

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Psicologia

Cléo Busanello de Medeiros

**A PSICANÁLISE NO GERÚNDIO:
Questões para a psicopatologia da infância**

Porto Alegre

2019

Cléo Busanello de Medeiros

**A PSICANÁLISE NO GERÚNDIO:
Questões para a psicopatologia da infância**

Trabalho apresentado como requisito parcial para
a conclusão do Curso de Graduação em
Psicologia pela Universidade Federal do Rio
Grande do Sul
Orientadora: Profª Drª Andrea Gabriela Ferrari

Porto Alegre
2019

Paratodos

Galeano escreveu que o mundo é um mar de fogueirinhas, cada pessoa é uma fogueira que brilha única, jamais igual a outra. “Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo”. Às pessoas/fogueiras que iluminaram minha trajetória, ofereço aqui meu singelo agradecimento.

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Rodrigo e Rosanjilis, por me darem asas para voar e coragem para sair do ninho em busca de novos rumos.

A minha irmã, Laura, por me ensinar a coragem de ser quem se é.

Aos meus avós, Adélia, Nery, Haydée e Oly, pela transmissão.

Às professoras Milena Silva e Andrea Ferrari. À primeira, pelo acolhimento delicado e pelo cuidado. À segunda, pela orientação e supervisão carinhosas não apenas deste trabalho, mas da construção deste percurso (que não finda). À ambas, pela aposta naquela estudante do 3º semestre que um certo dia apareceu na sala de reuniões.

A Lara Bach, pelo companheirismo incondicional dos últimos 18 anos e pela garra inspiradora. Segue voando.

A Vitória Lara, pelo fantasiar das crianças que possibilitou o criar das adultas.

A Fernanda Almeida, pela sintonia, pelo cuidado genuíno e pela sorte deste encontro.

A Ana Gabriela Redlich e Kellen Evaldt, pelo acolhimento e aceitação constantes, pelas trocas (acadêmicas ou não) e pelo amor.

Aos amados amigos que o curso de Psicologia me trouxe, Larissa Guedes, Júlia Ângelo, Aline Zimmerman, Mirela Pedrotti e Fabiano Ciochetta, pela leveza da companhia.

Às colegas do NEPIs, Larissa Ramos, Antônia Madeira e Luísa Comerlato, pelo coleguismo que se tornou amizade sincera.

Aos amigos queridos de tempos rosarienses, Arthur Almeida, Laura Leal, Marcelo Dornelles e João Vidal, pelo amor imutável apesar das mudanças da vida.

A Sabrina Menger, Eduarda Ferreira, Mariana Ayres, Luísa Dall’Agnol, e Roberta Golbert, pela aventura do estágio que possibilitou a formação deste grupo querido.

A André Betts, que muito gentilmente aceitou comentar este trabalho, pela disponibilidade e pela supervisão sempre sensível.

A todos com quem tive o prazer de caminhar, evoé.

“Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.

Viajaram para o Sul.

Ele, o mar, do outro lado das dunas altas, esperando.

Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto o seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

- *Me ajuda a olhar!?”*

(O Livro dos Abraços — Eduardo Galeano)

Resumo

A psicanálise, apesar de se ocupar da infância desde seus primórdios, levou muito tempo até constituir uma prática clínica que desse conta destes sujeitos. Da mesma forma, a psicopatologia destinada à criança se caracterizava por um mero achatamento das categorias nosográficas do adulto. Cada vez mais teóricos vêm se ocupar deste enigma da infância, reconhecendo suas particularidades e aquilo que ela comporta de indefinido na estruturação, fato que implica na busca de novos operadores e dispositivos clínicos que possam dar conta deste tempo ainda instável da estrutura. Proponho, com este escrito, elucidar esta diferença em questão, considerando as características próprias da clínica com crianças. Me apoiando na noção de “psicoses não-decididas da infância”, intento fazer um percorrido da psicopatologia da infância de modo geral, posteriormente detendo-me em distinguir dois pontos-chave para a psicanálise: o autismo e a própria psicose infantil. No intuito de ilustrar as elocubrações teóricas, trago vinhetas clínicas de minhas experiências de estágio, acompanhando crianças em diferentes modalidades de atendimento.

Palavras-chave: Psicanálise com crianças; autismo; psicose; clínica.

Sumário

Introdução	6
Do diagnóstico na infância: questões para a psicanálise	8
Dos destinos possíveis na psicopatologia da infância	16
A psicose infantil	19
O autismo	23
Considerações Finais	27
Referências Bibliográficas	28

Introdução

“(...) uma criança não é sem o que é dito dela, não sendo somente o que é dito dela. O que é dito da criança comporta muito mais do que se quer dizer. O que é dito dela também diz menos do que ela é (...)” (Vorcaro, 2004, p. 12)

Este escrito surge como produto de um percurso. No decorrer da graduação em Psicologia, me vi tocada pela psicanálise e a partir dela encontrei o campo que mais me suscitou questões: a infância. Assim, trilhei caminhos que me confrontaram largamente não só com a infância em si, mas com as suas vicissitudes, suas contradições, suas diferenças e particularidades. Com as práticas de estágio supervisionado, entrei em contato com a prática, que ressignificou a teoria que até então me dizia de algo distante. Conheci as psicopatologias da infância, conheci os primórdios da constituição e do desenvolvimento, conheci o que ia bem e o que ia mal, conheci as idades e os tempos, conheci os pais e suas palavras, as educadoras, as reverberações que uma criança causa nos adultos. E, de conhecer tudo isto, me enchi de perguntas. Ou melhor, me muni de perguntas. Perguntas que, em parte, foram respondidas e, em parte, não foram e jamais serão. Estas perguntas, que durante estes poucos anos fui reunindo, motivaram a escolha do tema sobre o qual aqui me proponho a escrever.

Em psicanálise, de maneira geral, a psicopatologia foi pensada majoritariamente em relação ao adulto, sujeito do qual se ocupava. A psicopatologia infantil por sua vez se caracterizaria como um mero achatamento, uma transposição direta da psicopatologia do adulto. No curso do seu desenvolvimento, psicanalistas que se ocuparam da infância, como Melanie Klein, passaram a criticar esta visão, questionando o “adultomorfismo” dos critérios diagnósticos da psiquiatria da época. Klein afirmava que as bases da relação com a realidade na infância teriam um caráter completamente diferente do que no adulto (Klein, 1930/1981), acarretando na necessidade de uma nosografia e um entendimento distintos para os processos psicopatológicos infantis.

A infância comporta uma dimensão de indefinição no que concerne a estrutura, abrindo espaço para o insabido, para caminhos plurais de estruturação. Importa, para o clínico, considerar esta especificidade para que não se produza um efeito iatrogênico no seu fazer, capturando a criança em uma categoria nosográfica que se torna uma profecia em si

mesma. Não significa dizer que não existam quadros psicopatológicos neste tempo, pelo contrário, eles existem, mas o que entra em jogo aqui é atentar para o que há para além do diagnóstico, como se fala dessa criança, o que ela mesma consegue dizer de si (da forma que seja), onde vive, qual a sua história... Estes dados se tornam tão ou mais ricos para a prática clínica do que a definição de uma patologia, mesmo quando há uma de fato. Tendo isso em vista, me apoio largamente nas formulações de Leda Bernardino, psicanalista de crianças, que propõe a noção de “psicoses não-decididas da infância” como operador possível para pensar a diagnóstica, considerando a relação da criança com a linguagem e o tempo da constituição e do desenvolvimento, embricados.

Com o percurso teórico que proponho nas páginas subsequentes, trago pequenas vinhetas clínicas, trechos e cenas da minha curta prática clínica, a título de ilustração. Pensar a criança em teoria importa — e muito —, mas tomá-la apenas como produto das palavras nos afasta da criança da realidade, que nos chega em atendimento. Estas vinhetas que cito, marcaram não só a minha “bagagem” clínica, mas de alguma forma me conduziram a certas formulações, certas teorias, que agora utilizo enquanto parte desta construção. Importa dizer, contudo, que os casos clínicos aqui mencionados de forma alguma apresentam dados que possam identificar os pacientes em questão, protegendo o sigilo ao qual têm direito.

