



Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica

ISSN: 1516-1498

ISSN: 1809-4414

Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do
Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de
Janeiro - UFRJ

SABOIA, CAMILA

PERCALÇOS NO PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO DO BEBÊ:
SINAIS DE RISCO DE AUTISMO OU DEPRESSÃO DO BEBÊ

Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, vol. XXII,
núm. 3, 2019, Setembro-Dezembro, pp. 319-325

Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto
de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

DOI: 10.1590/1809-44142019003007

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376562951007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PERCALÇOS NO PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO DO BEBÊ: SINAIS DE RISCO DE AUTISMO OU DEPRESSÃO DO BEBÊ?

CAMILA SABOIA 

Camila Saboia ¹

¹ Universidade de São Paulo (USP),
São Paulo/SP, Brasil

RESUMO: A clínica da intervenção precoce nos leva a questionar as *nuances* sintomatológicas entre os sinais de risco de autismo e os da depressão no bebê. Partindo-se do conceito freudiano que associa a depressão à perda do objeto, como se poderia pensar sobre o quadro depressivo no caso dos bebês que estão em processo de construção de sua relação objetal? Em ambos os casos, trata-se de um desencontro no arranjo pulsional do laço mãe-bebê, embora com características distintas, vivenciadas, sobretudo, por meio da relação contratransferencial com o analista. A partir da exposição de dois casos clínicos, discute-se em quais aspectos o retraimento relacional autístico e o depressivo do bebê convergem e se diferenciam.

Palavras-chaves: autismo precoce; depressão do bebê; intervenção precoce; psicanálise da díade mãe-bebê.

Abstract: Misteps within the development of subjectivity: autistic signs or depression in the baby? The early intervention clinic leads us to question the symptomatic nuances between the signs of risk of autism and the signs of depression of the baby. In considering the Freudian concept that associates the depression with the loss of the object, how could we think about be regarded the depressive condition of babies who are in the process of constructing their relationship to the object? In both cases, there is a mismatch in the establishment of the impulse drive between the mother and the baby which, although being distinct experienced features, are associated to the counter transfer with the analyst. On the basis of two different clinical cases, we address under which conditions the autistic withdrawal and the depression of the baby converge and differentiate one from another.

Keywords: early autism; baby depression; early intervention; psychoanalysis of mother & baby.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142019003007>

Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde estiver identificado, está licenciado sob uma licença Creative Commons (cc by 4.0)

O campo da primeira infância tem ganhado cada vez mais evidência no meio psicanalítico, constatando-se um crescente número de produções teórico-clínicas nessas últimas décadas. Hoje, sabe-se que o termo *prevenção* pode ser tomado não mais como uma tentativa de psicologizar ou normatizar o sujeito a fim de evitar a instalação de um sintoma, mas de possibilitar um espaço de acolhimento ao sofrimento do bebê, uma vez que o sintoma, segundo a perspectiva psicanalítica, é constitutivo do sujeito, por ser responsável pela expressão de seus desejos e *fantasias* inconscientes. Nesse sentido, dizemos que o conceito de prevenção na primeira infância não consiste em antecipar o aparecimento de um sintoma e, tampouco, em aniquilá-lo a todo custo, mas em proporcionar uma escuta ao pedido de apelo do pequeno *infans*. Isso implicaria antecipar ou “pre-ver” (*pré-voir*) possíveis percalços no processo constitutivo da criança, oferecendo-lhe as palavras necessárias para que ela possa dizer o que ainda não pode ser dito.

Nessa perspectiva, pudemos constatar que, nos últimos anos, a psicanálise tem se debruçado no campo da prevenção do autismo e das psicopatologias precoces da criança, embora pouco seja discutido a respeito da depressão precoce. Bernard Golse (2004) nos convoca a pensar em que medida poderíamos falar em depressão no caso de bebês que estão em pleno processo de desenvolvimento psíquico, ou seja, em pleno processo de integração de objeto uma vez que o conceito depressão, segundo a perspectiva freudiana, implicaria a noção de luto e de perda de objeto. Nesse caso, caberia o termo *depressão*? Mas, afinal de contas, poderíamos pensar que o bebê seria capaz de se deprimir em nome próprio?

