

## RESUMO

*Este trabalho articulou subsídios teórico-clínicos que sustentam a psicanálise aplicada a bebês em situação de risco psíquico (autismo e outras psicopatologias graves). Esse risco se configura através de sinais de dificuldades no estabelecimento de uma relação com seu agente maternante que esteja restringindo a singularização subjetiva. Há um consenso entre profissionais das diversas áreas que tratam da criança autista em considerar que, nesses casos, quanto mais precoce o início do atendimento, melhor a evolução. A medicina explica o fato pela maior neuroplasticidade cerebral. Como a psicanálise pode explicá-lo, se o tempo para a psicanálise é lógico e não cronológico?*

**Descritores:** psicanálise; bebês; risco psíquico; criança autista; atendimento precoce

# O ATENDIMENTO PSICANALÍTICO DO BEBÊ COM RISCO DE AUTISMO E DE OUTRAS GRAVES PSICOPATOLOGIAS. UMA CLÍNICA DA ANTECIPAÇÃO DO SUJEITO<sup>1</sup>

Isabela Santoro Campanário  
Jeferson Machado Pinto

“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem, de repente, aprende.”

Guimarães Rosa (1976)

**E**ste trabalho articulou subsídios teórico-clínicos que sustentam a psicanálise aplicada a bebês em situação de risco psíquico (autismo e outras psicopatologias graves). Esse risco configura-se através de sinais de dificuldades no estabelecimento de uma

- Psiquiatra da infância e adolescência. Psicanalista. Mestre em Psicologia, UFMG.
- ■ Psicanalista. Doutor em Psicologia. Orientador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG.

relação com seu agente maternante que esteja restringindo a singularização subjetiva. Ressaltamos que bebês são aqui considerados aqueles sujeitos na condição *infans*, palavra que etimologicamente significa aqueles que ainda não adquiriram a fala, para evitarmos um referencial puramente cronológico.

Kanner (1943/1997), o primeiro psiquiatra a considerar o autismo uma síndrome específica, já em seu artigo inaugural, apontava alguns sinais para a detecção precoce, a partir do primeiro ano de vida: bebê que não se aninha no colo, que não faz movimento de estender os braços para ser carregado, que não apresenta resposta ao sorriso, que evita o contato visual e corporal, entre outros. No entanto, apesar de descritos desde o início, até pouco tempo os sinais precoces foram pouco valorizados.

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

Nos serviços de atenção à saúde mental da infância e adolescência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), por exemplo, até o ano de 2003 (dados do Seminário interno de saúde mental da criança e do adolescente da PBH), constatou-se o predomínio de encaminhamentos de pacientes entre seis e doze anos. Entre esses pacientes, incluíam-se, também, as crianças cujo diagnóstico indicava psicopatologias graves como o autismo infantil.

Para ilustrar clinicamente o encaminhamento tardio dessas crianças aos serviços de saúde mental, e as dificuldades do tratamento de uma criança autista que nos chega nessa idade, trouxemos fragmentos de um caso clínico de uma criança que iniciou tratamento apenas aos oito anos de idade, e que chamamos de Maurício<sup>2</sup>. Ele tinha quase todos os sintomas descritos por Kanner (1943/1997). Recusava alimentos sólidos, por isso teve uma desnutrição grave na primeira infância. Contudo, apesar de ir ao pediatra frequentemente para controle de peso, só foi encaminhado para a saúde mental pela escola, aos seis anos. Depois houve atraso para conseguir atendimento, passando por outras instituições. Supomos que vários casos como o dele ainda passem pelas mesmas dificuldades. Maurício ficou aos nossos cuidados por quase seis anos, continuando o tratamento com outros profissionais da equipe em razão de nossa mudança de centro de saúde. Apesar de uma grande melhora inicial, na adolescência houve piora clínica, não apresentando boa evolução, apesar de todo o investimento da equipe durante mais de dez anos.

Uma de nossas hipóteses é a de que um dos maiores problemas enfrentados no tratamento do autismo é seu início muito tardio, ou seja, depois de muitos anos de cristalização dos sintomas, mesmo que tenham sido constatados precocemente. O tratamento de autistas nessa faixa etária (mais de seis anos) é muito difícil. Além de o contato com a criança ser mais limitado, é especialmente o próprio alcance do tratamento que ficará restrito ao seu objetivo terapêutico e ao tempo maior que este demanda.

A suposta incurabilidade do autista deve-se, portanto, em sua maior parte, acreditamos, aos encaminhamentos tardios, uma vez que o alcance do tratamento é maior em uma idade precoce, como veremos à frente, nesta pesquisa. A medicina explica o fato com base na maior neuroplasticidade cerebral. Como a psicanálise pode explicá-lo, se o tempo para a psicanálise é lógico e não cronológico?

