

## Psicanalistas que trabalham em saúde pública<sup>1</sup>

Marie Christine Laznik

Hoje, vou falar de Saúde Pública. Penso que a metapsicologia psicanalítica, quando decorre de um trabalho baseado na clínica, sustentado pela clínica, pode ter conseqüências em matéria de Saúde Pública.

Fundamos, este ano, em Paris, com um conjunto de colegas lacanianos membros de grupos diversos, uma associação chamada Preaut (Prevenção do Autismo). Um de seus objetivos é trabalhar no sentido da prevenção da síndrome autística em bebês de menos de quatro meses. Uma das pessoas mais engajadas neste projeto é Charles Melman, e nossa associação tem sede na sala de sua casa. Pois nós, analistas, podemos arregaçar as mangas e trabalhar em tarefas que não estejam circunscritas ao consultório e à metapsicologia.

Este trabalho é a conseqüência de 25 anos de prática na clínica do autismo. A partir desta clínica, um certo número de hipóteses metapsicológicas foram surgindo pouco a pouco, tratando das primeiras estruturações do aparelho psíquico, do *nascimento do sujeito*. Meus professores foram os pacientes autistas.

Estas hipóteses me permitem pensar que é possível prever um risco de evolução autística, bem antes de surgirem os primeiros sintomas da própria síndrome. Há sinais que indicariam que as estruturações necessárias ao estabelecimento do aparelho psíquico – de modo a que haja a emergência do sujeito – não estão se fazendo. Isto apresenta um interesse de ordem metapsicológica, mas também prática. Todos os que trabalham com o autismo sabem que se trata de uma corrida contra o relógio, quanto mais cedo a intervenção, maior a probabilidade de a estruturação do aparelho psíquico se produzir, mesmo que inicialmente ela não tenha se dado.

Durante estes últimos anos, desenvolvi, paralelamente à minha atividade de analista de adultos, que representa o essencial de minha prática, e à de analista de crianças e adolescentes, um trabalho de formação de médicos do serviço público.<sup>2</sup>

### Um projeto de pesquisa

Elaboramos um projeto de pesquisa, indispensável para receber créditos dos organismos públicos. Alguns colegas lacanianos dispuseram-se a encarar a parte de epidemiologia, bastante árida, e que, evidentemente, não tem grande relação com nossa formação.

---

<sup>1</sup>. Conferência proferida no Congresso sobre a Psicanálise da Criança organizado pelo Colégio freudiano do Rio, no Rio de Janeiro, em agosto de 1998 e traduzido por Monica Seincman.

<sup>2</sup>. De um ponto de vista prático, é mais fácil entrar em contato com médicos da função pública, por intermédio das instituições do município e do Estado.

Nosso projeto é parte integrante da rede nacional de pesquisa sobre o autismo<sup>3</sup>. Ele é composto de duas partes: a primeira se propõe a estudar o grau de previsibilidade de dois sinais que se relacionam com o risco de evolução autística. Formo médicos da rede pública para seguir estes sinais. Quando nos encontramos para este trabalho, estes médicos já passaram por duas jornadas preparatórias, conduzidas por colegas lacanianos, que lhes propuseram uma formação geral sobre a questão da estruturação do aparelho psíquico, do nascimento do sujeito etc. Encontro, pois, um terreno já preparado. Estes médicos já têm geralmente vinte anos de prática e muitos casos clínicos na cabeça, que eles evocam à medida que eu lhes falo. Disponho, então, de oito horas para tratar destes dois sinais, e explicar o que esperamos como colaboração de trabalho da parte deles.

No meio pedopsiquiátrico europeu, circulam várias listas de sinais para a descoberta precoce do autismo. Mas os dois sinais que propomos aqui têm a vantagem de serem simples de procurar durante uma consulta médica tipo em centro de saúde, tal qual acontecem na França. Além disso, eles são a parte emersa do “iceberg” de todas as nossas hipóteses metapsicológicas relativas à constituição do sujeito. Podemos, assim, partilhar nossa metapsicologia com colegas médicos. Acontece aí, para eles, algo que realmente os concerne.

Se este diálogo entre psicanalistas e médicos da primeira infância me parece inevitável, é porque já vi, já vi com muita frequência, muitas crianças com um princípio de evolução autística, assinalada aos dois, três e mesmo até aos quatro anos de idade ou mais tarde ainda. Todo este tempo perdido tem conseqüências que, bastante freqüentemente, são irreparáveis.

Este trabalho conjunto é muito bem acolhido pelos médicos da primeira infância. O que corrobora o que Winnicott dizia: *o papel essencial do pediatra é prevenir as doenças mentais, caso soubesse disso*.

Comecei este trabalho com os médicos do serviço público, apresentando-lhes esta proposta de trabalho em um de seus congressos. Um deles me disse: “É muito novo o que você está dizendo. Há vinte anos, ensinaram-nos que o autismo era somente psicogênético e que era necessário procurar suas causas nos desejos mortíferos dos pais. Ora, conhecemos muitos desses pais, vimos funcionarem em completa adequação com seus filhos mais velhos. Não podemos considerá-los culpados. Então, calamo-nos. Dez anos depois, ensinaram-nos que o autismo era uma doença orgânica e que nada havia a se fazer senão reeducar posteriormente estas crianças<sup>4</sup>. Pensamos, então, que o melhor era deixar um momento ainda de esperança para os pais e continuamos a nos calar.