Relatar um caso é um tempo terceiro, um tempo após a vivência do fato clínico em si e após o momento de reflexão em cima do mesmo. Escrever sobre a clínica não deixa de ser uma escrita ficcional. Ela se dá a uma certa distância (inevitável) entre o real do ocorrido e o relato no qual ela toma forma. Como nos diz Nasio (2001), “a partir do real, criamos a ficção, e com a ficção, recriamos o real” (p. 18). Nas páginas seguintes, traçarei um percorrido que partirá da forma com que a psicanálise se propõe a pensar o ato diagnóstico, bem como a particularidade do diagnóstico na infância, chegando na constituição do sujeito psíquico e seus destinos possíveis, me detendo em dois quadros psicopatológicos célebres para a psicanálise da criança: o autismo e a psicose. Intento, com o texto, transmitir estas perguntas as quais me referi anteriormente, não necessariamente de modo a dar-lhes uma resposta, mas sim de tomá-las como norteadoras deste percurso.

Do diagnóstico na infância: questões para a psicanálise

A psicanálise desde o princípio não se propõe a fazer uma clínica fenomenológica, no sentido de um levantamento de fenômenos, sinais e sintomas a serem encaixados como peças de quebra-cabeça em categorias nosográficas. Existiria um “mais-além” do observável, que dá conta deste sujeito que, para Freud, é marcado pelo “inesperado de ter um inconsciente” (Bernardino, 2004, p. 21). Na *Interpretação dos Sonhos* (1900/1990), texto inaugural da teoria freudiana, ele coloca que:

“O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica; em sua natureza mais íntima, ele nos é tão desconhecido quanto a realidade do mundo externo, e é tão insuficientemente apresentado pelos dados da consciência quanto o é o mundo externo pelas comunicações de nossos órgãos sensoriais.” (pp. 602-603)

Assim, importa na clínica psicanalítica aquilo que o sujeito tem a dizer daquilo que o toma, que o afeta, da sua própria realidade psíquica.

Ao iniciar minha prática de estágio na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, recebendo pacientes em atendimento individual, escutei de alguns deles frases como “eu sou muito ansiosa(o)” ou “eu me sinto deprimida(o)”. Diante destas afirmações, não interessava tanto que eu elencasse os sintomas de um Transtorno de Ansiedade Generalizada ou um Transtorno Depressivo Maior (APA, 2013), nem mesmo era o caso de lhes explicar o que se entende psicanaliticamente sobre depressão, ansiedade, angústia ou etc. Digo isto porque, para a psicanálise, mais importante do que uma ‘psicoeducação’ ou uma explanação destes quadros nosográficos com seus sintomas e critérios diagnósticos, era fazer com que estes pacientes falassem do que *eles* entendiam por estes significantes dos quais se valiam para nomear seu sofrimento. É esta a realidade que interessa em um trabalho clínico, a qual só se tem acesso a partir da própria palavra do sujeito.

A questão que se coloca é que para a psicanálise, como refere Christian Dunker, os sintomas que um paciente traz para o atendimento amiúde já possuem uma nomeação prévia, como a “minha bobagem”, forma com a qual Hans (Freud, 1909/2015) chamava a sua fobia de cavalos (Dunker, 2015). Não raro o trabalho clínico passará justamente por revisitar este “diagnóstico”, anterior ao atendimento, que o próprio sujeito traz de si, da sua história. Estes

diagnósticos muitas vezes se produzem quase ao acaso, “por aquele fortuito comentário familiar, na observação desavisada de um professor ou como resíduo de um amor inconcluído” (p. 39), mas ainda assim podem possuir o peso de um mandato, de um destino para quem o recebe. É dos efeitos destes nomes no sujeito que a clínica psicanalítica vai se ocupar.

A perspectiva lacaniana introduz uma concepção estrutural na psicanálise e nas formas de se pensar o diagnóstico. Ainda que Lacan lançasse mão dos conceitos e das categorias nosográficas da psiquiatria tradicional, o entendimento que ele buscava fazer destas era particular. Ele lia estes tipos descritivos dentro de um viés estrutural, no sentido de extrair destes quadros aquilo que dizia da estrutura do sujeito, da sua forma de lidar com a castração. Diferentemente de Freud, que pensou a castração como complexo, Lacan a tomará como lei (Figueiredo & Machado, 2000). Ele revisita a narrativa freudiana do complexo de Édipo a partir das noções do estruturalismo e propõe pensar este momento constitutivo enquanto um “jogo” de funções, mais do que de papéis. Neste sentido, busca — novamente — extrair o que havia de mais universal na conflitiva edípica, prescindindo de uma organização familiar composta por pai, mãe e filhos. O que entra em jogo, na proposta lacaniana, são as funções materna e paterna¹, que não são elas próprias estanques, podendo circular entre as diferentes pessoas que se ocupam daquele sujeito em constituição.

Na conflitiva edípica, o sujeito é confrontado com o registro da castração pela entrada da dimensão da função paterna na relação até então não intermediada entre a criança e o desejo materno. Neste sentido, o sujeito em questão poderá se posicionar frente à castração de diferentes maneiras, sendo elas o recalçamento (*Verdrängung*), a recusa (*Verleugnung*) e a forclusão (*Verwerfung*). O primeiro, saída neurótica do conflito edípico, diz da substituição efetuada pelo pequeno sujeito ao realocar o significante do desejo materno, colocando-se em uma posição de sujeito desejante. A metaforização deste significante pelo Nome-do-Pai funda o recalque originário, cujo retorno se dá na forma do sintoma. A recusa, renegação ou desmentido (*Verleugnung*), se dá enquanto mecanismo de defesa da perversão. A inscrição da castração ocorre no sujeito perverso mas ele a recusa, “desautorizando” a experiência. Freud, no texto *O Fetichismo* (1927/2014), descreve a cena “típica” da recusa em que a criança, ao olhar os genitais de sua mãe, não interpreta enquanto uma ausência de algo (não de um pênis em si, mas do falo materno), mas se fixa em um objeto “positivo”, de fetiche. Por fim, na

¹ Não são necessariamente atribuídas a uma mãe e um pai, respectivamente.

foraclusão (*Verwerfung*), a metaforização do significante do desejo materno pelo significante Nome-do-Pai não ocorre, impossibilitando o sujeito de sair da posição de objeto de desejo e do gozo do Outro. Na foraclusão do Nome-do-Pai, o recalque originário fracassa, neutralizando a metáfora paterna, de forma que o acesso ao registro do Simbólico fica gravemente comprometido para o sujeito (Dor, 1991). A foraclusão é o mecanismo da psicose, e o seu retorno se dá pela alucinação, aquilo que não se amarra simbolicamente e retorna no Real.

O diagnóstico na clínica psicanalítica, enquanto fundamentalmente estrutural, não pode prescindir de um elemento chave a todo e qualquer tratamento: a transferência. Freud, nos seus escritos sobre a técnica — mais precisamente no texto “A dinâmica da transferência” (1912/2010) — define este fenômeno como um vínculo afetivo intenso que se dá rapidamente no contexto do tratamento voltado à pessoa do médico (hoje diremos analista, terapeuta...). Tal investimento ocorre a partir de modelos, “clichés”, advindos de experiências com as figuras primordiais da vida daquele sujeito que definirão “um certo modo característico de conduzir sua vida amorosa” (p. 135). Deste modo, o analista ficaria imputado de certas posições, ocuparia este lugar que diz do traço que o identifica com as figuras primordiais da vida do sujeito em análise. Joël Dor (1989) propõe que “sempre que um sujeito se dirige a outro, há transferência” (p. 12). A transferência, Freud dirá, não é criada pela psicanálise, ela já está posta, o tratamento psicanalítico apenas faz desvendá-la (1905/2016, p. 73). Assim, a grande diferença da prática psicanalítica está no *reconhecimento* da transferência e, mais importante, no seu *manejo*. A (não-)manipulação da transferência é o que distingue radicalmente a psicanálise de outras práticas terapêuticas.

