



Organizadora

Maria Cecília Pereira da Silva

PSICANÁLISE

Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares

Pensando a clínica da primeira infância

Blucher

volume 1

14. Quando a intervenção se faz a tempo: reflexões clínicas do acompanhamento de um bebê com risco de evolução autística dos 3 meses aos 4 anos de idade¹

Camila Saboia

Sabe-se que para que um bebê possa ter acesso à sua intersubjetividade é necessário que ele experiencie, primeiramente, um encontro com uma mãe dita *suficientemente boa*, capaz de lhe garantir as condições necessárias para o seu processo de integração e do sentimento da continuidade de ser. Por outro lado, sabe-se também que para que a mãe possa se identificar com esse bebê e alcançar o estado da preocupação materna primária é necessário que ela também seja investida e convocada por ele, de modo que mãe e bebê se nutrem por meio de trocas rítmicas e lúdicas, por meio da qual a mãe vai se descobrindo na sua função de objeto primordial ao mesmo tempo que o bebê vai se constituindo como sujeito.

No entanto, os estudos recentes no campo do autismo precoce nos mostram que há bebês que desde muito cedo apresentam uma recusa em estabelecer trocas com o objeto materno, o que coloca atualmente em pauta que o autismo não se limitaria a uma falha

¹ Trabalho apresentado na IV Jornada da Clínica 0-3: Intervenções nas Relações Pais-Bebê da Sociedade Brasileira de São Paulo (SBPSP), em maio de 2019.

materna, mas sim uma patologia multifatorial. Nesse sentido, como garantir que essa mãe possa ainda investir num bebê que não lhe responde e não a gratifique narcisicamente? O trabalho da clínica pais-bebês oferece-se como um espaço de testemunho desses desencontros entre mãe e bebê. Nos casos de bebês com risco de autismo, haveria um tipo de intervenção e manejo clínico específico?

Quais os perigos de um fechamento maior do bebê quando o analista privilegia mais a escuta dos fantasmas maternos do que a *vitalização pulsional* do bebê e do próprio elo da relação da díade? Haveria reversibilidade do quadro do autismo? Qual seria o impacto desse retraimento relacional do bebê no processo da construção das relações objetais dessas crianças? Propõe-se a partir da apresentação do caso clínico de Arthur refletirmos sobre essas questões.

Apresentação do caso²

Arthur chegou ao consultório com aproximadamente 3 meses e meio de vida. A mãe entra em contato com a analista após uma consulta pediátrica de rotina, ocasião em que ela pôde dividir e, especialmente, “validar”³ junto à médica a dificuldade que vivenciava em captar a atenção de seu filho e em estabelecer trocas de olhares com ele.

2 Parte do caso clínico já foi publicada em artigo (Saboia, 2019).

3 O trabalho na clínica com bebês tem nos mostrado que em muitos casos os pais parecem reconhecer desde muito cedo a dificuldade em estabelecer momentos de trocas interativas e lúdicas com seu bebê. No entanto, essa escuta da dimensão relacional entre mãe e bebê é pouco privilegiada nas consultas pediátricas, o que desencoraja as mães a poderem falar desses desencontros precoces vividos com seu bebê, inviabilizando que essas crianças possam ser submetidas a um trabalho de intervenção precoce ainda no primeiro ano de vida.

No meu primeiro encontro com Arthur, vejo um bebê hipertônico: seu corpo rígido mostrava um olhar evitante que buscava fixamente a luz fluorescente do teto da sala. No momento em que é levado ao seio de sua mãe, fica evidente a ausência de um diálogo corporal entre a dupla mãe-bebê. Arthur parece resistente em relaxar em seus braços, dando-nos a impressão de relutar em ser acolhido e acalentado por ela. A mãe parece se dar conta de toda essa recusa de seu filho e, com um olhar interrogativo, direciona-se à analista na tentativa de compreender esses comportamentos nomeados por ela como “estranhos” e, sobretudo, “tão distintos” dos de sua primeira filha, poucos anos mais velha que Arthur.

