

O sofrimento psíquico na primeira infância: nem tudo é autismo

Leda Mariza Fischer Bernardino

Partimos de uma constatação preliminar: quando aparecem sinais de risco na primeira infância, a prática médica diagnóstica atual situa rapidamente o bebê ou a criança pequena no chamado “espectro autista”.

A partir da posição psicanalítica, criticamos essa generalização: em primeiro lugar, tomando apoio na psicopatologia clássica, que descreve uma variedade de quadros clínicos na primeira infância, o autismo sendo apenas um entre eles. Em segundo lugar, porque, diferentemente do discurso dominante da psiquiatria geral hoje, não se deveria reduzir o psiquismo ao cérebro. Em psicanálise, concebe-se o psiquismo como resultante de um processo. Certamente, no aspecto orgânico, o cérebro é a superfície material essencial para a impressão dos registros psíquicos, mas estes somente serão passíveis de registro se houver um processo de constituição do sujeito, a partir da relação que vai se estabelecer entre o bebê e o agente transmissor do sistema

simbólico, que faz a marca diferencial dos humanos. Sendo assim, fazemos um alerta: nem tudo se resume ao neurodesenvolvimento, nem tudo é autismo!

Explicemos um pouco mais esse alerta a partir da consideração de dois fatores: a extrema maleabilidade das estruturas psíquicas na infância (a chamada “neuroplasticidade” tão propagada pelas neurociências) e a potência das inscrições fundamentais, que já fora apontada por Freud desde seus primeiros estudos¹.

Portanto, a avaliação diagnóstica na primeira infância deve ser encarada com muita cautela. Evidentemente, podem se detectar sinais de risco, de modo a chegar a proposições diagnósticas. No entanto, essas proposições só deveriam ser entendidas como hipóteses sobre o processo de constituição psíquica da criança. Esse processo, que se desdobra por todo o tempo da infância, pode ter seu curso obstaculizado ou paralisado, resultando em sofrimento psíquico para a criança. Nesse caso, o entendimento seria de que a criança está mobilizando defesas – os sinais de risco – contra o perigo do aniquilamento da falta de sentido para si mesma. Tais hipóteses de riscos, sempre a reavaliar, teriam por finalidade principal o encaminhamento da criança para uma intervenção a tempo, mobilizando o que em psicanálise se entende como uma aposta no sujeito que ainda não está ali, mas que se supõe que surgirá.

Essa intervenção traz consequências tanto para a estruturação psíquica da criança quanto para o seu desenvolvimento, partindo dos pressupostos de que os aspectos estruturais – o psiquismo, tanto no aspecto material quanto simbólico – organizam os aspectos evolutivos – as diferentes áreas do desenvolvimento – e de que, na infância, a estrutura não está decidida, está se constituindo.

¹Desenvolvemos detalhadamente esses pontos no capítulo: A questão do diagnóstico na primeira infância: entre a indicação de risco e a definição de um destino. In: VOLICH, Rubens M.; RANÑA, Wagner; LABAKI, Maria Elisa P. (Org.). *Psicossoma V: integração, desintegração e limites*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. p.347-353.

O que queremos salientar é que esta ideia de detecção precoce não vai conduzir ao diagnóstico precoce, já que, como dissemos, na primeira infância não há ainda a possibilidade de decisão estrutural na criança. O desfecho clínico possível para uma criança nesse momento seria a *presença de sinais de risco*, para alertar quanto à necessidade de acompanhamento da criança do ponto de vista psíquico; ou pela conclusão de que *o processo de estruturação psíquica da criança está em curso*. Este foi o desfecho clínico proposto pela Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil² da qual participamos.

Tal posição evita o que muitas vezes ocorre como consequência da posição de profissionais que trabalham com um diagnóstico fechado e peremptório: a predição de uma psicopatologia que, uma vez diagnosticada, passa a ser esperada e tratada de tal maneira que fica difícil dizer se o diagnóstico estava correto ou, em um efeito inverso, acabou produzindo a dita psicopatologia, como já discutimos em outro texto³.

Um elemento que contribui para a conclusão diagnóstica culminar no quadro clínico do autismo é a predominância do sintoma de evitamento de contato, ou de evitamento do olhar, do bebê e da criança pequena em sofrimento. Ora, as pesquisas nos mostram que evitar o contato, retraindo-se, é uma defesa básica que os bebês acionam quando se sentem em perigo. Trata-se do chamado “retraimento relacional”.

Descrito por Engel e Reischman em 1956, o retraimento relacional é a “ação de se fechar sobre si mesmo, de se afastar como

²KUPFER, Maria Cristina M.; JERUSALINSKY, Alfredo; BERNARDINO, Leda Mariza F.; WANDERLEY, Daniele B.; ROCHA, Paulina S. B.; MOLINA, Sílvia E.; SALES, Léa M.; STELLIN, Regina, PESARO, Maria Eugénia; LERNER, Rogério. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v.6, n.1, p.48-68, maio 2009.

