



A Relação Mãe-Bebê: Análise de duas situações para se pensar a clínica do TEA

Nivaldo Alexandre de Freitas¹; Érica Garisto Rocha dos Santos²

Resumo: Este trabalho apresenta aspectos da visão multifatorial da etiologia do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), compreendendo a complexidade geral do transtorno e a possibilidade de trabalho transdisciplinar, focando no que a psicanálise pode oferecer na intervenção a bebês que apresentam sinais de risco para TEA e analisando duas situações (uma clínica, outra metafórica) da prática clínica psicanalítica. A discussão teórica foi desenvolvida através de levantamento bibliográfico com enfoque na intervenção psicanalítica com bebês em risco de TEA, e a análise foi estruturada em técnicas documentadas. Conclui-se que a intervenção psicanalítica com bebês em risco de TEA é importante para a não instauração do quadro clínico e pode contribuir para a estruturação do aparelho psíquico necessário para emersão do sujeito.

Palavras-chave: autismo; TEA; clínica psicanalítica; diagnóstico precoce; saúde mental.

The Baby-Mother Relationship: Analysis of two situations to think the autism spectrum disorder clinic

Abstract: This work presents aspects of the multifactorial view of the etiology of Autism Spectrum Disorder (ASD), including the general complexity of the disorder and the possibility of transdisciplinary work, focusing on what psychoanalysis can offer in intervention to infants presenting signs of risk for ASD and analyzing two situations (one clinical, another metaphorical) of psychoanalytic clinical practice. The theoretical discussion was developed through a bibliographical survey with a focus on the psychoanalytic intervention with infants at risk of ASD, and the analysis was structured in documented techniques. It is concluded that the psychoanalytic intervention with infants at risk of ASD is important for the non-establishment of the clinical state and can contribute to the structuring of the psychic apparatus necessary for the subjectivity emergence.

Keywords: autism; ASD; psychoanalytic clinic; early diagnosis; mental health.

Introdução

Este artigo discute algumas questões gerais sobre a etiologia do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e apresenta possíveis intervenções dentro da vertente psicanalítica em duas

¹ Professor adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis. Brasil. nivafreitas@gmail.com;

² Psicóloga, mestranda em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Brasil. ericagrsantos@gmail.com

análises pontuais. Na primeira parte, é discutido o caráter singular de cada sujeito e os múltiplos fatores envolvidos na complexidade do transtorno, bem como as explicações teóricas acerca das causas e sintomas do TEA. Na segunda parte, são analisados dois casos sob o prisma da intervenção clínica: O caso de Marina, paciente de três meses e meio de idade, que apresentava sinais de risco para TEA e foi tratada por uma psicanalista com sucesso, e a análise do documentário *Camelos Também Choram*, utilizando a linguagem simbólica para extrapolar o observado para um contexto clínico de intervenção no TEA.

Breve problematização sobre a etiologia do TEA

Tem sido bastante discutida a etiologia do TEA (Transtorno do Espectro do Autismo), dividindo opiniões e causando inúmeras discussões acadêmicas, muitas vezes infrutíferas, que, em vez de fortalecer o caráter multidisciplinar e propor tratamentos conjuntos, acabam por incentivar a disputa entre abordagens e visões diversas. Tudo isso leva a uma tentativa, quase sempre frustrada, de se trabalhar com o TEA a partir de uma única abordagem (abordagem entendida aqui como uma ampla possibilidade de intervenções, não unicamente psicológicas), fazendo-se o possível para dificultar o acesso a outros meios e até mesmo depreciando outros saberes.

Mas o fato é que as descobertas científicas das últimas décadas não devem ser ignoradas e, no caso do TEA, sempre vale a pena pensar em uma multifatoriedade como causa, lembrando sempre que cada caso é singular e, portanto, é impossível generalizar a etiologia de um quadro tão complexo:

Por isso, somando os efeitos epigenéticos às descobertas sobre a neuroplasticidade, hoje em dia resulta insensato dissociar os processos psíquicos constituintes dos processos neuro-maturativos e genético-ambientais. De tal modo, fica desqualificada qualquer pretensão de prevalência causal uniforme e monodeterminada, e passa a ocupar o primeiro plano a hipótese de uma complexidade etiológica sob a forma de uma sobredeterminação (JERUSALINSKY, 2015, p. 28).