Ao longo dos primeiros meses de trabalho com Arthur e sua mãe, observávamos que eram raros os momentos nas sessões em que ele respondia à convocação feita tanto por sua mãe quanto por sua analista. Suas respostas eram sempre efêmeras, marcadas por leves trocas de olhares que impediam qualquer possibilidade de uma protoconversa⁴.

Em uma determinada sessão, ocasião em que Arthur contava com 4 meses e meio de vida, a mãe cai num choro compulsivo quando, ao carregá-lo no colo, percebe o olhar fixado de Arthur na luz do teto da sala. Ela então levanta-se da poltrona o embala e seus braços e diz: “Em que mundo você está, filho? Me leva junto com você, mamãe quer muito conhecer esse seu mundo!”. Essa fala da mãe anuncia a inacessibilidade do bebê, que se encontra em um estado de intenso fechamento, o que revela uma indisponibilidade

4 O termo “protoconversa⁴”, denominado pelo neurolinguista G. Bateson (1979), corresponderia ao diálogo pré-verbal estabelecido entre mãe-bebê. Os bebês desde muito cedo mostram-se muito atento às expressões do rosto materno, ao mesmo tempo que se mostram muito sensíveis à variação de ritmo da voz da mãe. Essa comunicação precoce marcada pelo registro das experiências táteis e sensoriais do bebê teria uma função precursora da linguagem verbal.

quase absoluta de ir ao encontro da figura materna, apesar de toda convocação e estimulação da mãe.

A passividade e indiferença de Arthur em engajar-se em um jogo lúdico e prazeroso com sua mãe nos leva a pensar que estamos diante de um bebê que apresenta um quadro de um retraimento autístico (Saboia, 2015).

Os pais parecem sensíveis a essa recusa intensa de seu bebê. Quando ele estava com 3 meses de vida, buscam um oftalmologista para verificar se não haveria algum comprometimento na visão. Após Arthur submeter-se a uma bateria de exames, descartam-se qualquer tipo de comprometimento orgânico ocular, o que vem reforçar a hipótese defendida de que desde muitos cedo esses bebês que apresentam riscos de evolução autística nos mostram o quanto são incapazes de “olhar” apesar de ver, reforçando aqui que há uma grande diferença entre “ver” e “olhar”.

Os pais também buscaram uma avaliação neurológica quando Arthur tinha por volta dos 5 meses de idade. Exclui-se novamente qualquer comprometimento orgânico, o neurologista resume as dificuldades de Arthur à uma causa de “caráter comportamental”, segundo suas palavras, e reforça a necessidade de intervenção clínica.

Na consulta de retorno, quando Arthur estava com 1 ano de idade, o médico, ao perceber a criança mais aberta e os pais mais confiantes, relata aos pais que nunca, em trinta anos de clínica, tinha se deparado com um bebê com um quadro de fechamento tão precoce. A mãe, emocionada, comenta com a analista essa devolutiva do neurologista.

O trabalho realizado nos primeiros meses de tratamento foi norteado por intervenções que possibilitaram tirar a mãe de um estado de sideração. Esse estado é descrito por G. Crespin (2004) como uma condição em que a mãe se sente completamente incapaz

de investir na relação com seu bebê por acreditar que fracassou em sua capacidade maternante e não se considerar competente, isto é, “boa o suficiente”, no sentido winnicotiano do termo, para convocar seu bebê para um encontro a dois (Saboia, 2019).

Laznik (citado por Wanderley, 2013) nos fala que esses bebês mostram desde cedo uma recusa intensa ou indisponibilidade de ir ao encontro materno devido a uma possível ausência de uma *apetência simbólica* (Crespin, 2004), ou uma fragilidade do que Trevarthen (2003) denominou de *Intersubjetividade Primária*, condição inata do bebê em endereçar-se ao outro na busca de um estabelecimento de trocas interativas. Essa recusa precoce do bebê leva os pais a um estado de perda de suas competências no processo de sua construção parental, eles passam a desinvestir na relação com seu bebê dada a ausência das respostas deste último, impedindo que se estabeleça uma espiral relacional.