A transferência acontece na medida em que o sujeito fala de si, e é falando que ele atualiza sua estrutura. No trabalho analítico, o analista não “contempla” a produção do paciente de fora, como um terceiro “isento”. Pelo contrário, está incluído na transferência, o sujeito lhe coloca em determinado lugar no seu discurso, e isso dirá da sua estruturação. Portanto, definir um diagnóstico como estrutural não implica dizer simplesmente que a categoria nosográfica em que um sujeito se enquadra é uma estrutura — neurose, psicose ou perversão —, mas sim que o diagnóstico em si se dá *na* transferência (Calligaris, 1989, p. 36). É a partir do reconhecimento do lugar que o próprio analista tem no discurso do sujeito que uma questão diagnóstica pode se formular. O diagnóstico estrutural se apoia na relação do sujeito com o Outro, de modo que os signos, os comportamentos, são uma pista da ordenação

prévia do campo significativo do sujeito, a forma com a qual os significantes, dentro da sua função, operam ou deixam de operar. O analista, investido em um lugar de suposto saber pelo paciente, pode justamente formular uma pergunta sobre o diagnóstico na medida em que vê atualizada na relação analítica a relação do sujeito com o Outro.

Aqui, importa fazer uma observação. Christian Dunker (2011) propõe que se trabalhe mais com uma *diagnóstica* do que com um *diagnóstico*:

O diagnóstico é um ato específico; a diagnóstica é o fazer continuado por meio da qual a hipótese diagnóstica se confirma ou se desmente, se especifica ou se generaliza, se atualiza ou se transforma a cada novo tempo do tratamento e suas intercorrências (p. 407).

Pensar um diagnóstico como a nomeação única de uma categoria nosográfica é, desta forma, uma limitação muito grande do trabalho na clínica. O autor entende que o diagnóstico pode ser decomposto nas suas diferentes partes, considerando sintomas, traços estruturais, fantasma, narcisismo e gozo. Além disto, Dunker também propõe a ideia de uma diagnóstica no intuito de levar em conta a dimensão do social que se desvela nas psicopatologias. Tomar os quadros psicopatológicos fora de um contexto, dos modos de subjetividade da sua época, não tendo em consideração seus efeitos no sujeito e na comunidade produz uma iatrogenia, um engessamento das possibilidades clínicas e uma obliteração da função social do psicanalista “como aquele que deve acolher e reconhecer no sintoma algum saber, intolerável, desprezado ou negado pelas formas simbólicas das quais o sujeito participa” (Dunker, 2015, p. 39). Neste sentido, a diagnóstica se trata de uma leitura que proporciona um diálogo constante entre o clínico e a “doença”. A proposta de Dunker se faz ainda mais fundamental ao se pensar a especificidade da clínica com a infância e a adolescência, quando entendidos enquanto “tempos gerúndios da constituição do sujeito” (Bernardino, 2015, p. 58).

No campo da psicanálise lacaniana, é frequente o discurso de que “a clínica se ocupa do sujeito e o sujeito não tem idade” (Flesler, 2007). Com relação à infância, determinados psicanalistas trabalharão a partir da noção de que o tempo que importa é o lógico, prescindindo do desenvolvimento, e outros pensarão em um entrecruzamento daquilo que é diacrônico, do desenvolvimento, e do tempo lógico, da constituição (Kupfer & Bernardino, 2018). Os marcos do desenvolvimento infantil, preconizados largamente pela pediatria, podem possuir certo valor clínico, ainda que não seja ideal tomá-los como pontos fixados, no sentido de que todas as aquisições corporais e cognitivas da criança precisam se dar

exatamente no tempo estipulado. Pelo contrário, importa lê-los dentro da história de cada pequeno paciente, dentro do discurso familiar. O caminhar, o desenvolvimento da fala, o desfralde, entre outros, são dados de grande valor para um clínico, mas apenas se o que se pode dizer deles tenha mais valor do que um *check-list*, uma categorização de um desenvolvimento “ideal”. É claro que um bebê de 10 meses que não senta, ou uma criança de 4 anos que não come sozinha produzem um estranhamento — considerando os tempos destes marcos — mas é fundamental que se possa entender o que estes fenômenos dizem desta criança, do seu lugar no fantasma parental e do que os próprios pais têm a dizer sobre eles. Certa vez, assistindo uma entrevista inicial em uma sala de espelho, observei o caso de um menino de quase 6 anos que se comunicava por monossílabos e grunhidos indistintos. Para a mãe, isto não era uma questão, nem mesmo lhe produzia uma dúvida, afinal ela e o filho se entendiam perfeitamente. Em um dado momento da entrevista, o menino segura a cabeça da mãe, junta suas testas e os dois ficam assim por alguns segundos. Ao sair deste “transe” a mãe diz às psicólogas: “*ele lê meus pensamentos*”.

Entendo que a psicopatologia psicanalítica da infância precisa dar conta disto que se refere ao Real de um corpo, da maturação neuronal, sem se deixar perder de vista a dimensão do inconsciente, do percurso constitutivo do sujeito, do tempo de “fazer sentido”. Angela Vorcaro (2004), no que tange à psicopatologia da criança, a coloca enquanto um campo onde “as convicções inarredáveis aparecem como condenações e, portanto, campo no qual a certeza diagnóstica é vértice imaginário que fomenta a direção do tratamento” (p. 12). Ao mesmo tempo em que este movimento circunscreve a categoria nosográfica na qual caberia a criança, também “antecipa o enquadramento no qual doravante ela será localizada e reconhecida” (p. 12).

Para pensar a psicopatologia infantil, importa iniciar pelo campo da psiquiatria da infância que, conforme coloca Oscar Cirino (2015), é desde o seu início atravessada pela psicanálise. Segundo o autor, esta clínica psiquiátrica só se estabelece de fato a partir de meados de 1930. Neste momento, se passa a conceber a infância com uma “ordem própria de existência e racionalidade” (p. 23). Até então, a psicopatologia da criança se constituía, em grande parte, como um “adultomorfismo” das categorias nosográficas. A psicanálise teve uma grande influência no desenvolvimento da psiquiatria infantil, possibilitando uma leitura onde a infância não é apenas um meio para um fim: a vida adulta. As contribuições de psicanalistas que se ocuparam teórica e clinicamente destes pequenos sujeitos, cujo exemplo principal é

Melanie Klein, ratificaram a necessidade de uma psicopatologia própria para a infância, não apenas um achatamento daquela do adulto.

Esta diferença é vital para a clínica. O tempo da infância nos confronta continuamente com a sua condição de *enigma*, própria do *infans*, onde a estruturação ainda não está decidida e o “não-saber” inerente a esta condição circunscreve todo o tratamento. Aqui surge uma questão central para a psicanálise infantil, como se pode pensar em um diagnóstico estrutural em um tempo onde a estrutura ainda não está dada? Como bem coloca Angela Vorcaro (2004), não se trata de abolir as estruturas que orientam a psicopatologia psicanalítica, muito menos de tomá-las como insuficientes para a clínica, mas sim de pensar no caráter não fixado das estruturas na infância e nas implicações de uma clínica dogmática, guiada por uma nosografia estática e “adultocêntrica”.