---

<sup>3</sup>. Rede que é apresentada ao Instituto Nacional de Pesquisa médica.

<sup>4</sup>. Estes médicos recebem crianças entre um mês até seis anos de idade.

Você nos diz que existe uma terceira via possível, a de uma dinâmica de prevenção, e isto nos interessa.”

### Psicogênese *versus* organogênese: um falso debate

Fazer a prevenção, neste caso, significa intervir na relação do Outro com a criança. Considero que a síndrome autística clássica é uma consequência da ausência de estabelecimento desta relação, deste laço sem o qual sujeito algum pode advir. E não tenho necessidade, para dizer isto, de supor forçosamente uma psicogênese na origem das perturbações. Acredito haver um falso debate entre os defensores do organicismo e os que defendem a psicogênese, debate que, na França de qualquer forma, faz com que muito tempo e energia sejam perdidos. Até agora (1998), as pesquisas genéticas nem sempre puderam evidenciar uma anomalia capaz de explicar o autismo como doença hereditária. Houve, certamente, pesquisas com o cromossomo X frágil. Agora está provado que esta sim se trata de uma doença genética em correlação com a deficiência mental. Pode acontecer que, além disso, um deficiente mental possa ter um problema de autismo. Pois a descoberta da anomalia pode produzir algo como uma ruptura da relação imaginária entre mãe e filho; mas o autismo acontece aqui de sobrepeso.

Elsa Coriat, em Buenos Aires, desenvolveu um trabalho junto a crianças atingidas pela síndrome de Down, que se aproxima do trabalho que procuramos fazer junto a um bebê em relação a quem temos um risco de evolução autística. É possível que, nos próximos anos, acabemos por descobrir um gene portador de um fator de susceptibilidade, de vulnerabilidade ao autismo. E então? Então, se for confirmado um fator de vulnerabilidade, teremos ainda mais responsabilidade e trabalho como analistas. O “meio ambiente” será o elemento decisivo para que seja evitada a evolução autística. Assim, no caso em que tal vulnerabilidade existisse, nossa tarefa seria apenas maior, a de permitir que um Outro real conseguisse criar um laço com o bebê, a fim de que, mais tarde, ele pudesse advir como sujeito.

Os dois sinais que privilegiei, naquilo em que eles me pareciam ser facilmente assinaláveis pelos médicos, são os seguintes:

1. O não olhar entre mãe e filho, principalmente se a mãe não percebe que o bebê não a olha, ou seja, em termos metapsicológicos: a falha do circuito pulsional ver-ser visto.
2. O fracasso do terceiro tempo do circuito da pulsão oral.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> A propósito do não olhar entre a mãe e o filho ver: M. C. Laznik, “Du ratage de la mise en place de l’image du corps au ratage de la mise en place du circuit pulsionnel”, in *La clinique de l’autisme*, Point Hors Ligne, Paris, setembro de 1992; sobre a questão do fracasso do estabelecimento do circuito

## 1. Primeiro sinal: o não olhar entre o bebê e seu Outro primordial

Este conceito de Outro primordial é muito importante. Um bebê que tem uma mãe psicótica pode querer desviar o olhar de seu rosto, virar a cabeça a 90° graus para fugir daquilo que ele vê como assustador nela. Pode, todavia, encontrar alguém que ocupe, para ele, o lugar de Outro primordial: a avó, a tia, o tio, o pai, qualquer um. Neste caso, vai haver sim olhar entre o Outro primordial e o bebê, mesmo que não haja olhar entre a mãe e o bebê. Mas é necessário que o médico se assegure de que alguém ocupa este lugar.

Vocês sabem que, durante o primeiro ano de vida, não há sinal algum próprio ao autismo. É somente durante o segundo ano que eles aparecem. Daí a necessidade de trabalhar a partir dos sinais discretos para avaliar o risco de uma futura evolução autística.

Mas não basta ensinar aos médicos reconhecerem estes sinais, é preciso também explicitar por que eles nos parecem tão importante. Para isto, começo por lembrar-lhes o papel do estágio do espelho: este momento em que o bebê, por volta dos seis meses, sorri para a sua própria imagem refletida e procura, no rosto do pai ou da mãe que o carrega, a validação daquilo que vê no espelho. Este momento de júbilo é essencial, porque é quando podemos estar seguros de que um eu (no sentido de um ego) vai se constituir. Nós lacanianos temos uma visão depreciativa do ego. Mas, quando trabalhamos com crianças sem ego, enfrentamos um problema difícil. O estágio do espelho é muito importante para a constituição da imagem do corpo, para a unidade corporal e para a possibilidade de uma relação com o pequeno semelhante. É importante saber que ele pode não se constituir. O que nos interessa é o que precede e torna possível a constituição deste estágio. Pensamos que ele não se constitui a não ser que tenha havido, previamente, esta experiência do “olhar fundador do grande Outro”.

No momento da consulta aos quatro meses, idade para a qual a lei francesa prevê um exame detalhado do bebê, pedimos ao médico que esteja atento a esta questão do olhar. Até agora, este exame é apenas físico e psicomotor. Nosso objetivo é que se torne igualmente um momento em que a questão do laço com o Outro possa ser considerado.

