

SÉRIE ATUALIZAÇÕES
PEDIÁTRICAS



Pediatria e Saúde Mental

Implicações Frente às Mudanças do Século XXI

Coordenadora
Denise de Sousa Feliciano



 **Atheneu**

engatinho. Tranquilizo aqueles que me rodeiam: sim, consigo ficar sentado; sim, fico de pé. Mas minha verticalidade é instável, sem alicerces.

As articulações da parte inferior do meu corpo travam para suportar o seu peso ou desmoronam sem modulação. Eu também consigo ficar na ponta dos pés.

Na minha tentativa incessante de não cair, não consigo compartilhar.

Caio a cada obstáculo, provocando vibrações que despertam as sensações da minha coluna vertebral. Quando aprendo a caminhar, caminho por caminhar. Caminho para sentir a mim mesmo. Caminho para manter variações tônicas e estabilizar as fronteiras do meu organismo... Nessa tentativa incessante de não cair, não consigo compartilhar.

Sendo eu um bebê com desenvolvimento em risco, essa sucessão de acontecimentos fragiliza meu ser no mundo e minha ação sobre o mundo. De todos esses indícios, não há nenhum que seja inofensivo e do qual eu possa me livrar com um “isso vai passar!”. Defendo em alto e bom som que muitas trajetórias poderiam ser desviadas se todos os profissionais que se debruçam sobre o meu caso atentassem para os sinais precoces de minha vulnerabilidade corporal e psíquica, por mais sutis e flutuantes que sejam.

A psicomotricista que sou retoma aqui a palavra para concluir: esses bebês precisam que o caminho lhes seja apontado com coerência e atenção, mediante uma organização específica, para existirem no prazer compartilhado e cocriado com seus pais.

Referência bibliográfica

1. Bullinger A. Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique – 2004. In: Le développement sensori-moteur et ses avatars. t. 1. ERES, 2012.

Capítulo 24

Bebê triste ou bebê deprimido

Camila Saboia

Podemos falar em depressão na primeira infância?

Nos últimos anos muito se avançou nos estudos sobre o bebê e a criança pequena, e hoje se sabe sobre suas competências precoces e sua capacidade de expressar-se via corpo. A imagem de outrora, daquele bebê passivo e pouco participativo em seu processo de subjetivação, cuja principal função seria regular suas necessidades fisiológicas, foi gradativamente sendo substituída pela imagem de um bebê capaz de desempenhar um papel de coautor no processo de sua adaptação ao mundo e na construção de sua subjetividade. Nesse sentido, passamos a compreender que o desenvolvimento global do bebê não se resumiria ao desenvolvimento cognitivo e psicomotor, mas englobaria aspectos de seu desenvolvimento psíquico, que, na grande maioria das vezes, é pouco privilegiado na escuta clínica dos profissionais que trabalham com a infância.

Considerar que as crianças possam manifestar sintomas de sofrimento psíquico seria compreender que elas são providas de um mundo interno e de uma realidade psíquica que é projetada e endereçada a um outro sujeito (figura materna ou adulto de referência), apto a receber e traduzir suas mensagens, estabelecendo assim um jogo relacional com o pequeno *infans*. Nesse sentido, dizemos que o bebê não é apenas um mero receptor do mundo que o cerca, mas desempenha um papel ativo em seu processo subjetivo, como preconiza o pediatra e psicanalista inglês D. Winnicott,¹ ao afirmar que o bebê constrói a mãe ao mesmo tempo que ela constrói o bebê.

Freud² nos lembra que os sintomas seriam constitutivos ao processo subjetivo do sujeito, isto é, faria parte da existência humana vivenciar conflitos e ambivalências, o que tornaria o próprio desafio humano equacionar esses impasses. Mas, afinal de contas, como podemos detectar o que seriam sintomas constitutivos ao próprio processo maturacional da criança e o que seriam já sintomas, que nos sinalizariam algo que colocasse em risco o processo de sua estruturação psíquica e seu desenvolvimento saudável?

Como os pediatras podem incluir em sua prática cotidiana um olhar e uma escuta aos sinais que os bebês expressam sobre seus estados psíquicos? Seriam esses profissionais preparados para detectar sinais que falam de possíveis sofrimentos psíquicos? E, finalmente, como acolher os pais que chegam em um estado de profundo desamparo e exaustão em nossos consultórios ao nos relatar dificuldades com seus filhos pequenos, como “Ele chora por tudo”, “Não consigo acalmá-lo facilmente”, “Ele não se interessa por brincar, só em assistir vídeos”, “Chora quando me separo dele”, “Tem seletividade alimentar” O que está por trás desses comportamentos cada vez mais recorrentes em nossa prática clínica?