Uma teoria que permite avançar na discussão do problema é a epigenética, segundo a qual os genes sofrem alterações através do contato com o meio em que o sujeito vive. Esta visão parece satisfazer e acalmar algumas opiniões mais inflamadas dos teóricos do TEA. Segundo Gonon (2015, p. 205):

A ação dos genes sobre a atividade celular não depende somente da sequência do DNA. O DNA programa a síntese das proteínas, mas a intensidade dessa transcrição da informação gênica é influenciada por numerosos fatores ambientais. A epigenética consiste em estudar as alterações da atividade dos genes que não são devidas a variações da sequência de DNA. Ela pesquisa os mecanismos moleculares que explicam que um fator ambiental, por exemplo, maus-tratos severos na infância, possa acarretar modificações profundas, duráveis, e às vezes transmissíveis à geração seguinte na atividade gênica. [...] Em um artigo de síntese assinado por Eric Nestler, Thomas Insel (o atual diretor do NIMH) e outros grandes nomes da psiquiatria americana, os autores destacam que os estudos epigenéticos começam a revelar as bases biológicas daquilo que era conhecido há tempos pelos clínicos: as experiências precoces condicionam a saúde mental dos adultos.

Pensando sobre uma visão psicanalítica antiquada, mas ainda aceita em algumas vertentes, há a hipótese da causa do TEA na relação complicada entre mãe-bebê. Sempre que se diz da dificuldade na relação mãe-bebê se pensa em uma mãe em relutância de relacionar-se com o filho, que se defende, por sua vez, com um mecanismo de fechamento autístico. Outros, porém, argumentam que o contrário é possível, ou seja, a mãe se defende de um bebê que não entra em interação com ela e, portanto, não insiste para que o bebê interaja, criando o mito da “mãe geladeira” nos casos de crianças com TEA. Segundo Untoiglich (2013, p. 544), Erikson já atribuía as origens do TEA “à relação mãe-filho, destacando que muito precocemente alguns bebês têm enormes dificuldades em responder ao olhar, ao sorriso e ao contato físico da mãe, as quais provocam nela um distanciamento que contribui para o isolamento da criança autista.” Seria possível supor que o bebê não percebe emocionalmente a mãe, que é vista como um objeto parcial, não diferente de um objeto inanimado (JERUSALINSKY, 1984).

Laznik, em entrevista com Barczinski e Accioly (2013, s.p.), afirma que o TEA é uma doença neurodesenvolvimental, ou seja, possui várias causas que levam o bebê ao isolamento autístico e que prejudicam seu desenvolvimento cerebral e social. A autora também diz que é preciso abandonar no discurso psicanalítico a visão culpabilizadora das mães, pois compreendeu que os pais de bebês em risco de TEA estimulam mais seus filhos do que os pais de crianças normais ou mesmo com alguma síndrome, e que a ideia de ser uma falta de estímulo dos pais deve ser descartada:

A maior barbaridade que se pode dizer para uma mãe com um bebê com sinais de autismo é de que se trata de um problema mãe-bebê: não é verdade, é um problema adulto-bebê, qualquer adulto recebe o mesmo tratamento. O bebê de mãe deprimida, o bebê de mãe psicótica, delirante, este também não olha, mas se agarra ao analista ou a qualquer outro adulto, como tábua de salvação. Na hora em que eles acham que uma prosódia os chamou, não precisamos refazer uma conquista na próxima sessão. Os

outros, começando um autismo, são como serpentes de mar - eles aparecem e somem. Isto permite um diagnóstico diferencial entre depressão e começo de autismo.

Laznik não descarta a questão genética, mas sustenta que não se pode saber com certeza as causas do TEA. Dito isto, chama a atenção para uma pesquisa com adolescentes autistas, em que foram encontradas patologias associadas em 40% dos casos através de exame clínico e mapeamento genético. Descartar totalmente essas patologias por guiar-se unicamente por um ponto de vista psicogênico seria uma grande falta ética, principalmente pela existência de medicação para algumas doenças metabólicas que devem ser tratadas e que poderia melhorar a vida desta criança. É válido frisar que o que se medica é a doença e não o TEA, mas que vale a pena cuidar do paciente observando vários aspectos envolvidos em sua condição.

Ainda segundo a autora, na mesma entrevista, a transdisciplinaridade do tratamento no TEA é indispensável, criticando os psicanalistas que não permitem que os pais procurem tratamentos comportamentais e vice-versa, citando vários tratamentos em várias áreas da saúde (fonoaudiologia, terapia ocupacional, sensório-motora, terapias comportamentais e cognitivas, além de exames genéticos e clínicos), que fazem o tratamento conjunto com a psicanálise em sua prática na área no hospital Alfred Binet, frisando que a psicanálise não é capaz de resolver tudo e não se aplica a todos os casos. Deve haver uma certa abertura para a psicanálise ou esta é inútil.