Do ponto de vista metapsicológico, sabemos que, nos primeiros meses de vida, o bebê ainda não estabeleceu completamente suas relações objetais. Segundo uma perspectiva winnicotiana, é necessário, primeiramente, que o bebê vivencie a experiência de um encontro com uma mãe dita “suficientemente boa”, capaz de introduzir os objetos ao mesmo tempo em que o bebê os alucina. Esse estado alucinatório, no qual o bebê acredita ter o controle onipotente dos objetos, regido pelo paradoxo *objeto encontrado/objeto criado*, é o que permitirá que o bebê passe a diferenciar gradativamente o eu do não-eu, momento em que começa a distinguir os objetos subjetivamente percebidos dos objetos da realidade compartilhada, acedendo, assim, à zona de transicionalidade.

Nesse sentido, se partirmos do pressuposto teórico de que, nesses momentos iniciais da vida do bebê, os objetos externos e internos ainda não estariam definidos, poderíamos supor que a depressão do bebê se aproximaria mais da vivência de uma perda parcial do objeto do que de uma perda total, tal como supõe a psicanálise clássica?

Para elucidar essa questão, parece-nos importante lançar mão da noção apresentada por Lebovici, o qual postula que o “objeto poderia ser investido antes mesmo de ser percebido” (LEBOVICI, 1960, p. 150). Ou seja, considerando-se que o bebê ainda se encontra em processo de diferenciação dos objetos internos e externos, poderíamos pensar que a depressão do bebê estaria mais associada a um estado de ruptura do *investimento libidinal*, provocada mais por conta das falhas nos encontros iniciais com o objeto materno, do que pela perda, propriamente, de um objeto. Em outras palavras, poderíamos pensar numa quebra da capacidade do bebê em reconhecer e investir inicialmente nessa proto-representação do objeto materno, objeto este que serve como ponto de ancoragem para que se dê o acesso do bebê à intersubjetividade.

Nesse sentido, Bénony-Viodé e Golse (2012) ressaltam que o uso do termo *depressão* justifica-se mais em razão de suas analogias clínicas com o campo da psicopatologia do adulto do que por suas hipóteses psicodinâmicas de fato. Isso porque estaríamos mais próximos da hipótese da existência de possíveis falhas no processo de diferenciação dos objetos externos e internos do que, propriamente, da experiência da perda de um objeto vivida pelo bebê. Poderíamos também ir mais além, ao supormos que a depressão, segundo essa perspectiva teórica, nos remeteria não à vivência de um luto, mas a um estado de estresse ou de desamparo (*détresse*) do bebê ao se confrontar com a ausência de outro semelhante (*Nebenmensch*), capaz de satisfazer suas tensões pulsionais e de inseri-lo no campo do desejo e da linguagem (ANSERMET, 2010 *apud* BÉNONY-VIODÉ, 2012).

Nesse mesmo viés, podemos citar o trabalho de Laznik (2000), que postula que o retraimento do bebê seria ocasionado por um desarranjo *pulsional* da relação mãe-bebê, dada uma falha da instalação do terceiro tempo pulsional, em referência à teoria freudiana das pulsões. Por esse terceiro tempo, a autora compreende o momento em que o bebê se coloca como objeto de gozo materno, à medida que se reconhece como autor e responsável pelas sensações de prazer suscitadas em sua mãe, o que o leva a convocá-la de maneira ativa a estabelecer jogos de trocas interativas que revelariam a experiência de um prazer compartilhado, tal como nos propõe igualmente Kupfer (2015). No entanto, vale citar que, para Laznik, a distinção entre o retraimento autístico e o retraimento depressivo do bebê se daria pela incapacidade do bebê a risco autístico de aceder ao terceiro tempo pulsional. Isso explicaria o porquê de o analista ter como direção de trabalho clínico intervenções que propiciem condições para que o bebê ganhe um espécie de “injeção” pulsional, que seja capaz de levá-lo a se engajar nesse *interjogo pulsional* com sua mãe, propiciando, assim, a “revitalização psíquica” da díade. Nesse sentido, a autora enfatiza as chances de aumentar o grau de fechamento do bebê, nas situações em que