Se sabemos que na infância “se tem um tempo para intervir”, dada a plasticidade cerebral da criança em seus primeiros 3 anos de vida, torna-se fundamental que os profissionais que estão na linha de frente dos cuidados do bebê, como os pediatras, saibam discernir o momento certo para um encaminhamento a um profissional especializado, uma vez que é consenso que, quanto mais cedo ocorre a intervenção clínica com a criança, melhor o prognóstico de seu quadro clínico.

Podemos pensar que o próprio desenvolvimento da criança tem se apresentado de maneira diferenciada nas últimas décadas, em decorrência de novas contextualizações, tanto no que diz respeito às conjecturas dos arranjos sociais e urbanos das famílias contemporâneas quanto à presença onipresente do mundo tecnológico, que cada vez mais determina a maneira como a criança brinca, explora e se relaciona com o mundo – fatores estes ainda mais redimensionados no mundo pós-pandêmico. Se partirmos do pressuposto de que o brincar é constitutivo ao processo subjetivo da criança,^{3,4} há marcas psíquicas que estão se inscrevendo nesse momento inicial do desenvolvimento global do bebê, o que tem se desdobrado em um rearranjo particular na qualidade de seus laços afetivos e sociais, como a clínica tem nos apontado nos últimos anos e pretendemos abordar aqui neste artigo.

À primeira vista, parece-nos incoerente pensar na imagem de um bebê ou uma criança triste ou deprimida, uma vez que o próprio período da infância condiz com um período do desenvolvimento humano que, *a priori*, é visto como uma fase dita *feliz* pelo fato de ser marcado por um período da vida em que a criança *não entende* ou *não sente* de fato o peso ou as marcas dos eventos trágicos da vida. Vale lembrar que o fato de a criança não sentir ou não compreender da mesma maneira que nós, adultos, não as abstém de manifestar seus sofrimentos a sua maneira. Em outras palavras, estamos aqui dizendo que o sofrimento da criança existe e é expresso de maneira particular, mas em que medida podemos associar sinais de sofrimento com quadro de depressão infantil?

Para responder a essa pergunta é importante primeiramente contextualizar o que se compreende sobre depressão. Sem dúvida, os estudos sobre melancolia desenvolvidos por Freud em 1915 e publicados em 1917,⁵ em seu artigo “Luto e melancolia”, foram de grande valia para pensar sobre a vivência desse estado psíquico marcado pela perda e separação. Freud, em seu texto, enfatiza que a perda do objeto amoroso poderia ter uma espécie de dois fechamentos: ou o do *luto*, quando o objeto perdido pode ser ressignificado pelo sujeito, o que implicaria pensar que a *separação* não é completamente vivida como uma *ruptura* ou descontinuidade da relação do sujeito com o mundo, à medida que ele pode achar traços do objeto perdido nos objetos que ainda permanecem vivos e presentes em seu entorno. Ou, ainda pelo processo da melancolia, descrita por Freud como um estado da separação vivenciada pelo sujeito, no qual ele perde seu *próprio eu* junto com o objeto amoroso perdido. Isso levaria o sujeito a um estado de profunda tristeza marcada pela perda do prazer das trocas de seus laços afetivos e relacionais, assim com a vida como um todo, o que se aproximaria hoje do quadro clínico da depressão. Haveria, portanto, diante da perda, um desinvestimento do *eu do sujeito* e um *hiperinvestimento do objeto* que se perdeu, o que acarretaria uma experiência de dilaceramento e esvaziamento libidinal do próprio sujeito. Aqui Freud parece sublinhar que a maneira como os sujeitos vivem as experiências de separação seria diretamente associada à maneira como eles irão internalizar as vivências dos cuidados nos primeiros tempos de vida, o que estaria intrinsecamente relacionado à qualidade das trocas interativas entre o bebê e o adulto cuidador.

Nesse sentido, dizemos que, para que a criança vivencie de maneira menos sofrida as vivências do desencontro e das separações, é necessário que o sujeito tenha desenvolvido certas experiências satisfatórias de encontros nos primeiros anos de vida. Mas o que seriam essas experiências satisfatórias?

Sabemos que um bebê, ao nascer, precisa da presença de um adulto que possa ajustar-se às suas necessidades fisiológicas e psíquicas, oferecendo-lhe recursos necessários para que ele possa desenvolver-se psicologicamente. Winnicott,¹ com base nas consultas terapêuticas que realizava no serviço de pediatria do hospital Paddington Green, em Londres, descreve a importância de a mãe identificar-se com seu bebê para ser capaz de responder às necessidades dele. Sobre esse processo de *identificação* com seu filho, Winnicott o considera um estado subjetivo particular da mãe de centralizar-se quase integralmente ao ritmo de seu bebê, a fim de que um vínculo satisfatório entre a dupla seja estabelecido.