Laznik (2013a) afirma que não importa a causa, apenas a compreensão de que algo produz um rompimento na relação pulsional do bebê com sua mãe, o que acarreta consequências, e que seu trabalho é de restabelecer a pulsionalidade, não de criar causas sem sair do lugar. Também diz serem perda de tempo as discussões sobre a etiologia do TEA. Ansermet e Giacobino (2015, p.175) também apontam algo nesta mesma direção:

De qualquer forma, por trás de tudo isso, há uma criança autista. O que fazemos? Mesmo se identificarmos uma origem genética, isso não quer dizer que devemos optar por um mesmo tratamento para todos os portadores de uma mesma variação. Em todas as doenças genéticas, seja ela a fibrose cística ou a trissomia, encontramos um indivíduo e um tratamento que deve ser individual. A origem não define um futuro idêntico para todos. É necessário ir adiante, se separar talvez do que foi a determinação e se questionar como a pessoa pode estar melhor.

De qualquer maneira, há várias hipóteses e teorias sobre o TEA. Ainda não se pode afirmar que uma única teoria esteja correta ou mesmo acreditar nas evidências empíricas encontradas nos últimos anos sem uma análise crítica. Cada caso é estudado como único; cada

análise é única e aplicável àquela família e àquela situação particular. Há um grande risco em generalizar causas e tratamentos pois, acima de tudo, deve-se respeitar o sujeito, sua história e realidade próprias.

Analisando casos: as lágrimas que unem

Propõe-se aqui a análise teórica de uma prática documentada. Serão analisados recortes clínicos disponibilizados em dois livros da Marie-Christine Laznik, comentados conforme forem apresentados, e também o documentário alemão/mongol “Die Geschichte vom weinenden Kamel”, ou Ingen Numsil, no Brasil chamado de “Camelos Também Choram”, de 2003.

Caso 1: As lágrimas da mãe nos olhos da filha

Analisa-se, inicialmente, o caso de Marina, uma bebê atendida por Laznik, descrito no capítulo *Tratamento conjunto de uma mãe e seu bebê apresentando indícios de risco de autismo aos três meses e meio*, do livro *A voz da sereia* (2013a) e nos capítulos *Bebê com risco de autismo em tratamento conjunto: visa-se a reversibilidade total?* e *Empatia emocional e autismo*, do livro *A hora e a vez do bebê* (2013b).

Marina, aos três meses e meio, frequentava um grupo para mãe-bebê do centro de Prevenção Materno-Infantil da Cruz Vermelha. A equipe do centro percebeu que a bebê não trocava olhares com a mãe, além de também ter grande dificuldade para captar o olhar de Marina, que apresentava hipertonia e se curvava para trás, como em um opistótono. A psicóloga do centro, notando o risco de evolução autística, encaminhou-a para Laznik. Em casos como este o tempo é fundamental, pois quanto antes o bebê é atendido, maiores são as chances de uma recuperação. Desta forma, o reconhecimento destes primeiros sinais por outros profissionais (pediatras, enfermeiros) é fundamental para que a bebê seja encaminhado no momento certo.

Na primeira sessão, Marina chega no porta-bebê, curvando-se para trás, com o olhar fixo no teto. A mãe queixa-se de não conseguir captar o olhar da bebê, mas que o pai conseguia.

Relata que a bebê chora muito, pois tem fortes dores abdominais, e que não consegue acalmá-la. Já havia consultado um pediatra sobre isso, que não acolheu bem sua queixa e disse que isso se resolveria com o tempo. A mãe se encontrava em desamparo, cuidando desta criança sozinha em casa enquanto o marido trabalhava. Mais tarde, confessou à Laznik que pensou em se atirar pela janela com a bebê.

A mãe coloca a bebê sobre os joelhos, de frente para ela, tentando captar seu olhar, mas Marina se joga para trás. Sobre a hipertonia da filha, a mãe relata que já havia consultado um fisioterapeuta. Laznik coloca Marina em um bebê conforto em sua frente e consegue ser olhada por ela, falando para a bebê o que a mãe havia dito, e ela parece fisgada pela entonação de voz da analista e vai se acalmando. Dizer para o bebê o que o levou até ali, assim como narrar a sua história conforme os pais a trazem, faz parte da antecipação do sujeito, do investimento através das palavras no ser não falante. Segundo Dolto (apud TEPERMAN, 2005, p. 40):

Quando se trata de bebês precocemente perturbados, é preciso cuidar desde cedo. É preciso falar ao bebê do drama no qual ele foi gestado. É a partir do momento em que se diz a uma criança, com palavras, o que perturbou a relação entre sua mãe e ela, ou entre ela e ela mesma, prevenimos um agravamento de seu estado de sofrimento e às vezes evitamos sua entrada nesse estado. É como desfazer um feitiço, a antívida que está relacionada com ele e que impede as pulsões de vida de serem mais fortes que as pulsões de morte no indivíduo.

