

# AUTISMO E PSICANÁLISE

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia  
da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
para obtenção do título de Bacharel em Psicologia

2017

**Luiza Bellizzi Motta**

Graduada em Psicologia na Pontifícia Universidade  
Católica do Rio de Janeiro (Brasil)

[luizabmotta@yahoo.com.br](mailto:luizabmotta@yahoo.com.br)

---

## RESUMO

Este estudo propõe enfatizar a questão do autismo através de uma revisão histórica que possibilita compreender sua entrada no campo da psiquiatria. O aumento significativo de pacientes diagnosticados com autismo que, inicialmente, eram tratados como psicóticos evidencia a importância de distingui-los e não confundi-los. A clínica dos distúrbios graves na infância requer uma série de cuidados. Torna-se necessário assim, compreender, por meio de uma revisão teórica, a eliminação progressiva das categorias nosológicas psicóticas da criança e a inclusão dos autismos. Buscando compreender melhor o autismo emergem as seguintes perguntas: Quem é esse sujeito? Como ele se constitui? Partindo do pressuposto da Psicanálise e, mais precisamente, dos conceitos Lacan, desenvolvemos esse estudo em busca de tais respostas.

**Palavras-chave:** Autismo, psicanálise, constituição do sujeito, saúde mental.

Copyright © 2017.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## **1. ORIGEM HISTÓRICA DO TERMO “AUTISMO” E DIFERENCIAÇÃO ENTRE AUTISMO E PSICOSE INFANTIL**

A palavra “autismo” deriva do grego “autos”, que significa “voltar-se para si mesmo”. Uma questão que se coloca – se o autismo e a psicose não são da mesma ordem, por que a tendência geral de situar o autismo como psicose? Talvez porque a psicose seja a saída que ocorre com maior frequência. Maria Cristina Kupter apud Vinheiro, 1995: “Que se trate de fenômeno de ordem psicótica, mais exatamente de fenômenos que podem terminar em psicose, isso não me parece duvidoso”.

A importância da revisão do processo histórico a respeito do surgimento do termo “autismo” se torna fundamental para que se possa compreendê-lo e identifica-lo. A distinção entre autismo e psicose aparecerá como fator posterior. A riqueza da nosografia clínica psicanalítica consiste em distingui-los, e não confundi-los. Vale ressaltar que as classificações psiquiátricas passaram por significativas mudanças ao decorrer do tempo, que refletem diferenças ideológicas, evolução e difusão do conhecimento. Torna-se necessário assim, compreender por meio de uma revisão teórica, a eliminação progressiva das categorias nosológicas psicóticas da criança e a inclusão dos autismos.

O termo autismo foi utilizado pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1998[1916]), em 1911 para designar o desinvestimento em relação ao mundo exterior, ocorrendo uma perda de contato com a realidade e a impossibilidade de comunicação com os demais. Junto aos sintomas de ambivalência afetiva e dos distúrbios das associações e da afetividade derivados da dissociação psíquica, o autismo era considerado um dos principais sintomas da esquizofrenia. Associava-se a uma sintomatologia bastante abrangente da esquizofrenia, noção dada por Bleuler ao rebatizar a demência precoce de Kraepelin.

A dissociação psíquica faz referência ao predomínio da emoção sobre a percepção da realidade. Criado por Havellock Ellis, esse termo teve como fonte a subtração de erros da expressão auto(erótico)tismo. Expressão esta, retomada por Freud. De acordo com Fedida, Bleuler e Freud compararam o autista a um ovo protegido em sua necessidade de se autoalimentar, gerando como consequência, uma auto-suficiência. (MONTEIRO, 2015, p. 28)

Em 1943, Léo Kanner, médico austríaco especialista em psiquiatria pediátrica radicado nos Estados Unidos, descreveu a particulares no quadro das psicoses infantis, a Síndrome do Autismo Infantil Precoce, marco inaugural de um campo de práticas e investigações específicas de criança. Seus estudos se iniciaram em 1938 no atendimento a um grupo de onze crianças durante cinco anos com dificuldades as quais diferenciam-se do que conhecia.