## O trabalho na rede municipal de Belo Horizonte

Essas constatações, dos melhores resultados diante do atendimento precoce, surgiram a partir de uma experiência clínica. Trabalhamos atualmente em um serviço da PBH, na Regional Centro-Sul, que serve de referência aos casos mais graves de saúde mental da infância e adolescência da regional. A partir da demanda espontânea da mãe de um primeiro bebê, iniciamos um trabalho ativo de sensibilização dos pediatras e generalistas através de reuniões de “capacitação” para a possibilidade de atendimento precoce às crianças em saúde mental. É importante frisar que, a partir do primeiro ante-projeto de intervenção precoce, elaborado pela Regional Centro-Sul, o atendimento precoce com crianças foi implantado pela coordenação de saúde mental da PBH, desde 2003, após discussão em Seminário interno de saúde mental, em todas as regionais da cidade, já constando como uma das novas diretrizes do Projeto de saúde mental infantil desse município.

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

Passamos a entender que o bebê é ativo na determinação de sua posição e que a mãe não é “culpada”, ela desanima, caso o bebê não se faça olhar, não se faça escutar, não se faça “comer”. Laznik (2004) alerta-nos para a importância fundamental de o bebê

causar o desejo da mãe e em mantê-lo vivo, de tal forma que possa ocorrer a subjetivação da criança.

Passaram então a chegar outros casos graves, revelando dificuldades na relação de maternagem ou no laço do bebê com a mãe (ou seu agente): trata-se de pequenas crianças gravemente enfermas, com infecções de repetição clinicamente injustificadas; anorexia; depressões; casos de “hospitalismo domiciliar” (p. 40), que nos lembram a depressão anaclítica<sup>3</sup> descrita por Spitz (1979), sem serem, no entanto, crianças institucionalizadas; crianças “coladas” à mãe; bebês alheios ao mundo, característica da criança autista.

O interesse deste trabalho centrou-se nesses últimos casos, ou seja, em bebês com sinais que apontavam para o autismo. Abordamos também outros quadros psicopatológicos graves do *infans* (psicoses não decididas da infância, debilidade e fenômenos psicossomáticos), ainda que de maneira menos aprofundada, visando chamar a atenção também para a importância de seu tratamento precoce.

### Psicogênese ou organogênese - uma questão estéril

Karl Popper (citado por Pimenta, 2003), o epistemólogo das ciências, propõe concebermos três mundos do real: o mundo 1 é o do campo físico das forças, onde se inserem a biologia, a química e a física; o mundo 2 é o mundo psicológico das

experiências conscientes e inconscientes; o mundo 3 é o do saber humano e da linguagem. O real para Popper seria a realidade, não havendo o mesmo sentido do Real lacaniano.

Em um importante trabalho no qual aplica a proposta popperiana ao autismo, Berquez (1991, citado por Pimenta, 2003) diz que no mundo 1 encontram-se as descrições do real biológico relativas à síndrome, com possibilidades de alterações genéticas, bioquímicas ou metabólicas. Não negamos essas possibilidades, e fazemos o mesmo neste trabalho, menções a estudos de medicina fetal sobre as habilidades acústicas do feto no último trimestre de gestação; a trabalhos de psicolinguística sobre a precoce capacidade do neonato de entrar num diálogo recíproco com a mãe ou seu substituto; a estudos genéticos que mostram uma maior incidência da síndrome entre familiares de crianças autistas, ou a uma maior incidência de autismo entre crianças portadoras de algumas síndromes genéticas, por exemplo.

Apesar de o mundo 1 não constituir o principal foco de nossa abordagem, ele não é desconsiderado, apenas colocamos esses achados a dialogar com a psicanálise; diálogo muitas vezes tenso, como em relação à psiquiatria, quando questionamos as últimas classificações que apresentam o autismo apenas como sinal fenomenológico, ampliando em muito a incidência da síndrome e abandonando a nosologia clássica.

No mundo 2 estão as teorias psicológicas, desenvolvimentistas e cognitivas sobre a síndrome. Com a contribuição do referencial da psicolo-

gia do desenvolvimento, detectamos os sinais clínicos precoces de suspeição de autismo, que nos auxiliam no diálogo com profissionais não psicanalistas. É o caso de médicos pediatras e de outros profissionais do Programa de saúde da família com quem se fizeram necessárias interlocuções para que a parte prática do projeto acontecesse.

O mundo 3 é o mundo da clínica, da teoria de signos que permite diferenciar as doenças entre si, sem a necessidade de apontar suas causas. Esta pesquisa surge exatamente a partir de inquietações advindas do mundo 3. Após cerca de 12 anos de clínica como psiquiatra infantil e como psicanalista, e com mais de uma centena de casos de autismo atendidos, começamos a perceber que, quanto mais precoce o tratamento de crianças portadoras de autismo ou de psicopatologias graves como psicoses infantis e debilidade, melhores resultados clínicos obtínhamos.