Não se deve deixar de usar a fala com um bebê, pois este está destinado a falar e é particularmente sensível à prosódia com que se dirige a ele. No entanto, não é apenas a entonação do manês (a prosódia particular que mães usam ao dirigirem-se aos seus bebês) que é capturada pelo bebê: segundo o neurobiologista Jean-Pol Tassin (apud SZEJER, 2011) a criança talvez memorize alguns caracteres particulares da fala que poderão ser modificados com o desenvolvimento cognitivo. De qualquer maneira, é ouvindo que se aprende a falar e é sendo um suposto sujeito que se torna um sujeito.

Voltando ao caso, Laznik inclui a mãe nesta troca, a bebê olha para a mãe e faz alguns movimentos com os braços, que a analista imediatamente traduz como “Mamãe, quero colo”. A mãe não conseguia interpretar os movimentos da bebê e diz várias vezes que a filha não a convoca, não pede nada. Laznik empresta sua voz para Marina, dizendo no lugar dela que aos três meses e meio não consegue se movimentar melhor do que isso, e a mãe, comovida, a pega nos braços. A bebê hipertônica se entrega à mãe, relaxando, enquanto a terapeuta diz suavemente o quanto se sente bem nos braços da mãe. Marina adormece. Aqui é possível

perceber o quanto mãe e filha estão desencontradas: a filha quase não apresenta demanda devido ao seu estado de fechamento, mas quando o faz a mãe não consegue atribuir um sentido a isto. Cabe ao terapeuta intervir e funcionar como o tradutor ou doador de significado ao bebê.

A mãe conta que seu marido trabalha o dia todo e que não pode contar com seus pais para ajudá-la nos cuidados com a filha, pois sua mãe lhe disse que os bebês a fatigam. Marina nasceu quando sua mãe tinha quase quarenta anos, e quando seus avós maternos souberam da gravidez perguntaram à mãe por que ela não havia engravidado mais cedo, para eles era tarde e isso iria cansá-los. A única coisa que a avó diz para a mãe sobre seu nascimento é o quanto isso a tinha exaurido.

A terapeuta valida o sofrimento da mãe diante da dor da bebê e pede que ela insista com o pediatra para iniciar um tratamento para as cólicas. Laznik entende que as dores da filha alimentam a fantasia de ser uma mãe má. É indispensável que os pais sejam ouvidos e acolhidos em suas angústias, nunca se esquecendo do trabalho conjunto pais-bebê.

Ainda nesta sessão, Marina acorda berrando de dor, se retorcendo enquanto sua mãe entra em desespero. Laznik fala com a bebê sobre a dor e consegue captar seu olhar e acalmá-la, mas a mãe, não. Marina parte deste primeiro encontro com os olhos no teto e o tronco para trás.

Na segunda sessão, Marina procura o olhar da terapeuta já na sala de espera. Os pais haviam procurado um novo pediatra, que receitou um medicamento para as dores e suas crises desapareceram.

A mãe relata que nos dias seguintes ao primeiro atendimento teve mais facilidade para captar o olhar da filha, mas que nos dias anteriores a esta sessão este já lhe escapava. Laznik conta para o bebê o que a mãe lhe havia dito, que lhe sorri.

Marina, agora com quatro meses, chupa suas mãozinhas com certa dificuldade de mantê-las na boca. Atenta, a mãe ajuda a segurar suas mãos perto da boca. De repente a bebê começa a sugar o dedo da mãe com muito prazer:

Falo no lugar de Marina: “Hum! Como é bom o dedo da mamãe! Que delícia!” Ela o chupa, então, com mais entusiasmo ainda.

A mãe: “Mas se ela gosta tanto disso, é preciso lhe dar um pirulito!”

Falo mais uma vez no lugar de Marina: “Mas mamãe, é do seu dedo que eu gosto! É tão bom o dedo de mamãe”.

A mãe: “Ah! É verdade, os pirulitos ainda não são para sua idade.”

Volto então para a mãe e lhe mostro como Marina gosta do seu dedo, gostoso como um doce.

A mãe, então, num tom de confiança diz: “Confesso que também acho o dedinho de Marina gostoso como um doce.”

No mesmo tom de confiança, pergunto: “E o pezinho”?

A mãe confessa com um risinho de satisfação : “E às vezes até mesmo a barriga!”

A entonação da voz da mãe, confessando seu prazer, capta Marina, que a olha e começa a vocalizar com toda força: “Go, te, re, te”. A mãe, muito emocionada, lhe diz: “Mas, precisava de um tradutor para me explicar tudo o que você me conta!” (LAZNIK, 2013a, p. 113).

Há uma dificuldade da mãe de aceitar ser uma fonte de prazer para sua filha, mas com a intervenção da terapeuta a mãe consegue dizer do prazer de ter uma filha deliciosa como um doce que ela gostaria de “comer”, o primeiro passo para que o terceiro tempo pulsional possa se fechar para a criança é perceber-se como fonte de gozo para sua mãe. O prazer na voz da mãe parece suscitar uma resposta imediata da bebê, que se põe a vocalizar. Contudo, a mãe ainda não consegue antecipar um significado para seu apelo e diz precisar de um tradutor, o que é a função da terapeuta.