Observou características peculiares a cada caso e curiosamente, algo em comum a todos, como o retraimento e a incapacidade para estabelecer relações com pessoas e situações desde o início da vida. Kanner identifica duas características fundamentais no quadro do autismo, a saber: a solidão autística, que se manifesta na busca de um isolamento extremo, e a imutabilidade, que se evidencia na recusa de toda e qualquer modificação no meio externo, o que limita sobremaneira a variedade da atividade espontânea.

Os distúrbios artísticos de contato afetivo (1997[1943]) foi publicado na revista *Nervous Children*, Kanner em que ressalta a importância de se abordar cada ação em sua singularidade, levando em consideração “fascinantes particularidades” (1997[1943], p.111). Apesar de reconhecer diferenças individuais nos distúrbios apresentadas pelas crianças na evolução de seus quadros psicopatológicos e na constelação familiar, Kanner identifica características comuns essenciais que concorrem para a nomeação de uma síndrome única.

Segundo Kanner (1943) mesmo que a maioria das crianças tenham sido diagnosticadas com debilidade mental ou com possível comprometimento auditivo, elas eram dotadas de boas potencialidades cognitivas. Todas apresentavam fisionomias notavelmente inteligentes.

Seus pais as descreviam como autossuficientes, como se numa concha, reagindo como se as pessoas não existissem, parecendo ignorá-las. “As histórias dos casos indicavam invariavelmente a presença, desde o início, de uma solidão artística extrema, e que, sempre que possível, se fecha a tudo que se chega a criança do exterior. (KANNER, 1977 [1943], p. 768-769)

O mesmo autor tomará esse ponto como principal para a distinção entre o autismo e a esquizofrenia infantil. Ao enfatizar que se observava na esquizofrenia infantil era o fato de que as crianças estabelecerem relações e vínculos até uma determinada idade, quando então, se desencadeava algo da ordem da psicose e esse vínculo era interrompido. Já isto não ocorria com a criança autista, cujo vínculo, desde o início não se estabelecia. O autismo se distanciou da

esquizofrenia infantil no que Kanner o define como uma perturbação inata do contato afetivo, uma incapacidade, por parte da criança para constituir biologicamente esse contato.

Nota-se que os pacientes apresentavam tanto uma ausência de movimentos antecipatórios quanto de movimentos de ajustamento à pessoa que a sustenta. A presença de movimentos ritualizados, a utilização de maneira estereotipada dos objetos, os quais são manipulados de forma repetitiva aparecem em seus relatos, bem como o distúrbio da linguagem. Se atenta a dizer que a linguagem pode não se desenvolver, como no caso do mutismo. Quando a linguagem é adquirida, muitas vezes, seu conteúdo é muito empobrecido, não tendo valor de comunicação. Destaca-se a ecolalia, distúrbio de linguagem característico da criança autista.

Estas crianças repetem ecológicamente as palavras que ouvem, mas isso não significa que estejam atentas quando alguém lhes dirige uma palavra. É necessário repetir diversas vezes para poder receber alguma resposta. (...) Mas a clínica nos revela que a desatenção dessas crianças é apenas aparentes. Elas nos dão mostra de que estão bastante atentas ao que acontece ao redor, haja visto sua reação a qualquer demanda. (...) A inflexibilidade da linguagem também está presente quando a criança constrói um sentido rígido, sem possibilidade de deslizamento para a construção de outros sentidos. (MONTEIRO, 2015, p. 31)

Kanner falará também sobre o quão invadidas se sentem essas crianças ao relatar: “Há nelas uma necessidade poderosa de não serem perturbadas. Tudo o que é trazido para a criança do exterior, tudo o que altera seu meio externo ou interno, representa uma intrusão assustadora (KANNER, 1997[1943], p.160). Sendo a primeira intrusão a alimentação, na qual as crianças recusavam a comida como uma forma de rejeição do que vinha do mundo exterior.