Laznik (2000), ao retomar os três tempos da teoria das pulsões freudianas, revisitada por Lacan, preconiza que no terceiro tempo pulsional o bebê desempenha uma “passividade” dita “ativa”; isto é, ele se faz objeto de gozo do objeto materno visto que se reconhece como autor do prazer suscitado na mãe, por isso entrega-se como objeto a ser “devorado” por ela possibilitando que mãe e bebê possam juntos estabelecer brincadeiras, as quais irão desempenhar um papel estruturante no processo constitutivo do bebê (Saboia, 2018).

Até, aproximadamente, o primeiro ano de vida, ainda era raro testemunhar em Arthur momentos em que se constatava a vivência de um prazer compartilhado ou de um encontro de brincar a dois entre mãe e bebê. Observávamos, também, uma ausência importante de vocalização e mesmo da presença de alternância de turnos que sinalizavam comprometimento de sua *atenção compartilhada*. Em contrapartida, o que se observava eram tentativas insistentes da mãe de chamar a atenção de Arthur a todo custo, por meio de

movimentos bruscos e descontínuos que denunciavam uma completa ausência de sincronicidade entre ela e seu bebê.

As intervenções diretas do analista com Arthur tiveram papel importante, pois, a partir de uma *relação especular* estabelecida com a analista, a mãe pôde gradativamente reconhecer outro modo de estar e interagir de seu filho, reconhecendo suas pequenas produções e seus possíveis canais de abertura. É por esse viés que dizemos que a clínica da intervenção precoce é baseada na clínica do *holding do holding* (Benavides & Boukobza, 1997). Ou seja, é necessário que a mãe se sinta sustentada psiquicamente pela analista para recuperar suas competências perdidas.

No que diz respeito ao desenvolvimento psicomotor de Arthur, vale dizer que este desenvolveu-se dentro do esperado, embora, por volta dos 2 anos de vida, Arthur passou a andar frequentemente na ponta dos pés, comportamento que nos sugeria um provável comprometimento na *construção de sua imagem corporal*, resultante de uma possível *clivagem* no processo de integração dos diferentes fluxos sensoriais (Haag, 1993).

Esta ausência da existência de um envelope psíquico, a qual dificulta a experiência do processo da integração do corpo, também era manifestada por Arthur em seus sonos agitados. Ele costumava, por exemplo, acordar assustado por diversas vezes no decorrer da noite, sendo que a única maneira de o acalmar era oferecendo colo na tentativa de dar-lhe uma experiência de continência. Haag (1993)⁵ sublinha o quanto os bebês que apresentam percalços na subjetividade tendem a manifestar dificuldades em estabelecer um sono profundo e contínuo. Isso se deve ao fato da ausência do registro de um corpo integrado, pois é por meio desse envelope corporal que a criança experiencia a *continuidade de ser*. É o que a

5 Anotações pessoais retiradas no contexto de supervisões clínicas.

leva, por exemplo, a autorizar-se a desligar-se do mundo externo sem ter o risco de vivenciar a experiência de cair no vazio. Nessa ocasião, uma indicação de um trabalho de psicomotricidade foi pensada, porém, nunca foi aderido pelos pais, pois alegavam sobrecarregar a criança já que o trabalho com a analista se dava na razão de duas vezes por semana.

Por volta dos 15 meses de idade, Arthur começou a mostrar de maneira mais frequente a experiência de um prazer compartilhado passando, por exemplo, a convocar o outro na busca de um brincar a dois, compartilhando suas descobertas e explorações. Aos 2 anos de idade, aproximadamente, sinalizou os primeiros esboços de sua capacidade simbólica a partir de brincadeiras de faz de conta, embora, ainda fossem constatadas certa pobreza simbólica e dificuldades na linguagem. Arthur pronunciava poucas palavras de modo pouco compreensível, o que nos levou a pensar na introdução de um trabalho fonoaudiológico semanal. Ao longo dos seis meses de intervenção, Arthur já se expressava melhor, embora a melodia da musicalidade de sua voz fosse pouco expressiva, sinalizando um empobrecimento de suas produções prosódicas, aspecto melhorado apenas por volta dos 3 anos e meio de idade.