Diante do exposto, como se pode pensar estes tempos — da constituição psíquica e do desenvolvimento orgânico — quando se fala da criança? Seria possível dizer em que momento se deu a inscrição (ou forclusão) do Nome-do-Pai, por exemplo? Kupfer e Bernardino (2018), neste sentido, referem que “a efetuação da estrutura depende de um tempo, não somente das operações lógicas, mas do tempo evolutivo propriamente dito” (p. 75). A maturação biológica e a estruturação psíquica caminham, na infância, muito juntas, de modo que diversos autores (Levin, 1995; Rassial, 1997; Coriat, 1999, como citados em Bernardino, 2004) teorizam sobre este entrecruzamento: é necessária a maturação neuronal para uma inscrição significativa da mesma forma que as marcas do Simbólico no bebê ordenarão suas funções corporais. A estrutura, por não estar dada de saída na infância, requer um olhar atento, sobretudo no que diz respeito a uma certa *instabilidade* da realidade psíquica neste tempo.

O risco da realização de diagnósticos “fechados” que não deixam espaço para a dúvida diagnóstica — esta tão salutar à clínica psicanalítica — é circunscrever a criança a um significante, um nome, que não raro terá o estatuto de um “calabouço” na sua vida, no sentido de que suas manifestações e singularidades serão lidas a partir desta lente. Me recordo de uma cena, observada durante meu período de estágio em uma clínica que atendia crianças em grupos, em que um menino de cerca de quatro anos, diagnosticado com autismo, estava extremamente desorganizado. Se jogava no chão, corria pela sala movendo os braços e a cabeça, gritava “ai ai, ui ui” e chorava. A mãe, que era atendida em psicoterapia no mesmo horário, foi chamada para tentar acalmá-lo, pois as intervenções dos terapeutas não surtiavam

efeito. Ao ver a situação, a mãe se tomou de uma vergonha muito grande, falou dos *flappings* (os ditos “movimentos estereotipados” das crianças autistas), de como estas desorganizações são comuns no autismo e ao fim e ao cabo também não conseguiu ajudá-lo. Mais tarde, questionada sobre os acontecimentos prévios à chegada na clínica, ela contou de uma discussão que teve com seu marido (pai do menino) no carro a caminho do atendimento, que o filho havia presenciado. Quando as terapeutas relacionaram a briga deles e a desorganização do menino, a mãe se surpreendeu, aquilo não tinha lhe ocorrido. Aqui, ela não pôde fazer uma leitura singular do sofrimento do seu filho, não conseguiu se perguntar sobre o que ele queria dizer com os seus movimentos e vocalizações pois os relacionou, como que fazendo uma colagem, com as manifestações “características” do autismo. Aí está, a meu ver, uma questão capital para a psicopatologia da infância, o risco de um diagnóstico tornar-se uma sentença para o pequeno sujeito, de modo que seus traços únicos se apaguem frente ao imperativo da categoria nosográfica onde o encaixaram.

Mesmo aquilo que vem se inscrevendo de uma determinada forma na infância pode passar por uma “suspensão”, digamos. Se a estruturação ainda está em vias de se efetuar durante este tempo da constituição, há ainda um momento em que ela pode ser colocada à prova. Este momento é o da adolescência. Jean-Jacques Rassial (1999), neste sentido, refere que “tanto o autismo precoce como algumas configurações patológicas do adolescente, antes de representar uma entrada numa estrutura, parecem muito mais uma parada, um estado ‘crítico’ diante da decisão de uma orientação psíquica, uma incerteza subjetiva.” (p. 155). Assim, a adolescência seria mais um tempo do percurso constitutivo do sujeito, no sentido da *instabilidade*, mencionada anteriormente, da estruturação. Rassial situa o tempo da adolescência como o prazo antes da “escolha” da estrutura (p. 96), onde a inscrição ou forclusão do significante Nome-do-Pai pode ser contestada, no sentido de que o sujeito pode — ou não — ganhar a sua independência simbólica.

Ainda assim, mesmo que se tome a posição ética de considerar o que há de insabido no tempo na infância, de atentar para os possíveis “diagnósticos-sentenças”, de voltar o olhar para o que há de singular na criança em questão, não se pode deixar de levar em conta aquilo que não vai bem, os possíveis acidentes no percurso constitutivo do sujeito. Na próxima seção, pretendo me deter neste ponto, na caracterização e diferenciação de dois quadros psicopatológicos dentro da psicanálise: o autismo e a psicose na infância. Como a clínica psicanalítica da criança se propõe a reconhecê-los, pensá-los e distinguí-los? De que forma se

posiciona a criança autista ou psicótica? Quais são estes ditos acidentes de percurso que podem levar um clínico a considerar uma estruturação por uma destas vias? Não intenciono responder estas questões de forma categórica, numa tentativa de encerrar o debate da psicopatologia da infância, pelo contrário, tomo estas perguntas como norteadores da prática clínica, perguntas essas que constantemente convocam a repensar a teoria e a prática. Ensaio, a seguir, alguns desdobramentos possíveis.

Dos destinos possíveis na psicopatologia da infância

“Em nossos termos, o mais terrível que pode acontecer a alguém é ficar onde o puseram determinados significantes da pré-história, inclusive quando estes significantes aparentemente soem bem.” (Rodulfo, 1990, p. 26).

A infância sempre esteve em questão para a psicanálise. A escuta de Freud de seus pacientes adultos o direcionou a uma teorização onde ela assume um caráter central, indispensável para o entendimento da realidade psíquica do sujeito. Ainda assim, a clínica com a criança não surgiu naturalmente como efeito da descoberta freudiana. Pelo contrário, por muito tempo não se considerou esta uma clínica possível, haja vista que ela não conseguiria produzir em associação livre como um adulto. Freud, com a publicação do caso do Pequeno Hans (Freud, 1909/2015), estabelece as bases para o tratamento de crianças em psicanálise, mas seria necessária a teorização de Melanie Klein, anos mais tarde, para a sua implementação de fato. Klein funda a técnica da análise pela atividade lúdica, considerando o brincar infantil como correlato da associação livre do adulto, enquanto uma forma de expressar simbolicamente suas fantasias inconscientes (Costa, 2010, p. 30). Assim, a psicanálise com a infância se utiliza do mesmo corpo conceitual psicanalítico, a diferença reside apenas no que tange a técnica, não os princípios que regem a teoria (p. 31).

Além da utilização do brincar como possibilidade de investigação do inconsciente, a clínica com crianças comporta outras particularidades. Muitas vezes — talvez possamos dizer na maioria dos casos —, a criança é trazida para atendimento a partir das ressonâncias causadas no(s) adulto(s) que dela se ocupa(m) (Flesler, 2007). Estas ressonâncias precisam ser acolhidas pelo clínico que recebe a criança em questão pois podem apontar, no decorrer do tratamento, para uma pergunta crucial para a psicanálise infantil: que lugar ocupa este pequeno sujeito no discurso de seus cuidadores? Expandindo esta questão, nos interrogamos: quem é esta criança que chega para atendimento?

Lacan, no célebre texto "Nota sobre a criança", comunicação endereçada à pediatra Jenny Aubry em 1969, elenca em poucos parágrafos questões que se tornarão diretrizes para a clínica psicanalítica da infância. Ao referir-se ao sintoma da criança, afirma que este "acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar." (Lacan, 1969/2003, p. 369). Esta frase, ainda que simples na construção e clara no conteúdo, aponta

para um universo complexo de questões na psicanálise infantil. Quando uma criança chega para atendimento, trazida a partir de uma queixa dos seus pais ou cuidadores (ou a partir do encaminhamento da escola, do pediatra, etc), importa escutar o que se tem a dizer sobre ela e sobre seu sofrimento. A partir daí se pode começar a conjecturar acerca das condições que foram dadas a este sujeito de ocupar um lugar na Linguagem e que forma ele encontra para responder às demandas do Outro.

