, clinicamente, como a criança se relaciona com o mundo, pois esta relação está intrinsecamente envolvida com a realidade psíquica, isto é, com o inconsciente, e que, “[...] dessa realidade, só aparece uma parcialidade, em forma de palavras e ações prenes de sentido tal como um lapso, um sonho ou um sintoma” (PAVOVE, RAFAELI, 2011, p. 36).

É por isso que o diagnóstico não é definido pelo comportamento, pelas ações visíveis do sujeito. Isto é apenas uma amostra para o diagnóstico, mas não a sua definição. Observar os comportamentos auxilia na construção do caso, a analisar como, mediante os atos e ações, responde ao campo do significante.

A ecolalia, a rejeição em olhar para o outro, a ausência de contato afetivo ou as estereotípias são fenômenos que podem aparecer nos casos de autismo, não em todos, como sabemos que cada criança responde ao mundo de uma forma diferente. A questão está nos efeitos desses fenômenos, o que levam esses comportamentos a eclodirem. Talvez a manifestação desses fenômenos seja uma tentativa de demanda dirigida à mãe ou ao cuidador, uma tentativa ainda não bem sucedida e formulada, com percalços e atropelos.

O estabelecimento da demanda oferece um nome, um endereço para a pessoa a quem a criança se dirige. Etimologicamente, a palavra demanda tem origem latina, *demandare*, cujo prefixo ‘de’ quer dizer completamente e ‘mandare’, ordenar mandar. Portanto, o significado é comissionar, dar completo poder a alguém. Literalmente, é colocar na mão de alguém um poder, algo que lhe é instituído.

Entendemos, então, que a demanda é como o exemplo da carta, dado agora a pouco – sobre o remetente, aquele que escreve para alguém, e o destinatário, aquele que recebe: a criança seria o remetente que destina o seu pedido a outra pessoa, com endereço determinado, de preferência aquela que participa do seu cotidiano, que a cuida. É à mãe – geralmente a primeira cuidadora, a primeira pessoa com quem a criança tem contato – que esta formulação de uma demanda é endereçada, já que é interpretada como o sujeito que tem pleno poder de entender o que o outro quer.

Uma criança que ainda não tem uma fala constituída, que ainda rejeita o olhar e a presença do outro, possivelmente não formulou uma demanda, o que não quer dizer que a mãe não suponha a direção da demanda para ela. Nesse lugar,

Se a mãe formula a hipótese de que o filho ao berrar lhe demanda, logicamente ela fez a suposição primordial de um sujeito em seu rebento. O transitivismo entre uma mãe e seu filho aparece e é constituído pela hipótese que a mãe formula ao filho sobre as demandas que ele dirige a ela. Ela faz ao mesmo tempo a suposição de um sujeito e de um saber no filho. E não somente de um saber, mas também de um Outro do filho” (PAVONE; RAFAELI, 2011, p. 38/9).

Um choro da criança, ao nascer, representa uma demanda, um pedido que a mãe entende ser dirigido a ela. A mãe detecta as diferenças de choro; um choro pedindo o colo da mãe, ou o peito da mesma para amamentar-se ou chegada da hora de dormir. É esse reconhecimento que “[...] permitirá a construção de uma demanda – para a psicanálise, sempre uma demanda de amor – desse sujeito a todos com quem vier a relacionar-se. Essa demanda estará na base de toda a atividade posterior de linguagem e de relação com os outros” (KUPFER et al., 2009, p. 53). A demanda é um ato de saber o que o outro quer, de entender os choros como sinais diferentes, de pedidos distintos. É um acontecimento a prazo, como um jogo de dominó, cartas ou xadrez, no qual o jogador, familiarizado com a partida e o participante, saberá a próxima jogada e a posição da próxima carta ou peça.

Mas e um choro que se torna constante, que persiste por horas, comum entre as crianças autistas, que pedido pode ser interpretado? Qual demanda é formulada? Um choro assim, sem dúvida, causa grande sofrimento tanto para a criança quanto para a mãe e, ao sentir-se perdida perante o pranto do filho, pode não conseguir ler um possível pedido de demanda. Nesse sentido, sem o reconhecimento do pedido do outro não há como formular uma demanda.

Para a psicanálise, o analista pode representar um papel interessante no tratamento do autismo:

É por ser afetado pelo desejo do analista que o autista pode vir a fazer um apelo ao Outro. A partir da sua escuta, o analista toma palavras e atos dos autistas em um campo de sentido, dando o valor de significante. Esse ato do analista possibilita que o sentido possa advir daquelas palavras e atos, com uma implicação do sujeito, esboçando o que pode vir a ser uma demanda. [...] A clínica do autismo convoca o analista a trabalhar tomando as manifestações apresentadas por essas crianças como atos, como produções

que, de alguma forma, buscam alguma inscrição significativa (LÓPEZ, 2009, p. 14/5).

Se o diagnóstico for de autismo, por exemplo, o papel do analista é investigar qual o lugar da criança, procurando pistas que permitam a entrada dela no campo da linguagem. Uma das pistas está em dar sentido aos atos da criança e, para isso, o analista toma o lugar de demanda para si, dando, aos poucos, uma inscrição no campo dos significantes para a criança. Estes sentidos também são produzidos junto às entrevistas dos pais, dos professores, das pessoas mais próximas ao convívio da criança. Ouvi-los representa uma direção de tratamento para a criança envolvida nestes laços sociais.

A inscrição da criança no campo dos significantes e a construção de uma demanda são etapas para o desenvolvimento psíquico. Elas favorecerão o estabelecimento do agente materno e tornarão possíveis a presença e a ausência da figura física assumida, primeiramente, pela função materna.

Nesta lógica, ao ter o agente materno instaurado na constituição psíquica, a criança irá desenvolver a noção de presença e ausência. Saberá que o outro, ao sair, ao tornar-se ausente, voltará em seguida, pois

A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, digno de nota, obrigando a criança a desenvolver um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. A presença materna não será apenas física, mas será, sobretudo, simbólica. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras (KUPFER et al., 2009, p. 53).

O intervalo, mencionado por Kupfer et al. (2009), programa uma antecipação da ausência e da presença para a criança, cada um intrínsecos entre si, pois uma ausência demanda uma presença, o que não está aos seus olhos, no tocante tempo, voltará a se fazer presente.

Os eixos levantados e discutidos até agora – a suposição de um sujeito, o estabelecimento da demanda, a alternância presença/ausência – são uma continuação do outro e, o último, a função paterna, completa o laço constituinte do sujeito.

A função paterna é, propriamente dito, a lei, a função de balizar as ações maternas (KUPFER, et al., 2009, p. 53). A lei entra como terceiro elemento na díade mãe-bebê, formando aquele triângulo dito há pouco, com os três vértices, cada um preenchido pela mãe, pelo bebê e pelo desejo. Este terceiro – o desejo – é da ordem da lei, da dimensão social. A

mãe pode ter instituído o desejo da função paterna e assegurado à criança uma superação de uma relação alienante, na qual o filho seria objeto de satisfação exclusivo da mãe. Esta simbiose é quebrada no momento que a figura materna tem a função paterna presente em seus atos, em suas relações sociais. Em outras palavras,

Uma mãe que está submetida à função paterna leva em conta, em sua relação com o bebê, os parâmetros que a cultura lhe propõe para orientar essa relação, uma vez que a função paterna é a encarregada de transmitir esses parâmetros. O exercício da função paterna sobre o par mãe-bebê poderá ter como efeito uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como um “objeto” voltado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função a singularização do filho e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas (KUPFER et al., 2009, p. 53).

Analisemos que a função paterna organiza a ação dos significantes, descolando a fala ecológica, por exemplo, da alienação da fala do outro e promovendo, portanto, a saída da ecolalia. Poder sair do primeiro tempo da construção do sujeito, a alienação, e produzir os próprios significantes é um árduo desafio para a clínica psicanalítica com autistas, porque esta clínica não se basta na tarefa de realizar instruções básicas para um mínimo convívio social e autônomo, conforme propõe a terapia comportamental. O tratamento baseado em premissas pedagógicas não provoca no outro o instituto de desejante, na construção de um sujeito singular. Uma alternativa para se pensar sobre isso é que a psiquiatria, atrelada atualmente à terapia comportamental, abdicou da perspectiva clínica em seu trabalho. A clínica – do latim *clanicus*, médico que visita os pacientes em seus leitos, e do grego *klinike tekhnē*, prática à beira do leito²⁹ – é a disposição em recostar-se, inclinar-se frente ao outro. A premissa clínica é inclinar-se, pôr-se ao lado do paciente, da patologia presente, a fim de olhar e investigar o mais próximo possível o fenômeno que a acomete. Não é observar ao longe, do alto, distante do paciente. O olhar distante é como um não-olhar, pois torna impossível ver as entrelinhas, os pontos que passam despercebidos, ainda mais considerando o nosso objeto de pesquisa, o autismo, uma forma tão peculiar de estar e não estar no mundo, de tentar se constituir como ser de linguagem.

²⁹ Disponível em: <<http://origemdapalavra.com.br/pergunta/palavra-clinica/>>. Acesso em outubro de 2013.

3 O distúrbio autístico de contato afetivo de acordo com Kanner

3.1 Kanner e a herança da escola alemã de psiquiatria

Ao discutirmos, no capítulo 1, a construção histórica e epistemológica da psiquiatria, pudemos constatar a forte influência da língua e da cultura alemã nas pesquisas psiquiátricas e a formulação da palavra autismo. Para constatar isso foi necessária a leitura dos paradigmas da psiquiatria moderna, tratado por Lantéri-Laura, no qual se discutiu o período marcado a partir do início do século XIX até os tempos atuais.

Durante quase três séculos, o conhecimento psiquiátrico esteve influenciado pelas escolas francesa e alemã (LANTÉRI-LAURA, 2000), as quais nos ajudaram a entender a determinação histórica do autismo, nosso objeto de pesquisa. A psiquiatria (sob influência de ambas as escolas) ganhou adeptos em todo o mundo ocidental. Na escola francesa, pudemos constatar que a psiquiatria entrou no terreno das neuroses e das causas que desencadeavam tais fenômenos psíquicos. Foram desenvolvidos os trabalhos de Jean-Martin Charcot que, conforme vimos no capítulo 1, dedicou-se aos estudos da histeria e da hipnose. Charcot se apoiava no fundamento de que, sob o efeito hipnótico, as mulheres que sofriam de histeria conseguiam lembrar episódios traumáticos de sua vida e, através desta técnica de descarga emocional – podemos assim nomear –, seria possível buscar a cura para tal sofrimento. No campo médico, os trabalhos de Charcot tiveram repercussão em outros países, levando Sigmund Freud – médico neurologista da Escola de Viena – à Paris, a fim de conhecer os trabalhos do médico parisiense:

No inverno de 1885, quando cheguei ao Salpêtrière para uma permanência de quase meio ano, constatei que o Professor Charcot [...] se havia afastado do estudo das doenças nervosas que se baseiam nas alterações orgânicas e estava-se dedicando exclusivamente à pesquisa das neuroses - e, em especial, da histeria (FREUD, [1886] 1996, p. 55).

A ida à capital francesa motivou Freud a levar adiante os estudos sobre a histeria e, com a autorização de Charcot, traduziu para a língua alemã as conferências do mestre francês (FREUD, [1886] 1996, p. 55), promovendo os ensinamentos do mesmo à comunidade médica vienense. Mais tarde, através dos atendimentos clínicos, Freud pode avaliar que nem todas as mulheres histéricas eram hipnotizadas, pois nem sempre os trabalhos de recordação eram bem sucedidos, exigindo grandes esforços da paciente (FREUD, [1893] 1996, p. 72). Neste

ínterim, entre os trabalhos bem sucedidos ou não do método catártico, Freud descobriu a técnica da associação livre para escutar o sofrimento psíquico, como também os fatores psíquicos que adquiriam papel predominante na elaboração e valorização das neuroses, a partir do material discursivo que o paciente trazia para a sessão.