Voltando à proposta de Berquez, compreendemos com Popper que modelos teóricos biológicos passem diretamente do mundo 1 para o mundo 3, desconsiderando o mundo 2. O mesmo acontece com modelos psicológicos que desconsideram a existência do mundo 1. Talvez por isso tão pouco caminhamos em termos psicoterápicos ou medicamentosos com essas crianças.

As teorias biológicas e psicogenéticas não são opostas, nem complementares, pertencem apenas a níveis epistemológicos diferentes. Uma questão essencial para quem estuda o autismo, segundo Berquez, seria a de estabelecer interfaces produtivas

entre o mundo 1 e o mundo 2, fazendo avançar o mundo 3, o mundo da clínica. A despeito da dificuldade de articulação, já que se trata de mundos epistêmicos diferentes, procuramos neste trabalho seguir a proposta de Berquez, trazendo no primeiro capítulo uma tentativa de diálogo com a psiquiatria, com a psicologia do desenvolvimento e com a psicanálise em suas várias linhas teóricas. Privilegiamos os autores mais relevantes em nosso estudo teórico-clínico do autismo na linha psicanalítica, destacando os casos Dick (por Klein), o caso Timmy (Meltzer), o caso Marie-Françoise (casal Lefort) e o caso Marina (Laznik), procurando correlacionar a idade no início do tratamento com a melhor evolução clínica. Realmente, os casos que foram atendidos mais cedo pela psicanálise tiveram a melhor evolução clínica. A partir do segundo capítulo, aprofundamos nossa abordagem da psicanálise de orientação lacaniana, principal foco de nosso trabalho. Como todo trabalho que percorre diversas orientações, sabemos que podemos estar sujeitos a críticas de defensores ferrenhos de ambos os mundos; porém, tentamos sustentar nossa posição, apesar delas, em prol da clínica.

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

Para Volnovich (1993, p. 44), na releitura do termo freudiano “sobredeterminação”, proposta por Lacan em 1955, torna-se possível compreender que, para a psicanálise, não existe organogênese ou psicogênese dos quadros psicopatológicos.

Lacan (1955, citado por Volnovich, 1993) amplia o sentido desse termo ao defini-lo como uma rede significante que precede todo sujeito em sua existência. Ou seja, um sujeito já vem ao mundo submetido a uma história, uma árvore genealógica, numa cadeia de gerações que vai influenciar seu desejo inconsciente como o somatório de desejos de todos que desejaram por ele e para ele, e que lhe é passada através dos significantes vindos do Outro. O sujeito tem que aceitar esses significantes na alienação fundante para sair da condição de puro ser vivo e humanizar-se, podendo ou não se separar dessas determinações posteriormente.

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

Em nosso ponto de vista, os estudos psicanalíticos sobre o autismo não pertencem nem ao mundo 1, nem ao mundo 2, apro-

ximando-se do mundo 3, o mundo da clínica, do saber humano e da linguagem.

Uma das características dos métodos qualitativos é tomar o pesquisador como um *bricoleur*, termo ressignificado por Lévi-Strauss e resumido por Chauí (1995, p. 161, citado por Turato, 2003, p. 259), entendido como aquele que produz um objeto novo a partir de fragmentos de outros objetos; reunindo, sem rigidez, tudo o que encontra e que serve para o objeto a ser composto. Nossa pesquisa tem essa característica, a de um trabalho manual composto pela clínica a partir de mundos epistêmicos diversos.

Os casos clínicos surgem neste trabalho como testemunhos do que nos provocou a clínica. Trouxemos estudos de casos como recurso metodológico, como caminho de cujo percurso o leitor pode depreender um método. A vantagem da composição é a de permitir que cada um faça sua construção como leitor, mesmo que seja para refutar. A fragmentação é o ponto de incompletude do escrito que possibilita que cada leitor se interrogue; o que não é uma desvantagem, pois sabemos que o saber é sempre não-todo.

## Referências teóricas

Utilizamos como principal referência teórica, neste trabalho, as obras da psicanalista brasileira radicada na França Marie-Cristine Laznik, desenvolvidas a partir do corpo teórico de Jacques Lacan. Laznik (1991, 1997,

2004) sustenta uma intervenção clínica precoce em crianças com sinais de autismo e sua hipótese é a de que é possível uma evolução clínica muito mais favorável para os casos de risco de autismo, desde que atuemos precocemente com a mãe e o bebê. A autora já tem três casos publicados em seu livro *Rumo à palavra: Três crianças autistas em psicanálise* (1997). Atualmente, coordena uma pesquisa multicêntrica sobre o tema da intervenção precoce em bebês com risco de autismo na França e na Itália, que deverá estudar cerca de 25.000 bebês. Falamos aqui em risco de autismo porque alguma intervenção que possibilite uma adaptação dos pais à especificidade da hipersensibilidade e do fechamento autístico de seu bebê ainda pode acontecer. Contamos ainda com certa permeabilidade da estrutura a novas inscrições.