Ao iniciar minha prática clínica, recebi uma menina de 10 anos, adotada com um ano de vida por outra família, composta por uma mulher e suas três filhas, já crescidas. Sua mãe biológica a teve ainda adolescente e era uma jovem com questões de abuso de substâncias e (isto a mãe me diz quase sem dizer) prostituição. A queixa gira em torno de uma "sexualidade exacerbada" da menina e de mentiras muito frequentes da mesma. Ao escutar esta mãe em algumas entrevistas, me deparo com uma criança que, no seu discurso, não possui um lugar naquela família. Tudo que ela faz ou tenta fazer é lido a partir de um lugar de estrangeira, onde a única herança possível é a da mãe biológica, jamais sendo referenciada sob as insígnias da família adotiva. Repetidas vezes a mãe me diz "essa menina *tá* acabando com a minha família". Família onde ela habita, mas não faz parte. Como pode uma criança pertencer quando não lhe é dada esta possibilidade? De fato, toda criança precisa ser "adotada" pelos seus pais ou cuidadores, mesmo aquelas que possuem consanguinidade, pois "adotar" se trata, neste sentido, de relacionar a criança não só na filiação, mas também em uma geracionalidade, em uma estrutura de parentesco, na cadeia simbólica da sua família (Dolto, 1998). Só assim é possível à criança apropriar-se de um lugar neste núcleo, identificar-se com certas características, certos significantes, que dizem desta relação ("curioso como o pai", "teimosa como as mulheres da família" e etc).

Em um momento inicial da vida do sujeito, estes significantes são de vital importância para a sua constituição psíquica. As possibilidades subjetivas para uma criança a quem não é dado um lugar na cadeia significante são nulas, mortíferas. Tornar-se sujeito, o que não está dado de saída, implica não só em ter este lugar "garantido" no discurso parental, mas também — a partir de um dado momento — em de fato ocupá-lo. O complexo de Édipo é fundante desta posição, pois neste momento a criança, ainda alienada ao desejo materno enquanto objeto deste desejo, se depara com uma função de alteridade — dita função paterna —, que desloca o lugar do falo para o registro Simbólico e institui uma falta constitutiva que possibilita o advento de um sujeito desejante, barrado. Quando esta função não opera, ou

opera de forma frágil, nos deparamos com diversas formações sintomáticas da criança, desde sintomas fóbicos a questões graves de estruturação, onde se reconhece o risco (ou mesmo a presença) de quadros psicopatológicos.

O lugar que a criança pode vir a ocupar no discurso também aponta para o estatuto do desejo parental. Ricardo Rodolfo (1990) coloca que a diferenciação apenas entre “ser desejado ou não ser desejado” não comporta a complexidade dos caminhos do desejo, posto em questão com a chegada de um pequeno sujeito. Conforme o autor, a psicanálise, por muito tempo, tendeu a confundir “filho desejado com filho falizado², como se a falização de um filho fosse o único modo possível de marcá-lo pelo desejo” (p. 69). Rodolfo propõe pensar uma formulação que interrogue “é desejado enquanto o que?”, pensando em três vias possíveis: a criança enquanto falo, sintoma ou fantasma. Importa frisar que esta distinção nem sempre será clara, muitas vezes estes “destinos” coexistirão, cedendo ou adquirindo dominância no decorrer do percurso constitutivo. A criança desejada como falo é a narrativa clássica psicanalítica, o destino esperado, a “sua majestade, o bebê”, como nos coloca Freud. Antes de tudo, falar de uma criança falizada implica, nada menos, em falar de uma criança marcada pelo desejo, uma criança cujo corpo recebeu o bordeamento da erotização, cuja chegada foi antecipada e sonhada. A este *infans* são oferecidos significantes que dizem de uma posição discursiva que possibilitará, não necessariamente sem sofrimento, que ele se constitua enquanto sujeito e se aproprie da ordem simbólica, respondendo de modo próprio às demandas do Outro.

Quando falamos do estatuto de sintoma que uma criança pode vir a receber a partir do desejo, estamos tratando dos casos onde o filho fica preso a determinado traço, determinada construção fantasmática familiar de onde não é possível inscrever uma diferença. Um caso clínico, relatado por Rodolfo em sua obra supracitada — O Brincar e o Significante —, auxilia na compreensão desta dinâmica. O autor recebe um paciente adolescente trazido por sua mãe, que refere uma queixa de delinquência e uso de drogas. Após pormenorizar suas passagens pela polícia, as drogas utilizadas e demais detalhes, ela traz um fragmento da história familiar, na forma de uma frase profética: “os segundos filhos varões da família sempre têm problemas ou vão presos” (Rodolfo, 1990, p. 20). Não por acaso, o adolescente em questão é um segundo filho varão. O que se desvela com o decorrer da análise é uma série de impossibilidades que foram colocadas para este jovem desde muito cedo, o seu destino já

² Aqui, Rodolfo faz uma diferença entre “falizar”, tornar falo, e “falicizar”, tornar fático.

havia sido selado a ferro e fogo pelo mito familiar. Ao menino foi vedada qualquer tentativa de responder ao sintoma familiar desde uma posição diferencial, pelo contrário, sua única alternativa foi realizá-lo ao pé da letra.

Por fim, nos deparamos com o terceiro posicionamento, a criança enquanto fantasma — ou objeto. Aqui, relembremos a referência de Lacan, que diferencia o lugar do sintoma da criança enquanto representante da verdade familiar e enquanto “realizador” do fantasma materno (como já referido, não necessariamente da mãe em si, mas do seu cuidador primordial), presentificando o objeto a da fantasia (Lacan, 1969/2003, p. 370). Nestes casos, a dimensão paterna, enquanto função de alteridade e não papel concreto de um homem, fica completamente apagada, desautorizada, colocando o *infans* a mercê de todas as capturas fantasmáticas do desejo deste Outro primordial sem a mediação que a função paterna assegura. Leda Bernardino (2015), coloca uma diferenciação no que tange a posição de objeto da qual tratamos. A autora refere duas possibilidades dentro desta posição: casos onde a criança “compõe com o agente do Outro ao qual está ligada uma relação de simbiose/complementaridade”, e casos onde a mesma “recusa a entrada no campo do Outro enquanto alteridade e fica à margem da linguagem” (p. 59). Podemos pensar, a partir destas descrições, que as mesmas dão conta de dois quadros psicopatológicos muito referenciados em psicanálise, a psicose infantil e o autismo, respectivamente.

A psicose infantil

“A psicose não é estrutural, de jeito nenhum, da mesma maneira, na criança e no adulto (...) sobre este ponto ainda não temos doutrina nenhuma (...) sobre a psicose do adulto, a fortiori sobre a da criança, reina ainda a maior confusão” (Lacan, 1955-56/1985, p. 135).

Início esta seção com a hipótese de Lacan, no seu seminário sobre as psicoses, de que há uma diferença fundamental entre aquilo que entendemos como psicose na criança e aquela do adulto. Diversos autores, apoiados nas proposições lacanianas, se debruçarão sobre este tema, como Leda Bernardino (2004), Jean Bergès e Gabriel Balbo (2003), Angela Vorcaro (2015) e Jean-Jacques Rassial (1997), complementando este debate a partir de suas clínicas. A questão que se coloca, e que gera o impasse aqui exposto, é a de como se poderia diagnosticar uma psicose antes da forclusão do Nome-do-Pai se estabelecer de fato e, ainda, como

pode-se compreender os casos que nos chegam para atendimento onde tudo parece apontar para este quadro. Não se trata, como já foi dito, de abolir esta possibilidade diagnóstica, mas sim de pensar os seus efeitos na clínica com a infância, onde a estrutura ainda está “latente”. Leda Bernardino, em consonância com outros teóricos da psicanálise, propõe falar de “psicoses não-decidas” na infância, reconhecendo a possibilidade de estados provisórios neste tempo, onde muitas vezes não ocorre a inscrição definitiva de uma estrutura. Conforme a autora, este é o diagnóstico “que melhor contempla a posição da criança na linguagem enquanto sujeito constituinte e indivíduo em crescimento” (Bernardino, 2004, p. 18). Me parece, todavia, importante traçar um pequeno percorrido do que se tomou como “psicose infantil” em psicanálise no decorrer dos anos para então nos voltarmos para a hipótese das psicoses não-decidas. Intento, agora, esta pequena cronologia.