o analista tende a privilegiar apenas a escuta dos fantasmas maternos. Isso porque esse tipo de intervenção parece ganhar mais eficácia nos casos de bebês depressivos, uma vez que se observam, como pauta no discurso materno, questões mais associadas aos conflitos narcísicos e seus impasses na construção de sua função materna, sendo que o descompasso da díade culmina no próprio fechamento do bebê, que encontra, nesse estado de retraimento, sua válvula escapatória para sobreviver a essa relação desorganizadora com o objeto primário.

Carrel (2012) mostra que, 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. Carrel ainda diz 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 de vida.

Kreisler (1989) vai na mesma direção de Carrel ao elencar três aspectos que sinalizariam a experiência de *desvitalização psíquica* vivida precocemente pelo bebê: 1) quadro de retraimento interativo; 2) sinais de lentidão psicomotora; e 3) sintomas que sinalizariam um quadro de desorganização psicossomática, o que indicaria tanto um quadro de retraimento relacional como de retraimento autístico.

Golse (2006) apresenta também três diferentes maneiras de pensar a respeito da depressão no bebê, baseando-se em modelos que se entrelaçariam entre si. O primeiro destes associa-se à experiência de uma *carência quantitativa* vivenciada pelo bebê, em referência aos trabalhos de Bowlby (1951) e Spitz (1979), citados por Golse (2006), que analisam os níveis de retraimento dos bebês (*depressão anaclítica*) quando estes se encontravam privados dos cuidados de um adulto capaz de exercer a função materna.

Já o segundo modelo seria provocado pela experiência da ordem de uma *carência qualitativa* associada não à ausência real de um objeto primário, mas à sua ausência psíquica, o que nos remeteria ao conceito do “complexo da mãe morta” descrito por Green (1983). Para esse autor, a *mãe morta* estaria impossibilitada de investir libidinalmente em seu bebê em razão de seu estado *depressivo* (*dépression blanche*), o que a levaria a se relacionar com seu filho de maneira mecânica, concedendo-lhe todos os cuidados físicos necessários, sem oferecer, contudo, qualquer experiência de continência ou de reconhecimento como objeto de amor a ser investido e amado. Assim, a mãe, tomada por seu estado depressivo e por sua vivência de extremo desamparo, tenderia a se identificar com os aspectos frágeis e primitivos de seu bebê, na medida em que projeta nele seus conflitos narcísicos oriundos de suas próprias relações com os objetos parentais. Green (1983) ainda acrescenta que as respostas do bebê em direção a essa mãe, que se encontra indisponível psiquicamente, se perderiam na direção de uma espécie de *buraco psíquico*. Assim, o bebê, na tentativa de se reassegurar de que ele mesmo não caia nesse buraco, dada a experiência desprazerosa e caótica com o objeto primário, passa naturalmente a se esquivar do rosto materno, na medida em que não reconhece nele qualquer imagem de si. Tal como nos lembra Winnicott (1971/1975), ao descrever a função do rosto materno no processo constitutivo do bebê, nas situações em que este não recebe de volta o que está oferecendo, haveria uma atrofia de sua capacidade criativa e, com ela, um possível comprometimento em seu processo maturacional psicoafetivo. Vale dizer, no entanto, que Golse (2006) enfatiza o perigo de tentarmos equacionar o estado patológico da mãe com as causas da depressão do bebê. O autor postula que 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.

O terceiro modelo sobre a causa da depressão do bebê descrito por Golse (2004) é marcado pela *descontinuidade interativa*, que se fundamentaria a partir dos dois modelos descritos anteriormente. Esse tipo de quadro depressivo poderia ser suscitado tanto pela experiência relacionada à *carência quantitativa* – como no caso dos *enfants paquets*¹ que vivenciam histórias de sucessivos abandonos em contextos institucionais ou familiares – como pela *experiência qualitativa* associada à vivência 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*. Sendo assim, diante dessa falha inicial no processo subjetivo do bebê, que o impediria de investir pulsionalmente nos objetos e em seus laços afetivos e sociais, como poderíamos diferenciar esse estado depressivo do bebê de um quadro de um autismo precoce em curso? 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? Para que possamos elucidar

1 Crianças-pacotes (tradução livre da autora).

essas questões, propomo-nos a refletir sobre a diferença entre os sinais de risco de autismo e os de depressão no bebê a partir de duas vinhetas clínicas descritas a seguir.