Esta relação com o olhar do Outro pode, certamente, ser vista ainda mais precocemente. A noção de estágios genéticos, que se desenrolariam um após o outro, automaticamente, não se sustenta face a este tipo de clínica. Spitz, que inventou esta noção de estágios, já havia ele mesmo percebido isto. Seu trabalho sobre o hospitalismo já havia feito

aparecer que um bebê podia não apresentar o estágio esperado, apenas pelo fato de ter sido tratado de forma impessoal, por não ter sido nomeado na relação simbólica e imaginária com o Outro fundador. Proponho empregar o termo “hospitalismo a domicílio” para falar de uma situação em que a mãe está em casa, faz todos os gestos indispensáveis à saúde do bebê e, entretanto, algo não acontece, aquilo que eu chamo *o olhar do Outro fundador*.

É importante lembrar que o olhar não é a visão. No Brasil, é fácil fazer esta distinção, pois há uma expressão que se emprega familiarmente quando se sai e confia a guarda da criança a uma outra pessoa “*olha este menino*”, “mantenha um olho nesta criança”. Não se trata, pois, de olhar com os olhos bem abertos, mas sim de ter uma escuta atenta, de ouvir se o bebê chora. No “olho” deste olhar, trata-se de investimento, de atenção. É isto de que se trata no *olhar fundador do Outro*.

Para que o bebê possa se olhar no estádio do espelho, é preciso supor a existência prévia de um olhar original, de uma presença original, sobre a qual a ausência vai poder se inscrever. Repetimos como papagaios o que Lacan diz a propósito da importância, para a constituição do aparelho psíquico, da escanção presença-ausência materna; mas esquecemos que sem presença fundadora não haverá ausência que possa se inscrever. Interessei-me pelos trabalhos da americana Selma Fraiberg<sup>6</sup> sobre a questão do olhar, pois ela tinha anteriormente uma experiência junto a crianças cegas. Ora, ela diz que o bebê cego percebe perfeitamente o “olhar” de sua mãe, por outras vias, tais como o toque, a audição. Digo isto para nos auxiliar a descolar a questão do olhar da da visão.

Proponho aos médicos o modelo óptico de Bouasse<sup>7</sup>, para ilustrar o fato de que o corpo de um bebê não se reduz a seu organismo, mas é uma construção feita da união deste organismo com algo que não vem do bebê, mas sim do Outro. Os médicos gostam do esquema de Bouasse, pois ele lhes lembra a óptica estudada no primeiro ano de medicina, é algo que conhecem. Digo-lhes que Lacan retomou as propriedades do espelho côncavo como metáfora de certas estruturas psíquicas e que, no presente caso, isto vai nos auxiliar a compreender a relação entre o organismo e o corpo. O organismo seria o vaso ou o pote. Para aqueles que trabalharam em neonatologia na ocasião em que o corpo do bebê era considerado em função do que nele entrava e saía, o pote é um vaso que evoca bastante bem o organismo do bebê. Isto não é um corpo; um corpo supõe algo projetado sobre ele, algo que não faz parte do “objeto real” – o que eu posso tocar, pesar -, mas que é uma imagem, uma “imagem real” projetada a partir de algo do aparelho psíquico dos pais, que não está no bebê. As qualidades ópticas do espelho

---

<sup>6</sup>. Selma Fraiberg, “Pathological defenses in infancy”, in *Psycho. Quarterly*, vol. LI, nº 4, 1982.

<sup>7</sup>. Trata-se de um jogo de física óptica, proposto por Bouasse, utilizado como modelo metafórico por J. Lacan em seu primeiro seminário (Seminário I) e retomado diversas vezes ao longo de sua obra para ilustrar várias questões clínicas. Ver H. Bouasse, *optique et photométrie*, Delagrave, Paris, 1934; reeditado por Lysimaque in *Le schéma optique. Miroirs – Spécularité*, Cahiers de lecture freudienne.

côncavo vão nos dar uma representação da experiência perceptiva dos pais. À condição de estarem convenientemente posicionados na estrutura simbólica, eles poderão ver o organismo do bebê e seu investimento libidinal como um todo, como uma unidade. O posicionamento adequado na estrutura simbólica é dado metaforicamente pelo cone formado pelas duas extremidades do espelho côncavo, em que o olhar do observador deve se encontrar para que ele tenha a impressão de ver o vaso – que representa o organismo – formar um todo com as flores – que representam o investimento libidinal de que o bebê é objeto. Este investimento libidinal é nomeado, por Lacan, *falicização do bebê*. Esta unidade, que se constitui no olhar do Outro fundador, é a pré-forma (*Uhrrib*) do corpo do bebê. (Figura 1)

Em companhia de colegas belgas, com os quais trabalhava esta questão do olhar do outro fundador, visitei a exposição de arte flamenga do museu de Bruxelas. Eles me fizeram observar que certas Natividades representavam o menino Jesus como um recém-nascido mais para raquítico, com a tez quase cinza esverdeado, parecendo um prematuro. Isto, no entanto, ninguém observa, se não for um psicanalista trabalhando esta questão. Pois esta figura acinzentada e magra aparece aureolada de ouro, e ninguém duvida de que este conjunto, visto como um todo, uma unidade, é a divindade. Este conjunto, formado pela visão antecipadora daquilo que o bebê não é, ou seja, desta divindade que se tornará, reunida ao real deste organismo que é, é o que possibilita a unidade do corpo do bebê. É somente assim que o bebê vai poder, mais tarde, olhar-se no espelho e voltar-se para ver o olhar dos pais. E o que ele vê, neste olhar parental, é o orgânico aureolado por este investimento libidinal de que é objeto.