Melanie Klein é considerada por muitos uma das pioneiras não apenas no estabelecimento da psicanálise com crianças, mas na teorização acerca dos quadros de psicose nesses pequenos sujeitos. No seu artigo “A psicoterapia das psicoses” (1930/1996) ela refere que “em geral, os traços da psicose infantil são essencialmente diferentes daqueles da psicose clássica”. Mais adiante, Klein propõe a ideia de “posições” para descrever as angústias da criança e seus mecanismos de defesa, no intuito de diferenciar as formações psicopatológicas na infância, que podem ou não se fixar, e o que ocorre nas psicoses dos adultos (Bernardino, 2004, p. 23).

A partir das formulações de Melanie Klein, vários autores de diferentes correntes de pensamento se propuseram a pensar a psicose na infância. Na psicanálise inglesa pode-se citar nomes como Margareth Mahler, Frances Tustin e Donald Winnicott, que de modo geral teorizaram acerca das possibilidades educativas e de “profilaxia” nestes quadros. Tustin, no caso, propõe pensar em “estados autísticos” tanto em crianças neuróticas quanto psicóticas, apoiada na ideia kleiniana das posições. Já na escola francesa, se destacam autoras como Françoise Dolto e Maud Mannoni, que também enfatizaram ideias de prevenção em seus escritos. Para Dolto, por exemplo, “o que conta não é unicamente a possibilidade psicanalítica do tratamento da psicose infantil, como também a prevenção das causas perversoras exercidas por um casal parental” (Dolto, 1988, p. 17). Mais atualmente, outros autores compõem este grupo, estudando e teorizando acerca das psicoses da infância. Tomando apenas a perspectiva lacaniana, pode-se citar autores como Marie Christine Laznik, Alfredo Jerusalinsky, e os

teóricos supracitados no início desta seção. A partir do exposto, e tomando o referencial de Lacan, o que é a psicose infantil? Como a reconhecemos e caracterizamos?

Quando se fala em “foraclusão do Nome-do-Pai”, jargão psicanalítico para explicar a psicose, geralmente refere-se às psicoses do adulto, onde já houve um percurso constitutivo que se “fechou” desta forma. No tocante à infância, tempo onde este percurso ainda está se dando, é necessário lançar mão de um outro olhar, aos primórdios da constituição daquele sujeito, para que se possa entender do que se trata uma psicose infantil. Quando um bebê nasce, existe uma ilusão de completude, um júbilo que entra em cena com a sua chegada por parte dos seus próximos. Como explica Laznik (2016), utilizando-se da figura das tranças entre os três registros, este é um momento onde o Imaginário recobre o Real, que faz com que este pequeno ser recém-chegado seja investido libidinalmente, seja *falizado*. É de suma importância que o bebê possa vir a ocupar este lugar de “majestade”, mas também é tão crucial quanto que essa posição caia, colocando o *infans* na ordem simbólica familiar. O momento do Estádio do Espelho possibilita a construção de uma imagem integrada pelo bebê, um Eu, a partir do olhar maravilhado do seu Outro primordial que lhe outorga atributos fálicos e lhe serve de espelho.

Não obstante, por mais que esta lugar de enamoramento seja vital para constituir-se, é necessário mudar de posição para a assunção de um sujeito. Aqui se coloca a experiência da castração, que institui um barramento simbólico ao bebê que antes tudo podia, ou assim acreditava. Este é o tempo da inscrição do significante Nome-do-Pai, que metaforiza o desejo materno e possibilita o surgimento do recalque originário, logo, garantindo o acesso ao Simbólico. Aqui se coloca o ponto crucial para pensarmos a psicose na infância, os casos em que a metáfora paterna falha, em que a mãe (ou cuidador primordial) é incapaz de cessar de gozar de seu filho, tamponando a falta e fazendo-o objeto do seu desejo irrefreado.

Retomo aqui a proposição de Ricardo Rodolfo (1990), do filho desejado enquanto fantasma. Nestes casos, é negado ao filho o direito à diferença pois isso seria afastar-se da função que lhe foi destinada (p. 69). O autor utiliza o termo “filho metonímia”, no sentido de que a criança nada mais é do que um prolongamento, uma continuidade da mãe, pois a separação é intolerável. Conforme Maud Mannoni (1964/1999), “a partir da concepção, o sujeito desempenha para a mãe um papel muito preciso no plano fantasístico; seu destino já está traçado; ele será esse objeto sem desejos próprios, cujo único papel será preencher o vazio materno” (p. 67). Relembro o caso citado anteriormente, da mãe e filho em uma

entrevista em sala de espelho. As testas coladas dos dois, seguidas pela afirmação de que “ele lê meus pensamentos”, ajuda a ilustrar esta forma de subjetivação, pautada em uma fusão da díade. Este menino, posteriormente tomado em atendimento grupal, passou por um longo período de adaptação no grupo, ficando por poucos períodos de tempo a cada vez. Era-lhe insuportável afastar-se da mãe. Buscava constantemente o contato com o corpo dos adultos, parecendo ter perdido a referência do seu próprio quando estava sozinho. Meses mais tarde, já assíduo ao tratamento, fez um pequeno corte no dedo durante uma brincadeira. Chorou, como de se esperar em uma criança pequena (tinha 6 anos), mas após alguns minutos passou a fazer algo curioso: depois de conseguir se acalmar, desatava em um choro desesperado ao ver o machucado novamente. Esta cena se seguiu por quase uma hora, cessava de chorar, olhava para o machucado, voltava a chorar. Tomei esta vinheta como uma pequena ilustração do que se passa nestes quadros que nos parecem se encaminhar para uma psicose, o corpo “desbordado”, parece despedaçar-se com o ferimento. Conforme Pavone & Rafaeli (2011), “a ausência da constituição dessa borda imaginária-simbólica faz com que a criança psicótica possa experimentar a angústia de que seu corpo ao ferir-se, pode vazar” (p. 48). Em outro ponto, em quadros de psicose as possibilidades de filiação do sujeito ficam extremamente limitadas, quando não impossibilitadas. O desejo da mãe não refere a um pai, de modo que a função deste é renegada, destituída, impossibilitando que a criança se reconheça enquanto filha de um pai. A título de ilustração — talvez com um excesso de concretude — recordo deste mesmo paciente, aprendendo a escrever, colocando em um quadro negro os nomes de seus familiares e explicando, apontando para cada nome próprio, que eram “mamãe, papai, mana”.

Após este pequeno percorrido, que de forma alguma esgota o tema, retomo a proposta de Bernardino, das psicoses não-decidas da infância. Em se tratando deste sujeito do gerúndio, em vias de se estruturar, é imprescindível considerar a condição de enigma que a criança suscita, pelo caráter insabido dos rumos que sua estruturação ainda pode tomar. A proposição das psicoses não-decidas se torna um operador clínico muito mais condizente com as características da infância e do “próprio processo de estruturação subjetiva, que implicam a entrada do pequeno sujeito no campo da linguagem, a partir da relação com um Outro que sustenta este processo, dentro de um tempo que vai constituir o infantil” (Bernardino, 2004, p. 35).

O autismo

Pode-se afirmar que o autismo é a entidade nosográfica que inaugura a psiquiatria infantil como a conhecemos. O termo “autismo” é cunhado pelo psiquiatra Eugen Bleuler, tomando como base a noção freudiana do “autoerotismo”, no intuito de interrogar a noção de “demência precoce”, descrita por Kraepelin. Conforme Ferreira & Vorcaro (2017), Bleuler não acreditava tratar-se de uma “verdadeira demência”, que nem sempre era precoce e que “o processo de deterioração psíquica era frequentemente tardio” (pp. 36-37). É o próprio Bleuler que, influenciado pela psicanálise, cria uma nova expressão para designar a demência precoce de Kraepelin — a “esquizofrenia” (proveniente do grego “mente dividida”). Ele propõe esta renomeação por entender que o problema fundamental destes pacientes era a “dissociação psíquica” que apresentavam.