ARTHUR

Arthur chegou ao consultório com aproximadamente três 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”² junto à médica a dificuldade que vivenciava em captar a atenção de seu filho e em estabelecer trocas de olhares com ele.

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, num 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 com leves trocas de olhares que impediam qualquer possibilidade de uma *protoconversa*³. Numa determinada sessão, ocasião em que Arthur contava com quatro 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 se levanta da poltrona, embala-o em 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 num estado de intenso fechamento, o que revela uma indisponibilidade quase absoluta de ir ao encontro da figura materna, apesar de toda convocação e estimulação da mãe. A passividade e indiferença de Arthur em se engajar num jogo lúdico e prazeroso com sua mãe nos levam a pensar que estamos diante de um bebê que apresenta um quadro de um retraimento do tipo autístico (SABOIA, 2015, 2018).

Assim, o trabalho realizado nos primeiros meses de tratamento foi norteador por intervenções que possibilitaram tirar a mãe de um estado de sideração. Esse estado é descrito por Crespín (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.

Constatamos assim 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, 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 com mais acuidade para as 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 suas próprias palavras. Na realidade, tanto a mãe quanto o pai de Arthur frequentemente relatavam o quanto era custoso e trabalhoso sustentar o olhar e a 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 sinalizar a ausência do terceiro tempo pulsional descrita por Laznik (2000), 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.

Em aproximadamente cinco meses de trabalho analítico, ainda era raro testemunhar momentos em que

2 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.

3 O termo “protoconversa”, denominado pela neurolinguística C. Bateson (1979), corresponderia ao diálogo pré-verbal estabelecido entre mãe-bebê. Os bebês, desde muito cedo, mostram-se muito atentos às expressões do rosto materno, ao mesmo tempo em 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.

se constatava a vivência de um prazer compartilhado ou de um encontro de brincar a dois entre Arthur e sua mãe. 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 da 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. Ao longo do primeiro ano de vida, Arthur começou a mostrar pequenos esboços de sua capacidade simbólica a partir de brincadeiras de faz de conta, embora ainda sejam constatadas certa pobreza simbólica e dificuldades na linguagem, que persistiram até aproximadamente seus três anos e meio de vida.

JOSÉ: UM BEBÊ DEPRIMIDO?

José chegou para atendimento com um ano e três meses, momento em que começou a frequentar o berçário. Foram os profissionais dessa instituição que sugeriram aos pais que procurassem uma avaliação neurológica e psicológica para o filho, devido a seus comportamentos de isolamento, movimentos repetitivos com objetos e hipotonia, acompanhados de um leve atraso psicomotor. No primeiro encontro com José e seus pais, deparei-me com um bebê que procura se isolar no canto da sala, mas que, curiosamente, responde quando a mãe o chama. Percebo que se interessa pelos brinquedos disponíveis no tapete, mas suas explorações restringem-se a fazê-los rodar repetitivamente, movimentos marcados por uma lentidão em seus gestos que acarreta a impressão de uma ausência de investimento pulsional nas suas brincadeiras e explorações. Além disso, percebo um comprometimento de sua atenção compartilhada: José pouco sustenta o olhar, não vocaliza e, quando tenta se deslocar no chão, arrasta-se em movimento lentos que revelam uma desvitalização excessiva de seu corpo.

No entanto, atento para o fato de que, nos movimentos de retraimento de José, não percebo indícios de um comportamento de extrema ausência ou “desconexão”, já que, diante de minha aproximação, ele não se mostra indiferente à minha presença ou às minhas intervenções. Curiosamente, ele também busca de maneira espontânea o olhar do outro ao se esconder atrás da poltrona, num convite de brincar de esconde-esconde.