Na escola alemã prevaleceu, especialmente com os trabalhos sobre a demência precoce realizados pelo austríaco Emil Kraepelin, a psiquiatria das psicoses e, sob a influência das ciências naturais de Darwin e Pasteur (LANTÉRI-LAURA, 2000), buscavam-se causas orgânicas para explicar as doenças psíquicas. Kraepelin e a psiquiatria alemã, ao contrário da escola francesa, não estavam interessados nos fatores psíquicos. O que dava valor às pesquisas psiquiátricas neste campo eram as questões de natureza organicista. Por esta razão, Bleuler, outro psiquiatra alemão, aceitou a formação organicista e, assim, continuando as pesquisas sobre a demência precoce, posteriormente criou a esquizofrenia e seu sintoma fundamental, o autismo.

Dois países – França e Alemanha – mostraram dois lados da psiquiatria: o interesse pelas questões psíquicas ligadas às neuroses e questões orgânicas e anatômicas referentes às psicoses, respectivamente. Freud, por ter nascido na Áustria, país vizinho da Alemanha, poderia muito bem construir sua base teórica com os estudos de base orgânica da Escola Alemã. Porém, parece-nos que a escola francesa predominou nos estudos freudianos, pois foi desenvolvida a teoria do aparelho psíquico, através da instância do inconsciente, mecanismo psíquico que desencadeia os traumas e os sofrimentos ao longo da vida. Concluindo, Freud estava interessado no campo das neuroses e a escola francesa era o lugar mais adequado na época para esta pesquisa clínica.

Na Alemanha, podemos verificar que o autismo – cuja palavra veio da própria língua alemã, *der autismus* (SHORTER, 2005, p. 34) – fez-se presente como sintoma da esquizofrenia e, a partir de então, conferiu notoriedade aos estudos aplicados pelos psiquiatras alemães e seus vizinhos, os austríacos.

Áustria e Alemanha mantiveram os estudos da psiquiatria unidos entre si. Na Áustria, Kraepelin e, na Alemanha, Bleuler, foram os nomes de maior destaque nos estudos da demência e da esquizofrenia, respectivamente. Ambos tinham o critério de classificar as psicoses a partir do que denominaram retardo, debilidade mental e esquizofrenia, observando os comportamentos e classificando os sintomas. A preocupação estava em encontrar quadros nosográficos à medida que cada sintoma era classificado. Foi assim com a demência precoce e com a esquizofrenia: a primeira com o desencadeamento de sintomas como embrutamento

intelectual, levando a criança ou o adolescente à deterioração cognitiva e educacional (CIRINO, 200, p. 81) irreversível; e a segunda, com fenômenos como delírios, isolamento social (autismo), podendo ser desencadeado no final da adolescência e/ou no início da fase adulta.

Por conseguinte, seguindo a lógica do surgimento das doenças mentais no campo das psicoses, no ano de 1943 o psiquiatra austríaco Leo Kanner criou o distúrbio autístico de contato afetivo. Kanner nomeou um distúrbio infantil e classificou o autismo como uma nova doença psiquiátrica,

onde a etiologia tanto psicopatológica quanto fenomenológica ou relacional se fixa finalmente na organicidade – genética, biológica, fisiológica, neuronal – que permanece desconhecida e permite fazer do autista um objeto de observação completamente acéfalo, sem psiquismo, que permanece exterior a quem o observa; objeto que encontra assim seu lugar no behaviorismo ambiente, no experimentalismo e no condicionamento (BALBO, 2009, p. 27).

Se a etiologia do autismo tinha base fenomenológica, atualmente, com o fim do paradigma das doenças mentais e a crise das estruturas psicopatológicas, ela é considerada não mais um distúrbio, e sim um transtorno. Em outras palavras, durante as discussões da descoberta de algumas doenças mentais (ocorridas entre 1920 e 1977), percebia-se a necessidade de que a psiquiatria estivesse em volta de outras disciplinas para dar suporte à construção etiológica da doença. No entanto, desde Bleuler, almejava-se que a psiquiatria almejava fosse ciência unicamente biológica, preocupada com o desempenho neuronal do cérebro e os fatores genéticos, deixando à parte disciplinas da área de humanas, como a antropologia, a linguística e a psicanálise.

Ano após ano, objetiva-se, fortemente, que a psiquiatria adquirisse o status de uma ciência “respeitável”, ou seja, aceita por toda a comunidade científica. Para isso aliou-se às suas pesquisas a observação dos comportamentos, estudando-se como os eventos ambientais influenciavam a formação de certas ações comportamentais. Ao insistir em saber o que ocorria na mente humana, a psiquiatria uniu-se às neurociências e, especialmente após a década de 1970, alcançou notoriedade na comunidade científica (LANTÉRI-LAURA, 2000). Através dos instrumentos que verificavam a anatomia neurocerebral, as operações mentais eram mais bem verificadas e certos comportamentos eram mais bem avaliados. Portanto, a citação de Balbo (2009) diz respeito exatamente a isso: a psiquiatria incorporou os estudos behavioristas aos estudos cognitivos das neurociências (p. 27).

Leo Kanner estava imerso nas pesquisas da psiquiatria ligadas às neurociências e à genética, focado em estabelecer um conjunto de regras para conceituar o autismo. No entanto, ele não iniciou sua carreira na psiquiatria. Logo após ter se formado em medicina, foi convidado a assumir uma vaga de médico assistente no State Hospital em Yakton, Dakota do Sul, Estados Unidos e, durante cinquenta anos de prática, Kanner escreveu os seguintes livros: “*Folclore dos dentes*”³⁰, *A apreciação das emoções a partir das expressões faciais*, *Em defesa das mães*, *Manual miniatura das deficiências mentais*, *Manual de Psiquiatria infantil*, *História dos cuidados e estudos dos deficientes mentais*” (BALBO, 2009, p. 39 – grifos no original). Percebe-se que os temas dos textos eram diversos, ligados à higiene, cuidados físicos, retardo mental, expressão corporal, ou seja, estudos paupáveis e que não referenciavam o autismo (BALBO, 2009, p. 39), tema que o tornou conhecido na psiquiatria.

A mudança para os Estados Unidos, em 1924, fez de Kanner, progressivamente, um conhecido psiquiatra infantil, continuando sua formação no país, onde encontrou afinidade com a escola alemã. Em ambos os países – Alemanha e Estados Unidos – a psiquiatria neurocientífica mostrava que o pensamento psiquiátrico se voltava para as pesquisas comportamentais e fisiológicas. Então, Kanner pode se instalar na América do Norte e prosseguir com suas pesquisas e se interessar mais pela psiquiatria infantil.

Por outro lado, enquanto na América do Norte as pesquisas na área da psiquiatria estavam voltadas para os distúrbios e síndromes, em uma parte da Europa, como Viena e França, os trabalhos de Freud eram notórios. No mesmo ano em que Kanner foi morar nos Estados Unidos, Freud publicou um dos textos mais importantes da psicanálise, *A dissolução do complexo de Édipo*, cujo objetivo era compreender “[...] o fenômeno central do período sexual da primeira infância” (FREUD, [1924]1996, p. 193). Além deste texto, o psicanalista também produziu outros trabalhos, não tão famosos quanto *A dissolução do complexo de Édipo*³¹ (1924), mas não menos importante: *Neurose e Psicose* (FREUD, [1924] 1996) e *A perda da realidade na neurose e na psicose* (FREUD, [1924] 1996).

O ano de 1924 foi notável não somente porque Freud publicou um dos ensaios mais importantes da teoria psicanalítica, mas também porque tivemos o aparecimento de Leo Kanner como o criador da psiquiatria infantil, marcando estudos na área (referentes especialmente ao autismo). Então, em 1930, bem instalado nos Estados Unidos e considerado

³⁰ Em 1926 Kanner escreveu o artigo *Folklore of the teeth*, com o objetivo de apresentar os remédios populares para a cura da dor de dente encontrados na cultura popular. Dentro da história da odontologia, há registros antigos de rituais destinados a curar a dor dentária.

³¹ Não abordaremos mais profundamente este e os demais textos pois eles não são o nosso objeto de pesquisa. A importância deles para este capítulo foi para comparar a produção teórica do ano citado, 1924.

cidadão estadunidense, Kanner tornou-se “[...] chefe do serviço de psiquiatria infantil do Johns Hopkins Hospital de Baltimore” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 17).

Em quase quinze anos de experiência, assumindo o cargo de psiquiatra infantil do setor psiquiátrico do hospital John Hopkins, Kanner publicou o artigo *Autistic Disturbances of Affective Contact*, na revista *Nervous Child*, nos Estados Unidos. Com um pouco mais de trinta páginas, o artigo foi originalmente escrito em inglês e traduzido para algumas línguas, dentre elas o português, o espanhol e o francês.

Além do texto original, escrito em inglês, tivemos acesso à tradução em língua portuguesa. Conforme citamos na nota de rodapé 12, esta versão em português está no livro chamado *Autismos*, organizado pela psicanalista Paulina Rocha e publicado em 1997. Este livro reúne alguns artigos apresentados em jornadas e congressos na área da psicanálise e, como último capítulo do mesmo, Paulina Rocha colocou o texto de Kanner, cujo título em português é literal à versão americana, *Os distúrbios autísticos de contato afetivo*, traduzido pela psicanalista Mônica Seincman.

Tendo em mãos o material escrito em inglês e em português, neste capítulo apoiaremos a escrita nas duas versões do artigo de Kanner, especialmente a da versão em inglês. A versão em inglês é encontrada facilmente na internet, com o cuidado do leitor/pesquisador verificar a originalidade do artigo, constatada através da bibliografia do texto. Vale ressaltar que a versão de Seincman foi traduzida a partir da tradução francesa do texto de Kanner, feita por M. Rosenberg. Procuramos outras versões, a fim de que tivéssemos uma tradução em português feita a partir da versão americana, porém o único texto em português que achamos, com a tradução oficial, está presente no livro de Paulina Rocha.

O artigo de Kanner é uma apresentação e discussão de onze casos clínicos de crianças – oito meninos e três meninas – com idades entre 2 anos e 4 meses e 10 anos. Por se tratar de um artigo enviado para uma revista científica, o número de páginas é limitado, o que impede o detalhamento de todos os casos e o avanço na discussão. Mesmo assim, o texto é rico em detalhes e merece ser estudado porque analisa questões importantes para o desenvolvimento infantil, como o fator cognitivo, as características de cada criança e dos familiares (pais, irmãos, tios, avós) e os fatores biológicos (genética, funções cerebrais, etc.).

Estas questões pontuadas por Kanner fizeram parte de uma década em que a psicanálise pós-freudiana³² começava a mostrar os primeiros interesses pelo desenvolvimento infantil e a relação mãe-bebê (CAVALCANTI; ROCHA, 2007). Freud já demonstrava a

³² Freud morreu em 1939.

importância dessa temática para a psicanálise, mas, *a priori* era uma discussão teórica; com a chegada dos pós-freudianos, a psicanálise uniu estas discussões à clínica. Kanner, nesse período, também se dedicava aos mesmos temas, mas, claro, numa perspectiva psiquiátrica.

Embora Kanner estivesse no campo da psiquiatria, isso não o impedia de manter aproximação com os psicanalistas de sua época. Aliás, a psicanálise, em especial na primeira metade do século XX, mantinha ainda relações com a psiquiatria. Ambas as áreas estavam dispostas a estudar o desenvolvimento psíquico sob os diferentes recursos que as mantinham como disciplinas ligadas ao estudo do pensamento e da formação humana e, portanto,

Enquanto pesquisava sobre o autismo, Kanner manteve contatos com alguns psicanalistas e em especial com Margareth Mahler³³, num contexto em que era forte a tendência a pontuar a importância das interações mãe-bebê na constituição da vida psíquica e nos processos de desenvolvimento (CAVALCANTI; ROCHA, 2007, p. 41).