Anos mais tarde, Leo Kanner, austríaco radicado nos Estados Unidos, publica um estudo onde propõe uma nova categoria nosográfica, distinta da esquizofrenia — o autismo infantil precoce. Para o autor:

(...) não se trata, como nas crianças e adultos esquizofrênicos, de uma ruptura de relações previamente estabelecidas; não se trata de um “retraimento”, sucedendo uma participação. Existe inicialmente um *fechamento autístico extremo* que, sempre que possível, faz com que a criança negligencie, ignore ou recuse tudo o que vem do exterior. Um contato físico, um movimento ou um ruído que ameaçam interromper este isolamento “são tratados como se não existissem”; se isto não for mais suficiente, são, então, sentidos como intrusões profundamente perturbadoras. (Kanner, 1943/1997, p. 156 como citado em Ferreira & Vorcaro, 2017, p. 37)

Kanner afirma que estas crianças seriam incapazes de estabelecer relações normalmente desde o início das suas vidas. A partir de suas observações clínicas, relata com riqueza de detalhes os maneirismos, as particularidades e as características comuns nesses sujeitos.

O estudo de Leo Kanner abriu o caminho para que a psicanálise também pudesse se ocupar destas crianças. Durante muito tempo, se tomou estes sujeitos — que hoje chamaríamos de autistas — como psicóticos, referindo apenas algum especificador que desse conta das suas manifestações, nomeadas autísticas. Frances Tustin é uma adepta desta conceitualização, falando dos estados autísticos na neurose e na psicose. A autora também

defende que é possível reverter estes quadros de “autismo patológico”, se utilizando principalmente de práticas educativas (Bernardino, 2004). Hoje, diversos autores que se ocupam da clínica do autismo defendem que este se configura como uma quarta estrutura, não mais referenciado dentro da estrutura psicótica, por se tratarem, as duas, de “diferentes impasses nos tempos da constituição do sujeito e da função simbólica do Outro” (Pavone & Rafaeli, 2011, p. 33).

O que entra em jogo, no autismo, é uma exclusão do Outro, um impasse no momento da *alienação*, da construção do Eu a partir da relação especular com o outro. O júbilo com a própria imagem, balizado pelo olhar do Outro primordial, não se constitui. Os bebês em vias de se tornarem autistas, como nos mostra Laznik na sua extensa pesquisa, não se capturam pela admiração que seus pais demonstram ao olhá-las, são bebês que de forma alguma “estendem a mão para conquistar a atenção do adulto, mesmo quando este os solicita de forma admirativa”³ (Laznik, 2016, p.46). O que falha, conforme a autora, é o fechamento do circuito da pulsão. Ela explica: “É este percurso [da pulsão] que traz a satisfação pulsional, radicalmente separada de qualquer satisfação de necessidade orgânica”. A partir disso, trata-se, para a pulsão, “de encontrar um objeto que a crie, isto é, que permita a ela percorrer todos os tempos necessários para seu fechamento” (Laznik, 2000, p. 88).

O primeiro tempo da pulsão é ativo, o bebê busca um objeto externo de satisfação, como o seio ou uma mamadeira. O segundo tempo é reflexivo, é quando o bebê toma como objeto uma parte de seu corpo, chupando o seu dedo, por exemplo. O terceiro e último tempo é o “tempo do fazer-se”, conforme a autora. O bebê oferece a si mesmo como objeto para um outro. Cena clássica do bebê que, deitado no trocador, estende o pé para a mãe “comer”. Assim, no que Laznik chama de “pólo alucinatório de satisfação do desejo” haverá traços mnêmicos deste Outro materno que pôde encantar-se com este bebê. Haverá, mais precisamente, “traços mnêmicos de seu gozo; deste momento em que a mãe sorri de prazer para esse bebê que se faz olhar (...). Temos certeza então de que (...) quando ele estiver sozinho, sugando seu polegar ou chupeta, haverá reinvestimento dos traços mnêmicos deste Outro materno” (p. 88). É este momento que o autista não conhece, seu circuito pulsional não se fecha, algo se coloca de modo a impedir que o bebê aproveite a falização da qual é objeto. Nestas crianças, o registro do Imaginário fracassa no enodamento com os outros dois.

³ Aqui cabe o adendo de que, por vezes, a dificuldade pode estar do lado dos pais, impossibilitados de qualquer ilusão que antecipe naquele bebê uma condição de majestade.

No autismo, a criança fica excluída do campo da linguagem, impossibilitada das operações que tornariam as marcas primordiais capazes de produzir um sujeito. Kupfer (1999) refere que elas se colocam em direção à linguagem, mas não chegam lá “por falta de quem signifique essas marcas como marcas significantes, e de quem lhes dê certa regularidade de leitura” (p, 105). Pode-se pensar, como exemplo, nas chamadas *estereotípias* dos autistas, os movimentos repetitivos. No início deste escrito relatei uma cena de um menino autista de 4 anos que desorganizava-se e a mãe não sabia dizer o porquê. Acompanhei este caso no atendimento grupal supracitado. Ele não falava e, na realidade, pouco vocalizava de modo geral, tinha o olhar sempre em um ponto desconhecido, respondendo pouquíssimas vezes a algum estímulo direcionado a ele. Lembro que, em momentos de maior excitação, batia com as mãos no peito e nas pernas, saltando no lugar. Ainda assim, nem sempre conseguia-se definir o motivo do movimento. Passamos, os adultos, a oferecer-lhe palavras, por vezes até manifestando nossa dúvida: “eu acho que tu estás contente né?” ou “será que tu gostaste da brincadeira que acabamos de fazer?”. Na clínica do autismo, “não se trata de interpretar as fantasias do sujeito do inconsciente, mas permitir que um sujeito advenha” (Laznik 2011), fazendo-se como que *tradutor* de uma língua estrangeira.

A particularidade desta clínica é que ela, em certo sentido, vira a psicanálise do avesso, pois coloca o clínico na posição de quem empresta desejo e significantes, que supõe um sujeito ali onde geralmente não se pôde fazê-lo. Certo dia, percebi que este menino estava manipulando o cartaz que havia na sala com os itens da rotina. Me aproximei e vi que ele passava a mão por cada item em ordem, de cima para baixo e de baixo para cima. Comecei, então, a ler o que estava escrito em cada um, na medida em que ele apontava. Gradualmente, foi aumentando a velocidade com que passava por eles, fazendo com que eu tivesse que falar mais e mais rápido, o que tornou a minha fala ritmada, parecendo uma música. Ele sorria. Ao chegar no final da rotina, fiz cócegas nele, “cantando” o último horário (saída). Sua reação me surpreendeu, ao invés de incomodar-se, abandonar a cena ou desorganizar-se, riu e tornou a subir com o dedinho, apontando para as palavras. Seguimos assim por alguns minutos, em que ele esperava sorrindo as minhas cócegas e, ao recebê-las, ria e se contorcia. Em um dado momento até arriscou fazer em mim, me mostrando alguma possibilidade de entrar em um outro tempo da brincadeira, mas logo deu nosso jogo por encerrado, havia cansado. Com estas crianças, parece que o que se coloca em questão são momentos muito primordiais, como

este da cena, onde o jogo ritmado, de periodicidade, possibilita alguma erotização de seu corpo não imaginarizado e uma tentativa de resposta ao Outro na alternância (Flesler, 2007).