Lacan diz claramente que não existe senão um objeto de investimento libidinal, o objeto *pequeno a*<sup>8</sup> - restituído metaforicamente, em nosso esquema, pelas flores que o bebê vai ver no olhar do Outro. A partir de 1963 (no seminário sobre a angústia), Lacan afirma que a possibilidade de falicização não se dá no espelho; em nossa experiência do espelho (que é a do narcisismo secundário), vemo-nos faltantes. No espelho plano, vemos o real do organismo que somos e uma falta. (Ver figura 2)

Espelho côncavo

Simbólico

Espelho plano

Imaginário

É somente no olhar do Outro que vem a se constituir este conjunto formado pelo orgânico e pelo investimento libidinal próprio ao narcisismo primordial.

---

<sup>8</sup>. Lacan afirma isto na Introdução à tradução inglesa do Seminário XI.

Não é difícil fazer com que os médicos do serviço público, em sua maioria mulheres, sintam esta distinção. Digo-lhes: “De manhã, olhando-se no espelho, vocês começam a pensar em uma ruguinha, ou no penteado que não está como deveria. É somente o namorado ou o marido, ao dizer “*como você está linda, querida*”, que pode permitir que se constitua novamente esta unidade do vaso com as flores em cima<sup>9</sup>. As médicas compreendem bem isso. Para mostrar que, na relação do narcisismo secundário, nós nos percebemos não mais como objeto de investimento libidinal, basta pensar no que se passa quando chegamos no trabalho e cruzamos um colega que logo nos diz: “*Você está trabalhando demais, precisa descansar.*”. Em outras palavras, no olhar do pequeno outro, nosso semelhante, não nos vemos maravilhosas, falicizadas. É somente no olhar do Outro primordial e no do apaixonado ou apaixonada, que isto pode ocorrer; o que faz com que o amor seja tão precioso para nós.

Por vezes, utilizo este esquema (nº 2) para levantar algumas hipóteses sobre as causas psicogênicas do autismo. Proponho ler este esquema como um esquema intersíquico. O que se encontra à esquerda, sob a mesa, portanto oculto ao olhar, representaria o que se encontra no aparelho psíquico da mãe, e que é retroprojetado sobre o bebê. Aqui embaixo, vemos inscrito  $-\varphi$ , ou seja, a falta. É esta falta no aparelho psíquico da mãe que vai permitir a falicização do corpo de seu bebê. Se não houver esta falta  $-\varphi$ , a facilitação(?) do bebê não será possível. Para prefigurar esta facilitação(?), desenho, às vezes, as flores formando uma coroa sobre o vaso, de modo que o pote se torne um trono para o bebê majestoso. O investimento libidinal falicizou a imagem do bebê e ele se torna esta maravilha pura, este futuro sujeito que será doutor ou aquela que será bailarina. Ou mesmo aquele que será um bandido, o que também é uma falicização. O bebê se torna um *pólo de atribuição*.

## Figura

No entanto, uma mãe muito deprimida, que não sabe que viveu uma perda, que ignora o fato de que está em luto, pode se encontrar tão açambarcada, tão preenchida pelo objeto que perdeu que nem mesmo sabe que a falta lhe falta. Neste caso, pode-se dizer que não há, em seu aparelho psíquico, isto que se poderia nomear  $-\varphi$ , nada que permita este investimento libidinal do bebê. Mas é preciso prestar atenção, em nosso trabalho junto aos médicos: a mãe poderia se achar apontada com o dedo, assinalada no lugar de culpada; risco que é absolutamente necessário tentar evitar.

---

<sup>9</sup>. Pode tratar-se também da voz-olhar do grande Outro; o melhor exemplo sendo o do espelho da Madrasta da Branca de Neve.

Em outros casos, os pais parecem não poder vir a ocupar o lugar simbólico a partir do qual poderiam ver se constituir a unidade entre o real que têm sob seus olhos e o bebê maravilhoso com que sonham. O que importa, então, é saber como intervir para permitir o relançamento da estruturação do aparelho psíquico. Às vezes, uma fala do médico basta para suscitar a falicização do bebê. Ela se produz, inicialmente, no olhar do médico, para que os pais possam, por sua vez, vê-la. Os médicos mais experientes estão familiarizados com esta dimensão terapêutica; eles conhecem o peso de sua fala. Quando os pais vêem os olhos do médico brilhar ante o bebê maravilhoso, isto pode, às vezes, bastar para restabelecer o esquema óptico, para permitir aos pais uma identificação secundária com o olhar do médico. É um trabalho que os médicos aprendem a fazer e do qual gostam.

Acontece de, às vezes, esta falicização existir, mas que seja prisioneira da imagem de um irmão morto. É um caso relativamente fácil de tratar.