Elas recusam a alimentação, não consentem em “deixar-se” tomar ao colo, não compartilham das representações mais simples e consensuais. E, o que nos parece ainda mais desconcertante: mostram-se, pelo menos na aparência, totalmente desinteressada em estabelecer laços sociais, recusando-se a falar ou ignorando por completo a presença das pessoas. (RIBEIRO, 2007, p. 29)

Sua genialidade é reconhecida quanto delimita uma patologia própria da criança e distinta do adulto. Trata-se do marco inaugural de um campo de práticas e investigações específicas das crianças. Desconhecendo os trabalhos americanos de Kanner, em 1944 em Viena, um médico austríaco chamado Hans Asperger descreve uma síndrome a partir da observação de quatro

meninos e posteriormente, observou durante dez anos centenas de crianças com mais de onze anos, diferentemente de Kanner.

Asperger nota semelhança ao que Kanner havia falado sobre o retraimento social e afetivo. Identificou comportamentos e habilidades comuns entre essas crianças, os quais concorreram para determinar o quadro patológico definido por psicopatia autística. Para ele, a distinção dessas crianças para as esquizofrênicas se dava por não apresentarem uma desintegração da personalidade, não eram crianças psicóticas, mas crianças que apresentavam um maior ou menor grau de psicopatia. Identificou que estes mantinham uma atenção bastante restrita em um determinado assunto, demonstrando interesses especiais por campos variados e de formas por vezes original.

Descritas como excêntricas, as crianças eram obcecadas por assuntos complexos, como música, astrologia, matemática, etc. Asperger as chamava de “pequenos professores” por possuírem grande habilidade para discorrer detalhadamente sobre seus assuntos favoritos. Apesar dessas habilidades, observou que não dirigiam a atenção para seu interlocutor, as dificuldades de comunicação estavam presentes nesse grupo. A fala, na maior parte das vezes, era bastante repetitiva e forma, se utilizavam de vocabulários que não eram próprias às suas idades. (MONTEIRO, 2015, p.34)

Asperger identificou que, ao longo do desenvolvimento da criança, certas características próprias à psicopatia autística poderiam predominar ou retroceder, de forma que as dificuldades e problemas enfrentados tenderiam a mudanças consideráveis. Entretanto, os aspectos que lhe eram essenciais predominavam inalterados. Vale ressaltar que os conhecimentos de Kanner e Asperger não foram imediatamente aceitos pela psiquiatria pois no começo do desenvolvimento da psiquiatria infantil, o modelo da esquizofrenia era amplamente predominante.

Os autores seguem afirmando que foi a partir de 1960 que o processo de diferenciação e a constatação de especificidades do autismo e esquizofrenia começam a ser postos em prática de fato. Países europeus como a França adotam de início o termo “psicose infantil”. O médico Serge Lebovivi publica um artigo em 1962 e acentua a raridade do quadro típico da esquizofrenia, propondo reagrupar o autismo e outras psicoses pré-óuberes.

Em 1970, na Inglaterra, os psiquiatras Michael Rutter e Israel Kolvin insistem na distinção a se fazer entre o autismo de Kanner e as psicoses mais tardias: na França, Roger Misès propõe uma classificação do autismo em um grupo chamado “psicoses precoces”, claramente diferenciando das “psicoses surgidas no período da latência”. Ao lado do autismo infantil, ele

introduz consentido originias: “psicoses de expressão deficitária” e “distinções psicóticas da personalidade. Também é o período em que os trabalhos psicanalíticos enfatizaram período em que os trabalhos psicanalíticos enfatizam a especificidade do funcionamento psíquico autístico, em relação às outras formas de psicoses mais tardias. Nesse contexto, o autismo fez sua entrada oficial na 9ª edição da classificação internacional da OMS, publicado em 1975.

Um lugar relativamente importante foi dado a psiquiatria da criança: encontra-se principalmente no capítulo intitulado “psicoses específicas na infância” e, que configura o autismo infantil, bem como as psicoses desintegrativas que retomaram a descrição muito antiga das “demências de Heller”. Também se encontra aí a esquizofrênia da criança, e um item para os casos não especificadas que não correspondem as descrições procedentes. (LAZNIK, 2013, p. 12)

Em 1980, a publicação do DSM III marcou um importante progresso na história das classificações. Diferentes descrições são apresentadas, introduzindo mudanças nas terminologias. Posteriormente, se questiona se o autismo é um transtorno que atinge apenas as crianças. Foi o início de uma evolução que focalizará cada vez mais a atenção sobre o autismo.