Kanner achava que o sofrimento psíquico era um indicador de que algo, psiquicamente, não ia bem na criança. Curioso pensar como a criança sofria em tenra idade, mesmo ainda sem falar, sem dizer, em palavras, o que sente ou o que a faz sofrer. *A priori*, ler a dor psíquica de alguém que ainda não fala, que não expressa em palavras o que sente, é algo complexo e que demanda investigação.

Buscando explicar o que há com as crianças observadas, Kanner dividiu o texto em três partes, o qual, primeiramente, é a apresentação dos onze casos clínicos, em seguida a discussão e, por fim, os comentários. Para o nosso trabalho, faremos uma análise de algumas partes do texto de Kanner que achamos necessárias para a pesquisa, usando um pouco a leitura psicanalítica como suporte de leitura.

3.2 Uma leitura psicanalítica dos casos clínicos apresentados por Kanner

Na versão americana, Kanner não inicia, de imediato, o artigo com os casos clínicos; antes do título há uma pequena citação, da psiquiatra e sua contemporânea Rose Zelig, retirada do livro *Glimpses into Child Life* (1942). O trecho diz o seguinte: “É muito difícil entender e mensurar as qualidades emocionais. Psicólogos e educadores vêm lutando com esse problema há anos, mas ainda somos incapazes para mensurar os traços emocionais e da

³³ Margareth Mahler (1897-1985) foi uma psiquiatra e psicanalista húngara que dedicou-se ao estudo do desenvolvimento infantil, em especial à psicose infantil. Junto a Anna Freud, Mahler criou o primeiro centro de tratamento para crianças, em Viena. (Disponível em: <http://febrapsi.org.br/biografias/margaret-schonberger-mahler/>, acessado em 17/07/2013).

personalidade com a exatidão a qual nós podemos mensurar a inteligência” (ZELIGS *apud* KANNER, 1943, p. 217 – tradução nossa).

Curioso notar que a citação acima está presente no texto original, em inglês, mas não aparece na tradução para o português. Supomos duas razões para explicar o fato: ou a versão francesa – tomada como base para o texto em nosso idioma – não tinha esta citação de Zelig ou, ao traduzir o artigo de Kanner para o português, Monica Seincman optou por suprimi-la do texto. Não temos como saber, pois não tivemos acesso à versão francesa e a tradutora da versão brasileira não abriu uma nota de rodapé para justificar a razão da subtração da citação de Rose Zelig. O que nos parece é que os tradutores do artigo de Kanner – tanto em francês quanto em português – não viram razão para inserir a citação de Zelig, preferindo traduzir diretamente o texto de Kanner.

De qualquer forma, ao termos contato com este trecho, em inglês, atentamo-nos a ele como uma sinalização do que viria a ser sustentado por Kanner no decorrer da discussão. Kanner parece introduzir, antes de dar início ao seu texto, o objetivo do seu artigo, ao mostrar o quão difícil é mensurar as capacidades emocionais do ser humano. Entretanto, ao contrário disso, a ciência consegue mensurar a inteligência, através de testes psicológicos, por exemplo.

Por outro lado, a leitura que fizemos dessa citação nos mostra outra hipótese kanneriana a respeito da dificuldade em medir a emoção, mas sem descartar a possibilidade de mensurá-la, visto que tantas outras conquistas foram alcançadas pela ciência e, portanto, medir as emoções e a personalidade seria um avanço para as pesquisas na área da psiquiatria. Com isto podemos criar uma hipótese da proposta de escrita de Kanner: é possível compreender a capacidade emocional da criança mediante a observação clínica, a história de vida da criança e da família. E é isso o que basicamente conferimos durante a leitura dos casos clínicos. Voltaremos a esse assunto nas próximas páginas.

Atentamos que, após a citação de Rose Zelig, Leo Kanner começa a primeira parte do artigo: a apresentação dos casos, expostos um a um. Em todos os casos há a idade da criança correspondente ao dia da primeira consulta com Kanner no hospital Johns Hopkins, como podemos ver nas primeiras linhas do caso 1: “Donald T. foi visto pela primera vez em outubro de 1938, com a idade de 5 anos e 1 mês” (KANNER, 1943, p. 217 - tradução nossa). Esta primeira consulta não quer dizer que a criança não tenha passado por alguma avaliação antes, com outro profissional. Pelo contrário: é importante frisar que as crianças acompanhadas por Kanner foram avaliadas por outros psiquiatras para refletirmos que, desde a mais tenra idade, as crianças demonstraram (de alguma maneira) grande sofrimento psíquico, levando-as a

constantes consultas médicas. Kanner considerou a vinda das crianças ao seu consultório como ponto de análise clínica dos casos, ao saber das passagens delas por avaliações clínicas, testes psicológicos e exames neurológicos.

As consultas das onze crianças expostas por Kanner no artigo foram efetuadas no Hospital John Hopkins, onde trabalhou como psiquiatra infantil e teve contato com várias crianças que apresentavam um estado peculiar e distinto que, sob seus olhares, mereciam uma consideração detalhada das particularidades das mesmas (KANNER, 1943, p. 217 – tradução nossa). No entanto, ele deixa claro que alcançar este objetivo é quase impossível, devido ao espaço limitado que um formato de artigo permite para expor detalhadamente os casos. Isto é um problema, pois é necessário um espaço maior de escrita quando o autor almeja descrever, interpretar e analisar os casos. Porém, como o próprio autor afirmou, o artigo é um relatório preliminar (KANNER, 1943, p. 217 – tradução nossa) e as análises mais minuciosas poderão ser feitas em outros trabalhos, além, também, de saber que as crianças, por não atingirem a idade de onze anos, ainda crescerão e se desenvolverão, não limitando estudos posteriores.

Porém, os comentários sucintos dos distúrbios autísticos não impedem de analisarmos a escrita do artigo. Pode ser um problema para a pretensão do autor, a análise condensada dos casos, mas, para nós, leitores, isto não chega a ser um absoluto obstáculo, uma vez que podemos nos atentar à forma de escrita do texto e aos possíveis deslizes ou incertezas do mesmo.

Como ponto de análise, uma questão que nos parece importante é que, dos 11 casos apresentados, o caso 1 é o mais extenso de todos, com mais observações da criança e da família, tudo para coletar o máximo possível de dados para a discussão e comentário, encontrados no final do artigo. A extensão deste primeiro caso clínico confere uma continuidade de características, tanto da criança quanto da família, presentes nos demais casos clínicos. Isto nos sugere pensar que Kanner exemplifica os casos seguintes tomando como apoio o caso clínico de Donald (caso 1).

Esta é a nossa leitura, uma vez que as características, tanto da criança quanto dos pais, também são verificadas nos casos seguintes. Além disso, pudemos constatar no primeiro caso, por exemplo, características da criança como: dificuldades na alimentação; preferência por ficar sozinho a ter a presença de outras pessoas; ecolalia; ótima capacidade de memorização; inteligência precoce. São características que não aparecem em todas as crianças dos casos posteriores, mas algumas delas são peculiares em determinados casos.

Continuando com o caso 1, a primeira consulta datou de 1938. Podemos pensar com isso que os demais casos foram atendidos em anos posteriores. Porém, verificamos que, no caso 8, a primeira consulta da criança foi em novembro de 1935³⁴, aos 3 anos e meio de idade (KANNER, 1943, p. 233 – tradução nossa). Parece-nos que cada caso foi organizado de maneira aleatória, pois nem mesmo Kanner relata como foram ordenados os casos. No entanto, o caso mais antigo recebido por Kanner foi o de Alfred (caso 8), mas foi somente três anos depois, em 1938, que foi dada uma atenção particular para estas crianças, pois se percebia que havia algo de diferente nelas, “[...] tão marcada e singularmente de tudo a partir de qualquer relato feito até agora [...]” (KANNER, 1943, p. 217 - tradução nossa).

Isto significa que desde a década de 1930 nenhum caso de autismo foi descrito, sendo nomeado estritamente como um sintoma da esquizofrenia. Nesta época estas crianças eram chamadas de esquizofrênicas ou erroneamente de débeis mentais (*feeble-minded*), como podemos notar, inclusive, em alguns casos do artigo de Kanner, como o caso 4, por exemplo, no qual no penúltimo parágrafo há a descrição do menino Paul: “Os testes formais não poderiam ser realizados, mas ele certamente não poderia ser considerado como débil mental no sentido comum do termo” (KANNER, 1943, p. 228 – tradução nossa).

As crianças, na maioria dos casos, eram extremamente inteligentes ou simplesmente não indicavam deficiência mental. O caso de Paul G. é o exemplo mais nítido de todos os outros, pois aos 5 anos de idade ele se submeteu à avaliação psicométrica, havendo suspeita de deficiência intelectual severa (*severe intellectual defect*) (KANNER, 1943, p. 226 – tradução nossa). No entanto, não havia coerência em dizer que Paul sofria de retardo mental porque na idade que tinha (5 anos), já sabia contar, tinha bom vocabulário e conhecia os nomes das cores – características que demonstram bom desenvolvimento cognitivo para a faixa etária correspondente. Parece-nos que a deficiência intelectual estava mais voltada para a adaptação ao meio, do que para a questão cognitiva, levando em conta a breve descrição das características de Paul no primeiro parágrafo: “[...] linguagem incoerente, incapacidade para adaptar-se e violentos estados de cólera, como reação a qualquer interferência, dando a *impressão* de debilidade mental” (KANNER, 1943, p. 226 – grifo nosso). O destaque à palavra *impressão* pretende mostrar que não houve um diagnóstico seguro de demência mental.

³⁴ A tradução brasileira afirma que a criança foi levada para a consulta em novembro de 1933, mas se fosse neste ano seria impossível a criança estar com 3 anos e meio. Mais um dado que mostra este erro se encontra no terceiro parágrafo do caso 8, quando Kanner afirma que a criança nasceu em maio de 1932. Desta forma, houve um erro de data na tradução brasileira. Salientamos que esta nota de rodapé serve apenas para caso o leitor tenha acesso à versão escrita em português.

Então, parecia que essas crianças não sofriam de deficiência intelectual; ao contrário, o intelecto estava intocável e não havia alteração na capacidade de aprender e de lembrar com facilidade de músicas, poemas, textos. A exceção está no caso de Virginia (caso 6), quando há também a suspeita (não confirmada) de retardo mental. Na aplicação do teste de inteligência de Binet e de escala da idade mental, o teste de Merrill-Palmer deu o resultado de Q.I. igual a 24. A conclusão do psicólogo que aplicou os testes foi: “Sua inteligência é superior a isto [...]” (KANNER, 1943, p. 230 – tradução nossa). Ou seja, o psicólogo notou que não era a inteligência que afetava o desenvolvimento de Virginia, mas que algo a afligia, pois não olhava para o outro, retraindo-se em si mesma. Em toda a descrição do caso, Kanner mostra exatamente que a criança possivelmente tinha deficiência intelectual devido a outros fatores, os quais faziam com que a mesma não desenvolvesse as capacidades cognitivas e afetivas. A prova está no início do caso, quando há a observação de que Virginia passava horas reconstituindo quebra-cabeças (KANNER, 1943, p. 230 – tradução nossa). Para a habilidade de montar quebra-cabeça é necessário um nível de inteligência acentuado para ter a destreza de encaixar as peças umas na outras, e isso parecia ser normalmente executado pela criança. No final do caso, exatamente a última frase, parece que Kanner leva até o fim a hipótese de que Virginia não tinha retardo mental: “Ela tinha uma fisionomia inteligente, apesar de seu olhar ter uma expressão vazia” (KANNER, 1943, p. 231 – tradução nossa).