Laznik diz para Marina que sua mãe ficou muito triste em vê-la sofrer pelas cólicas, que se sentiu tão impotente sem conseguir aliviar sua dor que perdeu a confiança na própria capacidade de ser mãe. A bebê olha para a terapeuta e para sua mãe, que lhe sorri e Marina sorri de volta. A mãe se emociona, chora e diz “Sabe, Marina, é de alegria que mamãe está chorando” (LAZNIK, 2013a, p. 113). A função de intérprete não é apenas para a mãe entender os movimentos do bebê, mas também para dizer ao bebê o que está acontecendo. A mãe se autoriza, após a intervenção, a dizer ela mesma o que está acontecendo.

Atendida três vezes por mês, a mãe relata que Marina fica “disponível” nos dias após as sessões, mas que depois de dez dias seu olhar volta a planar. Durante as sessões a terapeuta consegue manter o olhar da bebê por muito tempo, mas Marina não mantém o olhar com sua mãe. Laznik diz para a bebê que ela lê no olhar da mãe as preocupações que gostaria de não ver. Há um fator de hipersensibilidade nesta bebê, que parece ocorrer em vários outros em risco de TEA, que a faz evitar o rosto preocupado da mãe, assim como evita sua voz carregada de preocupação. Por isso é mais fácil olhar para outras pessoas, mas não para a mãe.

Depois de algum tempo, Marina vai para a creche para que a mãe retorne ao trabalho. Os funcionários da creche não percebem pelo que Marina passou, no entanto destacam que a algumas pessoas ela não responde, ignorando totalmente, enquanto que a outras é especialmente apegada.

Marina foi atendida até aos onze meses de idade antes do período de férias, respondendo bem e enlaçada com sua mãe. Na volta das férias apenas sua mãe continuou em terapia

individual. A mãe percebe o fechamento gradual da filha e pede para a terapeuta revê-la. Marina, agora com quinze meses, não olha nem para a mãe e nem para Laznik, vagando por toda a parte. Houve uma grave recaída.

Na terceira sessão que segue à recaída, Marina brinca de colocar e retirar pedaços de feltros em um pote, sem fazer nenhum contato com ninguém:

Marina, que tem um pouco de febre, recusou lancha na creche. A mãe começa a lhe dar um iogurte; esta será a única vez que ela a alimentará na sessão. Marina se deixa tirar a chupeta sem desviar o olhar por um só instante dos grandes feltros e sempre os olhando, ela abre a boca para a colher de iogurte, enquanto sua mãe se queixa de não conseguir captar seu olhar: "às vezes eu tento, mas não chego lá. Ela vira a cabeça". Quando me dirijo a ela, ela não responde mais. Como se minha voz fosse apenas um barulho entre outros. As colheradas se sucedem na boca de Marina que se deixa alimentar inteiramente, não retirando nem sua atenção, nem seu olhar dos grandes feltros. Um lápis cai da mesa, Marina choraminga, tentando pegá-lo. Eu lhe digo: "Pegue Marina". Ela o pega sem um olhar. Eu comento no seu lugar: "Não, eu não olho Mme Laznik". A mãe, com quem eu trabalhei durante o primeiro ano de vida de Marina, responde no seu lugar: "Não, eu achei minha cadeirinha, eu estou bem instalada, tá?". Este tipo de jogo de palavra que tanto tinha divertido o bebê cai agora no vazio. A mãe, que continua a alimentá-la, calcula mal e o iogurte cai no seu rosto. Marina não tem nenhuma reação (LAZNIK, 2013b, p. 94).

Laznik entende que o aparelho psíquico de Marina está em risco, o fechamento da bebê é absoluto e é preciso agir rapidamente. A bebê segue ignorando a todos enquanto toma seu iogurte, observando atentamente a câmera que grava a sessão. Nota-se que aqui a mãe já consegue se colocar no lugar da filha, emprestando-lhe a voz. Laznik se põe a realizar o que ela chama de "reanimação psíquica":

Eu faço semblante de tomar a colherada seguinte de iogurte.

MCL: "Bem, é Mme Laznik que vai comer. Hum! Hum! Hum! É gostosa com baunilha!

Este fragmento portador de minha surpresa e prazer diante deste cheiro de baunilha suscita desde o primeiro hum! Um olhar sorridente em Marina como que partilhando do meu prazer. Mas ele desaparece logo no final da frase.