Esse estado particular subjetivo da figura materna, Winnicott¹ o compara quase com um estado de loucura, nomeado por ele de “estado de preocupação materna primária”, no qual se observa uma ruptura da mãe com o mundo externo, para dedicar-se quase exclusivamente a um mundo particular, que corresponderia a sua relação com seu bebê.

Esse estado fusional entre a díade, que se estende particularmente até os 3 primeiros meses de vida do bebê, seria constitutivo processo da construção subjetiva do bebê, ou seja, de seu desenvolvimento psíquico e global. No entanto, esse desenvolvimento só pode acontecer se o bebê estiver sendo acolhido por um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, o que implica fundamentalmente contar com a presença de uma mãe dita *suficientemente boa*, termo muito bem definido por Winnicott quando ressalta que essa mãe seria aquela que pode vir a falhar sob a condição de que suas falhas e ausências não suscitem no bebê vivências de uma desorganização psíquica, pois isso faria as experiências de separação serem vividas como verdadeiras rupturas. Estas, por sua vez, desdobrar-se-iam em sentimentos de angústias tomadas pela criança como aniquilações de seu próprio eu.

Essa mãe, dita *good enough*, caracterizar-se-ia por ser aquela capaz de oferecer um acolhimento necessário ao ritmo e às necessidades de seu bebê, ao mesmo tempo que ela se autoriza, gradativamente, a ir ausentando-se dessa relação exclusiva para ir, progressivamente, retomando seus interesses próprios, que vão além de sua relação com o bebê, por exemplo, suas atividades relacional-afetivas e profissionais.

Nesse mesmo contexto, podemos citar o trabalho desenvolvido por Spitz,⁶ que, nos anos 1950, no período pós-guerra, ao observar bebês em contexto de abandono, concluiu sobre a importância da presença de um adulto capaz de atender às necessidades psíquicas do bebê. E, nos casos em que estes se encontrem privados da presença viva de um cuidador disponível psiquicamente para as trocas relacionais com o pequeno *infans*, acabam por se retrair até cair em um quadro de desvitalização psíquica denominado por Spitz *depressão anaclítica*.

Desse modo, segundo a perspectiva aqui levantada, sugere-se que a compreensão da depressão manifestada na infância estaria relacionada não à experiência da *perda do objeto materno ou amoroso*, como nos propõe Freud,⁵ mas sobretudo a *ausência de um encontro satisfatório* com o objeto materno ou aquele adulto de referência que exerce a função materna.*

Diríamos que, para que a criança possa construir uma experiência de continuidade e confiabilidade com o mundo que a cerca, é necessário que ela tenha assumido um estado que lhe permita poder transitar e equacionar seus conflitos psíquicos, que fazem parte do processo maturacional de seu desenvolvimento psicoafetivo.

Por esse mesmo viés, Golse,⁶ psiquiatra infantil e psicanalista francês, enfatiza que o termo *depressão* se justifica mais em razão de suas analogias clínicas com o campo adulto do que por suas hipóteses psicodinâmicas de fato. Isso porque estaríamos mais próximos da hipótese da existência de um *desencontro* com o objeto materno ou amoroso do que de sua *real perda*, o que nos remeteria não à vivência de um luto ou *melancolia*, mas a um estado de *estresse ou de desamparo (détresse)* do bebê ao se confrontar com a ausência de outro semelhante, *Nebenmensch*, segundo Freud, ou de uma mãe *suficientemente boa*, de acordo com Winnicott, adulto este capaz de desempenhar satisfatoriamente a função materna, oferecendo ao pequeno *infans* os subsídios necessários para que ela venha acessar o campo do simbólico e da linguagem.

Sobre essas características da depressão do bebê, Braconnier e Golse⁷ ilustram que haveria, portanto, traços de retraimento relacional, o que sugeriria um estado de desvitalização psíquica evidenciada de maneira muito precoce no bebê.

Sinais de depressão do bebê

Para Golse,⁶ a depressão do bebê poderia ser pensada a partir de três modelos que se entrelaçariam entre si e que têm como pontos comuns a dinâmica da *ausência e presença* do objeto materno.

* Vale lembrar que a função materna não necessariamente é associada e realizada pela mãe biológica. Trata-se na realidade da figura daquele adulto que, por estar em um processo de *identificação* com o bebê, é capaz de ir ao encontro de suas necessidades físicas e psíquicas, favorecendo seu desenvolvimento global.