A mãe conta como foi perturbador o período do nascimento do bebê, diz que se sentiu extremamente fragilizada e decepcionada com sua própria mãe, que não se mostrou disponível para ajudá-la. O estado de profundo desamparo vivenciado pela mãe de José parece se manifestar em suas dificuldades de sair com seu bebê, sentimento que foi amenizado apenas ao longo do primeiro ano de tratamento. As sensações de pânico e de medo vivenciadas pela mãe de José eram associadas ao seu receio de ser julgada e observada como uma mãe “*não atenta ao seu bebê*” e “*atrapalhada*”. Essa frase parece revelar seu próprio receio de se identificar com sua mãe, a quem descreve como “*uma mãe presente, mas indisponível e distante*”; uma mãe nomeada por ela como “*imprevisível e invasiva*”, que também vivera, tal como sua filha, mãe de José, a experiência de uma maternidade não planejada e não desejada, numa repetição de histórias transgeracionais. Pareceu-nos que a mãe de José, ao se deparar com um bebê que pouco demandava e pouco sorria, identificava-se com esse bebê triste e não desejado, tal qual fora um dia – um bebê sem espaço e sem lugar que, literalmente, teve de ser escondido de seus avós maternos até o sétimo mês de gestação.

Nas sessões, José reagia ao estado de extremo desamparo e tristeza de sua mãe, evitando sistematicamente seu olhar, alternando com momentos em que buscava se isolar ao se refugiar na casinha de brinquedo encostada num canto da sala, ou com explorações repetitivas com os objetos. Ao longo do tratamento, ficou claramente perceptível o quanto José respondia mais facilmente, com sorrisos e gracinhas, às convocações do pai e mesmo da analista do que às de sua mãe. Isso nos levava a pensar que essa recusa seletiva ao olhar e ao rosto materno talvez demonstrasse o quanto esse rosto materno pareceu ter mais uma função desestabilizadora do que organizadora para José.

Havia também momentos em que se agarrava ao peito de sua mãe para mamar de modo abrupto e violento, sem, contudo, demonstrar qualquer gesto que sinalizasse um pedido de colo ou uma busca pelo olhar materno. Essas cenas revelavam momentos de intensos desencontros entre mãe e filho, explicitados pela fala da mãe de José, que dizia sentir-se “*abusada*” por ele, pois tinha a impressão de que seu filho a via apenas como um “*peito*”, já que não percebia que ele a procurava por querer estar com ela.

Ao que parece, para a mãe de José, os registros das experiências de encontros e cuidados maternos remetiam mais aos registros e trocas com sua avó materna, que falecera pouco antes da chegada de José. A mãe relata que a “*naninha*” de seu filho foi um presente daquela em seu último encontro e que, desde seu nascimento, sempre o estimulou, até de maneira insistente, para que a elegesse como seu brinquedo predileto. Compreendo este fato como uma tentativa dessa mãe de presentificar a ausência de sua avó, de modo que a naninha parecia ter um caráter de objeto transacional não apenas para José, mas, sobretudo, para ela mesma.

Os primeiros meses de trabalho com essa dupla mãe-bebê foram direcionados para a proposta de oferecer

um espaço em que essa mãe pudesse ser cuidada e amparada; e muitas foram as sessões nas quais me vi com fantasias de querer embalá-la e acalenta-la no colo. Essa demanda por cuidados primários que a mãe suscitava na minha relação contratransferencial com ela era tão presente que, durante uma sessão em que a mãe oferecia almoço a José, deparei-me com a cena em que cometo um lapso ao oferecer uma colherada de comida à mãe e não a José, que tivera seu almoço interrompido, sem que a mãe percebesse, ao se ver absorvida seu estado de extremo cansaço e angústia.