O que deixa como questão é o que a fisionomia de inteligência tem a ver, para Kanner, com o olhar vazio que Virginia expressava? Parece-nos uma conclusão vaga para terminar um caso clínico, pois a fisionomia de inteligência nada indica a real capacidade cognitiva da criança. O que será que Kanner quis relacionar com olhar vazio da criança? Vale sublinhar que a proposta de Kanner era mostrar que as crianças não tinham retardamento mental e que a expressão de olhar vazio era composta por outros fatores, hipótese levantada também pelo psicólogo do caso.

Outro ponto que também pode ser interessante para esta observação é que Kanner, em nenhum momento das apresentações dos casos clínicos, diz que as crianças são autistas. Ele fala em “[...] rindo e cochichando autisticamente” (KANNER, 1943, p. 221 – tradução nossa) ou em “[...] comportamentos extremamente autísticos [...]” (KANNER, 1943, p. 222 – tradução nossa), expressões localizadas, exclusivamente, no primeiro caso. Nos demais casos, não há nenhuma referência à palavra autismo. O que é dito são adjetivos que se aproximam de características autísticas, como *não mostra afeição ao ser acariciado* (caso 1), *parece que não*

quer fazer coisas novas (caso 2), mostra-se bastante autossuficiente em suas brincadeiras (caso 3), nunca levantava os olhos para olhar o rosto das pessoas (caso 4) etc.

Destacamos os adjetivos dos 4 primeiros casos para constar que as crianças observadas por Kanner não tinham reações antecipatórias. Se não mostra respostas à ação da outra pessoa, entendemos que a criança não se aproxima do outro e, portanto, não antecipa o contato ou não reage quando é tocado. O mesmo pode ser visto quando a criança não levanta o rosto para olhar as pessoas. Ou seja, a criança não antecede a troca de olhares com o outro, chegando até a desviar o olhar quando olham para ela.

Fato curioso porque parece que a única posição antecipatória da criança é desviar o olhar ou negar a presença do outro, afastando-se ou evitando esta presença que é interpretada, pela criança, como invasão de território, preferindo retrair-se em si mesma (KANNER, 1943, p. 230 – tradução nossa). No caso 3 (Richard), a criança também não tem reações antecipatórias. No relato da mãe, observa-se que ela compara Richard ao outro irmão. Segundo Kanner, a mãe disse que “[...] o irmão mais novo mostrou uma reação antecipatória ativa ao ser carregado, enquanto Richard não mostrou sinal algum de preparação – nem em sua fisionomia e nem sua postura – e não conseguiu ajustar a posição de seu corpo quando ela ou a babá o carregavam ao colo” (KANNER, 1943, p. 225 – tradução nossa).

As reações antecipatórias significam que a criança tem preparação cognitiva e sensorio-motora para executar o ato de responder ou antecipar certos gestos, como por exemplo, quando alguém próximo à criança (seja a mãe, o pai ou qualquer outra pessoa que a criança conheça) estende o braço para pegá-la no colo e a criança responde estendendo os braços ou quando pede o colo do outro antes de o adulto oferecer apoio. É uma reação-resposta ao pedido do adulto para carregá-la. O mesmo pode acontecer de forma contrária: a criança negar o braço do outro, desviando o corpo para não ser carregada. Outro caso é quando a criança responde ao sorriso ou quando acha engraçado o gesto do outro.

No exemplo dado por Kanner, no momento em que a mãe compara Richard ao irmão mais novo, o que acontece é que a criança não respondeu de nenhuma forma, não aceitando ou negando o braço do outro. Quando a mãe diz que Richard não mostrava sinal algum de preparação, significa que a criança não respondeu de nenhuma maneira, provavelmente ficando no mesmo lugar, como se nada tivesse acontecido. O que havia com essa criança para reagir dessa maneira, sem reações antecipatórias? Esta observação pode ser constatada no caso 4, ao descrever como a criança respondia ao contato afetivo com o outro:

Ninguém supunha que essas observações tinham valor de comunicação. Não existia, do seu lado, nenhum laço afetivo com as pessoas. Ele se comportava como se as pessoas não tivessem nenhuma importância ou mesmo não existissem. [...] Nunca levantou os olhos para olhar o rosto das pessoas. Quando acontecia de se relacionar com as pessoas, tratava-as, ou melhor, tratava as partes do corpo destas pessoas, como se fossem objetos. [...] Quando estava com outras crianças, ele as ignorava e tentava tomar os seus brinquedos (KANNER, 1943, p. 228 – tradução nossa).

O relato pressupõe a tentativa da família em manter relações afetivas com Paul (a criança do caso 4), mas se acredita que a criança não encontrou com o outro, colocando-o, simplesmente, à margem da existência. Se o outro, para a criança, não existe, como ela pode escutar ou atender ao seu chamado? O contrário dessa situação também nos ajuda a entender a posição da criança, pois, quando esta chora, o adulto não a escuta, no sentido de que não entende absolutamente o que está acontecendo para a criança chorar, não querer comer, não dormir ou não falar. É um desafio ajudar as crianças com autismo, pois é difícil escutá-las, se a sua linguagem continua fechada, inacessível ao outro.

Kanner afirmava que as crianças não ouviam, mas não porque tinham problemas auditivos. Exames foram realizados para comprovar a hipótese de surdez nas crianças, mas os resultados deram negativo, ou seja, as crianças atendidas por Kanner ouviam perfeitamente. Kanner dizia que as crianças não eram atentas quando as palavras lhe eram dirigidas, repetindo as palavras ou frases ecolalicamente (KANNER, 1943, p. 244 – tradução nossa).

Podemos pensar de outra maneira a ideia de que as crianças com autismo não escutam ou utilizam a ecolalia para se comunicar. Como o nome indica, autismo quer dizer que as crianças escutam a si mesmas (LACAN, [1975] 1998). Elas podem ouvir muitas coisas. Escutam desde a si mesmas até frases ditas por outro no dia-a-dia, como o próprio Kanner exemplifica em alguns casos, quando as crianças falam em terceira pessoa frases como “Você quer um bombom” (KANNER, 1943, p. 228 – tradução nossa). O uso da terceira pessoa exemplifica a ecolalia, presente em muitas crianças que ainda não desenvolveram totalmente a linguagem, não sabendo distinguir a primeira e a terceira pessoas do singular (eu e ele/a), trocando o eu por ele. É como se, ao ouvir o que o outro disse, repetisse da mesma forma a palavra ou frase, sem transparecer sentido para si.

Então, se a criança emite palavras ecolalicamente, quer dizer que ela ouve o outro e não somente a si. Por outro lado, as crianças com autismo não escutam os outros, no sentido de construir uma comunicação, ficando acuadas e sem respostas, como o caso 4 – do menino Paul. Entre outros casos, parece que a criança renuncia o outro, tolerando-o com indiferença

(KANNER, 1943, p. 230 – tradução nossa), o que nos permite pensar que a ideia de tolerância e de renúncia confirma que o autista sabe da existência do outro.

Achamos que a criança com autismo não nos ouve, que está completamente acuada em seu mundo interior, parecendo que sua linguagem é fechada e inacessível ao outro. Olhar dessa forma torna difícil escutá-la, pois, que tenhamos dificuldades para isso, “[...] para dar seu entendimento ao que dizem, não impede que se trate, finalmente, de personagens de preferência verbosos” (LACAN, [1975] 1998, p.13). As crianças com autismo são verbosas significa que, ao taparem os ouvidos, ter imensa intolerância à presença do outro, estão na linguagem, recuando ou se protegendo do que não querem sentir ou ouvir. O espaço de renúncia e de intolerância do autista pressupõe a existência da estrutura da linguagem (LACAN, [1975] 1998).

A linguagem, enquanto estruturante, é aquela que nos torna seres falantes e desejantes. Para que isso ocorra, é necessário que o outro – a mãe, por exemplo – estabeleça a rede de articulações, os chamados significantes, “[...] *lugar prévio* do sujeito como efeito da linguagem (VORCARO, 2010, p. 149 – grifo da autora), remetendo-os a outros significantes, formando uma cadeia com vários deles. No caso do autista, a constituição simbólica da linguagem não está totalmente elaborada, fazendo com que ele recuse e não responda ao olhar e ao contato do outro.

O que acontece não tem relação com a negligência dos pais. Geralmente, são pais preocupados com o filho, que querem o melhor para ele e, quando se veem diante da recusa do filho, parece que os pais desistem, de alguma maneira, de seu filho, não acreditando, por exemplo, na melhora ou no avanço no desenvolvimento da criança. No relato da mãe de Frederick, de 6 anos de idade (no caso 2), ouvia o filho dizer “[...] palavras que lhe pareciam vir inesperadamente. Dizia uma vez e nunca as repetia. Uma de suas primeiras palavras foi ‘macacão’. (Seus pais, que nunca esperavam dele uma resposta a qualquer pergunta, foram uma vez surpreendidos quando ele respondeu - ‘sim’)” (KANNER, 1943, p. 223 – tradução nossa).

O estado de surpresa dos pais revela a falta de esperança por alguma mudança ou resposta positiva do filho. É compreensiva a reação dos pais diante do filho que não responde aos seus chamados, que não há troca de afetos. No entanto, pensemos que, para essas crianças que não têm uma linguagem ainda completamente constituída, provavelmente, não há a representação para si da língua materna.

A língua materna é comumente conhecida no cotidiano como a língua que aprendemos a falar, aquela que a criança, localizada em determinada comunidade, adquire do seu povo. Porém, esta delimitação não resolve o problema das crianças com autismo, daquelas que não falam ou, quando falam, emitem sons ecológicos ou desenvolvem a fala tardiamente. Parece que a questão é mais complexa.

Se considerarmos que a língua materna é aquela que incorpora a criança na língua, “[...] como poderíamos, em tal quadro de coisas, ter certeza de que ela se identifica com o idioma que a mãe fala, ou ainda que seus pais falam?” (JERUSALINSKY, 2008, p. 76). A mesma pergunta poderia ser feita por Kanner, há 70 anos, como também pelos profissionais que cuidam das crianças hoje em dia. Nos casos clínicos de Kanner, observou-se que todas as onze crianças não desenvolveram plenamente a linguagem materna, visto que uma criança não falava (casos 7) e outras apresentavam ecolalia (casos 1, 2, 9, 10) ou não utilizavam corretamente os pronomes pessoais, ao usar o “eu” no lugar de “você” e vice-versa (casos 4, 5, 9, 10, 11). São crianças que, de algum modo, não desenvolveram no tempo certo a linguagem oral, apresentando de moderadas a severas dificuldades na fala, sem constatar, nos exames de eletroencefalograma, nenhuma alteração cerebral que levasse a deficiência ou retardo mental. Se Jerusalinsky diz que a criança não se *identifica* com o idioma da mãe, não quer dizer que, por não haver uma identidade entre a mãe e o filho, este desistiu de aprender a fala. Não é uma questão de escolher a prevaência da língua materna. Como também não é questão de culpa, do lado da mãe ou do filho. A identificação da língua materna nos leva a observar quais são as condições mínimas para que haja a entrada da criança na linguagem (JERUSALINSKY, 2008, p.76). E mais: no sentido de que essa identificação marque a presença da singularidade na fala de cada um de nós (JERUSALINSKY, 2008, p. 79), não esquecendo a linguagem como precedente ao homem, ou seja, de que a singularidade referida tem a ver com a maneira como somos capturados pela linguagem.

O termo língua materna, além de ser considerado pelo sentido comum o idioma originário, parece que está ligado à mãe, sendo esta, portanto, a garantia da entrada da criança na linguagem. Desse modo, o papel do pai estaria fora da perpetuação da língua materna? Absolutamente não. A língua materna não exclui o papel do pai ou, nos moldes psicanalíticos, a função paterna, que veremos logo em seguida.