Para tentar captar o olhar de sua filha, a mãe por sua vez faz semblante de tomar o iogurte, dizendo:

Mãe: "Eu tomo um pouco? Eu tenho o direito de tomar deste iogurte tão bom? Não tem um pouco de morango dentro...", acrescenta ela, fingindo saborear.

Nada em Marina demonstra que teria percebido o jogo de sua mãe. Tentando não perder a cabeça, a mãe lhe dá uma nova colherada de iogurte. Marina é perfeitamente capaz de antecipar a aproximação da colher abrindo a boca, mas nada nela revela qualquer prazer partilhado.

Eu decido de novo fazer semblante de comer.

MCL: "Pra Mme Laznik! Eu também, eu quero! Hum! E bom". Desde o meu hum! de surpresa e prazer, Marina me olha de novo nos olhos com um largo sorriso, como partilhando do meu prazer. Mas isto não dura mais que dois segundos.

Minha transferência me aponta que este novo sucesso suscita uma aflição na mãe; eu chego aí; ela não. Decido inverter o jogo. Tomando o iogurte e a colher, eu falo:

MCL: "Bem, é Mme Laznik que vai dar a mamãe."

Mãe: "Ah! Mudaram de distribuidor!", a mãe exclama. Graças ao nosso laço antigo, esta situação insólita - uma mulher de quarenta anos, para quem isto não podia acontecer há décadas - desencadeia em Marina uma exclamação de surpresa e divertimento. Marina nos olha, uma e outra rindo, aproximando seus braços com ritmo, como se fossem bater palmas. Eu comento.

MCL: "Isto dá certo se mamãe encontra prazer, mas se mamãe alimenta a si mesma isto não tem graça."

Como sempre, ela me olha quando seguro o iogurte, lhe ofereço uma colherada de verdade. Marina abre minha boca, baixando o olhar em sua habitual indiferença. Eu comento:

MCL: "Eu só como quando se faz pequenas palhaçadas" (LAZNIK, 2013b, p. 97-99).

Laznik pontua que Marina se encantou pela prosódia e não pelo alimento. A linguagem é indissociável da musicalidade com que se fala, a entonação denuncia a intenção e o sentimento de quem fala. É muito difícil controlar a voz. As primeiras trocas se dão por meio de uma linguagem musical que deve ser interpretada pela mãe. Não é tão importante o que é dito, mas o como é dito. Os picos prosódicos, a voz como um todo é um fenômeno corporal muito próximo de um gesto físico para o bebê. Já muitas pesquisas experimentais demonstram a predileção de fetos pela voz humana, preferencialmente a da mãe falando com o bebê ainda no útero em uma voz musicalizada: o manhês (GRATIER, 2011).

Também é importante que o terapeuta sempre insira a mãe, ou quem quer que acompanhe este bebê e esteja disposto a investi-lo libidinalmente, nas brincadeiras e trocas que o bebê faça. Não é com o terapeuta que o bebê deve se ligar, por isso introduzi-lo em relação ao outro que o acompanhará é essencial. Os pais devem participar ativamente do processo terapêutico.

Eu devolvo o iogurte para a mãe, que lhe propõe:

Mãe: "Mais um pouquinho?". Tentando captar seu olhar, ela retira a colher quando a boca se abre perguntando: "Onde está a boca?" Marina, impassível, continua a manipular os grandes feltros, enquanto sua boca se abre quando a colher se aproxima. E tendo engolido sua colherada, eu lhe pergunto:

MCL: "Estava bom? Estava bom?". Ela permanece impassível. O contato estava rompido.

MCL: "E eu"?! E eu?! E eu?! Eu recebo um pequeno olhar, mas na tentativa seguinte a manobra não dá mais certo.

Estou inquieta, temendo que ela se feche por muito tempo.

[...]

MCL: "Olhe o cheiro!" Não falta entusiasmo no meu enunciado e os picos prosódicos de minha voz devem condizer, pois a menininha me olha sorridente. Quanto ao aparente absurdo do meu enunciado, ele seguramente reenvia a uma condensação do meu desejo de lhe fazer sentir a alegria do perfume e a beleza das flores. [...]

Vinte minutos mais tarde, é Marina que, com a ajuda de uma comidinha, me oferece prato e colher, fazendo por sua vez semblante de me alimentar. (LAZNIK, 2013b, p. 99-101).

Na sessão seguinte, Marine vem acompanhada pelo pai e retoma o jogo de alimentar a

terapeuta e seu pai alternadamente, deliciada em proporcionar tanto prazer.

Estes momentos de alegria são esparsos, pois as sessões são marcadas pela indiferença de Marina. Laznik pontua que aos quinze meses a bebê está muito mais difícil de alcançar do que aos três meses, e apenas um ano depois é que Marina sai deste fechamento total.