Com cerca de 2.000 bebês já estudados, analisando vídeos caseiros dos primeiros meses de vida, Laznik escreve nos comentários à minha pesquisa que considera haver um fechamento primário da criança, por uma hipersensibilidade a ser esclarecida; e acrescenta que, secundariamente, o agente maternante, por exaustão, pára de buscar entrar em contato com o bebê que não se oferece. Também seguindo a proposta de Berquez, Laznik dialoga com outras áreas do saber, como, por exemplo, a psicologia do desenvolvimento, a psicolinguística, a psicologia comportamental, a psiquiatria, a pediatria, entre outras.

A preocupação com os sinais de risco para uma singularidade em instalação encontra-se também em um

estudo multicêntrico, realizado em dez capitais brasileiras e financiado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Sinais de risco para o desenvolvimento infantil”, sob a coordenação-geral de Cristina Kupfer e a coordenação-científica de Alfredo Jerusalinsky.

## Diagnóstico ou tratamento precoce?

Infelizmente, de acordo com as últimas classificações psiquiátricas como o *DSM IV* (1995) e a *CID 10* (1993), podemos fazer um diagnóstico precoce de autismo logo nos primeiros meses de vida, desde que certo número de critérios fenomenológicos seja preenchido. Porém, esse diagnóstico precoce de autismo, se fornecido aos pais nas primeiras consultas, muitas vezes pode levar a família a um movimento de fuga do tratamento precoce, que é o mais importante para a obtenção de melhores resultados clínicos.

O diagnóstico psiquiátrico precoce, neste sentido, talvez traga mais malefícios do que benefícios. Em nossa pesquisa, observamos que os dois casos diagnosticados mais precocemente no artigo inaugural de Kanner (1943/1997) não tiveram melhor evolução do que os que foram mais tardiamente diagnosticados; o que trouxe mais um elemento para sustentar a nossa hipótese de que o importante é o tratamento precoce e de que devemos evitar um diagnóstico psiquiátrico e/ou psicanalítico precoce. Além disto, o diagnóstico psi-

quiátrico não considera a possibilidade de uma mudança na estrutura, que ainda pode acontecer no *infans*, de acordo com alguns psicanalistas.

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

Posicionamo-nos no segundo grupo descrito pela autora, sustentando uma especificidade do sujeito infante. Autores como Soler (1994) e Miller (1992), citados por Bernardino (2004), apesar de compartilharem com a posição estruturalista, deixam depreender de alguns de seus textos que há uma interferência do desenvolvimento em relação à palavra da criança e a seu modo de gestão de gozo.

O diagnóstico psicanalítico, ao contrário do psiquiátrico, vem com o tempo e é feito sob transferência, considerando de que modo a interdição vige no sujeito. Por isso, de acordo com comunicação oral de



Laznik (curso ministrado no Sedes Sapientiae, em São Paulo, em agosto de 2005), houve um consenso no último Congresso mundial de autismo, do qual a autora participou, de que só a partir dos três anos podemos fazer um diagnóstico definitivo. Até essa idade, podemos apontar apenas casos de suspeição; porém, já se deve instituir o tratamento mesmo antes do diagnóstico definitivo, visando aos melhores resultados clínicos. De toda forma, se essas crianças não forem autistas, já apresentam um laço frágil com seu agente maternante, que tem riscos de não dar conta de sustentar uma subjetividade a se constituir para elas.

## Autismo e sujeito

Para apreender os indícios precoces do autismo, considera-se, na perspectiva deste trabalho, que a linguagem preexiste ao sujeito, como nos diz Lacan. O *infans* está já imerso na linguagem antes mesmo de poder falar. Portanto, consideramos que os autistas estão na linguagem, mesmo que não falem. Essas crianças são sujeitos, na medida em que elas são faladas; no Outro, há significantes que as representam. São sujeitos, mas não enunciadores, aparecendo como puro significado do Outro (Soler, 1994). Porém, qual estatuto de sujeito é possível para eles?

Tanto a clínica com bebês quanto a com o autismo são clínicas em que podemos ou não ver acontecer a subjetivação. Dedicamo-nos a aprofundar o conceito de pulsão abordado por Lacan (1985), iniciando

com o chamado “proto-sujeito” acéfalo da pulsão. Entramos em seguida nas operações de alienação e separação e em que elas nos auxiliam na clínica da primeira infância. Passamos em seguida ao conceito de holófrase e sua incidência na primeira infância, “holófrase que possui várias manifestações na clínica, ainda que em cada uma dessas manifestações o sujeito não ocupe o mesmo lugar” (p. 225). Vemos o aparecimento de um “novo sujeito”, termo controverso usado por Lacan (p. 169), no momento da holófrase e quando o *infans* é capaz de completar o terceiro tempo do circuito pulsional, ao se oferecer, provocando o gozo em seu agente maternante.