Assim, o autismo até então considerado como bastante raro, era proposto no lugar da esquizofrenia como modelo de referência desse campo da psicopatologia da criança ( LAZNIK, 2013, p. 14)

Na versão revisada do DSM III publicado em 1987, surge a tripla síndrome, que encontramos no DSM IV e na CIM10. A noção de infantil foi suprida, sem dúvidas para enfatizar o fato de que se trata de uma patologia pede toda vida e não somente na infância. No DSM-III-R se encontra nos Transtornos invasivos do desenvolvimento os “distúrbios autístico” e os “transtornos invasivos do desenvolvimento não especificados”, categoria mal definida que diz respeito a certos pacientes que só apresentam traços parciais de autismo. O DSM IV, retomou, com algumas nuances essa diferenciação, essas subdivisões do Transtorno Invasivo do desenvolvimento, principalmente a Síndrome de Asperger.

De fato, em quinze anos a ideia de “Transtorno Invasivo do Desenvolvimento” modificou a noção de psicose infantil, com um foco crescente no autismo.

Desde o fim dos anos 1990 (Nordin e Gillberg, 1996), foi progressivamente imposta nas publicações, uma concepção unitária do autismo, não mais categorial, mas dimensional. Segundo essa concepção, o autismo de Kanner, a síndrome de Asperger, os TID não especificados são considerados simples variantes, mais ou menos severas, de uma mesma patologia. Essa noção de um continuum intimada “transtorno do espectro autístico” predomina há vários anos nas publicações. ( LAZNIK, 2013, p. 19)

Atualmente, o Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM – 5) diagnóstica o Autismo e todos os distúrbios, incluindo o transtorno autista, transtorno desintegrativo da infância, transtorno generalizado do desenvolvimento não-especificado (PDD-NOS) e Síndrome de Asperger, fundiram-se em um único diagnóstico chamado **Transtornos do Espectro Autista – TEA**. Os critérios diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista são:

- A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo seguinte, atualmente por história prévia
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse ou atividades, conforme manifestado pelo menos dois dias seguintes, atualmente ou por história prévia
- C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período de desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam a capacidade limitada ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida)
- D. Os sintomas causam prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo presente

Na perspectiva do DSM-5 , o autismo é, com efeito, transformado em espectro. “Este ampliou-se tanto que a quantidade de sujeitos supostamente afetados multiplicou-se por dez em apenas vinte anos, até atingir uma criança em cada cem. Se incluirmos nesses espectro aqueles ditos “não especificados”, esse número cresce ainda mais.” (LAURENT, 2014, p.63)

Nota-se que a entrada do Autismo se deu de forma gradual na psiquiatria. Os dados clínicos e evolutivos, como resultantes das pesquisas em neuropsicologia tornam claro as especificidades do autismo. Entretanto, a realidade dos casos que apresentam características psicopatológicas da inscrição da psicótica não deve ser desconhecida. A identificação desses casos, incluindo casos tendo recebido inicialmente o diagnóstico de “Transtorno do Espectro do Autismo” é um fator

determinante para os clínicos em razão do direcionamento terapêutico diferente que eles precisam.

A detecção precoce dos sinais do autismo se torna fundamental visto que a idade no início do tratamento é um dos fatores determinantes para a melhor evolução do quadro clínico. Este diagnóstico não deve ser feito para fins de “rotular” a criança, mas considerando a possibilidade de uma mudança de estrutura que ainda poderá acontecer, de acordo com o referencial psicanalítico.

## **2. A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO**

### **2.1 Sujeito para Lacan**

Desde Freud e Lacan, sabemos que um sujeito não é dado, mas se constrói a partir de um Outro que lhe é prévio. A partir da leitura de Kanner, torna-se claro que a clínica com as crianças ditas “autistas” nos ensina que o ser sujeito, fazer-se sujeito não se dá de forma “natural”, mas é uma constituição que requer dedicação e trabalho.