³BERNARDINO, Leda M.F. Do erro de renunciar ao sujeito à possibilidade de resgatá-lo: a potencialidade psíquica na primeira infância. In: BARBOSA, Denise (Org.). *A clínica psicanalítica de crianças e bebês: relatos de uma práxis*. Alagoinhas, Bahia: Balbucio, 2021. p.137-149.

para se defender, para preservar sua personalidade”⁴. Segundo estes mesmos autores, seria uma defesa psíquica ligada a um mecanismo de base biológica, próprio à evolução humana, que se pode tornar uma estratégia de defesa durável.

Interessante notar que esses autores, ambos médicos, referem-se a algo já descrito por Freud em seu texto “Projeto para uma psicologia científica”⁵: uma barreira de proteção contra os estímulos externos própria do *real Ich*. Nesse texto, Freud denomina de eu real o que seria uma espécie de modelo arcaico do psiquismo; e que Lacan⁶ identifica como o Sistema Nervoso Central em um funcionamento automático, sem ainda os marcadores de linguagem, que transformarão o protossujeito em um habitante do campo simbólico.

Antoine Guedenay⁷, psiquiatra e psicanalista, resgatou com outros colaboradores este conceito, que ele julga “mais amplo e mais operacional que o da depressão precoce, e que pode aparecer como anunciador da depressão”. Os sintomas de retraimento relacional, segundo este autor, são: recusa de contato, evitamento do olhar, ausência de jogos e de vocalizações, imobilidade, angústia nítida diante de estranhos, nenhuma estratégia identificável, nem protesto nem evitamento diante da separação ou reunião com seus pais.

Para esse autor, as causas do retraimento estariam ligadas a interações pais-bebê perturbadas. Por exemplo, casos de mães

⁴ENGEL, George L.; REICHSMAN, Franz. Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with gastric fistula: a contribution to the problem of depression. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, n.4, p.428-452, 1956. Tradução nossa para fins deste texto.

⁵FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica [1895]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v.I, p.422.

⁶LACAN, Jacques. *O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979. p.156.

⁷GUEDENAY, Antoine; DUMOND, Caroline; GRASSO, Francesco; STARAKIS, Nafsica. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant: du concept à l’outil diagnostique. *Médecine Sciences*, v.20, n.11, p.1046-1049, 2004. p.1047. Tradução nossa para fins deste texto.

deprimidas, muito intrusivas, pouco sensíveis às necessidades da criança; ou casos de crianças pouco responsivas aos investimentos parentais.

Para Guedenay e seus colaboradores, o chamado retraimento relacional durável está presente em uma grande variedade de psicopatologias do bebê e da criança pequena: dor crônica, depressão, autismo, distúrbios do apego, síndromes pós-traumáticas, distúrbios sensoriais. Observemos aí que o autismo é uma das psicopatologias, e a mais rara delas em termos de incidência, se nos referirmos aos critérios diagnósticos pré-*DSM V*⁸.

Vale ressaltar que o estudo e a constatação de que um bebê é capaz de sofrer do ponto de vista psíquico são relativamente recentes. Talvez possamos pensar que essa dificuldade de reconhecer sofrimento psíquico em bebês ainda se apresente atualmente, uma vez que se continua negando a existência de outra psicopatologia que não seja a do autismo, um quadro clínico predominante no *DSM V* para a primeira infância e ligado a fatores de origem orgânica, no contexto do neurodesenvolvimento.

Foram necessários os importantes estudos, datados do período pós-guerra, de Dorothy Burlingham, Anna Freud, John Bowlby, John Robertson e, na França, de Myriam David e Geneviève Appel para que a dor psíquica dos bebês e das crianças pequenas fosse constatada. Seus trabalhos permitiram que a comunidade científica reconhecesse que um bebê pode também experimentar a tristeza e se deprimir, ou seja, ele também pode ter dor psíquica.

⁸Como observa Kupfer, as estatísticas sobre a incidência do autismo aumentaram significativamente nos últimos anos, principalmente com as categorias diagnósticas do *DSM V* (KUPFER, Maria Cristina M. O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria M.; VOLTOLINI, Reinaldo (Org.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta, 2015. p.169-184).

Este reconhecimento do sofrimento dos bebês e de sua sintomatologia ocorreu principalmente após os estudos pioneiros e célebres na área da carência afetiva e das separações precoces realizados por René Spitz. Ele fala de doenças decorrentes de carência afetiva no bebê, em um capítulo que se tornou clássico, publicado em seu livro *O primeiro ano de vida*⁹. Ali cunhou o conceito de “Depressão Anaclítica”, descrevendo como bebês de 6 a 18 meses reagem após uma separação brutal do seu adulto tutelar: choro, retraimento e indiferença, regressão do desenvolvimento, vários sintomas somáticos, sendo o risco mais grave o hospitalismo, que levaria ao marasmo e à morte.