## A voz da sereia. O manhês e a subjetivação

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

O artigo de Cavalcante (2005), traz pesquisas que Cláudia de Lemos conduz desde 1999 na área de aquisição da linguagem em interlocução com a psicanálise. A mãe passa a criar manifestações de subjetividade por parte do bebê através do manhês, a maneira particular que cada mãe tem de falar com seu filho.

Essa subjetividade antecipada pela mãe faz do bebê um interlocutor desde as protoconversações. “A

instauração da especularidade materna, através do pseudodiálogo, traz a possibilidade de configurar a relação mãe-bebê, desde o início, como de uma constituição subjetiva” (2005, p. 36).

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

Aos nove meses, diante de um bebê mais ativo vocalmente, a mãe realiza outro deslocamento, agora para seu próprio lugar de mãe. A fala materna passa a pontuar as produções do bebê através da fala ritmada, possibilitando à criança inserir-se no compasso da língua. A mãe usa a fala recortada nesse momento para recortar produções do infante por ela espelhado. A mãe se cala, cedendo lugar ao bebê.

A criança, a partir dos 15 meses, passa a assumir seu próprio lugar de sujeito e também assume outros lugares, como faz a mãe. É o momento da fala enfática.

Em um de seus últimos escritos, Laznik (2004) compara a voz da mãe no primeiro momento à voz da sereia, que tem ou não o poder de atrair o olhar de seu filho. Segundo a autora, retomando elementos de um clássico grego, *A Odisséia*, há três tipos de canto da sereia. Um primeiro canto, *Op’á*, é ligado à fala. É o canto sedutor, que atrai os homens e os leva

a se afogar no fundo do mar. A autora compara esse canto ao manhês, que tem picos prosódicos acentuados e atrai o olhar do bebê, provocando a alienação fundante.

Laznik, Maestro, Muratori e Parlato (2005) vêm desenvolvendo uma pesquisa muito interessante em relação à fala materna dirigida a seu bebê. Os autores têm analisado as falas de pais de crianças que se tornaram autistas, em gravações domésticas feitas nos primeiros meses de vida, enfocando seus picos prosódicos. Ainda não temos acesso à pesquisa completa, mas parece haver uma diminuição de entonações de alegria e surpresa. Esses picos prosódicos, quando emitidos por outras pessoas, outros familiares ou pediatras, por exemplo, atraem o olhar da criança autista.

Laznik problematiza esses fatos. Haveria uma ausência primária desses sons por parte da mãe? Diante de uma criança que não responde, o que pode tornar o bebê mais ativo do que antes supúnhamos em relação à “escolha forçada” estrutural? Há um esgotamento da mãe produzido pela falta de respostas? Laznik, depois dos 2.000 primeiros bebês estudados, parece posicionar-se em relação à última opção, segundo comunicação escrita pessoal da autora.

Pela nossa observação, em mães de crianças com risco de evolução psicótica, ao contrário, esses picos prosódicos são até mais acentuados e duram muitas vezes até a primeira infância. Enquanto no caso de risco de autismo a sereia não atrai; na presença de risco de evolução psicótica, há um excesso, uma saturação de atra-

ção, podendo o bebê “se afogar” na alienação fundante provocada pelo manhês. Recordamos um caso de uma criança portadora de um quadro grave de psicose infantil que atendemos por algum tempo. Apesar de a criança já contar com cinco anos, a mãe persistia com uma entonação carregada de picos prosódicos. O que falta no autismo, abunda aqui.

Laznik (2004) nos fala de um segundo canto, *Flogos*, o canto do puro som inarticulado, o grito da soprano na ópera, que nos lembra uma descarga pura de pulsão de morte. Aqui é como se houvesse uma defusão pulsional, e Tântatos comparece de maneira singular. Laznik (1997) chega a comentar o caso de uma paciente autista, Luisa, que tinha adoração por um trecho de ópera em que a soprano soltava esse grito. Esse grito remete-nos também ao grito de Robert, o menino lobo, caso atendido por Rosine Lefort e comentado por Lacan (1979, pp. 110-27). É o “caroço da palavra”, nos diz o autor.

Lúcio, outra criança de dois anos recebida em outubro de 2004, é atendida há cerca de um ano. Apresentava-se, a princípio, “enroscado no colo da mãe”, que não podia nem fechar a porta ao ir ao banheiro. Não tinha brincar espontâneo, não falava e não dormia. Apesar disto, não havia sinais de risco de autismo. Foi uma gravidez desejada pela mãe e contra a vontade do pai e da família. Logo que nasceu, a mãe entrou em um quadro de agitação extrema, gritando sem parar, não conseguindo tocar no filho ou falar com ele, porém não deixava que o retirassem de perto, por medo de que fosse roubado ou

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

Vemos que esse mesmo grito tornou-se a única comunicação possível entre Lúcio e sua mãe. Até 18 meses, o bebê desenvolveu-se normalmente, não apresentando sintomatologia psíquica; contudo, nessa idade, começou a emitir um “uivo desesperado”, e foi sedado pelo neurologista. Há seis meses, os pais reataram o relacionamento e buscaram Lúcio, que passara a chorar muito à noite, incomodando a avó.