Propomos, junto à leitura psicanalítica, a ideia de que a língua materna tem a ver com a entonação da voz da mãe, primeira personagem com quem o bebê tem contato. É comum ouvirmos as mães falarem com seu bebê de maneira musicalizada, na hora de dormir, por

exemplo, como uma forma de chamar a atenção e fazer com que ele olhe para ela. Esse ato tem um valor importante, porque

[...] se trata de uma primeira transcrição onde a prosódia especial materna transpõe para a ordem da letra o que até ali se encontrava no olhar. [...] Assim a voz se transforma em letra pelo simples fato de que já não é ela mesma, em tanta coisa, mas signo de um objeto (o olhar) que ela passa a representar em outro nível (JERUSALINSKY, 2008, p. 80).

A fala da mãe, no momento apenas voz que emite sons e palavras, se transforma em letra. A letra, no sentido literal do termo, precisa do objeto para se fixar, do papel e da caneta para ser escrito e marcado. Metaforicamente, o sentido da letra, aqui, é o mesmo do sentido literal, sendo aquilo que precisa de algo que faça marca, neste caso o filho, como a mãe que fez a marca da letra no filho. Desse modo, a função da linguagem tem validação porque a sua existência só tem efeito propriamente de linguagem quando é identificado um lugar. No entanto, para o filho, ainda pequeno, a letra não tem forma, palavra e nem vocabulário, mas a letra, oferecida pela mãe, na língua materna, tão singular no que diz respeito à entonação da voz que é dirigida ao bebê (JERUSALINSKY, 2008, p. 81; LAZNIK et al., 2006; LAZNIK, 1991), é a primeira marca para a criança adquirir a língua social, falada por todos ou, ainda, conhecida por função paterna.

Portanto, a mãe serve de objeto para marcar e sustentar o significante no filho, que o escolheu para fazer presença na linguagem. Estamos falando de escolha ou identificação com a linguagem não de modo consciente, como se a criança fosse capaz, ainda nos primeiros meses de vida, de escolher se quer ou não ser capturado pela linguagem. Falamos no nível inconsciente, juntamente com o aforisma laciano *do inconsciente estruturado como uma linguagem*, o qual subverte a posição cartesiana de que há um dentro e um fora da linguagem. Da mesma forma, a linguagem não é uma realidade interna ao ser humano que, assim quando nasce, está inserido na linguagem. As crianças autistas provam exatamente o contrário, de que é preciso um mecanismo, uma alavanca, para tornar-se sujeito da linguagem. E a língua materna serve justamente para engrenar a linguagem no outro.

É interessante examinar que a música cantada pela mãe, na hora do bebê dormir (continuemos com o exemplo da hora de ninar), ainda é sem letra para o filho, pois a criança, como falamos há pouco, ainda não tem a capacidade de formular um texto, com palavras, sentido sintático etc. No entanto, é uma letra no sentido que faz cadência ao ser repetida, harmonicamente, respeitando o tempo e fazendo pausas junto ao silêncio. É a composição da

voz da mãe, a harmonia dos sons, o silêncio e, por fim, o olhar da mãe – este último imprescindível para que o bebê seja capturado por esse conjunto harmônico – que oferece à criança os primeiros sons linguísticos. O ato da mãe de olhar para o filho é o embrião de todo o reconhecimento primário (JERUSALINSKY, 2008, p. 81), é o que ajuda a criança a ser capturada pela linguagem através da harmonização dos sons emitidos pela mãe.

Da mesma forma que a linguagem não é inerente ao bebê, a língua materna não está necessariamente imersa na mãe, como podemos observar no caso 9, do menino Charles, com a idade de 4 anos e 6 meses quando foi a primeira vez ao consultório de Kanner. O caso é iniciado com o relato da mãe: “‘A coisa que mais me incomoda, é que não posso atingir meu bebê’. [...] ‘Eu me esforço em não deixar que minhas observações sejam dominadas pelos meus conhecimentos profissionais que agora se introduziram em minha própria maneira de pensar’” (KANNER, 1943, p. 235 – tradução nossa).

A partir do caso 9, com o registro da mãe do Charles, verificou-se que, dos 11 casos clínicos apresentados por Kanner, 6 têm os depoimentos das mães das crianças. São mães que apresentam, detalhadamente, características comportamentais dos filhos, como do menino Richard (caso 3). A mãe dessa criança “[...] havia trazido suas anotações que indicavam uma preocupação obsessiva com detalhes e uma tendência a encontrar todo tipo de interpretações peculiares para os atos da criança. Ela observava (e anotava) cada gesto e cada ‘expressão’, esforçando-se para encontrar seus significados específicos e decidia, ao final, por uma explicação particular, por vezes, muito improvável” (KANNER, 1943, p. 225 – tradução nossa).

Improvável ou não, o depoimento da mãe de Richard tem valor de verdade para a ela. Certamente, o fenômeno do autismo não engloba apenas os testemunhos de especialistas, mas dos próprios interessados, no caso a mãe ou o pai. Isto ocorre porque, no exemplo, a mãe de Richard demonstra preocupação em anotar o máximo de informações sobre os atos da criança, para registrar e servir como uma espécie de documento clínico ao ser levado ao consultório do especialista.

A respeito dos registros dos pais, Kanner compilou os relatos dos mesmos e publicou no artigo, a fim de mostrar o perfil dos pais das crianças – geralmente obsessivos, como o próprio Kanner afirma, buscando anotar o máximo de informações possíveis sobre o filho. A respeito disso constatamos que

[...] os pais tornam-se especialistas [...]. As referências habituais são completamente alteradas, são os próprios sujeitos que fundam o processo

clínico, mas não no sentido de uma maior subjetividade, pelo contrário. Este movimento é dirigido para a objetividade e a cientificidade: as neurociências, a genética, o cognitivismo, as estatísticas. É um movimento que se opõe claramente à psicanálise (ALERINI, 1991, p. 137).

A questão principal a ser discutida não é se a mãe tem um saber, mas se tem um saber científico, especializado, pois assim, o depoimento terá validade para o tratamento da criança. Parece que os pais tornam-se especialistas não pela posição que adquiriram, de ser pai e mãe, mas na função de especialistas de um saber científico, baseado em fatos e dados das observações dos comportamentos das crianças.

Se a mãe de Richard (caso 3), segundo Kanner, tinha uma preocupação obsessiva com os atos do filho, não é o que mais importa neste momento, até porque é impossível, apenas com o relato da mãe, fazer uma avaliação e um diagnóstico clínico da estrutura da mãe, mas quando Kanner nos fala em obsessividade para registrar todos os comportamentos do filho, denuncia exatamente o valor que o registro tem se somente tiver embasamento científico. Como a mãe não tem a devida competência, o relato torna-se apenas um depoimento, com dados de sua visão particular e subjetiva do filho e não de uma previsão de diagnóstico com base objetiva.

Retomando o caso 9, do menino Charles, a mãe diz sentir-se incomodada por não conseguir atingir o bebê. A mesma acrescenta, dizendo se esforçar por não deixar ser influenciada pelos conhecimentos profissionais (KANNER, 1943, p. 235 – tradução nossa). É um rico relato, preenchido pelos verbos *conseguir* e *esforçar*, ambos indicando tentativas da mãe, todas sem sucesso, o que a leva a crer que o filho é inacessível a ela ou, ainda, que a mãe “[...] é **atravessada pelo autismo**, que ao mesmo tempo, a anula. Seu filho não lhe envia a imagem de mãe que ela espera, ele não a olha, ele não se comunica com ela (ALERINI, 1991, p. 143 – grifo do autor).

O registro da mãe de Charles revela o fracasso da função materna e, conseqüentemente, de sua precedente, a língua materna. A função materna é aquela que apresenta a função paterna – outra função que representa o simbólico, a linguagem – à criança; serve de intermediária, de referência para chegar à função paterna (JERUSALINSKY, 2012, p. 71). A função materna é o elemento simbólico que permite a primeira articulação significativa (VORCARO, 2002, p. 70), partindo do princípio de que a função materna é o significante mestre, o primeiro marcador da vida da criança na linguagem. Após oferecer o próximo passo para ocupar outros espaços, outras palavras, a função materna apresenta o bebê à função paterna, ou seja, ao próximo significante. A criança conhece o pai,

ou melhor frisando, a figura que representa a função paterna – aquele que oferece à criança outras possibilidades de se constituir na linguagem, sem exclusividade da presença materna. A criança aprende o sentido diverso das palavras porque reconhece a função materna como primeira e a função paterna como aquela que faz os nós, que permite ao sujeito interpretar o que está ao seu redor, no mundo. Entre as funções materna e paterna, a linguagem está presente e se fixa no sujeito para marcar o seu espaço de fundadora das relações com o Outro.

Então, vejamos outro caso apresentado por Kanner, a fim de ilustrar a discussão sobre as funções materna e paterna. É o caso de Donald, de 5 anos e um mês de idade, o caso 1 conforme enumerado por Kanner. Donald tinha dificuldades de ampliar o vocabulário para outras situações, limitando algumas palavras apenas para um episódio do dia-a-dia:

A palavra “sim”, durante muito tempo, significou que ele queria que seu pai o colocasse sobre os ombros. Isto tinha uma definição original. Seu pai, que tentava ensinar-lhe dizer “sim” e “não”, perguntou-lhe um dia: “Você quer que eu o carregue nos ombros?” Don expressou sua concordância e repetiu ecolalicamente a pergunta. Seu pai disse: “Se você quiser que eu o carregue nos meus ombros diga “sim; se você não quer, diga “não”. Don respondeu “sim”, mas depois disso “sim” ficou tendo o sentido de que seu pai queria carregá-lo nos ombros (KANNER, 1943, p. 220 – tradução nossa).

Analisamos este exemplo de Donald como uma dificuldade de romper com a situação original que o fez aprender a dizer sim. Para ele, a palavra “sim” apenas representou um momento da vida, aquele quando seu pai o carregava nos ombros.

Kanner, quando parte para a discussão dos casos clínicos, afirma a excelente capacidade de memorização dessas crianças, associada à incapacidade de utilizar a linguagem de outra maneira (KANNER, 1943, p. 243). Além disso, o autor continua dizendo que as crianças que falam de forma ecolálica não se diferenciam das crianças que não falam, pois ambas não têm a capacidade de se comunicar (KANNER, 1943, p. 243). É a conclusão a que Kanner chega, mas propomos, aqui, pensar a partir de outro viés e compreender as possibilidades linguísticas destas crianças.

Pensamos que se torna evidente neste exemplo – mesmo com a explícita dificuldade em articular o “sim” ou o “não” a outras situações – a inserção de Donald na língua, pois ele compreendeu a pergunta do pai e a respondeu. Fica marcado o desejo do filho de querer ser carregado pelo pai, mas esse desejo precisa ainda ser melhor conduzido, para que a criança consiga articular redes, fazer conexões com outras atividades, emergir o grande Outro ao estado de linguagem, propriamente dito. Ou seja, fazer emergir um sujeito desejante que saiba fazer as escolhas e dizer “sim” ou “não” quando lhe for necessário. Porém, a falta em articular

ou metaforizar as palavras ajuda-nos a entender que a função paterna não produziu efeito na criança porque a mesma não formulou a palavra “sim” como significante, limitando o ato afirmativo para apenas uma situação. O que possivelmente aconteceu com Donald foi uma ruptura com o Outro, antes deste Outro ser reconhecido como tal³⁵. Então, sem mais delongas, o Outro materno não foi descoberto pela criança, como se essa ruptura o levasse, sem intermediação, para o simbólico, o Outro paterno. Sem a intervenção da função materna, o repertório linguístico da criança torna-se limitado, como no caso de Donald.