Em outros casos, é mais difícil, pois o lugar simbólico que o bebê vem a ocupar na cadeia das gerações faz com que, mesmo que a mãe veja as “flores-coroas” (metáfora do narcisismo primordial), este investimento não se reúna ao real do orgânico deste bebê; o investimento permanece desconectado. Como se este bebê chegasse marcado por uma interdição de receber investimento libidinal. Há aí um trabalho maior a ser feito, e o médico deve poder passar o caso para uma equipe de acolhimento psicanalítico para bebês e pais.<sup>10</sup>

O que se passa no registro do olhar, também acontece no registro acústico. Quando uma mãe, que se ocupa de seu bebê, fala com ele, o bebê lhe responde com um som qualquer. Também este som é investido falicamente pela mãe, ela escuta algo que vai além de um barulhinho; ela o traduz, ele se torna, por exemplo, um “*mamãe!*”<sup>11</sup> Ela lhe responde então: “*sim, meu bebê, eu te amo*”. E assim por diante. E quando o marido chega, ela lhe diz: “*papeamos toda a manhã*”.

Esta loucura das mães é indispensável, para que um dia o sujeito da fala se constitua. É preciso que alguém seja capaz desta ilusão antecipadora frente ao bebê: escutá-lo como sujeito, já em sua potencialidade de sujeito de uma fala, bem antes de esta aparecer. Os psicolingüistas falam de *protoconversa* para descrever estes *volteios de fala* durante os quais a mãe ocupa, alternadamente, o lugar do bebê – quando ela traduz o som que ele produziu – e o seu próprio, quando lhe responde. Mas é difícil pedir aos médicos para guiarem-se por esta *protoconversa*. Um pudor faz com que as mães tenham freqüentemente dificuldade em se prestar a estes *volteios de fala* no contexto de um consultório médico.

---

<sup>10</sup>. Temos uma consulta pública deste tipo no Centro Alfred Binet, em Paris.

<sup>11</sup>. Uma mãe mais extrovertida poderá mesmo entender aí um “*minha mamãe querida!*”.



Por si só, o sinal clínico da ausência de olhar não basta para concluir a respeito de um risco de autismo, pois ele pode tratar-se de uma *defesa primária*, às vezes completamente adequada. Por exemplo, face a uma mãe melancólica, é melhor para o bebê fugir de um olhar materno que não expressa nada além de sua própria depressão. A questão é saber se haverá uma outra pessoa que possa ocupar, para o bebê, este lugar de *Outro primordial*. O Outro primordial é aquele capaz de entender o que o bebê ainda não disse; de ver nele aquilo que ele ainda não é.

O segundo sinal: a ausência do terceiro tempo do circuito pulsional oral

Até agora, falamos, com efeito, somente de pulsão: pulsão escópica: olhar ser olhado; *pulsão invocante*: interpelar ser interpelado. Vimos que a pulsão invocante não pode ser utilizada como sinal clínico no contexto clássico da consulta. O sinal seguinte, mesmo que mais delicado de se apreender em consulta do que o olhar, está, no entanto, acessível ao clínico. Trata-se da *não constituição do circuito pulsional completo na oralidade* e, mais precisamente, da *falha do terceiro tempo deste circuito*. O que me leva a falar aos médicos da leitura lacaniana do conceito de pulsão em Freud; do porque é necessário que o circuito pulsional se estabeleça; e da gravidade do quadro que sobrevém quando o circuito não se estabelece completamente.

A tradução clínica da existência ou da ausência deste circuito pulsional é simples. Mas, sozinha, não basta. Convém fornecer aos colegas médicos um mínimo de bagagem conceitual para que eles meçam a importância disto aos nossos olhos. Quando falo da teoria das pulsões, começo mostrando como Lacan releu a teoria freudiana, separando definitivamente a necessidade da satisfação pulsional propriamente dita. Em outras palavras, como ele separa o registro orgânico de um registro que não seria mais apenas orgânico. É muito importante para a clínica do autismo. Pois a criança autista possui um organismo que parece perfeitamente capaz de se manter em vida. Na França, pelo menos, comportam-se bem, sua saúde é boa, mesmo em uma idade adulta avançada. É preciso separar o conceito de pulsão daquilo que seria o instinto de sobrevivência; senão não poderemos trabalhar.

A primeira coisa que eu trabalho com os médicos é esta distinção entre noção de pulsão e necessidade. Isto é uma leitura lacaniana, pois Freud, em “Pulsões e suas vicissitudes” (1915), oscila. Ele começa dizendo que a fome e a sede são pulsões, mas, como o observa Lacan, a própria coerência do texto nos leva a pensar que não se trata de pulsões verdadeiras. As verdadeiras pulsões são as que Freud chama *pulsões sexuais parciais*. Qual é a primeira que ele descreve? Olhar-se e ser olhado. É curioso, não?

Certamente, ele chama a isso *exibicionismo* e *voyeurisme*; mas Freud, neste texto, não está interessado pela perversão. O que ele descreve é o estabelecimento da pulsão.

O que vai ser, pois, a satisfação pulsional? Se não se trata de sobrevivência do organismo, não se trata de apreender o objeto da necessidade. Lacan é muito claro: a pulsão, quando ela apreende seu objeto, não é com ele que ela se satisfaz. A satisfação pulsional se dá percorrendo os diferentes pontos do circuito pulsional.