Marina aparenta ter uma sensibilidade exacerbada, tanto que o mínimo descontentamento da sua mãe (um ônibus perdido, um encontro com uma pessoa desagradável) provocava imediatamente um fechamento na criança, comportamento que durou até os quatro anos e meio. Este fechamento durava de 24 a 48 horas em que sua mãe tentava reestabelecer o contato com a filha. Até os cinco anos Marina não se interessou por crianças de sua idade.

Em uma das sessões Marina demonstra toda a extensão de seu sofrimento e, exprimindo esta angústia, não mais apresentou episódios de fechamento:

Marine chega à sessão e anuncia: "Hoje, eu tenho quatro anos e meio". O que era verdade. Logo, ela me dá um pequeno pônei, pega outro e diz: "Eu sou a mamãe pônei e você o pequeno pônei". Nós começamos a brincar. Ela diz, no lugar da mamãe pônei: "Eu comprei um novo ursinho para você, o seu estava sujo, eu coloquei no lixo. Este aqui é o mesmo". A mãe, que sempre cuidou muito do velho ursinho, sabia da sua importância, já tinha até o costurado, me olhou com olhar surpreso. Eu, no lugar do pequeno pônei digo: "Mas, eu quero meu velho ursinho! É ele que eu amo!". A mamãe pônei (representada por Marine): "Eu joguei no lixo!" Pequeno pônei: "Então, vamos buscar!" Mamãe pônei (representada por Marine): "Tarde demais, ele já foi para a lixeira". O pequeno pônei gemendo (representado por Laznik): "Mas a gente pode ir recuperá-lo!" Mamãe pônei: "Tarde demais! O caminhão de lixo já passou!" No papel do pequeno pônei, eu sinto tanto desânimo que eu não sei mais o que fazer. Eu paro de brincar. Marine pega o pequeno pônei e brinca com ele. Ela faz ele caminhar, subir sobre o encosto de uma cadeira, comentando: "O pequeno pônei vai passear. Olhe! Ele vê uma ponte. Olhe! Ele sobe nela! Olhe? Ele se joga da ponte no rio!" E o pequeno pônei cai, na realidade, do encosto da cadeira. Marine continua sua história, brincando com os personagens: "A mamãe se joga na beira do rio, ela corre para tirar seu pequeno pônei e o leva até a beira". "O pequeno pônei não se mexe mais, ele está morto!" A partir desse momento, fazendo mímicas da cena com os dois pequenos pôneis, Marine começa um longo monólogo, inteiramente trágico, da mãe do pônei que se dirige ao seu filho inerte. "Pequeno pônei, me olhe! Pequeno pônei, fale comigo! Pequeno pônei, tu me escutas? Pequeno pônei, abra teu olho! Eu te imploro, mexe uma patinha!" Enquanto ela continua estas lamentações maternas, as lágrimas correm de seus olhos. "Mexe pelo menos sua orelhinha, eu te imploro". A cena dura cinco longos minutos, para a mãe e eu - brancas e petrificadas - nos pareceu uma eternidade. Eu pergunto à mãe se Marine já teve alguma experiência de uma mãe que tenha perdido seu filho, o tom de seu lamento é perfeitamente justo. "Não". O monólogo se interrompe quando eu digo "Está na hora, a sessão acabou". Marine se levanta para partir, como se nada tivesse acontecido, deixando sua mãe e eu perturbadas. (LAZNIK, 2013b, p.226-227)

Laznik procura encontrar uma explicação para a cena do pônei morto em alguma experiência real vivida pela Marina, o que não aconteceu. Só mais tarde, com seus alunos, Laznik percebe que a criança falava de si mesma. O desespero que a menina presenciou tão

marcadamente era o de sua própria mãe quando ela se fechava autisticamente, “morrendo” para a interação.

De todo seu brincar simbólico, o que chama a atenção é o fato do pequeno pônei se jogar no rio de cima de uma ponte. É no laço com o outro que Marina sente a necessidade de se atirar no vazio. Em todo o caso de Marina nota-se a relação do fechamento da bebê e os sentimentos da mãe, sempre evidenciando esta hipersensibilidade que a coloca em um fechamento defensivo. Ela não pode, então, cruzar esta ponte e permitir-se alienar, pois a espera do outro lado é muito difícil, é o contato com o sofrimento materno que ela prefere encarar de um lugar muito protegido: o vazio e o silêncio da morte.

Retomando a hipótese do desequilíbrio empático no TEA, de Smith (2009), Laznik (2013b, p. 227-228) analisa o movimento simbólico da paciente:

Marine teve, durante os momentos de fechamento, acesso a uma dimensão de desespero materno, cuja gravidade escapava mesmo à mãe. Aqui está um bom exemplo de empatia emocional. Quando Marine pode o exprimir, ela já havia adquirido uma grande empatia cognitiva, pois ela pode atribuir à mamãe pônei estas vivências de tristeza, mesmo se, representando, as lágrimas caíam de seus olhos. Mas ela pode parar no final da sessão. Ela não é mais invadida por estes afetos empáticos. De fato, após este episódio, Marine não apresentou mais momentos de fechamento.