Bowlby¹⁰, por sua vez, trata do que chamou de “Distúrbios do apego”, situando-os entre 5 meses e 3 anos, e que teriam como sintomas uma sequência comportamental em três fases, que ele descreve em detalhes: protesto, desespero e desapego. Bowlby destaca três pontos: a angústia desencadeada pela separação, os processos de luta contra essa angústia (cólera, agitação, protesto) e, por fim, a depressão.

Neste âmbito das carências que podem marcar a vida de um bebê e de uma criança pequena, temos vários contextos, segundo Golse¹¹:

- *as carências quantitativas*, que se referem à ausência física dos objetos relacionais principais (estudos de Spitz, Burlingham, A. Freud, Bowlby, Robertson);
- *as carências qualitativas*, que remetem à indisponibilidade psíquica dos objetos relacionais principais (depressão materna, doença na família); e
- *as descontinuidades interativas*, que ocorrem nos casos de imprevisibilidade materna (mães *borderline*, mães psicóticas, cujos comportamentos são disruptivos, impulsivos e impossíveis de antecipar por parte dos filhos).

⁹SPITZ, René. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

¹⁰BOWLBY, John. *Loss, sadness, depression*. London: Hogarth Press, 1980.

¹¹GOLSE, Bernard. *L'être bébé*. Paris: P.U.F., 2007. p.174-176.

O conceito de retraimento relacional está em consonância com mecanismos de defesa precoces que foram descritos em pesquisas nas quais, diante de situações muito adversas, os bebês reagem através de: congelamento, recusa, falta de reação à separação, ausência de demonstrações de desespero, como descreve Selma Fraiberg¹².

Experimentos como o chamado *Still face* (rosto imóvel), em que bebês são colocados diante de adultos tutelares que não reagem à sua presença, demonstram como o retraimento é utilizado como defesa precoce diante desta situação insólita. Da mesma forma, experimentos de dessincronização, ou seja, de violação do ritmo da interação pela não integração voz/imagem, têm o mesmo efeito e provocam a mesma sequência de reações do rosto imóvel¹³.

Além destes experimentos que trazem luz ao sofrimento psíquico dos bebês no que se refere à carência ou desamparo diante dos adultos tutelares, contamos atualmente com muitos estudos clínicos de psicanalistas que atuam na clínica psicanalítica com bebês e crianças pequenas, que nos ajudam a entender como eles sinalizam sua dor.

Graciela Crespin¹⁴ situa no campo pulsional sintomas que se manifestam de duas maneiras principais: o que ela denomina de “série barulhenta”, com sofrimentos atrelados às funções corporais bem visíveis e cumprindo realmente o papel de apelos ao outro; e a dita “série silenciosa”, em que os sintomas são sutis, em bebês mais passivos e que fazem pouco apelo.

Assim, no plano da pulsão oral, Crespin apresenta a série “barulhenta” com a recusa alimentar, anorexia; e a série “silenciosa” com a passividade ao se deixar alimentar.

¹²FRAIBERG, Selma. Pathological defenses in infancy. *Psychoanal. Q.* n.51, p.612-635, 1982.

¹³MARCELLI, Daniel; COHEN, David. *Infância e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.45-46.

¹⁴CRESPIN, Graciela. Os sinais de sofrimento precoce. In: _____. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.47-75.

Já no plano da especularidade (pulsão escópica), teríamos, ainda segundo Crespín, a série “barulhenta”, com o evitamento seletivo do olhar; e a série “silenciosa” com a não fixação do olhar (estrabismo).

No plano da pulsão invocante, teríamos a série “barulhenta” com a persistência de gritos inarticulados; e a série “silenciosa” com a cessação do apelo do bebê.

No que tange à função do sono, a série “barulhenta” contemplaria os distúrbios do sono (dificuldades para adormecer, despertar com choro); e a série “silenciosa” a hipersonia e insônia calma.

No registro tônico-postural, implicando falhas no diálogo tônico postural mãe-bebê, teríamos a série “barulhenta” com as hipotonias e hipertonias; e a série “silenciosa” com os balanceios, a autossensorialidade e as estereotipias.

Como podemos perceber, os bebês e crianças pequenas têm maneiras diversas de expressar seu sofrimento, algumas mais visíveis, outras mais sutis; mas não podemos negar que o que apresentam em seus corpos, na regulação de suas funções, no seu desenvolvimento, diz respeito a um mal-estar que se situa além do registro orgânico. Eles conseguem sinalizar que algo está errado com o que dispõem na relação com o outro: seu corpo. Segundo Bénony e Golse, “o corpo do bebê representa a via real de acesso aos processos de simbolização, de subjetivação, de semantização e de semiotização na espécie humana”¹⁵.

No entanto, nem sempre os apelos dos bebês são ouvidos pelos outros que os cercam, e então, como já vimos acima, o retraimento relacional parece a única saída possível e pode se cristalizar. Como afirmam Guedenay e colaboradores: “O comportamento de retraimento é também um dos mais estáveis,

¹⁵BÉNONY, Christelle; GOLSE, Bernard. *Psychopathologie du bébé*. Paris: Armand Colin, 2007. p.9. Tradução nossa para fins deste texto.

apesar das modificações importantes que se produzem nos três primeiros anos da vida”¹⁶.