Isto se repete indefinidamente, mas nunca da mesma maneira.<sup>12</sup>

Veremos aparecer um trajeto, em forma de circuito, e a satisfação pulsional consiste em percorrer este circuito. Aqueles, ainda adeptos da teoria do apoio, pensam, geralmente, em termos de satisfação orgânica. Mas, no circuito pulsional, não se trata disso. Desenho um círculo para representar o circuito pulsional para os médicos. Digo-lhes: *“Tomemos a pulsão oral, que é aquela que vocês mais observam em um bebezinho de três meses; o circuito pulsional se faz em três tempos. O primeiro tempo é o da pulsão oral; é o tempo ativo em que o bebê<sup>13</sup> se dirige para o objeto, o seio ou a mamadeira, e o agarra.”* Prossigo dizendo aos médicos: *“Quando vocês examinam um recém-nascido, o que vocês observam inicialmente é este primeiro tempo. Eu sei que vocês também estão atentos para o segundo tempo. Trata-se dos processos autocalmantes, que vocês ouviram serem nomeados processos ‘auto-eróticos’. Quando o bebê está chupando a chupeta e se acalma; é um tempo reflexivo, em que o bebê toma uma parte de seu próprio corpo como objeto de sua pulsão. Sei que este tempo lhes interessa muito”*. Os PMI (Prevenção Materno-Infantil) têm por missão assegurar um seguimento do desenvolvimento do bebê. Continuo: *“O problema é que vocês não estão absolutamente preocupados com o terceiro tempo”*. Nem os psicanalistas, nem mesmo os lacanianos, aliás. No entanto, Lacan definiu claramente este terceiro tempo, já descrito em Freud, mas que não interessou a muitos.<sup>14</sup> O terceiro tempo é, no entanto, melhor descrito no *Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Este terceiro tempo é aquele em que vai, finalmente, aparecer o sujeito da pulsão. Lacan afirma que, nos dois primeiros tempos, o sujeito da pulsão é acéfalo; e é este terceiro tempo que me garante que aí vai haver um sujeito da pulsão. E o que é surpreendente nisto é que este sujeito da pulsão é o Outro. Neste *Seminário 11*, o outro é, às vezes, escrito com **a** minúsculo e, às vezes, com um **A** maiúsculo. Com efeito, neste terceiro tempo, é indispensável que este grande Outro seja dobrado por um pequeno outro que vem a ocupar este lugar<sup>15</sup>. Neste terceiro tempo do circuito pulsional, trata-se para o bebê (é dele que nos ocupamos aqui) de físgar o gozo do Outro.

---

<sup>12</sup>. Poder-se-ia figurá-lo topologicamente sob a forma de uma mola.

<sup>13</sup>. Cuido muito para não dizer o eu, pois não sei se já está constituído.

<sup>14</sup>. Com exceção de Safouan, parece-me, em um de seus textos.

<sup>15</sup>. No *Seminário da Angústia*, Lacan já evoca a possibilidade de que uma mãe seja reduzida a seu papel de pequeno outro, não podendo desempenhar o papel de grande Outro. Neste caso, diz Lacan, o bebê recusa virar sua cabeça para ela.

Sei bem que, assim como o *ego* tem má reputação nos meios lacanianos, o gozo do Outro é uma questão ainda mais inquietante. No entanto, é preciso saber que o gozo fálico do Outro, gozo limitado pela marca de castração que o barra, é indispensável para a estruturação do aparelho psíquico; sem ele não haverá sujeito. Lacan diz exatamente isto no *Seminário 11*. Mas o que é aí dito sobre a pulsão está disperso entre diversas lições do *Seminário*. Fiz, portanto, um trabalho de reorganização metódica de tudo aquilo que se relaciona com a pulsão neste seminário; e posso, agora, afirmar que nele está exposta uma *teoria lacaniana da pulsão*.<sup>16</sup> Gostaria muito que vocês verificassem isto.

Voltemos a nosso trabalho de descoberta precoce. Este segundo sinal – a existência ou não do terceiro tempo do circuito pulsional – será procurado somente nos bebês já marcados pela ausência de relação de olhar com o Outro primordial.

Este terceiro tempo tem uma tradução clínica muito clara para os médicos, como vou mostrar.

Digo-lhes: “*Em suma, no primeiro tempo, o bebê suga o seio, vocês estão tranquilos; no segundo tempo, ele chupa o dedo ou sua chupeta, vocês continuam tranquilos. E o terceiro tempo? Freud o chamava de passivo. Lacan diz que é o tempo do fazer-se. Trata-se de uma forma de aparente passividade, na qual alguém se deixa olhar, se deixa comer etc.*”.

O bebê se faz comer no jogo do faz-de-conta. O registro do fazer de conta é essencial para a estruturação simbólica do aparelho psíquico. É um jogo de comer com a interdição de incorporar o objeto, logicamente. Então, como isto se passa? Encontramos um exemplo bem claro no trabalho dos publicitários, em revistas como *Parents (Pais)*. Nela são vendidas fraldas na base deste terceiro tempo do circuito pulsional. A publicidade mostra o bebê que toca com seu dedinho a boca da mamãe, que ri. Este riso dado ao bebê é a prova de que o gozo do Outro barrado foi bem fígado<sup>17</sup>, e é disto que se trata para o bebê.