Segundo Lacan, a psicanálise aponta para o fato de que a constituição do sujeito não está garantida pela sua maturação biológica, mas que o sujeito humano se constituiu graças a mediação operado pela Linguagem. Porém, é sabido que o autista ocupa uma posição única, singular em sua relação. Torna-se necessário assim, compreender a luta para o autista se constituir como sujeito.

Dentre os pontos intrigantes a partir do trabalho com crianças autistas, nota-se que já nos primeiros meses de vida eles evitam ativamente o olhar do outro, desviam-se do foco deste olhar, ou seja, fazendo um movimento corporal que lhes permite escapar da direção do olhar a eles endereçado pelo cuidador. "O bebê neste momento, de acordo com a visão psicanalítica tradicional, não seria um sujeito e, sim, um assujeito ao outro." (LACAN,1957-58/1999, p.188). Explicar essa recusa se torna um desafio, a medida em que pode ser compreendido como uma recusa reflexa ou uma escolha subjetiva de assimilar ou interceptar o Outro.

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

O autista seria aquele que permaneceu congelado no processo de sua assunção subjetiva. O estudo do autismo permitiria questionar as condições de nascimento



subjetivo, para além das leis do organismo. Não se trata de negar as determinações biológicas, identificadas aqui pela categoria de organismo. Podemos considerá-las inseridas na ordem da necessidade. O que está em jogo na clínica psicanalítica do autismo, todavia, é apreender se e como o sujeito pode emergir de tal situação extrema, para além das restrições eventualmente determinadas por seu organismo. (CAMPÁRIO, 2013, p.29)

Esta definição do autismo que pode ser compreendida como uma patologia que se apresenta com uma dificuldade de subjetivação, independente do que possa se apresentar no real orgânico do corpo da criança. A despeito deste real orgânico porventura existente no corpo da criança autista, há um trabalho possível e fértil a ser feito pelo psicanalista.

Lacan (1964/1985) em seu seminário, livro 11, Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise, ressalta que temos dificuldade para pensar a constituição do sujeito, pois se trata da submissão do fluxo vital instintivo do ser à linguagem. Por estarmos dentro da linguagem se torna um desafio pensar o que escapa dela. Por isso necessitamos de representar de forma mítica a pulsão. Para fazer isto, recorreremos à libido enquanto órgão irreal.

O Irreal que se define por se articular ao real de um modo que nos escapa, e é justamente o que exige que sua representação seja mítica, como a fazemos. Mas, por ser irreal, isso não impede um órgão de se encarnar (LACAN, 1964/1985, p.195)

No cuidado de um bebê, quem faz a função materna desenha, por assim dizer o corpo do infans e seus orifícios, traçando uma forma de expressão ao nomear, descrever, contextualizar e libidinizar o corpo do bebê com os cuidados maternos e com seu banho de linguagem.

A pulsão sai de uma zona erógena e a ela retorna, contornando o objeto perdido da satisfação, denominado por Lacan de objeto a, como se fosse um resto do primeiro encontro com o quem faz a função materna. Será esse contorno que substituirá o fluxo vital por significantes que o Outro, plenamente envolvido pelo tecido da linguagem, oferece ao infans. Podendo se colocar a disposição de perder um hipotético objeto de satisfação.

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

que interrogamos quanto à condição autística. Para o infans a fala do outro é, inicialmente, formada no deslizamento metonímico do significante, ainda não discretizado. Seu valor de troca simbólica não reside no sentido partilhado das palavras, mas no usufruto das sensações que provoca. Esse efeito do funcionamento da linguagem corrompe a função da fala, tornando-se independente de toda lei fálica. (CAMPANÁRIO, 2013, p.39)

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

A dificuldade encontrada em intervir de forma a produzir a alienação e a separação na clínica com estas crianças (principalmente aquelas com menos de três anos de idade), não impede de ao ouvi-las e ao falarmos com elas, antecipando um sujeito, criarmos a possibilidade de contenção de gozo: “mapeando” seu corpo e seu universo através de nossa fala, gesto e atos, já submetidos à estrutura da linguagem, e localizando o comparecimento do que nos parece inusitado, que poderá vir a servir de “locus” do sujeito.