Além do repertório limitado de palavras, ou da presença de ecolalia, a criança também pode apresentar intolerância à presença do outro, como é o caso 6, de Virginia³⁶. Para a menina, a presença do outro simbolizava invasão de território, suportando-a com indiferença (KANNER, 1943, p. 230 – tradução nossa). Se ela não suportava dividir o mesmo espaço com outra pessoa, a função paterna não foi formulada pela criança, não permitindo, assim, mudanças de ambiente e conhecer novas pessoas. Sem a função paterna, o caso da Virginia, assim como de outras crianças com autismo, caracteriza-se por não reconhecer as pessoas ou ser inacessível ao contato físico com o outro, conjugando características de uma criança que não foi sustentada pela linguagem, que não atingiu o patamar da palavra (JERUSALINSKY, 2008, p. 82).

Ao dizer que a criança não fala, mas articula certos comportamentos, como choro excessivo, rejeição de algumas comidas, não somos levados a pensar que existe uma língua instaurada no circuito psíquico da criança que seria o pontapé inicial para a sua constituição na linguagem? Acreditamos que sim. Isto porque a criança, nos primeiros meses ou anos de vida, tem a capacidade de construir um repertório vasto de respostas ao meio sem necessariamente falar. A separação dos pais, por exemplo, pode acarretar diversas manifestações na criança, como Kanner cita nos casos 7 e 8. No caso 7, primeiramente, Kanner descreve o comportamento de Herbert, de 3 anos e 2 meses de idade, mas logo cita, em detalhes, o que aconteceu com a irmã da criança:

A mais velha, Dorothy, nasceu em junho de 1934 [...]. Parecia ser um bebê alerta e sensível; dizia muitas palavras aos 18 meses, mas próximo do final de seu segundo ano ela “não mostrou progresso em suas relações de brincadeira ou no contato com outras pessoas.” Queria ficar sozinha, dançava descrevendo círculos, fazia ruídos estranhos com a boca, e *ignorava completamente as pessoas* exceto sua mãe [...]. “Sua linguagem era muito

³⁵ Este Outro, com o maiúsculo, é o mesmo que nos referimos no capítulo 2.

³⁶ Kanner não diz a idade de Virginia e nem a idade que ela tinha quando foi atendida pela primeira vez por ele. Supomos, pelo fato do irmão ser 5 anos mais velho do que ela e que a primeira consulta dele foi aos 15 anos, Virginia deveria ter, aproximadamente, 10 anos de idade.

escassa e ela era completamente desprovida para expressar ideias. Ela *tinha dificuldades com os pronomes* e repetia ‘você’ e ‘eu’ em vez de utilizá-los adequadamente.” Ela foi, primeiramente, declarada fraca de espírito, depois esquizofrênica. Mas, após a separação dos pais (as crianças ficaram com a mãe) ela “desabrochou.” Ela agora frequenta a escola, onde tem feito bons progressos; fala muito bem [...] apesar de sensível e bastante temerosa – interessa-se pelas pessoas e se entende razoavelmente bem com elas (KANNER, 1943, p. 232 – grifos no original – tradução nossa).

Dorothy respondeu à separação dos pais de maneira satisfatória. Parece que, durante o casamento dos pais, a criança teve atrasos no desenvolvimento, não mostrando mais progressos e evitando o contato com outras pessoas. De acordo com o relato de Kanner, a menina voltou a dar sinais de avanços no desenvolvimento cognitivo e afetivo quando houve a separação dos pais. Kanner, não faz uma investigação mais aprofundada sobre a causa das mudanças bruscas no comportamento de Dorothy, mas deixa explícito o relacionamento dos pais como fator importante para o desencadeamento de traços autistas na criança.

No outro caso, número 8, os pais se separaram dois meses após o nascimento de Alfred (KANNER, 1943, p. 234). Em 1941, quando Alfred estava com aproximadamente 10 anos de idade, os pais decidiram viver juntos.

Antes disso, o menino foi para onze escolas diferentes e constantemente esteve de cama devido a febres, bronquites [...] . Enquanto no hospital, comportava-se “como um paciente maniaco”. A mãe gostava de se dizer psiquiatra e de fazer diagnósticos “psiquiátricos” do filho. As informações que se seguem foram retiradas do relatório da mãe, uma enumeração obsessiva de exemplos detalhados com “explicações” tentando provar a “normalidade” de Alfred (KANNER, 1943, p. 234 - tradução nossa).

Ambos os casos – 7 e 8 – demonstram reações diferentes de cada criança, mas com a mesma lógica que propomos há pouco: de que as crianças denunciavam, através de uma doença, da perda ou atraso na fala, respostas ao que acontece ao seu redor, ou seja, que a linguagem circunda o desenvolvimento psíquico delas. Afirmar que as crianças não respondem ao outro, isolando-se do mundo, suscita controvérsias porque as respostas das duas crianças diante da separação dos pais afirma a presença da linguagem nelas.

No entanto, isto não afirma em nada sobre a instalação do distúrbio autístico antes ou depois desses episódios. Não é possível afirmar que, antes ou depois da separação dos pais, ou de qualquer outro episódio importante para a vida da criança, foi desencadeado o autismo, pois, “Não se trata, como nas crianças ou adultos esquizofrênicos, na ruptura de relações previamente estabelecidas. Não se trata de um ‘retraimento’. Existe, inicialmente, *um*

fechamento autístico extremo que, possivelmente, faz que a criança negligencie, ignore ou recuse tudo o que lhe vem do exterior” (KANNER, 1943, p. 242 – grifos no original – tradução nossa).

Os sintomas, as características comportamentais seriam apenas o fio condutor para observar traços autísticos. Se a criança, antes de algum episódio importante, não desencadeou algum comportamento autístico, isto não significa, exatamente, que a criança não irá desenvolver sintomas como incapacidade de estabelecer relações, incapacidade de metaforizar palavras ou frases ou de haver um fechamento autístico extremo.

A constituição psíquica nos leva a compreender que existe algo além dos estados comportamentais, durante o desenvolvimento estrutural da criança, que favorece o surgimento dos primeiros traços autísticos. Por isso, é importante que haja uma investigação logo nos primeiros meses de vida da criança, para detectar estes possíveis traços e verificar se houve a instauração ou não do olhar do grande Outro materno (LAZNIK, 1991, p. 31).

O olhar de que estamos falando é o sentido da presença e não do órgão do sentido (a visão), até porque bebês cegos, por exemplo, percebem a presença do outro e respondem ao olhar da mãe, sorrindo ou tocando no rosto. Na criança com autismo, a ausência do outro parece permanente e o exemplo da fala da mãe de Charles, do caso 9, mais uma vez ajuda-nos a pensar no lugar do Outro materno. Ao dizer que a coisa que mais a incomoda é não poder atingir seu bebê (KANNER, 1943, p. 235) revela o não-olhar entre a mãe e o filho. Quando falamos acima desse exemplo e comentamos sobre o fracasso da mãe, isto quer dizer, avançando um pouco mais na discussão, o fracasso da instauração do corpo (LAZNIK, 1991, p. 31). É importante considerar a questão do olhar, além da troca de olhares, de como dizem popularmente: olhar “olho no olho”, para o estudo do autismo, pois a recusa ao olhar do outro pode ser uma hipótese para a instauração do autismo. No entanto, este sinal, presente logo nos primeiros meses de vida, não vimos ser enfatizado no artigo *Os distúrbios autísticos de contato afetivo*, de Kanner. O que é marcado no texto de Kanner, especialmente no tópico discussão (*discussion*), como características sintomáticas são as estereotípias, a ecolalia, atrasos na capacidade de falar e automutilações, traços autísticos que somente aparecem no segundo ano de vida.

Como vimos no capítulo 2 desta dissertação, é possível identificar, durante as consultas ao pediatra, geralmente o primeiro médico do bebê, certos traços autísticos logo nos primeiros meses de vida, por volta do primeiro, segundo mês de vida. O trabalho clínico do pediatra pode consistir em observar como é o sentido da presença da mãe para o bebê, que

pode se manifestar “[...] por um barulho, uma voz. Isso permite definir a *ausência* enquanto concretização particular da *presença*. A ausência supõe uma presença original reenviando ao ser olhar e ao ser que olha, o eu e o corpo tendendo então a se definirem como efeitos do olhar” (LAZNIK, 1991, p. 32). Atentar-se as reações do bebê, observando, por exemplo, se ele mexe o corpo quando escuta a voz da mãe, se vira o rosto em direção à voz dela, são sinais que podem ser percebidos antes da instauração do autismo. Se a criança recusa esse olhar de que estamos falando, muito mais que o órgão da visão (KAZNIK, 1991, p. 32), é um sinal de atenção, referente a não instauração da imagem especular.

A imagem especular faz parte da instauração do aparelho psíquico e permite a constituição da imagem do próprio corpo. Como vimos no capítulo 1 desta pesquisa, Lacan desenvolveu a teoria do estágio do espelho e criou a metáfora da imagem especular como forma primeira de constituição do eu através do olhar do Outro. Para Lacan (1998), o ato de a criança olhar para a sua imagem no espelho é somente possível através do outro sujeito ao seu lado, que faz o papel do Outro, da linguagem.

A partir dos seis meses de idade, a criança é capaz de ver a sua imagem no espelho e reagir com deslumbramento ou, como o próprio Lacan coloca, “[...] assunção jubilatória [...]” (LACAN, 1998, p. 97). Esta ação da criança antecede toda a construção do eu, pois “A função do estágio do espelho revela-se, para nós, por conseguinte, como um caso particular da função da *imago*, que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade [...]” (LACAN, 1998, p. 100 – grifo no original). A imagem (*imago*) especular seria a imagem que fazemos de nós mesmos a partir da imagem que o outro vê de nós, sendo, dessa forma, que a criança se vê a partir do olhar que o outro lhe deu, chamado imaginário. Por isso, a imagem ou o imaginário constitui a primeira tomada de contato com a realidade, com o mundo externo, como Kanner prefere dizer. E é a partir do imaginário que a matriz simbólica se constituirá, por meio do olhar do mundo e da posição da criança diante dele.

Mas, e o que acontece quando a criança não dá atenção ou não tem a *assunção jubilatória* ao ver sua imagem? O que acontece é o que Laznik pressupõe ser a falta da alienação do Outro (1991, p. 39). A alienação – conforme os capítulos anteriores – é quando a criança, antes de constituir-se no mundo como ser singular, se vê a partir do corpo do outro, como se os dois corpos fossem um só. O bebê sente falta da mãe quando esta sai de casa, sente falta do pai, ou seja, é como se sem a presença de um deles ou de ambos, seu corpo estivesse despedaçado. Com a presença da imagem do outro, o bebê passa a ter a presença também do próprio corpo. Obviamente, esta é uma construção metafórica da alienação, mas

que serve para demonstrar que a criança não se constitui, no primeiro momento da vida, como ser independente e único. É necessário esse enlaçamento com o corpo do outro, esse unir-se assintoticamente ao devir do sujeito (LACAN, 1998, p. 98) para que o eu do bebê constitua sua própria realidade.

Observamos que nos casos clínicos de Kanner as crianças repudiam a presença do outro, evitam a troca de olhares, o toque da pele de outra pessoa, rejeitam mudanças alimentares, como, por exemplo, a inserção de sólidos na dieta, assim como também rejeitam transferências para outro ambiente, diferente daquele onde estavam, gerando agitação e choro. Todos estes exemplos, apontados por Kanner e que elencamos rapidamente neste parágrafo e no decorrer de toda a pesquisa, sugere-nos pensar a falta do processo alienante na constituição psíquica do eu. O ligamento com o corpo do outro é o primeiro passo para a criança se desenvolver³⁷, no sentido literal da palavra, ou seja, sair do envolvimento alienante do outro para se *des-envolver*, permitir a saída para o aparecimento do novo. O desenvolvimento se dá de maneira paulatina, dando o tempo necessário para que ocorra o encontro singular com o eu do próprio corpo. A importância do primeiro olhar alienante do outro está em permitir, para a criança, encontrar-se em si mesma, no processo separatório entre o eu e o outro. É como se saísse do processo simbiótico para a relação social.