Ao longo do trabalho analítico, à medida que a mãe parecia mais confiante em sua capacidade de exercer a função materna, José apresentava maiores sinais de uma evolução clínica. Por volta dos 18 meses após dar início a um trabalho de integração sensorial, com uma psicomotricista, ele passou a sustentar melhor seus laços com os outros e também a buscar, de maneira mais espontânea, o colo de sua mãe, e seu corpo pareceu ganhar mais vitalidade com produções de movimentos mais harmônicos, que se refletiam na maneira como se dirigia aos objetos e brinquedos. José passou também a se deitar e a rolar no chão, em explorações sensoriais que demonstravam suas descobertas de um corpo que tomava forma e vida, experiências que revelavam seu movimento na construção de uma imagem corporal e sua capacidade de aceder ao campo da linguagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Golse (2006) 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, tal como pudemos observar a partir da discussão dos casos de Arthur e de José, respectivamente. Isso implica a importância da capacidade do analista para distinguir se os transtornos psicossomáticos expressos pelo *infans* estariam funcionando ainda em *prol da vida*, numa 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-pression*, 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 (SABOIA, 2015, 2018). Dizemos que o trabalho na clínica da intervenção precoce, que condiz com a clínica dos primórdios do aparelho psíquico, nos convoca a nos debruçar sobre os aspectos psicossomáticos do bebê, levando o analista a atuar de maneira mais ativa, ao lançar mão de suas próprias experiências psíquicas suscitadas na relação transfero-contratransferencial⁴ com o bebê. Isso implicaria, por exemplo, pensar que, da mesma maneira que é necessária a presença de uma mãe suficientemente boa capaz de se oferecer como “continente psíquico” à medida que empresta seu aparelho psíquico para dar corpo ao psiquismo do bebê em construção, o analista de bebês também é convocado a emprestar seu aparelho psíquico a este, a fim de potencializar suas trocas afetivas para que um verdadeiro encontro com o objeto materno e com o mundo seja possível. Esse empréstimo, digamos assim, não pode acontecer sem que haja um mergulho psíquico do analista na relação com o bebê, pois seria graças a essa vivência da relação tranfero-contratransferencial que, segundo Golse (2004), o analista poderia compreender se o retraimento do bebê estaria ainda associado à ordem da pulsão de vida, ou se já estaria funcionando sob a ordem da pulsão de morte.

Em relação ao caso de Arthur, por exemplo, era perceptível sua recusa ativa a um convite de troca com o adulto, ou seja, qualquer feixe de abertura a um contato que possibilitasse a sustentação de um laço era extremamente custoso, tal como descrito pelos pais. Ao contrário de José, que facilmente conseguiu estabelecer uma relação rica e confiável com a analista, o que lhe permitiu constatar que haveria um modo mais prazeroso de experienciar suas vivências com o adulto. Foi o que pôde vivenciar, posteriormente, com sua mãe, à medida em que ela passou a exercer seu papel de mãe suficientemente boa, capaz de oferecer a José o *holding* necessário para seu desenvolvimento e maturação psíquica. No entanto, isso só foi possível após ser sustentada psiquicamente pela analista, graças ao trabalho da intervenção precoce, o que reforça a ideia de que esta seria a clínica do *holding* (BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997).

Além disso, podemos inferir que, no caso de José, ele talvez contasse com mais recursos psíquicos, o que

4 O conceito “relação transfero-contratransferencial” ganha importância na psicanálise por volta dos anos 50, quando ele passa a ser considerado não apenas como uma interferência negativa ou um obstáculo para a escuta do analista, mas um dispositivo que acrescenta à capacidade interpretativa daquele. Assim, o psicanalista passa a considerar que os sentimentos que o paciente lhe suscita, a partir da relação transferencial, 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.