Quanto à capacidade de sustentar seus laços afetivos, observávamos certa tendência de Arthur em isolar-se no ambiente coletivo. Por exemplo, no berçário que passou a frequentar por volta de 1 ano e meio de idade, era frequente suas tentativas de recusa em compartilhar das atividades coletivas. Refugiava-se em sonecas longas e profundas no período em que estava na escola. Foi necessário que a analista pudesse construir, em conjunto com os profissionais da escola, estratégias pedagógicas que acolhessem o ritmo e a individualidade de Arthur.

Aos 2 anos, observávamos ainda uma tendência a preferir brincar sozinho, embora agora lhe fosse mais possível sustentar

um brincar a dois na presença de sua professora. Ainda por volta dos 3 anos, constatava-se certa fragilidade na relação com seus pares, pois Arthur tinha dificuldade em memorizar o nome de seus camaradas e pouco falava deles, quadro que se modifica apenas por volta dos 3 anos e meio. Foi apenas nessa mesma época de seu desenvolvimento que Arthur passou a apresentar um brincar mais estruturado com recurso à imaginação e à fantasia; também passou a não ter mais dificuldades em dormir e suas cenas de birras quando confrontava-se com situações de frustrações diminuíram consideravelmente.

Aproximadamente aos 4 anos, Arthur já mostrava uma organização psíquica sem traços de dificuldades em estabelecer trocas com outros. Parecia ter uma boa consciência corporal representadas pela riqueza de seus desenhos da figura humana, momento também que deixou de andar nas pontas dos pés. Por meio de muitas brincadeiras compartilhadas, pudemos elaborar o processo do fechamento do nosso trabalho. Arthur pôde revistar o momento de sua chegada no nosso espaço ao teatralizar cenas de bebês doentes que choravam, não brincavam e que não podiam contar com suas mães, apenas com a médica (encenada pela analista) para se acalmarem. Bebês também que cresciam e se transformavam em novos personagens que renasciam em novos planetas, maneira pela qual Arthur também pôde compartilhar do projeto de sua família que era recomeçar uma nova vida em um novo país, culminando assim no fechamento do nosso trabalho.

Manejo clínico

Sobre o manejo clínico, pudemos observar que à medida que ofertamos à mãe de Arthur um espaço de escuta, ela passou gradativamente a poder reinvestir na relação com seu bebê, uma vez que

pôde compartilhar e, sobretudo, legitimar os sinais que percebia em relação à recusa de Arthur em estabelecer trocas afetivas com o outro; ao mesmo tempo que pôde trabalhar seus próprios conflitos e impasses de como sustentar sua posição de mãe (função de objeto primordial), apesar da pouca gratificação narcísica garantida por Arthur. Essa mudança subjetiva da posição materna permitiu que ela pudesse novamente atentar-se com mais acuidade às pequenas produções de seu filho, o que fez com que Arthur perdesse seus atributos de “bebê bizarro” para ganhar agora um estatuto de um “bebê sensível”, ou, simplesmente, de um bebê com “um *timing* diferente dos demais”, segundo as próprias palavras da mãe.

Na realidade, tanto a mãe quanto o pai de Arthur frequentemente relatavam o quanto era custoso e trabalhoso sustentar o olhar e atenção de seu filho. Diziam que “nada era espontâneo e natural. Ele olha, responde e logo interessa-se por outra coisa”. Essa ausência de espontaneidade descrita pelos pais de Arthur parece indicar a ausência do fechamento do terceiro tempo pulsional que, como dito anteriormente, sinaliza o momento no qual o bebê naturalmente provoca o adulto de referência para dar continuidade às brincadeiras e aos momentos de trocas prazerosas com o outro.

Casos clínicos como o relatado neste trabalho, no qual nos deparamos com quadros de bebês que apresentam desde muito cedo uma recusa sistemática em estabelecer momentos de trocas com o mundo externo, vem reforçar a hipótese de que o autismo não pode ser mais visto apenas pelo viés da psicogênese, fundamentada por uma possível falha da função materna. Isso porque, atualmente, considera-se a patologia autística como uma patologia multifatorial que vem abarcar tanto uma possível predisposição genética como uma particularidade na organização do equipamento neurológico, o que leva o bebê a desenvolver um estilo interacional e relacional particular (Crespin, 2004, citado por Saboia, 2019).