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

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

Segundo Lacan (1973-74, lição de 19/03/74): “... todo homem só chega a se fundar sobre esta exceção de alguma coisa, o pai, enquanto que proposicionalmente, ele diz não a esta essência. O desfiladeiro do significante pelo qual passa ao exercício dessa alguma coisa que é o amor, é muito precisamente esse nome do pai, *esse nome do pai* que não é non (não), (n.o.n.) que a nível do dizer e *que se amoeda, que se cunha pela voz da mãe*, no dizer-não de um certo número de interdições, isto neste caso, nos casos felizes...” (grifo nosso).

Portanto, segundo Lacan, a voz da mãe “cunha” o nome do pai.

Nominé, em comunicação oral (conferência proferida em Belo Horizonte em 27/09/2005), refere-se a uma passagem na qual Lacan, ao tratar da pulsão invocante, comenta que a voz só é ouvida de fato na psicose. O autor lembra que a voz que interessa à psicanálise não é a que se escuta quando emitida pelo órgão fático do cantor; esta já possui um recobrimento narcisista que veste o objeto *a*. O que interessa é o vazio sonoro, o puro objeto lógico voz. Somente depois de privada da voz primordial é que se torna possível a subjetivação da criança, aparecendo então a fala.

Os primeiros gritos do bebê e a eficácia da voz materna em atender seus apelos vão determinar a constituição psíquica particular de cada sujeito. Os primeiros intercâmbios sonoros já marcam o início da estruturação dos processos psíquicos. Por isso, a fala apon-

ta para o aparecimento do sujeito do inconsciente, fixando-se como principal forma de expressão psíquica.

Primeiro construímos nossos próprios signos fonéticos, chamados por Freud (1895/1980) de “sons verbais primários”. Só aprendemos a falar a língua das outras pessoas em um segundo momento da comunicação, esforçando-nos por tornar a imagem sonora produzida por nós o mais semelhante possível à que deu lugar à nossa inervação motora. Aprendemos a repetir, a dizer imitando outras pessoas (David, 2004).

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

Laznik (2004) nos fala ainda de um terceiro canto, *Aöide*, que não é a voz, mas o hino em si mesmo. *Aöide*, que não é a voz, também não é um conteúdo, mas promessa de saber, diz-nos a autora. Vejamos um exemplo clínico em que o encontro com a massa sonora de uma língua desconhecida dificultou um laço capaz de sustentar uma subjetividade em instalação.

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

A mãe, brasileira, conheceu o pai, italiano, pela Internet. Depois de poucos encontros, ela engravidou de Francesca e casou-se, tendo ido morar na Itália, sem falar o idioma. Logo se deu conta de que o marido era usuário de drogas, não trabalhava e morava a expensas da família, que não acolheu bem a mãe e a filha. A mãe relata ter entrado em um estado de “estranhamento diante da língua, do país, de sua nova realidade”, do qual só se recobrou após o “susto” tomado pelo diagnóstico de risco de autismo de Francesca, então com um ano e três meses. Ficava horas andando a esmo pela cidade, sem rumo. O que mais a incomodava era o som da nova língua, da qual só conseguiu aprender poucas palavras. Após cerca de um ano de tratamento dela e da criança, voltou ao Brasil com a filha e o marido.

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

## A música da fala

“No início era o verbo”

*João, 1; 1, Bíblia*

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

Segundo David (2004), “a música abrange diversos fenômenos que ultrapassam a delimitação de uma forma estética. Ela acompanha o homem desde seus primórdios, das canções de ninar aos transe religiosos e rituais fúnebres”.

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

Na maior parte das civilizações da antiguidade, a música foi considerada a maior de todas as artes. De fato, a voz é o registro mais primitivo de que dispomos. Como acentua bem Laznik (2004), a voz é anterior ao olhar para o bebê, e, como vimos anteriormente, o manê abre caminho para a subjetivação. Além disto, a fala segue tendo importância fundamental para a psicanálise, visto que é através dela que podemos dizer do que nos marcou.

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

Seguindo com o autor, a fala e a música originam-se de conflitos auditivos que remetem à própria origem da capacidade de significação humana. O autor remete-nos ao *Projeto para uma psicologia científica*, no qual Freud (1895/1980) descreve a origem da lingua-

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

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

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

Deixamos o seguinte questionamento, que poderá ser investigado em pesquisas posteriormente: o manhês é um verbo ou um ato?

## A capacidade de surpreender-se do Outro primordial

A capacidade de surpreender-se do Outro primordial foi ressaltada por Laznik (citada por Fernandes, 2000) como essencial para a consti-

tuição do sujeito, na medida em que faz um furo no saber do agente maternante, permitindo ao *infans* posicionar-se como sujeito justamente através desse furo.