Retomemos os diferentes quadros descritos por Guedenay e colaboradores que podem ter como sintoma principal o retraimento relacional durável: dor crônica, depressão, autismo, distúrbios do apego, síndromes pós-traumáticas, distúrbios sensoriais.

Bebês que sofrem de distúrbios orgânicos de difícil diagnóstico contam, hoje, com técnicas diagnósticas mais sofisticadas para detectar distúrbios gástricos, alergias alimentares, refluxo gastroesofágico, mas muitos bebês sofrem até que se chegue a um diagnóstico correto que permita um alívio para a dor. O retraimento está presente nestas situações em que o bebê se desencanta com a possibilidade de o outro lhe trazer uma resposta ao seu mal-estar, seja físico ou psíquico¹⁷. Para Gauvain-Piquard e Menier¹⁸, crianças com dor crônica que não têm ainda condições de verbalizar seu sofrimento físico apresentam um retraimento relacional importante.

Da mesma forma, bebês que apresentam distúrbios sensoriais mais sutis, não facilmente detectáveis, podem apresentar um retraimento diante da falta de sincronia da sua comunicação auditiva, visual com seu entorno. Guedenay e colaboradores¹⁹ apresentam um exemplo: “pudemos detectar uma ambliopia em uma criança de sete meses e ver seu retraimento relacional desaparecer rapidamente com o uso de óculos e com a estimulação”.

As chamadas “síndromes pós-traumáticas” podem se referir a bebês que viveram tragédias, acidentes, junto com suas famílias, e cujos familiares estão tomados de tal modo pela resolução das

¹⁶GUEDENAY, Antoine et al. Comportement de retrai relationnel du jeune enfant..., op. cit., p.1048.

¹⁷Ver, neste mesmo volume, a articulação entre autismo e dor apresentada por M.C. Laznik em seu rigoroso artigo.

¹⁸GAUVAIN-PIQUARD, Annie; MENIER, Michel. *La douleur de l'enfant*. Paris: Calmann-Levy, 1994.

¹⁹GUEDENAY, Antoine et al. Comportement de retrai relationnel du jeune enfant..., op. cit., p.1049.

crises decorrentes desses fatos tão dificilmente vividos, que não percebem o quanto seu bebê foi psiquicamente atingido. Na falta de palavras e de conforto para se ressituar no mundo após fatos tão marcantes, alguns bebês podem se fechar em um retraimento relacional. Tive a oportunidade de atender um garotinho de 3 anos, em situação de retraimento, que estava no México com sua família no momento do último grande terremoto que acometeu o país. Em sua sessão de análise, ele pôde, *a posteriori*, reviver o sofrimento de estar longe de sua mãe quando tinha um ano e meio, naquele acontecimento trágico: eles só se encontraram um dia depois.

No que se refere ao diagnóstico diferencial, com relação à dor crônica ou questões sensoriais, há a necessidade de investigações médicas aprofundadas.

Da mesma forma, é imprescindível identificar a situação de carência e organizar, juntamente à família, a suplência necessária, seja material, seja psíquica. No que tange às síndromes pós-traumáticas, um trabalho de escuta dos pais possibilita a identificação da situação traumatizante que pode ter precipitado o retraimento, para dar margem ao trabalho de elaboração necessário.

Vamos agora nos deter nos dois principais quadros psicopatológicos que apresentam como sintomatologia central o retraimento relacional: a depressão e o autismo.

A depressão do bebê, embora admitida atualmente, continua sendo um conceito difícil de definir. Paradoxalmente, a semiologia está “no que falta”²⁰: ausência de variações afetivas, de vivacidade, de entusiasmo; mobilidade e expressão vocal reduzidas; retraimento relacional e letargia – sintomas que contrastam com a vitalidade e a apetência relacional do bebê com boa saúde.

²⁰MARCELLI, Daniel; COHEN, David. Episódio depressivo e “doença depressiva” na infância. In: _____. *Infância e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.285-303.

Atualmente, pode-se afirmar que há um consenso quanto a relacionar a depressão do bebê à depressão materna²¹. Winnicott²² já descrevera os efeitos nefastos da depressão da mãe, que poderiam representar um choque (*impingement*) sobre o desenvolvimento do bebê, com risco de distorções do desenvolvimento da personalidade da criança, principalmente o que ele nomeia de *falso self*...