Vemos, então, que a passividade pulsional é, com efeito, eminentemente ativa, trata-se de *se fazer*. No registro da pulsão oral, neste terceiro tempo, trata-se de se fazer comer. O recém-nascido, que ainda não pode colocar o pé na boca da mãe, estira seu ventre para o alto – é um movimento muito precoce – e a mãe, sorrindo, dá-lhe um beijo na barriga. E vocês podem, então, ouvi-la dizer algo como: “*meu docinho de coco*” ou outras variantes açucaradas. O bebê fica muito atento a este sorriso da mãe, prova de que seu gozo foi fígado. Quando este terceiro tempo aconteceu, eu sei que, no pólo alucinatorio de satisfação primária, vai permanecer algo da representação do desejo (*Wunschvorstellung*), não apenas das características deste próximo capaz de socorrer

---

<sup>16</sup>. Para uma leitura mais detalhada desta questão ver: M. C. Laznik, “Pour une théorie lacanienne des pulsions”, in *Le discours psychanalytique*, Revue de l’Association Freudienne, n° 10, setembro de 1993.

<sup>17</sup>. Isto aparece claramente no gráfico do desejo, no registro que Lacan chama pulsão.

que é o Outro (*Nebenmensch*) – mas ainda algo do gozo deste Outro. E isto será fixado definitivamente. Quando o bebê se encontrar só com a chupeta e sonhar, ele vai ter o investimento enviado para o *pólo de satisfação* e a *representação de desejo* vai se reatualizar. É isso que Freud diz no “Esboço”<sup>18</sup>. A meu ver, penso que, na experiência alucinatória de satisfação, o que o bebê escuta é o riso de prazer da mãe. A partir disso, sei que, quando o segundo tempo do circuito pulsional retornar, será verdadeiramente auto-erótico, pois, a partir do momento em que se passou pelo terceiro tempo, haverá *eros* dentro.

Este circuito pulsional também é o circuito de todos os *Gedanken* inconscientes, do sistema do pensar inconsciente; e é sobre isto, sobre esta passagem pelo pólo alucinatório de satisfação que vai se constituir toda a possibilidade das representações inconscientes. Esta é sua condição *sine qua non*. Se isto fracassa, se este terceiro tempo não é atingido, se o circuito se bloqueia entre o primeiro e o segundo tempo, então nada garante que o auto-erotismo não esteja desprovido da marca do laço com o Outro, que é *eros*. Ora, se tiro *eros*, *auto-erotismo* lemos: *autismo*... Nada, então, garante que o *pólo alucinatório de satisfação* esteja no circuito e que, portanto, todo o sistema das representações, do pensamento inconsciente possa se constituir. Daí decorre que a linguagem não sobrevenha, pois estão ausentes: metáfora, metonímia, processos de condensação e de deslocamento. O que digo com isso pode ser representado no *grafo do desejo*. Não apresento geralmente este grafo aos médicos e, quando o faço, é simplesmente para lhes mostrar que os dois estágios se constituem ao mesmo tempo, não apenas lógica mas também cronologicamente. Releiamos este grafo<sup>19</sup>.

Gozo

Pulsão

Castração

Significante

Voz

Olhemos a base direita da flecha: um impulso parte do interior do organismo do bebê<sup>20</sup>, produz um grito que é traduzido, efetivamente, no código do Outro (A), pelo Outro materno. Esta tradução não se faz na terceira pessoa do singular, como acreditei por

---

<sup>18</sup>. Refiro-me, aqui, ao texto de Freud: “Projet pour une psychologie scientifique”.

<sup>19</sup>. Este grafo foi refeito segundo o da página 817 do *Écrits* de J. Lacan.

<sup>20</sup>. Bebê que ainda não é *um sujeito barrado*, o que somente mais tarde virá a ser. O grafo, aqui, representado trata do adulto. Esta versão do grafo foi escolhida porque o *gozo* está aí inscrito no lugar do significante do Outro barrado, no registro da pulsão.

muito tempo, mas sim na primeira pessoa. Aquele que ocupa o lugar de Outro fala no lugar do bebê, e enuncia na primeira pessoa “*eu tenho fome, mamãe*”<sup>21</sup>.

Esta tradução tem, certamente, uma significação para o Outro, escrita s(A), mas o que se constitui ao mesmo tempo, e que corresponde ao terceiro tempo do circuito pulsional, é que o bebê baliza que é capaz de engancha o gozo do Outro. No grafo, o lugar do gozo do Outro se encontra no alto à esquerda em S(A/). Foi Lacan quem escreveu isso.

### O recém-nascido e a fala: uma pesquisa em psicolingüística

Eu vou mostrar como as pesquisas atuais em psicolingüística acompanham este sentido sem o saber. A psicolingüística é este ramo da pesquisa que só começou a ser conhecido após a morte de Lacan em 1982. Eles têm, todavia, 25 anos de trabalhos importantes na bagagem. Fizemos um congresso sobre o tema em Paris recentemente. Colwyn Threvarthen, um dos fundadores da psicolingüística, apresentou um trabalho sobre o interesse do lactente pela linguagem desde do primeiros dias de sua vida.