1. A experiência de *uma carência quantitativa* vivenciada pelo bebê, em referência aos trabalhos de Bowlby⁶ e Spitz,⁶ que analisam os níveis de retraimento dos bebês (hospitalismo* ou depressão anaclítica). Ambos os autores relatam a desorganização psíquica que um bebê pode sofrer ao deparar-se com a perda abrupta e ininterrupta da presença materna por um período maior do que ele pode suportar. Em decorrência da ausência do objeto materno (adulto de referência que exerce a função materna), os bebês se manifestam inicialmente com choros e pedidos de apelo na reivindicação de sua presença, em seguida costumam apresentar quadros psicossomáticos, como perda de peso, problemas no sono, lentidão motora a um estado de letargia, que se desdobram em comprometimento no processo de suas competências cognitivas, motoras e afetivas.
2. A experiência da ordem de *uma carência qualitativa*, associada não à ausência real de um objeto cuidador, mas a sua ausência psíquica. Aqui estamos diante das situações em que observamos *uma mãe indisponível psiquicamente* para seu bebê, ela pode até estar presente fisicamente em seus cuidados necessários, mas observamos suas dificuldades na qualidade das trocas lúdicas e prazerosas com ele. São aquelas mães que observamos nas consultas que pouco sabem sobre o seu bebê e tampouco se identificam com suas necessidades fisiológicas e psíquicas. Por exemplo, não conseguem supor se o bebê chora de fome, de frio ou de dor, como não conseguem traduzir e acolher o bebê em seu estado natural de fragilidade. Essa falta de sincronicidade entre a díade é facilmente observada na ausência de um diálogo tônico-emocional rítmico e harmônico entre a dupla. Essa ausência psíquica materna nos remeteria ao conceito do *complexo da mãe morta*, descrito pelo psicanalista André Green.⁷ Para esse autor, a *mãe morta* não conseguiria investir em seu bebê pelo seu estado depressivo (*depression blanche*); ela poderia se presentificar de maneira mecânica, atribuindo-lhe todos os cuidados físicos necessários sem oferecer-lhe, contudo, qualquer experiência de continência ou de reconhecimento como objeto de amor a ser investido e amado. Diríamos, assim, que as respostas do bebê em direção à sua mãe se perderiam em uma espécie de *buraco psíquico*, o qual retraria um real desencontro entre mãe e bebê, visto que o bebê não reconhece no rosto materno qualquer traço de si e de suas produções, como nos lembra Winnicott⁸ sobre a importância do rosto materno no processo constitutivo do bebê. Assim, restaria ao bebê evitar esse rosto materno de maneira sistemática a fim de evitar que ele mesmo caia nesse buraco que Green⁷ descreve. Essa ausência de investimento psíquico por parte da mãe pode ser ocasionada por diversos motivos, dentre elas, como já dito, o próprio desencadeamento de quadros depressivos maternos recorrentes no período puerperal. No entanto, vale lembrar que não podemos correr o risco de equacionar o estado patológico da mãe com causas da depressão do bebê. Para Golse,⁹ esse modelo linear nada tem a ver com a compreensão das psicopatologias do bebê, que, como sabemos, denunciam não exclusivamente uma falha da figura materna, mas de todo o ambiente no qual o bebê está inserido, o que abarca também uma falha da potencialidade da função do terceiro, representado pela figura paterna.
3. O terceiro modelo seria associado às experiências sucessivas de *descontinuidade interativa*: situações nas quais o bebê se vê impossibilitado de poder internalizar suas figuras de referência pelo fato de elas serem regidas mais pelos ritmos das *rupturas* e das *descontinuidades* do que de *continuidade*, fato este que comprometeria a construção dos laços afetivos e sociais da criança. Esse tipo de quadro depressivo poderia ser suscitado tanto pela experiência relacionada à *carência quantitativa* – como no caso de crianças que vivenciam histórias de sucessivos abandonos em contextos institucionais ou familiares – como pela *experiência qualitativa* – associada às vivências do bebê, que se vê confrontado com a presença de mães imprevisíveis, que oscilam entre momentos de intensas trocas prazerosas e de trocas caóticas delirantes e desorganizadoras, como nos casos de mães *borderline*.

* Esse termo foi designado por John Bowlby, psiquiatra infantil e psicanalista inglês, na década de 1940, para descrever alteração profunda dos comportamentos físicos e emocionais em bebês de até 18 meses em decorrência de um abandono ou de uma internação hospitalar prolongada.

Sobre as descrições de comportamentos dos bebês depressivos, alguns autores, como Kreisler (1989, *apud* Saboia)⁴ e Carrel,¹⁰ enfatizam que esse estado de desvitalização psíquica do bebê é manifestado por: quadro de retraimento interativo; sinais de lentidão psicomotora; e sintomas que sinalizariam um quadro de desorganização psicossomática.