Um bebê necessita absolutamente do outro cuidador para responder ao seu desamparo, não só biológico, mas também simbólico. É no olhar do agente da função materna que o bebê pode encontrar sustentação para o que ele ainda incipientemente é; o que o olhar materno lhe devolve é essencial para ele se encontrar. Nos casos de depressão materna, a mãe está ela mesma em uma situação de retraimento, voltada para seu mundo interno e suas questões psíquicas, à sua revelia. Seu olhar é vazio com relação ao bebê, não consegue investir nele. Para o bebê, olhar para esta mamãe de olhar vazio é confrontar-se com o aniquilamento. Como afirma Boukobza²³: “Se o olhar da mãe reenvia o bebê somente ao seu estado psíquico, ele se encontra em uma verdadeira situação de desamparo”. Nos casos de depressão materna grave, “a criança não é falicamente investida e a libido se retira totalmente para o eu. O bebê se torna um importuno, um perturbador que usurpa o espaço psíquico da mãe”²⁴. E continua Boukobza²⁵: “a mãe deprimida, não somente não pode responder deste lugar de Outro onde ela seria esperada, mas, frequentemente, tem uma atitude de recuo ou de rejeição diante desta criança que a intima a responder e que ela vive como persecutória”.

²¹GUEDENAY, Antoine et al. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant..., op. cit., p.1047.

²²WINNICOTT, Donald W. Psychoses and childcare. In: _____. *Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock Publications, 1958. p.219-228.

²³BOUKOBZA, Claude. Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, ano IV, n.4, p.16-27, dez. 2000. p.23.

²⁴Id., *ibid.*, p.17.

²⁵Id., *ibid.*, p.26.

Como já havíamos alertado em outro trabalho²⁶, para a mãe depressiva, “a vinda do filho não basta para lhe dar vontade de viver ou para quem a presença do filho, por determinações inconscientes em sua história arcaica, desencadeia uma reação depressiva”. E continuávamos: “A relação com uma mãe com esta dificuldade pode instalar o bebê em um quadro depressivo, chegando até a desencadear nele reações sintomáticas de evitamento ao contato que podem ser confundidas com uma sintomatologia autística”.

Para o bebê, retrair-se, ensimesmar-se, é proteger-se dessa ameaça. Como afirma Saboia²⁷:

[...] os conflitos narcísicos associados à parentalidade ganham uma força devastadora na relação mãe-bebê, o que 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.

Assim, na falta do investimento fálico, a constituição do narcisismo do bebê fica extremamente abalada e os sintomas depressivos se revelam também nele, interferindo de maneira importante na sua relação com o meio ambiente e, por consequência, em todo seu desenvolvimento. Daí a extrema importância de se detectar as dificuldades do vínculo mãe-bebê e, principalmente, de identificar e tratar a depressão materna, ao mesmo tempo em que se busca uma suplência da função materna quando o agente principal não está conseguindo ocupar o seu lugar – à sua revelia, lembremos.

Assim, diante dos sintomas de retraimento relacional, é imprescindível uma investigação clínica e do ambiente, para poder identificar do que se trata. O primeiro ponto refere-se à

²⁶BERNARDINO, Leda M.F.; LAZNIK, Marie-Christine; ARAÚJO, Gabriela X. Vicissitudes do encontro mãe-bebê: um caso de depressão. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n.35, p.49-56, 2011. p.50.

²⁷SABOIA, Camila. Percalços no processo de subjetivação do bebê: sinais de risco de autismo ou depressão do bebê? *Agora*, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.319-325, set./dez. 2019. p.321.

durabilidade do retraimento relacional. Sabe-se que os bebês passam por uma regulação nos seus contatos com o ambiente e precisam, realmente, se abstrair do contato quando há um excesso, um cansaço. É comum o bebê se retrair em momentos de sono, excesso de estimulação, mas logo ele volta a prestar atenção no entorno. O retraimento relacional preocupante é aquele durável, em que o bebê se mantém predominantemente em uma situação de autoisolamento, com pouco interesse pelo mundo externo e por um período longo.

Com relação aos dois quadros psicopatológicos principais que envolvem o retraimento relacional – a **Depressão** e o **Autismo** –, faz-se necessário um diagnóstico diferencial, do ponto de vista clínico.

Nos dois quadros, há extremas dificuldades no laço pais-bebê, o que impacta a qualidade da sintonia afetiva da díade, comprometendo o acesso do bebê ao campo da subjetividade.

É importante verificar a reação do bebê ou da criança pequena aos investimentos propostos por outros que não o agente materno. Como constata Saboia sobre os dois quadros clínicos: “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”²⁸.

É importante salientar a sutileza desse trabalho diferencial, que de modo algum pode se realizar em uma única consulta, apenas com a observação da criança ou com o relato dos pais. Trata-se de um trabalho eminentemente clínico, que envolve a escuta, a continuidade dos encontros e a relação transferencial que se vai estabelecer na consulta.

No contexto clínico, nos casos de **depressão do bebê**, observa-se, na relação pais-filho-analista, que os movimentos

²⁸SABOIA, C. Percalços no processo de subjetivação do bebê..., op. cit., p.319.

de retraimento não indicam uma ausência ou desconexão da criança em relação ao que ocorre no entorno; a criança não se mostra indiferente à sua presença ou às suas intervenções; com a continuidade dos encontros, a criança passa a buscar de maneira espontânea o olhar do outro e a responder aos convites para brincar. Então, consegue estabelecer uma relação rica e confiável com o analista, o que permite supor que haveria um modo mais prazeroso de experienciar suas vivências com o adulto.