Ao preparar o congresso, deparei-me com um texto de Fernald, um outro fundador deste ramo de pesquisa. Ele constatava nos lactentes uma apetência oral exacerbada por uma forma particular de fala materna que, em seguida, chamou “*motherease*” (mamanês). Este *motherease* apresenta uma série de características específicas ao nível da gramática, da pontuação, da escanção e uma prosódia particular. Nesta pesquisa, Fernald interessou-se pelas características prosódicas do *motherease*, e sobre o efeito que ele produz sobre a apetência oral do bebê. Trabalhando em uma maternidade, ele testava os bebês entre um e três dias de vida. Esta foi uma das primeiras pesquisas em psicolingüística. Ela foi, posteriormente, retomada em muitos países. Há laboratórios, dotados de bons meios financeiros, nos Estados Unidos, Alemanha, Japão, que trabalham em psicolingüística. Todas estas pesquisas confirmaram os dados encontrados por Fernald. O que ele descobriu? Ele descobriu que um bebê que tem apenas um dia, que nem mesmo mamou, que ainda não teve *a experiência da satisfação* alimentar, ao escutar a voz de sua mãe dirigida a si, fica atento e começa a sugar intensamente a chupeta dita “não nutritiva”, já que ela nada fornece; ela apenas registra a intensidade das sucções. Na qualidade de psicanalistas, como ler estes dados? O interesse pulsional suscitado nele traduz-se por intensas sucções: é a tradução oral de toda experiência de interesse em um lactente. Não há, aqui, portanto, objeto de *satisfação da necessidade*. Vemos aí justamente a diferença radical entre *o objeto causa de desejo*, que é aquele da pulsão, e o objeto de satisfação da necessidade do lactente. O bebê, entusiasmado por algo neste “mamanês”, suga freneticamente sua chupeta.

---

<sup>21</sup>. Sobre isto ver o artigo de Severina Ferreira: “De l’interaction mère-bébé au dialogue mère-bébé, le premier pas”, in *La psychanalyse de l’enfant*, nº 16, Association Freudienne, Paris, 1995.

Mesmo que este “mamanês” seja retransmitido por um gravador. No entanto, Fernald descobriu que se ele gravasse a fala da mãe para seu bebê sem a presença do bebê, o resultado obtido seria diferente. Não mais eram encontrados picos prosódicos tão marcados e o bebê, então, mostrava menos interesse pela gravação. O que indica que a mãe não consegue falar bem o “mamanês” sem a presença de seu bebê. E, se uma mãe dirige-se a um outro adulto, os picos prosódicos são ainda mais fracos e o interesse do bebê é ainda menor. Fernald tentou descobrir se havia uma situação em que um adulto, ao falar com um outro adulto, produziria estes mesmos picos prosódicos específicos do *motherese* (mamanês). Para obtê-los, seria necessária uma situação, afinal bastante rara, em que se apresentaria uma grande surpresa, um espanto e, ao mesmo tempo, um grande prazer, uma alegria. Portanto, surpresa e prazer conjugados produzem um tipo de pico prosódico. Fernald não tirou conclusão alguma disso.

Ora, eu trabalho há vários anos sobre a questão da *terceira pessoa*, tal como descrita por Freud em “O chiste e suas relações com o inconsciente”. Descobri, em minha prática clínica, que o terceiro tempo do circuito pulsional, o momento em que o gozo do Outro (e do outro)<sup>22</sup> é físgado, tem algo a ver com o que Freud descreve a propósito desta terceira pessoa<sup>23</sup>. Ele diz que esta terceira pessoa, ao entender um neologismo, ou uma fala infantil truncada, surpreende-se, em um primeiro tempo: “*o que é isso, eu não conheço esta palavra*”. Mas, em vez de rejeitar, dizendo para si “*que besteira, eis alguém que não sabe falar direito*”, ela suporta esta surpresa, ela se deixa descompletar: “*mas é incrível! Como é gozado aquele que diz tal coisa!*”, e ri. Temos aí dois tempos que Freud nomeia *sideração*, a surpresa e a *iluminação*. Há, portanto, um primeiro momento de oscilação em que algo de desconhecido surge ante o Outro. Aceitar deixar-se perturbar é a marca da barra no Outro. Este Outro não está fechado, ele tem uma falta, uma abertura. Lacan fala muito bem disso em seu *Seminário das formações do inconsciente*<sup>24</sup>.

O segundo momento é o do riso. Toda a segunda parte do livro de Freud é sobre o riso, que é prazer, gozo. Não se trata, aqui, de prazer no sentido do *princípio de prazer*, que é principalmente um *princípio de não desprazer*. Com a surpresa e o riso do Outro barrado, estamos no terceiro tempo do circuito pulsional. Surpresa e alegria são também as características da prosódia do *motherese* (mamanês), de que o lactente é tão ávido. O que a pesquisa de Fernald nos ensina? Ela nos diz que desde o nascimento, e antes de qualquer experiência de satisfação alimentar, o bebê tem uma apetência extraordinária para o gozo que sua presença desencadeia no Outro materno.

---

<sup>22</sup>. Pois para o bebê é preciso que este Outro se presentifique sob a forma de um outro em carne e osso.

<sup>23</sup>. A este respeito ver M. C. Laznik-Penot. *Vers la parole, trois enfants autistes em psychanalyse*, Paris, Denoël, 1995, pp. 175-179.

<sup>24</sup>. J. Lacan, “Les formations de l’inconscient”, Seminário inédito, lições de 6 e 13 de novembro de 1975.