## **2.2 Criança e mãe – a alienação e separação**

Lacan nos diz que para se subjetivar, a criança deve aceitar num primeiro momento os significantes vindos deste Outro, o que chama de movimento de alienação. Mais tarde é possível que a criança faça outro movimento, se separando de alguns dos significantes do Outro, ao distinguir, neles, um desejo inconfessado, dirigido a ela, que permite problematizar o que o Outro quer dela.

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

Segundo Lacan, a psicanálise aponta para o fato de que a constituição do sujeito não está garantida pela sua maturação biológica, mas que o sujeito humano se constituiu graças a mediação operada pela Linguagem. Porém, é sabido que o autista ocupa uma posição única, singular em sua relação. É preciso compreender os impasses verificados quando a separação estrutural entre criança e mãe para entender a luta do autista ao se constituir como sujeito.

Desde cedo se percebe que a criança não estava ali como sujeito, e sim, como objeto no fantasma materno, conforme se lê nas Duas Notas sobre a Criança: "o sintoma da criança se situa de forma a corresponder ao que há de sintomático na estrutura familiar (...) a articulação se reduz muito quando o sintoma que chega a dominar tem a ver com a subjetividade da mãe. Aqui é diretamente como correlativo de um fantasma que a criança está implicada (LACAN, 1969/1998, p.85)

Essa ligação tão única e essa inibição foram compreendidas como expressão da alienação da criança no desejo materno. Falando de um outro modo, a criança, colocada pela mãe numa posição de objeto, está alienada; trata-se, na verdade, de uma identificação com o traço que o objeto materno aporta à criança. Segundo a formulação de Lacan (1960/1998): a alienação é própria do sujeito; ele nasce por ação da linguagem.

O lugar de Outro, que a mãe ocupa neste momento, oferece alguns significantes, através da fala; o sujeito se submete a um dentre os vários significantes que lhe são oferecidos pela mãe. O seu ser não pode ser totalmente coberto pelo sentido dado pelo Outro: há sempre uma perda. Joga-se aí uma espécie de luta de vida e morte entre o ser e o sentido: se o sujeito escolhe o ser, perde o sentido, e se escolhe o sentido, perde o ser, e se produz a afânise, o desaparecimento do sujeito.

Essa é uma escolha forçada, que tem a reunião como operação lógica subjacente; há nela um elemento que comporta que, seja qual for a escolha operada, tenha-se por consequência um nem um, nem outro. Isto é exemplificado por Lacan (1973/1988) no Seminário 11 (Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise) com a frase: "A bolsa ou a vida!". Supõe-se que alguém force o sujeito a escolher entre a bolsa e a vida. Se escolhe a bolsa, perde as duas. Se escolhe a vida, tem a vida sem a bolsa, isto é, uma vida decepada. Há um fator letal aí dentro, diz Lacan, como se percebe nesse enunciado um pouco particular que faz intervir a própria morte: em "A liberdade ou a morte!", qualquer que seja a escolha, têm-se as duas.

Em termos da constituição do sujeito, a alienação consiste no fato dessa escolha ser, de alguma forma, forçada. O sentido emerge no campo do Outro. Por isto, ocorre o desaparecimento do ser, que é eclipsado numa grande parte de seu campo devido à própria função do significante. Nesse primeiro tempo, o sujeito não fala, é incapaz de aceder à palavra; como a fala requer a articulação de pelo menos dois significantes, tem que haver esse apelo ao segundo significante.