Estudos também nos mostram que bebês que sofrem intervenções antes de 6 meses de vida tem mais chances de reversibilidade do autismo dada a neuroplasticidade cerebral.

Nesse sentido, podemos pensar sobre a importância de priorizarmos o processo de “vitalização do bebê” a fim de favorecer a própria “vitalização da díade mãe-bebê”. Isso implica no fato de o analista poder autorizar-se a tomar uma posição de identificação com essa mãe, ou seja, de identificar-se com a experiência de desamparo e do sentimento de impotência diante da não resposta do bebê, o que difere da posição clássica do analista que se atenta apenas à escuta da investigação dos fantasmas maternos atrelados aos impasses e conflitos trangeracionais na busca da construção da parentalidade.

Abre-se aqui um novo questionamento: como é construída a representação materna dessas mães que tem bebês que não lhes respondem? Laznik (2000) nos diz:

. . . que muito cedo alguma coisa falhou do lado do bebê, eu o constato desde o nascimento. Isto não significa que se trata de um real orgânico imediatamente fixado no bebê, pois as intervenções muito precoces parecem modificar o quadro. Nós também constatamos, de maneira praticamente sistemática, uma psicogênese da situação autística, mas invertida do que infelizmente pôde ser formulada a partir de Bettelheim: é o bebê que não responde que destrói, em alguns meses, as competências dos pais, ao menos a confiança que eles têm neles mesmos. (como citado em Wanderley, 2013, p. 125)

Por fim, pensamos que seria graças ao trabalho da intervenção precoce que podemos oferecer novos dispositivos para permitir a possibilidade da construção da parentalidade para que a mãe não desista, mesmo que de maneira inconsciente, de seu filho, que não lhe responde e que não a “alimenta narcisicamente”. Enfim, é por meio desse “banho pulsional” que ofertamos possibilidades para que a dupla mãe-bebê possa finalmente vivenciar a experiência de um prazer compartilhado, narcisando e potencializando essa mãe em sua função de objeto primordial para que elas possam ser capazes de *reinvestir* na relação com seu bebê. Que mãe e filho possam (re)criar (re)inventar uma nova história entrelaçada por verdadeiras trocas e encontros.

Referências

- Bateson, G. (1979). *Mente e natureza: a unidade necessária*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Francisco Alves.
- Benavides, F., & Boukobza, C. (1997). A clínica do holding. In D. B. Wanderley (Org.), *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família* (pp. 89-106). Salvador, BA: Ágalma.
- Cullere-Crespin, G. (2004). Os sinais de sofrimento psíquico. In G. Cullere-Crespin, *A clínica precoce: o nascimento do humano* (C. M. Fernandes, trad., pp. 47-69). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Haag, G. (1993). Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations. In D. Anzieu et al., *Les contenants de pensée* (pp. 230-242). Paris: Dunod. (Collection Inconscient et Culture).
- Laznik, M.-C. (2000). La théorie lacanienne de la pulsion permettrait de faire avancer la recherche sur l'autisme. *La Célibataire*, (1), 67-78.

- Saboia, C. (2015). Brincar precoce do bebê como indicador de riscos de sofrimento psíquico. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, 20(2), 181-193.
- Saboia, C. et al. (2018). Do brincar do bebê ao brincar da criança: um estudo sobre o processo de subjetivação da criança autista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, 1-8.
- Saboia, C. (2019). Percalços no processo de subjetivação do bebê: sinais de risco de autismo ou depressão do bebê. *Revista Ágora*, 22(3), 319-325.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). *Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application*. *Clinique*, 15(4), 309-428.
- Wanderley, D. (2013). Psicanálise e autismo à luz de novas pesquisas em neurociências In *As aventuras psicanalíticas com crianças e seus pais* (p. 270). Salvador, BA: Àgalma. (Coleção Calças Curtas).