Carrel¹⁰ descreve ainda que os estados de retraimento relacional do bebê são também detectados quando se observa de maneira cuidadosa a relação mãe-bebê; tanto no caso de risco de autismo como no caso de quadros patológicos que sugeririam um retraimento relacional, observa-se um comprometimento no que diz respeito às trocas interativas da díade mãe-bebê. Esse comprometimento é perceptível, por exemplo, na qualidade das trocas de olhares entre mãe e bebê e nos aspectos associados ao desenvolvimento psicomotor da criança, marcado, sobretudo, por uma lentidão significativa nos movimentos corporais do bebê, acompanhados por movimentos de explorações descontínuas dos objetos. Carrel¹⁰ acrescenta que essas explorações são vistas, frequentemente, em quadros de bebês que apresentam sinais de retraimento relacional, mas que só podem ser de fato diferenciados de uma possível organização autística a partir dos 18 meses.

No entanto, se sabemos que a ausência do diálogo do olhar, da ritmicidade dos movimentos corporais, além da pobreza do jogo simbólico, são indicadores de percalços do processo subjetivo do bebê, como saber distinguir o que seria risco de autismo e o que seriam manifestações de sinais de depressão do bebê? De que maneira o bebê nos indica essas diferentes vivências sintomatológicas, que parecem ter em comum a ausência do registro de prazer compartilhado com o adulto de referência?

Laznik¹¹ preconiza que um bebê que apresenta sinais de risco de autismo mostra-se como incapaz de estabelecer jogo relacional com o outro. Ela revisita o conceito dos três tempos pulsionais descritos na metapsicologia freudiana e exemplifica que o bebê com risco de autismo teria como particularidade a incapacidade de se engajar no terceiro tempo pulsional, impedindo seu fechamento, ou ainda, como diria a psicanalista Genevieve Haag,¹² impedindo o estabelecimento das *anéis relacionais*. Esse fechamento do circuito relacional estaria associado, por exemplo, à capacidade que o bebê e a criança pequena têm de provocar o outro na busca do estabelecimento das trocas interativas. Nessa mesma direção segue C. Trevarthen,¹³ psicólogo e pesquisador na área do desenvolvimento infantil, ao teorizar o conceito da *intersubjetividade primária* como a capacidade natural e instintiva do bebê de provocar o outro na busca de estabelecer trocas interativas com o adulto familiar. “O bebê nasce com uma consciência receptiva aos estados subjetivos das outras pessoas e procura interagir com elas”¹³ (p. 312).

Na prática clínica, dizemos que esse *provocar* difere do simples *responder*, por exemplo, porque o ato de provocar estaria relacionado à sensibilidade do bebê de não somente responder a uma interação do adulto mas, sobretudo, de perceber-se, ele próprio, como autor do prazer desencadeado na figura materna. Por exemplo, a mãe beija o pezinho do bebê ou se dirige a ele com voz de *mamanhês*,* ele é capturado pelo jogo de sedução de sua mãe e faz de tudo para que ela dê continuidade a esse jogo iniciado por ela, isto é, ele sustenta e pede, ao dar-lhe seu pezinho, que a mãe repita a brincadeira na busca de vivenciar novamente momentos prazerosos com ela.

De maneira diferente acontece com a criança deprimida, que, embora responda com maior frequência à provocação do outro, mostra-se passiva diante das brincadeiras e das explorações quando comparada a uma criança sem sinais de sofrimento psíquico. Era o caso de Pedro, que chegou ao consultório com a idade de 2 anos e meio, trazido pela mãe com a queixa de seu filho nunca ter conseguido dormir mais de 3 horas consecutivas, sintoma associado à angústia de separação. Observávamos que, embora Pedro apresentasse um bom vínculo com o outro e certo investimento na brincadeira, sendo capaz de produzir um brincar simbólico, era nítida sua dificuldade de sustentar a exploração de seu brincar. Era frequente que, no ápice da brincadeira compartilhada, ele subitamente a interrompesse e com a voz lenta e desvitalizada dissesse “Já cansei, podemos brincar de outra coisa”.

* Essa linguagem chamada “mamanhês”,¹⁴ é comum a todas as mães do mundo quando elas conversam com seus bebês; ela se manifesta por meio de fórmulas melódicas, doces: a voz adquire um tom mais alto e a entonação é exagerada, um ritmo que começa em adágio para um andante, longas pausas, poucas sílabas em cada palavra ou frase, com articulações específicas e uma hiperarticulação de vogais.

Essa constante descontinuidade de suas explorações e brincadeiras talvez dissesse do funcionamento de um retraimento do tipo depressivo, no qual não era possível dar continuidade a uma experiência prazerosa com o outro.