O sujeito, então, se divide em S1 e S2. Podemos localizá-lo (...), esse *Vorstellungsrepräsentanz*, nesse primeiro acasalamento significativo que nos permite conceber que o sujeito aparece primeiro no Outro, no que o primeiro significante, o significante unário, surge no campo do Outro, e no que ele representa o sujeito, para um outro significante, o qual outro significante tem por efeito a afânise do sujeito. Donde, divisão do sujeito – quando o sujeito aparece em algum lugar como sentido, em outro lugar ele se manifesta como *fading*, como desaparecimento. Há então, se assim podemos dizer, questão de vida e morte entre o significante unário e o sujeito enquanto significante binário, causa de seu desaparecimento. O *Vorstellungsrepräsentanz* é o significante binário. (LACAN,1973/1988, p. 207)

O sujeito advém como um efeito da articulação S1-S2. "(...) Antes de (...) desaparecer como sujeito sob o significante em que se transforma, ele não é absolutamente nada. Mas esse nada se sustenta por seu advento, produzido agora pelo apelo, feito no Outro, ao segundo significante", diz Lacan (1960/1998, p. 849). Também se pode dizer isso de outra maneira: o sujeito se identifica com o traço significante aportado pelo Outro materno. "Ao acontecido na alienação pode-se denominar captura: o sujeito é capturado pelo significante. O sujeito está assujeitado à primazia do significante". (LACAN,1960/1998, p. 854)

Ao falarmos do significante estamos falando do homem como um ser falante, imerso a sua cultura antes mesmo de vir a nascer. Este, passa por transformações e determinações desse sistema simbólico que é a linguagem, e entrará, ou melhor, ingressará nessa ordem simbólica a partir da relação com o Outro – em um primeiro instante, presentificado pela mãe, que falará com ele, conversará, possibilitando significantes que o constituirão. "É importante diferenciar o homem, o indivíduo, o ser humano com o sujeito que estou me referindo aqui. No efeito de linguagem, não se trata de nenhum ente. Trata-se apenas de um ser falante. No ponto de partida não estamos no nível do ente, mas no nível do ser." (LACAN, 1978/1992, p. 144)

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

Há crianças que não situam a incidência do intervalo entre significantes. Por isso ocorreria, segundo Lacan, o fenômeno holofrásico, tanto no autismo como na psicose e no fenômeno psicossomático. Haveria solidificação dos significantes, mantendo a alienação, não sendo possível a operação de separação.

A separação é um efeito articulado por Lacan ao intervalo entre os dois termos do casal de significantes. Dentro deste intervalo dorme o desejo... este desejo, que aparece como desejo do Outro, repousa dentro do intervalo destes dois significantes primordiais. (CAMPANÁRIO, 2013, p.34).

A separação é o que possibilita a função da fala e o aparecimento do sujeito dividido, a princípio impossível para o autista. Vorcaro (1999) propõe distinguir a alienação e a separação nos quadros de autismo, psicose, debilidade e no fenômeno psicossomático. Alguns autores aproximam, como Lacan, o autismo da esquizofrenia, havendo, portanto, alienação. Outros pensam o autismo antecedendo a própria alienação, como Soler (1994).

Partindo do pressuposto da diferenciação entre o que se denomina da alienação real, a alienação simbólica (submissão à linguagem) e da alienação imaginária (estádio do espelho), Laznik (2004) considera que o autismo estaria circunscrito à alienação real. Vorcaro (1999) apresenta a hipótese de que a criança chegaria a entrar na alienação para, imediatamente, recuar. Sem se efetuar uma penetração entre o campo do Outro no ser, o autista manter-se-ia na borda do campo do Outro.

Trazemos a posição de outros psicanalistas a respeito do autismo, na medida em que elas nos ajudam a esclarecer nossa hipótese. Para o casal Lefort (1998), o autista funcionaria como duplo do Outro real. Para A. Jerusalinsky (1993b), a criança não inverteria a demanda de exclusão advinda do Outro. Para Calligaris (1986), a criança faz-se de morto a partir da indeterminação perante o desejo do Outro.