No autismo sugerimos pensar que a “[...] *boa relação com os objetos* [...]” (KANNER, 1943, p. 246 – tradução nossa – grifo no original), a preferência por brincar sozinho ou o sentimento de intrusão de ruídos fortes, tidos como sons perturbadores, são sinais de que a criança não encontrou na outra pessoa a mediatização para o contato com o mundo. Não houve o ritual alienatório, podemos assim dizer, do encontro do bebê com o grande Outro. Podemos constatar que estas crianças passaram por um salto, sem barreiras, para o estado de separação, como Lacan (1998) cita no estágio do espelho, ou como Laznik elabora quando defende que o fracasso na constituição do sujeito no autista está no tempo da alienação (1991, p. 39).

Até então, vimos que as crianças com autismo desenvolvem uma espécie de barreira contra o mundo, como se este fosse um intruso para si. O mundo seria um ser repudiado pela criança ou, no mínimo, um lugar estranho, com ameaças constantes para si. É o mesmo se imaginarmos uma criança que nunca viu o mar. Para ela, aquelas ondas, a correnteza do mar é assustadora, pois a criança não sabe se irá se machucar ou sair ilesa. Aos poucos, a criança coloca os pés, depois entra um pouco mais na água e deixa a onda bater em suas pernas,

³⁷ Disponível em: <<http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/desenvolver/>>. Acesso em janeiro 2014.

sempre com a presença de uma pessoa a qual ela se sente segura. Desse modo, a praia e o mar se tornam lugares divertidos e não tão assustadores quanto no primeiro momento.

Analogicamente, para a criança com autismo, é como se este primeiro momento, o de perceber o mundo como um lugar não tão ameaçador assim, fosse anulado de sua experiência psíquica. Não ser apresentada faz com que a criança não se sinta parte do mundo, havendo uma negação como forma de se manter segura. Por esta lógica, é possível considerarmos que a alienação e a separação fazem parte da constituição psíquica exatamente nesta ordem. A alienação vem primeiro como um sistema de sustento para a criança poder se separar e se constituir como ser singular, reconhecido pelo mundo em que vive. É uma questão estrutural do tipo que o eu, para se constituir como sujeito, precisa como base, como alicerce de outra pessoa para se perceber na alteridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da investigação da pesquisa pode-se constatar a hipótese do autismo como invenção da psiquiatria moderna. Através da leitura psicanalítica, verificou-se, também, a falha na instauração da alienação no autismo, impedindo a entrada da criança no estágio do espelho – tempo primordial para a constituição do sujeito. A falta do tempo da alienação representa a recusa ao olhar do Outro, característica peculiar do autismo.

Não dispomos de casos clínicos atuais para discutir a referida hipótese, pois o objetivo da pesquisa foi fazer um apanhado histórico e epistemológico do autismo, partindo especialmente, da década de 1940, época em que Kanner publicou o primeiro artigo sobre o distúrbio autístico, o *Autistic disturbances of affective contact* (1943). Através do artigo buscamos outros textos que forneceram ideias para discutir a formulação do autismo enquanto sintoma, distúrbio e transtorno ao longo de quase um século.

Em uma linha conceitual muito próxima, distúrbio e transtorno descartam a possibilidade de haver uma semiologia, uma etiologia e uma terapêutica específicas para cada caso, o qual inclui o autismo na categoria de distúrbio e, atualmente, de transtorno. Se o transtorno, como vimos, é um conjunto de síndromes ou desvio nos padrões comportamentais que prejudica a vida social, afetiva e psicológica do indivíduo, podendo causar sofrimento ou perda da liberdade, podemos concluir que distúrbio tem significado muito semelhante de transtorno. Etimologicamente, a palavra distúrbio vem acompanhada do prefixo *dis* e do radical *turbare*. O prefixo *dis* tem como significado alteração anormal, patológica. O radical *turbare* quer dizer alteração da ordem natural das coisas, no sentido de perturbação mental. Podemos concluir que o significado de distúrbio não se distancia do significado da palavra transtorno, mostrando-nos que tanto distúrbio quanto transtorno designam uma perturbação mental, mas que não se adequam ao sentido de doença. Com a tradução do DSM para o português brasileiro, a palavra *disorder* passou a ser nomeada por transtorno, o qual mais se aproxima da noção de desvio comportamental do que de um desvio patológico. Se o transtorno está relacionado à observação comportamental do indivíduo significa que não há necessidade de uma etiologia do caso, ou seja, a palavra transtorno descartou o estudo etiológico do caso, importando apenas a descrição sintomatológica.

Sobre o uso da palavra distúrbio ou transtorno, o que podemos perceber é que, na versão em inglês do artigo de Kanner, a palavra *disturbance* (distúrbio) apareceu duas vezes, no título e na última frase do texto, ao dizer que o distúrbio autístico de contato afetivo é da

ordem biológica. Já a palavra *disorder* (transtorno) apareceu três vezes em todo o texto. Possivelmente, Kanner não estava preocupado com as terminologias de distúrbio e transtorno, pois ainda na década de 1940 não existia o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais para nomear os distúrbios mentais de transtornos. Porém, para a presente pesquisa significa que o artigo de Kanner comprovou a hipótese de o autismo ser um distúrbio e não uma doença, apresentando desvios no comportamento padrão da sociedade e, portanto, podendo ser nomeado de transtorno e entrar, posteriormente, no DSM como um transtorno mental.

Caso viéssemos a considerar o autismo um transtorno neurológico, conforme o DSM-V e as edições anteriores propuseram, por que não vemos os animais com transtorno autista? Alguns animais que vivem em cativeiro ou os animais domésticos podem desenvolver patologias que se aproximam da depressão, como tristeza, sentimento de abandono, mas em seu ambiente natural não temos registros de animais com alguma desordem mental. Se os transtornos – incluindo, obviamente, o transtorno autista – fossem de ordem neurológica, qualquer animal, estando em qualquer ambiente, poderia desenvolver um transtorno mental. Além disso, não há nenhuma confirmação científica de ocorrência de casos de autismo nos animais, permitindo-nos concluir que o autismo está ligado à constituição psíquica do sujeito.

No entanto, não descartamos a possível presença da determinação orgânica. Porém, como foi estudado nos capítulos da presente dissertação, este fator aparece articulado com a constituição psíquica. Parece-nos, portanto, que não é possível dicotomizar os fatores orgânicos dos fatores psíquicos. Em outras palavras, podemos afirmar o homem constituído na e pela linguagem, e para que ocorra o bom desenvolvimento psíquico durante a infância é importante que não se desvincule das condições constitucionais para organizar psiquicamente a criança nos registros imaginário e simbólico que fazem parte do vínculo social.

O registro imaginário, como vimos, está na ordem do estágio do espelho e também, destacamos incansavelmente, em toda a dissertação, a importância do agente materno na constituição da imagem da criança, que se desenvolve a medida que ela se vê, primeiramente, a partir da imagem do outro. No entanto, supomos que a criança dita autista não passa pelo registro imaginário, e que, por isso é comum observarmos esta criança sem um contato direto com o outro, apresentando dificuldades em olhar ou ser tocada pela outra pessoa. É como se sua imagem, no momento da alienação, não tivesse cedido à imagem do outro. Sendo assim, o outro é um agente estranho e totalmente desvinculado do corpo da criança, como se a

linguagem não tivesse entrado para fazer o papel simbólico de representante do campo do Outro.

A leitura psicanalítica propôs pensarmos na possível emergência do sujeito no autismo e por mais que apresentemos como argumento que as crianças com autismo não falem ou apresentem atraso na comunicação verbal e não-verbal; que não tenham contato afetivo com o outro ou que não atravessaram o estágio do espelho, durante o desenvolvimento da pesquisa pode-se investigar a chance de constituir um sujeito nestas crianças. Ao considerarmos que a criança com autismo não é um ser desvinculado do campo do Outro, permitimos afirmar que são representantes da pré-existência do Outro na constituição psíquica, com a chance de se tornarem sujeitos. O cuidado em oferecer a possibilidade de emergir um sujeito desejante na criança autista está em saber escutar, em dar entendimento ao que ela quer dizer, para torná-la sujeito verbal. Portanto, se na criança com autismo, há a possibilidade de emergir um sujeito, é necessário permitir que esta criança possa falar, não apenas com as palavras, mas com todo o corpo, para demonstrar que a sua inserção no campo da linguagem depende de sua relação singular com o Outro.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

Disponível em: <http://www.4shared.com/document/rK2-DnWl/Dicionrio_de_Filosofia_-_Nicol.html>. Acesso em: outubro de 2013.

ADORNO, T. W. **Epistemología y ciencias sociales**. Madrid: Frónesis Cátedra Universitat de València, 2001. Disponível em:

<http://www.4shared.com/document/9Is_4752/Theodor_W_Adorno_-_Epistemolog.html>. Acesso em novembro de 2013.

ALERINI, P. As mães de crianças autistas. In.: LAZNIK-PENOT, M.-C. (Org.) **O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas**. Salvador: Ágalma, 1991, p. 137-147.

ARAÚJO, M. E. da C. A representação e o gozo na clínica do autismo. São Paulo: **Estilos da Clínica**, v. 14, n. 26, 2009. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282009000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: agosto de 2013.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **DSM-IV**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 1995.

BACHELARD, G. **A epistemologia**. Trad. Fátima Lourenço Godinho e Mário Carmino Oliveira. Portugal: Edições 70, 2006. Disponível em:

<http://www.4shared.com/office/GZVX1TFt/Epistemologia_Gaston_Bachelard.htm>. Acesso em: novembro de 2013.

BALBO, G. **Melancolia Infantil e outros textos**. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2009.

BALBO, G.; BERGÈS, J. **Psicose, autismo e falha cognitiva na criança**. Porto Alegre: CMC, 2003.

BERNARDINO, L. M. F. Mais além do autismo: a psicose infantil e seu não lugar na atual nosografia psiquiátrica. Curitiba: **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 61, p. 111-119, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=3558&dd99=view>>. Acesso em: agosto de 2013.

_____. O desenvolvimento, a perspectiva estrutural e a psicanálise. In.: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. (Orgs.) **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BIDERMAN, I. **Dois milhões de brasileiros afetados pelo autismo ganham proteção da lei** (15/01/2013). Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/01/1214573-dois-milhoes-de-brasileiros-afetados-pelo-autismo-ganham-protecao-da-lei.shtml>>. Acesso em janeiro de 2014.

BIRMAN, J. Apresentação. In.: ROCHA, P. S. (org.). **Autismos**. São Paulo: Escuta, 1997.

BLACHER, J.; CHRISTENSEN, L. Sowing the Seeds of the Autism Field: Leo Kanner (1943). **American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: Intellectual and Developmental Disabilities**, v. 49, n. 3, jun. 2011, p. 172-191. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/51190065_Sowing_the_seeds_of_the_autism_field_Leo_Kanner_\(1943\)](http://www.researchgate.net/publication/51190065_Sowing_the_seeds_of_the_autism_field_Leo_Kanner_(1943))>. Acesso em: julho de 2013.

BOGOCHVOL, A. **Comentários sobre o artigo “Autismo” e subjetividade materna**. São Paulo: Instituto de Psicanálise Lacaniana (IPLA), 2009. Disponível em: <<http://www.psicanaliselacanianana.com/mural/textos/documents/SobreoartigoAutismoesubjetividadematerna.pdf>> . Acesso em maio de 2013.

BRANDÃO, J. de S. **Mitologia grega**, vol.2. 19. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

_____. **Mitologia grega**, vol.1. 20. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

CALLIGARIS, C. A estrutura psicótica fora de crise. In.: _____. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CAVALCANTI, A. E.; ARAÚJO, L. R. de. Autismo e condição humana: sobre as práticas comportamentalistas e psicanalíticas. In.: _____. **Navegar é preciso, clinicar não é preciso: 30 anos de prática psicanalítica no CPPL**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 55-64, 2012.