Pesquisas recentes também apontaram quadros de desvitalização psíquica do tipo depressivo em crianças pequenas,^{*15,16} nos quais foi possível acompanhar bebês em idades entre 8 meses e 4 anos, que eram privados de trocas prazerosas com os adultos de referências e seu impacto nos quadros de seu desenvolvimento psíquico. Por meio da análise minuciosa do brincar dessas crianças foi possível comparar que, diante do grupo controle, elas apresentavam uma pobreza na qualidade da produção do jogo simbólico, maior passividade na exploração dos brinquedos, sinalizada por uma falta de curiosidade em explorar os brinquedos disponíveis no tapete de jogo, e por movimentos descontínuos e lentos na produção das montagens, como os de Lego.

Outro fator observado foi a ausência de narratividade no ato do brincar; as cenas por elas montadas eram geralmente carregadas por meras manipulações e teatralizações dos bonecos, sem que houvesse, contudo, a presença de enredos ou narrativas com sequências de início, meio e fim, sugerindo um provável empobrecimento de sua criatividade e fantasia.

No entanto, apesar de o brincar dessas crianças parecer menos rico simbolicamente, quando comparado ao do grupo de crianças com desenvolvimento esperado, observamos que sua produção do brincar ainda era mais organizada do que a do grupo das crianças que apresentavam sinais de risco autístico.

A título de exemplo, podemos elucidar o fato de que o brincar dessas crianças restringia-se mais às explorações sensoriais. Além disso, sua dificuldade de se engajar em um brincar a dois era visivelmente mais difícil para elas, visto que tendiam a não responder o convite do brincar com o outro, e, muitas vezes, a interação era bruscamente rompida pela preferência de explorar os brinquedos de maneira isolada e solitária, não se dirigindo ao adulto para compartilhar a descoberta ou a própria brincadeira em que estava envolvida. Isso reforça a hipótese, dita anteriormente, de que essas crianças têm como característica marcante a recusa de compartilhar experiências prazerosas com o outro, impossibilitando o que Laznik¹¹ refere como o fechamento do circuito pulsional.

Cabe lembrar aqui que compreendemos a patologia autística como um conjunto de fatores multifatoriais, que vão desde uma possível predisposição genética a uma particularidade na organização do equipamento neurobiológico, que contribuem para que o bebê venha a desenvolver um estilo interacional e relacional particular,¹⁷ dificultando seu acesso à experiência de um prazer compartilhado.

Como nos lembra Golse,¹⁸ trata-se de uma patologia plurifatorial, na qual haveria fatores genéticos interagindo com fatores ambientais, isto é, que engloba o próprio equipamento *neurobiopsicológico* da criança com diversos efeitos de encontro com seu ambiente biológico, cognitivo e relacional, o que vem reforçar a importância de tratar o autismo pelo viés da clínica transdisciplinar.

Outra característica de sinais de retraimento depressivo no bebê se caracteriza por um evitamento específico do olhar materno, como no caso de José,** que aos 13 meses chega ao consultório com quadro de retraimento relacional, acompanhado por atraso na linguagem, presença de um brincar repetitivo e ausência de trocas de olhares com sua mãe, como se buscasse um meio de defender-se de seu olhar deprimido e desvitalizado que mais o desorganizava do que o integrava. De maneira diferente acontecia com a analista, pois José escondia-se para, em seguida, buscar seu olhar na busca de vivenciar com ela as experiências de prazer compartilhado e de *reflexibilidade*, na qual o olhar do outro traduz e nomeia seus estados emocionais.

Outro exemplo é o caso de Luisa,** que apresentava um quadro de hipersonia, dormindo por quase 10 horas durante o dia, como uma maneira de esquivar-se de um encontro com um mundo caótico e uma mãe indisponível psiquicamente.

* Pesquisa de pós-doutorado financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

** Caso publicado no artigo Percalços no processo de subjetivação do bebê: sinais de risco de autismo ou depressão do bebê. *Ágora*. 2019; XXII (3):319-25.

*** Caso publicado no artigo Saboia C. Os impasses ao acesso à intersubjetividade: observações clínicas de um bebê com risco de evolução autística. *Estilos da Clínica*. 2022; 27(3):422-34. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i3p422-434>.

Golse⁹ nos convida a pensar sobre a relevância de fazermos uma leitura específica sobre os transtornos psicossomáticos expressos pelo bebê, para que possamos diferenciar, em nossa prática clínica, um quadro de retraimento autístico de um caso de retraimento relacional do tipo depressivo. Isso implica saber se os transtornos psicossomáticos expressos pelo *infans* estariam funcionando ainda em prol da vida, em uma manifestação da tentativa de um apelo ao outro ou da pulsão de vida, ou, ao contrário, se já estaria respondendo em nome da pulsão de morte, como naqueles casos em que constatamos um desinvestimento pulsional por parte do bebê em sua relação com os objetos.