Seguindo Vorcaro (1999), no que diz respeito à estrutura psicótica, a alienação não traz querela entre os autores lacanianos, havendo uma hipertrofia deste momento lógico, o que fica aparente na clínica. A criança vai ocupar o lugar do que falta ao Outro, procurando obturar esta falta.” (CAMPANÁRIO, 2013, p. 34)

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

Porém, diferente do psicótico, o débil não encarna a falta do Outro porque a ele nada seria possível de faltar. A criança débil se identifica ao lugar do verdadeiro, não podendo duvidar do saber do Outro, permanecendo, na maior parte dos casos, alienada ao seu saber. Já a criança em que incide um fenômeno psicossomático estaria situada no limite da estrutura da linguagem: o escrito torna-se, nestes casos, um hieróglifo, que não sabemos ler, como nos diz Lacan (CAMPANÁRIO, 2013, p. 35)

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

## CONCLUSÃO

A indagação inicial inicial deste trabalho se referia a questão da diferenciação entre psicose infantil e autismo. Com a pretensão de estudar mais o autismo, buscou-se, na história compreender como se deu a entrada do autismo para a psiquiatria.

Como se pode observar, no decorrer do percurso da construção histórica, o termo autismo foi introduzido, em 1911, por Eugen Bleuler, que denominou como uma perda do contato com a realidade. A partir de então, o autismo foi comparado e confundido com diversas patologias, principalmente com os sintomas da esquizofrenia. Somente em 1945, com Kanner, o autismo é separado da esquizofrenia e passa a ser reconhecido.

Atualmente, o transtorno do espectro autista pode ser compreendido como dificuldades na comunicação e na interação social em múltiplos contextos, padrões restritos e repetitivos no comportamento, interesse ou atividades. Vale ressaltar que os sintomas devem estar presentes de forma precoce no desenvolvimento infantil do sujeito, além disso, os sintomas devem causar prejuízos ao funcionamento social ou a outra importante área do sujeito, para que possa fechar o diagnóstico.

No comparecimento inicial do quadro do transtorno do espectro autista verifica-se que o bebê ou a criança pequena realiza uma exclusão ativa do outro no seu recuso de satisfação, mesmo daqueles que estão mais próximos aos seus cuidados. Comparecem às dificuldades a aquisição da linguagem e na produção simbólica, tais como brincar de faz de conta e participar de hábitos culturais.

Compreender a constituição do sujeito para a psicanálise, e mais ainda, como sujeito autista vem a se constituir se tornou objeto de estudo. Partindo da psicanálise, compreende-se que o autista permaneceu congelado no processo de assunção subjetiva. É importante ressaltar que não se trata de “autismo” mas sim de “autismos”, onde cada sujeito irá emergir, em seu tempo, de forma única e singular nesse processo de subjetivação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ANSERMET, F. Clínica da origem. A criança entre a medicina e a psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

BRUDER, Maria Cristina Ricotta; BRAUER, Jussara Falek. A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 513-521, Dec. 2007. Acessado em: 20/6/2016. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000300008)

CAMPANÁRIO, Isabela. Tratamento psicanalítico do bebê com risco de Autismo. Uma clínica ao avesso? 2013. 178f. Tese (Dissertação de Pós Graduação) – Curso de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013. Acessado em: 02/02/2016. <http://www.fafich.ufmg.br/ppgpsicologia/attachments/article/232/Isabela%20Santoro%20Campanario.pdf>

CRISTINA KUPFER, M.. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 96-107, 1999. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71281999000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 05/02/2017.

LACAN, J. **O seminário**, livro 5, as formações do Inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1957-1958 [1999].

\_\_\_\_\_. **O seminário**, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1964 [1985].



\_\_\_\_\_. **O seminário**, livro 3, as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1955-1956 [1985].

LAURENT, É. **A batalha do autismo: da clínica a política**; tradução Claudia Berliner. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LAZNIK, M. C.; TOUATI, B.; BOURZSTEJN, C.. **Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose infantil**. 1ª.ed. São Paulo. Instituto Langage 2016.

MONTEIRO, K. **O autista e seus objetos**. 1ª.ed. Rio de Janeiro. 7 letra 2015.

RIBEIRO, J. **A criança autista em trabalho**. Rio de Janeiro. 2ª.ed. 7 letra 2013.

KANNER, Leo. **Os distúrbios autistas do contato afetivo**. In: ROCHA, Paulina, Schmitteria. (Org). **Autismos**. São Paulo: Escuta, 1997 [1943].

KUPFER,C. **Psicose e Autismo na Infância: problemas diagnósticos**. Revista Dossie, São Paulo, p.96-107,1999