Já nos casos de **autismo**, observa-se a inacessibilidade do bebê ou da criança pequena, que se encontra num estado de intenso fechamento; há uma indisponibilidade diante dos adultos (pais ou terapeuta), apesar de toda convocação e estimulação; a criança mostra-se indiferente e passiva diante do convite para engajar-se num jogo lúdico e prazeroso com seus pais e com o terapeuta, ou seja: observa-se uma recusa ativa a um convite de troca com o adulto. Sabemos, contudo, que o trabalho, mesmo sendo árduo, é possível e traz efeitos, principalmente na transformação do laço pais-bebê, a partir da aposta no sujeito.

Vemos como a situação clínica é essencial, instaurada a partir dos vários encontros propostos pelo analista com os bebês, a criança pequena, os pais. O manejo clínico, com o tipo de intervenção proposto, a posição do analista, a relação com os pais, tudo isso é diferente, tratando-se de um caso ou do outro. A questão transferencial é um elemento-chave na leitura do que está em jogo em cada caso. A evolução da criança a partir das intervenções é também um guia na direção da hipótese diagnóstica a ser postulada.

Além disso, no caso de o diagnóstico diferencial não ter sido realizado, pode-se imaginar o efeito nefasto do tratamento em bebês e crianças pequenas que são considerados como potencialmente autistas, quando na verdade não o são. Discutimos longamente este ponto em outro artigo²⁹.

²⁹BERNARDINO, Leda M. F. Do erro de renunciar ao sujeito à possibilidade de resgatá-lo..., op. cit.

Vamos ilustrar essas questões a partir de um exemplo clínico.

Maurício³⁰, 2 anos e 3 meses, compareceu ao consultório junto com seus pais para uma primeira entrevista. Seus pais solicitaram uma reavaliação, tendo em vista suas dúvidas em relação à discrepância entre o resultado da avaliação neuropsicológica que realizaram – cujo diagnóstico proposto foi autismo – e os comportamentos mais recentes observados no filho, principalmente após o início da nova escolinha.

O laudo que estes pais receberam do primeiro profissional que procuraram concluía afirmando: “atualmente, o paciente preenche critérios diagnósticos para transtorno do espectro autista”; e recomendava: método ABA, terapia ocupacional para integração sensorial, atendimento fonoaudiológico e atendimento médico. Enfim, o que já conhecemos das recomendações protocolares em relação ao autismo.

Os pais iniciaram as propostas indicadas, mas o que perceberam no atendimento fonoaudiológico (cuja profissional não seguia o método ABA) e na escola do filho os fez questionar o acompanhamento ABA. A título de exemplo, a mãe me relatou uma conversa com a psicóloga: “Seu filho já se mostra agressivo com você?” A mãe, surpresa, responde que não. Réplica da psicóloga: “Ah, mas ele vai ser, eles [os autistas] se tornam agressivos quando crescem”. Observe-se aí a generalização, a criança e sua subjetividade eclipsando-se diante do diagnóstico; bem como a predição: a profissional já dizendo o que a mãe deveria esperar de seu filho.

O percurso de Maurício e seus pais não é, infelizmente, uma exceção, ocorre com muita frequência. A diferença é que, neste caso, os pais se deram conta da incongruência da descrição do

³⁰Nome fictício.

filho no laudo com o que o filho lhes mostrava a cada dia e foram em busca de outra avaliação.

Procedemos, então, ao processo de avaliação psicanalítica, através da escuta dos pais e de encontros lúdicos com Maurício juntamente com sua mãe e seu pai, alternadamente. Foi realizada uma entrevista com a professora e a coordenadora de sua escola, uma conversa com sua fonoaudióloga e procedeu-se a uma análise dos filmes familiares da criança durante o primeiro ano e meio de vida.

Durante os encontros, Maurício usou amplamente os materiais lúdicos apresentados, quis conhecer praticamente todos os brinquedos, usou material gráfico para desenhar e interagiu com a analista e com os pais em algumas situações.

Percebeu-se que Maurício faz troca de olhares com os adultos, é capaz de interagir durante certo tempo em uma brincadeira conjunta, demonstrou capacidade de brincar de faz de conta com uma cena de cafezinho, fez uma montagem com tijolinhos de cera num caminhãozinho, levando esta entrega para outro lugar, a partir da proposta da analista. No final da consulta, deu “tchau” para a analista e, ao entrar para a segunda consulta, sorriu para ela.

Nos dois encontros lúdicos, quis explorar todas as caixas, jogando o conteúdo delas no chão; a partir daí, selecionou alguns brinquedos com os quais brincou mais. Algumas vezes, pronunciou sons que acompanhavam os acontecimentos da brincadeira e demonstrou entender bem o que era falado diante dele e com ele.