Considerações Finais

“A psicanálise modifica a significação comum da infância: não se trata mais de considerá-la uma fase da vida, uma etapa do desenvolvimento e sim uma posição vinculada aos desejos e fantasias inconscientes. A posição infantil é traduzida pelos modos de satisfação pulsional, pela resposta ao enigma do desejo do Outro e pela operação do recalçamento. O infantil é, portanto, o mesmo que a estrutura fundadora do aparelho psíquico.” (Pesaro, 2015, p. 48)

Este escrito teve como intuito percorrer, amparado pela teoria, os caminhos abertos pelas perguntas que surgiram durante esta trajetória em formação. O debate aqui suscitado sobre a clínica da infância é uma sistematização inicial, frente ao infinito de questões do tema. Acredito que as posições defendidas nestas páginas também dizem de um entendimento ético do fazer clínico com a criança. Uma ética psicanalítica não só da pressuposição de uma liberdade do sujeito, mas principalmente da condição de dúvida constante do clínico, de modo a abrir brechas nas certezas imaginárias que traz um sujeito em seu discurso. Na verdade, abrir estas brechas nas certezas imaginárias *não apenas* naquilo que o sujeito traz em seu discurso, mas também sobre os enunciados produzidos como efeito de um laço social e de um tempo.

A possibilidade de dar nome àquilo que se passa com a criança por vezes aplaca uma angústia fortíssima de não sabê-lo, mas a clínica nos mostra que geralmente esses nomes vêm para destituir um lugar de saber da criança e da família, colocando-se como um saber científico, total, indubitável. A psicanálise se propõe a retomar a condição que estes sujeitos têm de dizer de si, de responsabilizar-se sobre aquilo que lhes toma. Mesmo as crianças. Estas, inclusive têm muito a dizer, caso encontrem alguém disposto a escutar (e não se escuta apenas com os ouvidos).

Assim, a criança segue na sua posição de enigma para a psicanálise. Segue nos confrontando com a dimensão de insabido que resta, por mais minuciosas as teorias e detalhados os casos. Nos mostra constantemente a potência e a insuficiência das nossas intervenções, bem como a sua própria potência, por vezes capaz de quebrar com os destinos

mais enrijecidos. Frente a toda esta potência, não temos escolha a não ser impulsionar nossa clínica sempre adiante, mantendo no horizonte a pergunta que nos move: quem é esta criança?

Referências Bibliográficas

1. American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
2. Bergès, J. & Balbo, G. (2003). *Há um infantil da psicose?* Porto Alegre: CMC Editora.
3. Bernardino, L. M. F. (2004). *As Psicoses Não-Decididas da Infância: Um Estudo Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
4. Bernardino, L. M. F. (2015). O psicanalista e as psicopatologias da infância. In M. Kamers, R. Mariotto, R. Voltolini (Eds), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 55-67). São Paulo: Escuta.
5. Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma Clínica Diferencial das psicoses*. (2ª ed.). São Paulo: Zagodoni Editora.
6. Cirino, O. (2015). Genealogia da psiquiatria da infância. In M. Kamers, R. Mariotto, R. Voltolini (Eds), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 19-40). São Paulo: Escuta.
7. Coriat, E. (1999). De que se trata... uma criança? In *Trata-se uma criança/ I Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.
8. Costa, T. (2010). *Psicanálise com crianças*. (Coleção Psicanálise Passo a Passo). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
9. Dolto, F. (1988). Prefácio. In M. Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro, Campus.
10. Dolto, F. (1998). *Quando surge a criança*. Tomo III. Campinas: Papirus.
11. Dor, J. (1989). *Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estruturado como linguagem* (Vol. 1). Porto Alegre: Artmed.
12. Dor, J. (1991). *O pai e sua função em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
13. Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, terapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.

14. Dunker, C. I. L. (2015). Mal-estar, sofrimento e sintoma: Uma psicopatologia do Brasil entre muros. (Coleção Estado de Sítio). São Paulo: Boitempo Editorial.
15. Ferreira, T. & Vorcaro, A. (2017). O tratamento psicanalítico de crianças autistas: Diálogo com múltiplas experiências. Belo Horizonte: Autêntica.
16. Figueiredo, A. C. & Machado, O. M. R. (2000). O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 3(2), 65-86.
17. Flesler, A. (2007). A psicanálise de crianças e o lugar dos pais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
18. Freud, S. (1990). A interpretação dos sonhos (Vol. 2). São Paulo: Círculo do Livro. Obra original publicada em 1900.
19. Freud, S. (2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). (Vol. 10). (Obras Completas). São Paulo: Companhia das Letras. Obra original publicada em 1912.
20. Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). (Vol. 17). (Obras Completas). São Paulo: Companhia das Letras. Obra original publicada em 1927.
21. Freud, S. (2015). O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909). (Vol. 8). (Obras Completas). São Paulo: Companhia das Letras. Obra original publicada em 1909.
22. Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905). (Vol. 6). (Obras Completas). São Paulo: Companhia das Letras. Obra original publicada em 1905.
23. Kanner, L. (1997). Os distúrbios do contato afetivo. In P. S. Rocha, *Autismos* (p.117-170). São Paulo: Escuta. Obra original publicada em 1943.
24. Klein, M. (1981). Contribuições à psicanálise. São Paulo: Mestre Jou. Obra original publicada em 1930.
25. Klein, M. (1996). A psicoterapia das psicoses. In M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (pp. 265-268). Rio de Janeiro: Imago. Obra original publicada em 1930.
26. Kupfer, M. C. (1999). Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Estilos da Clínica*, 4(7), 96-107
27. Kupfer, M. C. M. & Bernardino, L. M. F. (2018). IRDI: Um instrumento que leva a psicanálise à pólis. *Estilos da Clínica*, 23(1), 62-82.

28. Lacan, J. (1985). O Seminário, livro 3: As psicoses, 1955-1956. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
29. Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In J. Lacan, Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. Obra original publicada em 1969.
30. Laznik, M. C. (2000). A voz como primeiro objeto da pulsão oral. *Estilos da Clínica*, 5(8), 80-93.
31. Laznik, M. C. (2011). Rumo a fala: Três crianças autistas em psicanálise. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
32. Laznik, M. C. (2016). Podemos pensar uma clínica do nó borromeu que diferencie psicose e autismo na criança? In M. C. Laznik, B. Touati, C. Bursztejn, *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância* (pp. 27-55). São Paulo: Instituto Langage.
33. Levin, S. (1995). La infancia en escena. Buenos Aires: Nueva Visión.
34. Mannoni, M. (1999). A criança retardada e a mãe. São Paulo: Martins Fontes.
35. Nasio, J. D. (2001). Os grandes casos de Psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
36. Pavone, S. & Rafaeli, Y. M., (2011). Diagnóstico diferencial entre psicose e autismo: impasses do transitivismo e da constituição do outro. *Estilos da Clínica*, 16(1), p. 32-51.
37. Pesaro, M. E. (2015). História da psicanálise de crianças: contribuições para a constituição de novos sujeitos. In M. Kamers, R. Mariotto, R. Voltolini (Eds), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 47-54). São Paulo: Escuta.
38. Rassial, J. J. (1997). Da mudança esperada do tratamento psicanalítico da criança. In L. Bernardino (org), *Neurose infantil x neurose da criança*. Salvador: Ágalma.
39. Rassial, J. J. (1999). O adolescente e o psicanalista. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.
40. Rodolfo, R. (1990). O brincar e o significante: Um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce. Porto Alegre: Artes Médicas.
41. Vorcaro, A. (2004). Apresentação. In L. Bernardino, *As Psicoses Não-Decididas da Infância: Um Estudo Psicanalítico* (pp. 11-16). São Paulo: Casa do Psicólogo.
42. Vorcaro, A. (2015). Paradoxos de uma psicopatologia psicanalítica de crianças. In M. Kamers, R. Mariotto, R. Voltolini (Eds), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 117-147). São Paulo: Escuta.