Sabe-se que esse desinvestimento, ou perda da tensão pulsional, evoca a própria origem da noção da palavra *de-pressure*, que contempla a ideia de queda ou diminuição do nível de *pressão* da tensão pulsional. Essa queda, por exemplo, é o que frequentemente testemunhamos na clínica, quando nos deparamos com bebês que mostram intensa passividade diante dos objetos, sugerindo um possível comprometimento do brincar precoce e constitutivo do bebê, sinalizador de possíveis falhas no acesso à intersubjetividade.^{16,19}

Golse⁹ ainda sugere a importância de o profissional saber fazer uso de sua sensibilidade revisando as experiências contratransferenciais* provocadas no momento de interação com a criança, tendo como critério a ser observado se o bebê é capaz de provocar o adulto na busca de interação. Por exemplo, tanto no que se refere ao jogo de provocação e sedução quanto à maneira e ao tempo que leva para se engajar e, ainda, sustentar uma brincadeira a dois.

No entanto, vale lembrar que sinais de depressão no bebê e na criança pequena não são apenas associados a sinais de inibição, mas são manifestados em formas de sintomas de agitação, como insônia, irritabilidade e dificuldade do bebê de ser consolado.²⁰ Na prática clínica observamos que sintomas se manifestam como uma forma de *transbordamento*, tanto no corpo como na expressão e organização da linguagem, expresso por agitações motoras e um discurso que frequentemente se perde na busca das conexões do pensamento. Esses comportamentos muitas vezes são acompanhados por crises de intolerância às frustrações, manifestadas não apenas por situações de birras e por comportamentos opositores, mas por verdadeiros episódios de desorganização psíquica que, à primeira vista, são associados a birras, mas diferem delas, pois muitas vezes a criança demora para se reorganizar e se recompor emocionalmente ou psiquicamente. Escutamos as queixas dos pais, por exemplo, “quando escuta um não, ele começa a chorar e não consigo acalmá-lo, se agita e grita mais se chego perto”. Esses comportamentos de agitação também são acompanhados por crises de agressividade com ataques de cólera, tentativas de bater ou jogar objetos que estão ao seu redor, sinalizando um quadro de instabilidade emocional importante.

Para concluir, podemos dizer que os bebês e as crianças pequenas sofrem e mostram seu sofrimento de maneiras diversas, como nos diz Crespín,¹⁷ seja por sintomas *barulhentos* ou *silenciosos* que, a nosso ver, podem, por sua vez, estar relacionados a possíveis quadros de depressão.

Como pudemos observar, a depressão na infância ainda é atualmente desconhecida e pouco explorada, em razão de sua própria sintomatologia polimorfa e também por seu modo camuflado de se manifestar.

Finalmente, vale lembrar que, nesse período da primeira infância, o mais importante não é fechar um diagnóstico, mas, sobretudo, detectar sinais de sofrimento psíquico e atentar aos marcos do desenvolvimento psíquico do bebê. Para isso, é fundamental que os profissionais que estão na linha de frente com os bebês e as crianças pequenas possam incorporar, em suas práticas cotidianas, um olhar atento aos estados emocionais da criança, sabendo reconhecer os marcos de seu desenvolvimento psíquico. Nos tempos atuais, em que a prática clínica nos fala sobre a importância de uma intervenção com os bebês a tempo, acrescentado à influência da neuroplasticidade cerebral da criança para um bom prognóstico clínico, diante de sinais de descompasso com o desenvolvimento esperado, soa até como negligência pensar ainda que *toda criança tem seu tempo!*

* O conceito “relação transfero-contratransferencial”, para a psicanálise, diz respeito aos sentimentos que o paciente lhe suscita, a partir da relação transferencial, que podem ser considerados como balizadores de suas interpretações, pois permitiriam o acesso mais profundo e primitivo do paciente, favorecendo seu avanço no processo da cura analítica.