Foi utilizado o instrumento “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” (IRDI)³¹, protocolo que avalia crianças de 0 a 18 meses. Neste caso, a utilização foi feita de modo retroativo, a partir da análise dos filmes familiares e do

³¹Maiores informações em: KUPFER, Ma. Cristina et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil..., op. cit.

relato dos pais. Maurício apresentou 4 indicadores ausentes: *A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta; a criança procura ativamente o olhar da mãe; durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe; mãe e criança compartilham uma linguagem particular.* São indicadores que demonstram, da parte de Maurício, uma passividade e não demanda ao adulto de referência. Segundo as diretrizes deste protocolo, mais de 2 indicadores ausentes sinalizam risco psíquico e necessidade de um trabalho interventivo.

Na entrevista com a professora e a orientadora, estas relataram que Maurício teve um progresso significativo desde o processo de adaptação à pré-escola: ele se relaciona, olha para a professora, acata pequenas regras, entende a rotina, brinca com carrinhos, com peças de montar e faz desenhos; tem ainda um contato incipiente com as demais crianças; está se alimentando bem nos momentos das refeições.

Sua fonoaudióloga falou de uma receptividade de Maurício às propostas terapêuticas e de seu gradativo progresso desde o início do trabalho com ela.

Na escuta dos pais, juntos e depois individualmente, apareceram muitas situações de sofrimento vividas por eles desde a chegada deste filho. A mãe engravidou tardiamente, em um momento em que já não mais imaginava ser possível a maternidade. A gravidez transcorreu bem e a expectativa pela chegada do bebê era muito grande. Maurício chegou e teve que ficar na UTI Neonatal por complicações decorrentes de icterícia, o que teve graves consequências na amamentação dele – a mãe ficou extremamente frustrada por não poder amamentá-lo ao seio como sempre sonhara. Logo que foram para casa, viram-se na situação de isolamento da pandemia e, em seguida, ocorreu o desemprego do pai. A mãe viu-se na posição de provedora da família com seu trabalho, não podendo dedicar-se ao filho como gostaria. Relataram

que brigaram muito neste momento e quase se separaram. Maurício ficava perto deles, mas com pouca interação, muito exposto às telas. Pode-se imaginar que a mãe viveu um momento depressivo importante, sem se sentir muito amparada pelo companheiro, ele próprio em situação de desvalia pela perda do emprego, ou seja, o ambiente familiar estava pleno de tensões. Maurício respondeu a esse cenário autoisolando-se e retraindo-se ao contato.

O que se poderia afirmar no que se refere a uma hipótese diagnóstica neste caso? Na entrevista com os pais, a devolutiva foi simples e relacionada com os dados trazidos e observados por eles: Maurício é uma criança curiosa, atenta ao meio ambiente em geral, apresenta atraso na fala e na interação com outras crianças. Concluiu-se que Maurício apresenta um atraso no desenvolvimento da linguagem e da socialização, provavelmente relacionado com as situações difíceis que vivenciou em seu início de vida e no decorrer do primeiro ano: a internação em UTI logo após o nascimento, que perturbou sua relação com a amamentação; e a situação de isolamento contingente à pandemia, em um contexto em que os pais tinham de trabalhar em casa e não conseguiam dar a atenção que gostariam a seu filho. A hipótese de autismo foi descartada, com as devidas explicações aos pais: não foram observadas atitudes que caracterizariam o autoisolamento, a necessidade de imutabilidade e a falta de reciprocidade típicos da criança autista.

Os pais procuraram um novo neurologista e solicitaram uma nova avaliação. Este profissional confirmou realmente a ausência dos sintomas típicos de autismo, mas, ainda assim, nas palavras dele para os pais “melhor pecar pelo excesso” ... – recomendou que eles seguissem os tratamentos do método ABA!

Evidentemente, os pais ficaram em uma grande dúvida, mas, após alguns dias de reflexão, optaram por iniciar o tratamento psicanalítico de Maurício, continuando os atendimentos fonoaudiológicos que ele já realizava.

Após oito meses do tratamento psicanalítico de Maurício, muito movimento se produziu: primeiramente, era o pai que o acompanhava nas sessões conjuntas. Gradativamente, a presença da mãe começou a ficar maior. Na medida em que Maurício se abria para as brincadeiras e para a relação, a abertura da mãe para compartilhar os momentos com ele se ampliou, ela passou a se mostrar cada vez mais encantada com seu filho. Retomando os indicadores IRDI ausentes pôde-se observar que todos se presentificaram: embora receoso, Maurício passou a buscar cada vez mais o olhar da mãe e sua companhia nas brincadeiras. O laço com os pais está claramente estabelecido. De uma criança que ia dormir sozinha passou a requerer um dos pais para levá-lo ao quarto e contar historinhas; de uma criança que passava o tempo todo em suas brincadeiras isoladas, agora faz questão de ter um parceiro, um interlocutor. Maurício já reage espontaneamente aos convites para brincar, ele mesmo faz também seus convites, diz palavras para nomear objetos (carro, caminhão), comidas (uva, banana), faz brincadeiras incluindo os bonecos da sala em jogos simbólicos e seu contato com os coleguinhas da escola e crianças da família estendida se ampliou. Temos ainda muito trabalho pela frente, mas sua trajetória está bem distante do encaminhamento autístico.