Tentar furar esse Outro esférico que se apresenta para o autista é uma necessidade clínica. O Outro deve ter a capacidade de se despir de seu saber para poder se surpreender diante das produções de pouco sentido apresentadas pelo bebê, para que estas não fiquem localizadas como sem-sentido. Nesses furos do saber do Outro, o bebê pode se enganchar, aparecendo como sujeito.

A clínica do autismo pode ensinar muito ao psicanalista. O fato de que muitas crianças melhoram após um susto concreto tomado pela analista em algum momento do atendimento nos ensina que devemos nos surpreender diante de cada caso. Esse susto pode funcionar furando o Outro esférico do autista. Enquanto atendemos imbuídos de um saber pronto, nada acontece. Devemos nos despir do saber prévio, do prognóstico reservado que nos fornece a psiquiatria e mesmo a psicanálise, para possibilitar que algo de novo advenha.

## A título de conclusão

Trouxemos, ainda que de maneira provisória, devido à novidade e dificuldade do tema, nossas conclusões. O modelo da psicanálise com bebês confere a eles um estatuto de sujeito antes de seu advento. Quando o analista se dirige a um bebê ou a uma pequena criança, não

importa que ali ainda não haja um sujeito do inconsciente constituído. Ao falarmos com o bebê, fazemos uma antecipação de sujeito que é necessária para que algum dia um sujeito ali possa surgir.

Apresentamos a hipótese de que a suposição de sujeito da parte de quem atende justifica o termo “atendimento psicanalítico” para essas crianças. Porém, esse atendimento faz uma aposta que não oferece garantias. Podemos justificar o endereçamento do analista ao bebê desde os primeiros meses de vida. Provavelmente, este não será capaz de compreender o sentido das palavras, mas já é possível que ele seja tocado pela entonação e pelos picos prosódicos de nossa voz. A música da fala abre muitas perspectivas de pesquisa clínica e novas possibilidades de intervenção. Os picos prosódicos de nossa voz podem abrir caminho para a inscrição dos nomes-do-pai.

Além disto, o psicanalista fala ao bebê também para que o agente da função materna possa ouvir. A mãe escuta que o analista dá lugar ao bebê, e isso pode abrir caminho para que ela também passe a antecipar um sujeito.

O tratamento do Outro também se faz necessário, e pode ser feito também por meio do (r)estabelecimento do laço com o bebê; em um dos três casos clínicos trazidos em nossa pesquisa, a mãe estabiliza sua psicose sem outro tratamento que não “o da criança”, visto que ela recusa tratamento individual.

Deve-se trabalhar clinicamente, além da suposição de sujeito, com



suas conseqüências: o estabelecimento da demanda, a alternância presença-ausência e a alteridade na relação do bebê com seu agente maternante. Se “A criança é o pai do homem”, como nos diz o poeta romântico inglês William Wordsworth (1770-1850), conforme a maneira como tratarmos o bebê e a criança produziremos sujeitos ou autômatos.

As intervenções e interpretações devem se dirigir ao bebê, ao agente que exerce a função materna, e à relação do bebê com esse agente. Essas intervenções e interpretações têm sido feitas a partir do lúdico, propiciando, através do brincar, um laço entre a mãe e o bebê.

Em caso de risco de autismo e nas psicoses não decididas da infância, no nosso ponto de vista, o atendimento precoce não é uma prevenção, pois a criança já apresenta sinais de que algo não vai bem. Trata-se, sim, de um tratamento que se antecipa à estruturação psíquica, podendo permitir ainda que alguma retificação da função paterna e materna aconteça. No entanto, achamos interessante o conceito de prevenção de Dolto (citada por Rohenkhol, 1999), para quem prevenir é “atender quando alguém precisa”. Nesse sentido, nossa clínica seria preventiva; contudo, a única prevenção possível seria sem garantias, prevenção castrada, “não-toda”, como bem apontado por Rohenkhol (1999).

Os atendimentos vêm sendo realizados ainda há pouco tempo, e é necessário um trabalho *a posteriori* para avaliação da estruturação clínica dos pacientes atendidos desde precocemente. Todavia, dar ao bebê

e à criança pequena a possibilidade de ser atendida de forma integral como sujeito e cidadão deve ser o objetivo das novas ações no âmbito da nossa clínica. Faço votos de que este trabalho, ainda que abrindo mais questões do que concluindo, possa ser útil para que essas crianças, ainda desprovidas de fala, mas com outras possibilidades de linguagem, sejam mais bem acolhidas para tratamento nos Serviços de saúde mental, mais “acostumados” à clientela que fala e demanda. ■

#### ABSTRACT

*PSYCHOANALYTICAL INTERVENTION TO BABIES AT RISK OF AUTISM AND OTHER INFANTS' SEVERE PSYCHOPATHOLOGIES. A SUPPOSITION OF A SUBJECT'S CLINICS.*