Referências bibliográficas

1. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise. Bogomoltez D, tradutor. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 399-405.
2. Freud S. Inibição, sintoma e angústia. In: Obras completas, ESB, v. XX. (1925-1926). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
3. Saboia C. A desvitalização psíquica do bebê: entre sinais de autismo e depressão do bebê. In: Wanderley DB, Gelle ML (orgs.). É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística. Salvador: Agalma; 2018. p. 158-69.
4. Saboia C. Percalços no processo de subjetivação do bebê: sinais de risco de autismo ou depressão do bebê. Ágora. 2019; XXII (3):319-25.
5. Freud S. Luto e melancolia. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1917 [1915], 1974.
6. Braconnier A, Golse B. Dépression du bébé, dépression de l'adolescent. Érès. 2010. <https://doi.org/10.3917/eres.golse.2010.01>.
7. Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Les Éditions de Minuit; 1983.
8. Winnicott DW. Jeu et réalité (1971). Paris: Gallimard; 1975 c. p. 154-64.
9. Golse B. L'être-bébé. Paris: PUF; 2004.
10. Carrel A. Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson. In: Delion P. Les bébés à risque autistique. Toulouse: Érès; 2012, p. 45-64.
11. Laznik M-Ch. La théorie lacanienne de la pulsion permettrait de faire avancer la recherche sur l'autisme. La Célébataire. 2000. p. 67-78.
12. Haag G. Nature de quelques identifications dans l'image du corps: hypothèses. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant. 1991; (10):73-92.
13. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique. Devenir. 2003; 5(4):309-428.
14. Fernald A, Kuhl P. Acoustic determinant or infant preference for parentese speech. Infant Behaviour and Development. 1987; (10):278-93.
15. Saboia C, Kupfer MC. Du jeu précoce du bébé au jeu symbolique de l'enfant. Psychologie Clinique e Projective. 2017; 1(23):177-96.
16. Saboia C, Gosme C, Viodé C, Gille M, Ouss L, Golse B. Do brincar do bebê ao brincar da criança: um estudo sobre o processo de subjetivação da criança autista. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2018; 33:1-8.
17. Cullere-Crespin G. Os sinais de sofrimento psíquico. In: Cullere-Crespin G. A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 47-69.
18. Golse B. Autismo infantil: depiste e prevenção. Rev Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental. 2005; VIII(3):428-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/Q8mn8jwNBKf8PhcB479SLPq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 set. 2023.
19. Saboia C. O brincar precoce do bebê como indicador de riscos de sofrimento psíquico. Estilos da Clínica. 2015; 20(2):181-93.
20. Croas J. Troubles depressifs, agitation ou inhibition, activité ou passivité? Psychologie Clinique e Projective. 2008; 1(14):73-108. doi:10.3917/pcp. 014.0073.

Capítulo 25

Sinais precoces de alterações no neurodesenvolvimento

Saul Cypel

A neurologia infantil e da adolescência vem tendo, nas últimas décadas, progressos em seus conhecimentos, decorrentes da evolução tecnológica, mais especificamente na área do neurodesenvolvimento e de seus transtornos (TND). Estes são consequentes a prejuízos no processo de desenvolvimento integral e integrado das funções cerebrais que poderão impactar na vida de crianças e de seus familiares.

Os comprometimentos mais importantes estão relacionados com: alterações motoras, de linguagem, de aprendizagem, desenvolvimento intelectual, também de atenção, de cognição e comportamentais. Podem se manifestar precocemente em algumas circunstâncias ou durante a primeira infância.

Entendido desse modo, deduz-se que sua abordagem deva ocorrer de maneira multidisciplinar para adequada compreensão do contexto das dificuldades, definição das orientações e medidas terapêuticas.

No entanto, decorrente das exigências acadêmicas, muitas pesquisas são excluídas porque não oferecem o devido crédito aos dados obtidos, e também dificultam comparações entre si devido utilização de metodologias inadequadas. Pode-se citar algumas razões para isso, por exemplo: coleta de dados por informações retroativas com uso de questionários, não acesso a marcadores comportamentais, número desproporcional de crianças em cada uma das faixas etárias utilizadas.

Do mesmo modo, o estudo da prevalência dos vários tipos de transtornos fica dificultado, pois advém de casuísticas inadequadas, como número pequeno de casos, metodologias incorretas, critérios conceituais e diagnósticos diversos, o que prejudica as evidências científicas.

Assim, fica inclusive bastante limitada a seleção de pesquisas para a realização de estudos de metanálise. Como exemplo desse esforço e de cuidados metodológicos rigorosos, pode-se citar o exaustivo trabalho sobre detecção precoce dos transtornos do desenvolvimento realizado por Micai, Fuceri, Caruso e colaboradores,¹ com minucioso planejamento prévio na busca de dados mais consistentes e confiáveis. Dos 1.535 artigos inicialmente selecionados e submetidos aos critérios rigorosos de inclusão, a maioria foi excluída, restando somente 8 para a elaboração do trabalho planejado.

Na maioria dos transtornos são difíceis as verificações de alterações nos 2 primeiros anos de vida, sendo mais bem identificáveis a partir dessa idade.

Diversos são os fatores que favorecem a ocorrência dessas alterações, estando envolvidos principalmente os genéticos, associados às influências do meio ambiente no qual a criança se desenvolve.