Este exemplo clínico nos ajuda a demonstrar a importância e a atualidade desta discussão: quando uma criança se autoisola, não olha nos olhos das pessoas, não se relaciona e não fala, não se trata necessariamente de autismo! Há que pesquisar de que se trata, para então propor a terapêutica indicada. Pode-se conjecturar o que teria acontecido com Maurício se os pais, porventura, tivessem seguido o tratamento ABA...

Acolher o sofrimento psíquico na primeira infância, que envolve a criança com seus sintomas e os pais em sua perplexidade, introduzir um olhar e uma escuta para a questão do sujeito que aí está se constituindo é o que faz o diferencial da psicanálise.

Sobre a autora

Psicanalista, analista membro da Associação Psicanalítica de Curitiba, doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento pela USP, com pós-doutorado em Tratamento e Prevenção Psicológica pela Université Paris 7. Autora do livro *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico* (Ed. Casa do Psicólogo); organizadora e coautora dos livros *Neurose infantil versus neurose da criança*, e *Psicanalisar crianças: que desejo é esse?*, ambos da Ed. Ágalma, e de *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição* (Ed. Escuta); coautora e coorganizadora dos livros *O bebê e a modernidade: concepções teórico-clínicas* (Ed. Casa do Psicólogo), *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*; *De bebê a sujeito: a metodologia IRDI nas creches*; e *APEGI: acompanhamento psicanalítico de crianças em escolas, grupos e instituições: um instrumento para o trabalho com a criança-sujeito* (os três últimos pela Ed. Escuta). Exerce prática clínica na cidade de São Paulo.

Referências

BÉNONY, Christelle; GOLSE, Bernard. *Psychopathologie du bébé*. Paris: Armand Colin, 2007.

BERNARDINO, Leda Mariza F. Do erro de renunciar ao sujeito à possibilidade de resgatá-lo: a potencialidade psíquica na primeira infância. In: BARBOSA, Denise (Org.). *A clínica psicanalítica de crianças e bebês: relatos de uma práxis*. Alagoinhas, Bahia: Balbucio, 2021. p.137-149.

BERNARDINO, Leda Mariza F. A questão do diagnóstico na primeira infância: entre a indicação de risco e a definição de um destino. In: VOLICH, Rubens M.; RANÑA, Wagner; LABAKI,

Maria Elisa P. (Org.). *Psicossoma V: integração, desintegração e limites*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. p.347-353.

BERNARDINO, Leda Mariza F.; LAZNIK, Marie-Christine; ARAÚJO, Gabriela Xavier de. Vicissitudes do encontro mãe-bebê: um caso de depressão. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n.35, p.49-56, 2011.

BOWLBY, John. *Loss, sadness, depression*. London: Hogarth Press, 1980.

BOUKOBZA, Claude. Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, ano IV, n.4, p.16-27, dez. 2000.

CRESPIN, Graciela. Os sinais de sofrimento psíquico. In: _____. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.47-75.

ENGEL, George L.; REICHSMAN, Franz. Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with gastric fistula: a contribution to the problem of depression. *J Am. Psychoanal Assoc.*, n.4, p.428-452, 1956.

FRAIBERG, Selma. Pathological defenses in infancy. *Psychoanal Q*, n.51, p.612-635, 1982.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica [1895]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v.I, p. 403-466.

GAUVAIN-PIQUARD, Annie; MENIER, Michel. *La douleur de l'enfant*. Paris: Calmann-Levy, 1994.

GUEDENAY, Antoine; DUMOND, Caroline; GRASSO, Francesco; STARAKIS, Nafsica. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant: du concept à l'outil diangostique. *Médecine Sciences*, v.20, n.11, p.1046-1049, 2004.

GOLSE, Bernard. *L'être bébé*. Paris: P.U.F., 2007.

KUPFER, Maria Cristina M.; JERUSALINSKY, Alfredo; BERNARDINO, Leda Mariza F.; WANDERLEY, Daniele B.; ROCHA, Paulina S. B.; MOLINA, Silvia E.; SALES, Léa M.; STELLIN, Regina, PESARO, Maria Eugenia; LERNER, Rogério. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio 2009.

KUPFER, Maria Cristina M. O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria M.; VOLTOLINI, Reinaldo (Org.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta, 2015, p.169-184.

LACAN, Jacques. *O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

MARCELLI, Daniel; COHEN, David. Episódio depressivo e “doença depressiva” na infância. In: _____. *Infância e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.285-303.

SABOIA, Camila. Percalços no processo de subjetivação do bebê: sinais de risco de autismo ou depressão do bebê? *Ágora*, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.319-325, set./dez. 2019.

SPITZ, René. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

WINNICOTT, Donald W. Psychoses and childcare. In: _____. *Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock Publications, 1958. p.219-228.