*The author proposed a theoretical and clinical articulation capable of providing support to an earlier psychoanalytical intervention to babies at risk of autism and other severe psychopathologies, as shown by signs of difficulty in establishing mother/child bonds, which could restrict the birth of the subjectivity in the infant. Interdisciplinary professionals that treat autistic children agree that the timing of the beginning of the treatment is essential for accomplishing the best results, which is explained by Medicine because of children's greater cerebral neuroplasticity. How could psychoanalysis explain such fact, since psychoanalysis' time is logical, not chronological?*

**Index terms:** *psychoanalysis; baby; risk of autism; psychoses still changeable in childhood; debility*

#### RESUMEN

*LA ATENCIÓN PSICOANALÍTICA AL BEBÉ CON RIESGO DE AUTISMO Y DE OTRAS PSICOPATOLOGÍAS GRAVES. UNA CLÍNICA DE ANTICIPACIÓN DEL SUJETO*

*Este trabajo articuló subsidios teórico-clínicos que sustentan el psicoanálisis aplicado a bebés en situación de riesgo psíquico (autismo y otras psicopatologías graves). Este riesgo se configura a través de señales de dificultades en el establecimiento de una relación con su agente maternante que esté restringiendo la singularización subjetiva. Hay un asentimiento entre profesionales de varias profesiones que tratan del niño autista en considerar que tanto más precoz iniciamos la atención en estos casos, mejor la evolución. La medicina explica el hecho por la mayor neuroplasticidad cerebral. ¿Cómo el psicoanálisis puede explicarlo, si el tiempo para el psicoanálisis es lógico y no cronológico?*

**Palabras clave:** *psicoanálisis; bebé; riesgo de autismo; psicosis no decididas de la infancia; debilidad*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bernardino, L. M. F. (2004). *As psicoses não decididas da infância: Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Cavalcante, M. (2005). Pausas no manhã: lugar de subjetivação. In L. M. Sales (Org.), *Pra que esta boca tão grande? Questões acerca da oralidade* (pp. 30-45). Salvador, BA: Ágalma.
- David, C. M. (2004). *A linguagem sonora*. Monografia apresentada à UFMG para conclusão do Curso de Especialização em Psicanálise. Belo Horizonte, MG.
- Fernandes, L. R. (2000). *O olhar do engano: Autismo e Outro primordial*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1980). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 381-511). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Kanner, L. (1997). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In P. Rocha (Org.), *Autismos* (pp.111-170). São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1943)
- Lacan, J. (1973-74). *O seminário, livro 21: Les non-dupes errent*. Inédito. (Texto para circulação interna Formações Clínicas do Campo Lacaniano).
- \_\_\_\_\_. (1979). *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud, 1953-1954* (M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (1985). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, 1964* (M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (2003). Lituraterra. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 15-25). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (2005). *O seminário, livro 10: A angústia, 1962-1963*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laznik-Penot, M.-C. (Org.). (1991). *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador, BA: Ágalma.
- \_\_\_\_\_. (1997). *Rumo à palavra: Três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Laznik, M. -C. (2004). *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador, BA: Ágalma.
- Laznik, M. -C., Maestro, S., Muratori, F. & Parlato, E. (2005). Interações sonoras entre bebês que se tornaram autistas e seus pais. In *Anais, Colóquio franco-brasileiro sobre a clínica com bebês*. Recuperado em 12 fev. 2006, da Scielo (Scientific Electronic Library OnLine): [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000072005000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000072005000100004&lng=en&nrm=iso)
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Pimenta, P. R. (2003). *Autismo: Déficit cognitivo ou posição do sujeito? Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo*. Dissertação de mestrado, UFMG, Belo Horizonte, MG.
- Rohenkhol, C. M. F. (1999). *O questionamento da prevenção em psicanálise e a possibilidade de antecipação como forma de uma intervenção analítica com profissionais de outras áreas*. Trabalho apresentado no Encontro Sul Americano dos Estados Gerais de Psicanálise, São Paulo, SP.

- Rosa, G. (1976). *Grande sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio.
- Soler, C. (1994). Fora do discurso: autismo e paranóia. *Revista de Psiquiatria & Psicanálise com Crianças e Adolescentes*. 1 (1), 71-80.
- Spitz, R. (1979). *Do nascimento à palavra: O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construções teórico-epistemológicas, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Volnovich, J. (1993). *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

## NOTAS

<sup>1</sup> Dissertação de Mestrado defendida na Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Estudos Psicanalíticos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 23/02/2006.

<sup>2</sup> Maurício foi atendido por mim dos oito aos quatorze anos. Também atuaram no caso Maurício outros profissionais da Equipe Complementar Barreiro (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte).

<sup>3</sup> Quadro psicopatológico advindo da separação precoce mãe-filho, temporária ou definitivamente, ainda no primeiro ano de vida, que pode levar, em casos extremos, à morte da criança.

isabelasantoro@uol.com.br  
jefpinto@uai.com.br

*Recebido em abril/2006.  
Aceito em setembro/2006.*