nos leva a supor que seu retraimento com traços depressivos foi um apelo de socorro para expressar seu sofrimento de ter como objeto primordial essa “mãe morta”, em alusão ao termo descrito por Green (1983). Isso nos mostra que José tinha o registro de um prazer compartilhado com o outro, mesmo que este se tenha apresentado de maneira falha, em decorrência dos percalços maternos na construção de sua parentalidade. Percalços estes que não se limitaram apenas ao estado depressivo da mãe, mas de todo o ambiente caótico e imprevisível no qual estava inserido, onde nenhum adulto conseguia desempenhar um papel que pudesse propiciar a continuidade dos cuidados maternos quando estes não podiam ser respondidos por sua mãe, dada a vulnerabilidade de seu estado psíquico. No entanto, parece-nos que José rapidamente encontrou na figura do analista um adulto a quem ele poderia se endereçar e vivenciar a experiência de confiabilidade necessária para sua construção subjetiva. Diferentemente de Arthur, que desde muito cedo mostrou sua recusa em estabelecer trocas com o objeto materno, ou mesmo com os adultos que o convocavam, seu fechamento precoce parece ilustrar a hipótese atualmente sustentada de que a etiologia do autismo seria multifatorial, o que abarca tanto uma possível predisposição genética como uma particularidade na organização do equipamento neurobiológico que leva o bebê a desenvolver um estilo interacional e relacional particular (Crespin, 2004). Diante desse retraimento do tipo autístico, tivemos de direcionar nossas intervenções na urgência de vitalizar esse bebê para que sua mãe não desistisse, mesmo que de maneira inconsciente, de seu filho, que não respondia a ela e não a “alimentava narcisicamente”. E, por meio desse “banho pulsional”, ofertamos possibilidades para que a dupla mãe-bebê possa finalmente vivenciar a experiência de um prazer compartilhado. Pudemos, ao final, constatar que, em ambos os casos, foi necessário, primeiramente, narcisar essas mães, potencializando-as em sua função de objeto primordial para que pudessem *re-investir* em suas relações com seus bebês, relações estas interrompidas ou fragilizadas, por razões diferenciadas.

Assim, concluímos que, independentemente do caráter do retraimento – seja ele do tipo autístico ou depressivo – pudemos constatar que a qualidade do encontro inicial com o objeto materno é o que de fato irá balizar esse processo constitutivo do bebê. Tal como dizia Freud (1895/1979), desde 1895, seria graças ao encontro com o outro semelhante (*Nebenmensch*) que o bebê se tornaria um sujeito desejante e participativo na construção de suas relações objetais, tornando-se, assim, capaz de vivenciar a experiência de continuidade e de confiabilidade do mundo, passando a ter certeza, enfim, de que a vida vale a pena ser vivida!

Recebido em: 9 de junho de 2018. **Aprovado em:** 20 de julho de 2019.

REFERÊNCIAS

- BENAVIDES, F.; BOUKOBZA, C. A clínica do holding. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997, p. 89-106.
- BÉNONY-VIODÉ, C.; GOLSE, B. *Psychopathologie du bébé*. Paris, France: Armand Colin, 2012.
- 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.
- 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.
- FREUD, S. L'Esquisse (1895). In: FREUD, S. *La naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1979, p. 307-396.
- GOLSE, B. *L'être-bébé*. Paris: PUF, 2004.
- GREEN, A. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1983.
- KUPFER, M. C. M. O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: KRAMER, M., MARIOTTO, R.; VOLTALINI, R. (Dir.) *Psicopatologia da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Escuta, 2015, p.169-184.
- LAZNIK, M.-C. La théorie lacanienne de la pulsion permettrait de faire avancer la recherche sur l'autisme. *La Célibataire*, (1), 2000, 67-78.
- LEBOVICI, S. La relation objectale chez l'enfant. *La Psychiatrie de L'enfant*, 8(1), 1960, 147-226.
- ROUSSILLON, R. *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris, France: PUF, 2008.
- SABOIA, C. et al. Do brincar do bebê ao brincar da criança: um estudo sobre o processo de subjetivação da criança autista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, p. 1-8, 2018.
- SABOIA, C. O brincar precoce do bebê como indicador de riscos de sofrimento psíquico. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 181-193, 2015.
- STERN, D. N. *Le monde interpersonnel du nourrisson* (1985). Paris, France: PUF, 2006.
- WINNICOTT, D. W. *Jeu et réalité* (1971). Trad. C. Monod e J.-B. Pontalis. Paris: Gallimard, 1975.

Camila Saboia

Universidade de São Paulo (USP), Professora Convidada do Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Programa de Pós-Graduação, São Paulo/ SP, Brasil. camila_saboia@hotmail.com