CHIBENI, S. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigando o desconhecido: filosofia da ciência e investigação de fenômenos “anômalos” na psiquiatria. **Rev. Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 1, p. 8-16, 2007.

CIRINO, O. **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/47281474/CIRINO-Oscar-Psicanalise-e-Psiquiatria-com-criancas>>. Acesso em: novembro de 2013.

COSTA, M. E. P. Bleuler e a invenção da esquizofrenia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. III, n.1, 2000, pp. 158-163. Disponível em: <http://www.4shared.com/office/_AX_if7k/bleuler_e_a_inveno_da_esquizof.html>. Acesso em: maio de 2013.

COUTINHO, A. A. et al. **Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças.** Disponível em: <<http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm-5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas/>>. Acesso em 24 de abril de 2013.

CUNHA, J. A. (org. e trad.). **Dicionário de termos de psicanálise de Freud.** Porto Alegre: Globo, 1970.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: <<http://www.passeidireto.com/arquivo/1739370/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais---paulo-dalgalarrrondo>>. Acesso em: novembro de 2013.

DANZIATO, L. As dimensões do corpo e a topologia cultural. **Aletheia**, v. 29, jan./jun. 2009, p. 129-141. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942009000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: agosto de 2013.

DIAS, A. M. A depressão em humanos e outras espécies. Rio de Janeiro: **Estud. Pesqui. Psicol.**, v. 9, n. 3, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000300003>. Acesso em: dezembro de 2013.

DOLLE, Jean-Marie. **Para compreender Piaget: Uma iniciação à Psicologia Genética Piagetiana.** 3. ed. Trad. Maria José J. G. de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

ELIAS, V. C. **Nova ‘Bíblia da psiquiatria’ vem aí. E com ela, mais doenças.** (12 de maio de 2013). Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/nova-biblia-da-psiquiatria-vem-ai-e-com-ela-mais-doencas>>. Acesso em: dezembro de 2013.

FLORES, M. R.; SMEHA, L. N. Os bebês com risco de autismo: o não olhar do médico. Rio de Janeiro: **Ágora**, v. XVI, n. Especial, abr. 2013, p. 141-157. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010>.
Acesso em: agosto de 2013.

FREUD, S. [1886-1889]. Prefácio à tradução das *conferências sobre as doenças do sistema nervoso*, de Charcot. In.: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. I.

_____ (1893-1895). Estudos sobre a Histeria. In.: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol II.

_____ (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In.: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol VII.

_____ (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In.: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XII.

_____ (1914). Introdução ao Narcisismo. In.: **Obras Completas**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, vol. 12.

_____ (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In.: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XIV.

_____ (1924). A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose. In.: **Obras Completas**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, vol 16.

_____ (1924). Neurose e Psicose. In.: **Obras Completas**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, vol 16.

_____ (1923). O ego e o id. In.: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XIX.

GARCIA, P. M.; MOSQUERA, C. F. F. Causas neurológicas do autismo. **Rev. O mosaico**, n. 5, jan./jun. 2011. Disponível em:

<http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Comunicacao_2012/Publicacoes/O_Mosaico/Numer_o_5/OMosaico5_Art08_PriscilaMertensGarcia.pdf>. Acesso em: setembro 2013.

GUTIÉRREZ, J.L. O conceito de *caos* no mundo antigo. **Revista Primus Vitam**, n. 2, 1º semestre de 2011. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCH/primus_vitam/primus_2/jorge.pdf>. Acesso em: agosto de 2013.

HESÍODO. **Teogonia**: a origem dos deuses. 3. ed. São Paulo: Iluminuras, 1995. Disponível em: <<http://charlezine.com.br/wp-content/uploads/2012/04/Teogonia-Hes%C3%ADodo.pdf>>. Acesso em jan. 2014.

HOUAISS, A. **Minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. rev. e aumentada. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

IZAGUIRRE, Guillermo. Elogio ao DSM-IV. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo, Via lettera, 2011.

JANUÁRIO, L. M.; TAFURI, M. I. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. Fortaleza: **Rev. Mal Estar e Subjetividade**, v. 9, n. 2, p. 527-550, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482009000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: agosto de 2013.

JERUSALINSY, A. **Psicanálise do autismo**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Instituto Langage, 2012a.

_____. Um autista merece a chance de se constituir como sujeito. Porto Alegre: **Sig revista de psicanálise**, v. 1, n. 1, agosto 2012b, p. 103-112. Disponível em: <http://www.sig.org.br/_files/uploads/image/EmPauta2.pdf>. Acesso em: agosto de 2013.

_____. Considerações preliminares a todo tratamento possível do autismo. Curitiba: **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 61, p. 121-125, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3559&dd99=pdf>>. Acesso em: agosto de 2013.

_____. Reformulando a questão da língua materna. In.: _____. **Saber falar: como se adquire a língua?** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p.75-99.

_____. Matriz linguística e matriz simbólica. In.: _____. **Saber falar: como se adquire a língua?** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p.125-147.

KANNER, L. Os distúrbios autísticos de contato afetivo. Trad. Monica Seincman. In: ROCHA, P. (Org.). **Autismos**. São Paulo: Escuta: 1997.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. United States: **Nervous Child**, number 2, 1943, p. 217-250.
Disponível em: <http://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf>. Acesso em novembro de 2012.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a02v28s1.pdf>>. Acesso em: agosto de 2013.

KLINGER, E. F.; REIS, B. K. dos; SOUZA, A. P. R. de. A inclusão dos pais na clínica das psicoses infantis. São Paulo: **Estilos da clínica**, v. 16, n. 1, p. 96-115, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282011000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: agosto de 2013.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology online**, v. 6, n. 1. p. 48-68, maio de 2009. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf>. Acesso em setembro de 2013.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. Trad. Vera Ribeiro. In.: LACAN, J. **Escritos**. São Paulo; Jorge Zahar, 1998, p.96-103.

_____. Conferência em Genebra sobre o sintoma. **Opção lacaniana**, (23), p. 6-16, 1998. Disponível em: <<http://www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/genebra.doc>>. Acesso em: setembro de 2013.

_____. **O seminário 17: o avesso da psicanálise (1969-1970)**. Trad. Ary Roitman Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. **O seminário 1: os escritos técnicos de Freud (1953-1954)**. Trad. Betty Milan. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

LANTÉRI-LAURA, G. **Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna**. Madrid: Triacastela, 2000.

LAZNIK-PENOT, M.-C. et al. Interações sonoras entre bebês que se tornaram autistas e seus pais. In.: BERNARDINO, L. . F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.

LAZNIK-PENOT, M.-C. Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional. In.: _____ (Org.). **O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas**. Salvador: Ágalma, 1991, p. 31-48.

LEON, V. C. et al. A especificidade da compreensão metafórica em crianças com autismo. **Psico**, v. 38, n. 3, p. 269-277, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1454/2174>>. Acesso em: agosto de 2013.

LÓPEZ, A. L. L. A escuta psicanalítica de uma criança autista. Aracaju: **Estudos de Psicanálise**, n. 34, p. 13-20, 2010. Disponível em: <<http://www.cbp.org.br/escutapsicanalistedumacrianca.pdf>>. Acesso em: agosto de 2013.

MALAGONI, L. **As polêmicas do DSM-V**. (7 a 13 de julho de 2013). Disponível em: <<http://www.jornalopcao.com.br/posts/reportagens/as-polemicas-do-dsm-v>>. Acesso em: dezembro de 2013.

MALEVAL, J.-C. **O que há de constante no autismo?** Conferência pronunciada na Escola Brasileira de Psicanálise, em Belo Horizonte/MG no dia 10/05/10. Trad. Emilia Firmino. **CliniCAPS**, v. 4, n. 11, 2010.

MARQUES, M. H.; DIXE, M. dos A. R. Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. **Rev. Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 2, p. 66-70, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: agosto de 2013.

MECCA, T. P. et al. Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. Rio Grande do Sul: **Rev. Psiquiatria**, v. 33, n. 2, p.116-120, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/v33n2a09.pdf>>. Acesso em: agosto de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/autismo_cp.pdf>. Acesso em: agosto de 2013.

MOTA, A. C. W.; CRUZ, R. M.; VIEIRA, M.L. Desenvolvimento e adaptabilidade de pessoas com transtorno autista na perspectiva evolucionista. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 2, p. 374-386, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n2/21.pdf>>. Acesso em: agosto de 2013.

MOURA, J. **O Conceito de Narcisismo na Construção Teórica da Psicanálise**. Disponível em: <<http://psicologado.com/abordagens/psicanalise/o-conceito-de-narcisismo-na-construcao-teorica-da-psicanalise>>. Acesso em jan. 2014.

MOURA, P. J. de.; SATO, F.; MERCADANTE, M. T. Bases neurobiológicas do Autismo: Enfoque no domínio da sociabilidade. **Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, 2005. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Pos_Graduacao/Mestrado/Disturbios_do_Developime nto/Publicacoes/volume_V/bases_neurobiologicas.pdf>. Acesso em: setembro 2013.

PAVONE, S.; RAFAELI, Y. M. **Diagnóstico diferencial entre psicose e autismo: impasses do transitivismo e da constituição do Outro**. São Paulo: Estilos da Clínica, v. 16, n. 1, p. 32-51, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000100003>. Acesso em: agosto de 2013.

PORGE, E. **Jacques Lacan, um psicanalista: percurso de um ensino**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. Disponível em: <http://www.4shared.com/office/1pGs9PPN/psicose_e_lao_social_-_esquizo.html>. Acesso em: agosto de 2013.

ROCHA, F. H. Questões sobre a alteridade no autismo infantil. São Paulo: **Estilos de Clínica**, v. XIV, n. 27, p. 150-171, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282009000200010>. Acesso em: agosto de 2013.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. Disponível em: <http://www.4shared.com/office/NIGUV8-U/elizabeth_roudinesco_dicionrio.html>. Acesso em: agosto de 2013.

SANTOS, M. A.; SANTOS, F. de S. Representações sociais de professores sobre o autismo. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 364-372, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200014>. Acesso em: agosto de 2013.

SHORTER, E. **A historical dictionary of psychiatry**. New York: Oxford University Press, 2005. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/vahs/files/1/16170/A+Historical+Dictionary+of+Psychiatry+-+Shorter+%5B2005%5D.pdf>>. Acesso em: agosto de 2013.

TEIXEIRA, M. C. T. V. et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. **Rev. Assoc. Med. Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 607-614, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a26.pdf>>. Acesso em: agosto de 2013.

TELLES, C. M. A. A escuta discursiva de mães de crianças autistas: o primeiro olhar sobre o filho. Rio de Janeiro: **Caderno de Psicanálise**, v. 34, n. 26, p. 67-83, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-42512012000100006>. Acesso em: agosto de 2013.

TONELLI, H. Autismo, Teoria da Mente e o Papel da Cegueira Mental na Compreensão dos Transtornos Psiquiátricos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 1, p. 126-134, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722011000100015&script=sci_arttext>. Acesso em: agosto de 2013.

VASQUES, C. K. A babel diagnóstica e a escolarização de sujeitos com autismo e psicose infantil: atos de leitura. **Rev. Reflexão e Ação**, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/764/666>>. Acesso em agosto de 2013.

VORCARO, A.; LUCERO, A. Entre real, simbólico e imaginário: leituras do autismo. Curitiba: **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 61, p. 147-157, abr./jun. 2010. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3562&dd99=pdf>. Acesso em: agosto de 2013.

VORCARO, A. Linguagem maternante e língua materna: sobre o funcionamento linguístico que precede a fala. In.: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. (Orgs.) **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.