Nos dois anos que seguiram esta sessão, Marina se normalizou completamente. A sua professora se queixou unicamente de ser tagarela com suas amigas, o que deixou tanto Laznik como sua mãe tremendamente felizes.

Este caso ilustra o quanto uma sensibilidade particular do infante pode interferir na formação do vínculo mãe-bebê e, ainda mais essencial, o quanto uma intervenção no momento certo pode modificar uma situação de risco constitucional. O não uso do órgão rapidamente o lesa, por isso é fundamental trabalhar, assim que os primeiros sintomas apareçam, para que novas ligações neuronais possam surgir e impedir os déficits cognitivos associados a um fechamento autístico. Proporcionar o encontro com o Outro, permitir que haja a alienação é o primeiro passo para constituir um sujeito, e é a isso que se espera alcançar. Independentemente de comportamentos adequados ou inadequados, a instalação de um sujeito é o objetivo desta prática.

Caso 2: Camelos também choram

O documentário dos diretores Byambasuren Davaa e Luigi Falorni, apesar de apresentar um estilo ficcional, é um recorte real da vida de uma família habitante do deserto de Gobi, na Mongólia. A motivação para o documentário é apresentar a rotina da família, já que a diretora Byambasuren Davaa é descendente desta linhagem, sendo a história do camelo um acaso que felizmente foi acompanhado (RIBEIRO, 2005).

Este documentário é interessante para discutir a importância do acolhimento dos sentimentos ambivalentes da mãe. As características humanas atribuídas aos camelos fazem considerá-los como representantes dos pacientes, enquanto a família representa a posição de terapeutas.

Este documentário ilustra a dificuldade na relação mãe e filho, e mostra como uma intervenção no momento certo pode mudar ou até mesmo criar este vínculo tão importante para a instauração do sujeito.

Camelos Também Choram inicia-se com o avô da família contando uma lenda sobre os camelos:

Há muitos anos, Deus deu chifres ao camelo como recompensa pela bondade no seu coração. Mas um dia chegou um veado maligno e pediu ao camelo para lhe emprestar os chifres. Queria enfeitar-se com eles para uma celebração no ocidente. O camelo confiou no veado e deu-lhe os seus chifres, mas o veado nunca os devolveu. Desde então, os camelos continuam a olhar para o horizonte à espera do seu regresso.

Através desta lenda, entende-se que a cultura local compreende os camelos como seres *incompletos*, melancólicos e contemplativos, em uma eterna espera daquilo que foi perdido, ou seja, é uma lenda sobre a castração e a falta. Freud (1996) aponta que as lendas e mitos trazem o horror da castração, nem sempre facilmente acessível pelo consciente.

A família é constituída pelos avós paternos e maternos (Janchiv, Chimed, Amgaa, Zevel), os pais (Ogdoo e Ikhee) e três filhos (Guntee, Dude e Ugna), que moram em tendas no deserto criando cabras e camelos. É a época de nascimento dos camelos. Os potros são bem recebidos pelas mães que se mantêm perto dos bebês sem necessidade de intervenção. Contudo, a última fêmea prenhe afasta-se da manada, ficando sozinha no deserto e precisando ser trazida de volta pela família. A camela prefere ficar sozinha, então nota-se que há algo de errado. Pode-se fazer um paralelo com o trabalho psicológico de atenção à gestante, que metaforicamente

busca grávidas perdidas em um deserto particular. Neste caso, pode-se falar realmente de uma prevenção na relação com o bebê que ainda não nasceu, construindo este lugar de mãe, trabalhando com o tornar-se mãe, elaborando questões próprias deste processo e preparando a relação com o bebê (BOAS et al, 2013).

A camela (Ingen Teme) tem um parto longo e difícil, não tendo forças para expelir o potro (Botok) sozinha. A família aguarda pacientemente, dando tempo para que a mãe tente parir sem ajuda. Como não consegue, eles intervêm puxando o potro com cuidado e respeitando os movimentos naturais do parto. Seria o movimento de antecipação do sujeito, o terapeuta espera que a mãe consiga prever um sujeito e dar voz a este bebê, porém se a criança não consegue “nascer” psiquicamente alguém precisa ajudá-la, respeitando os limites da própria família em que está inserida.

Durante o parto a família percebe que o potro é diferente, pois tem o pelo branco. Segundo Battikha (2008, p. 136): “Quando o nascimento é marcado por uma grave alteração, com a ruptura da criança idealizada no encontro com essa “outra” criança pode se abrir um abismo não representável. Uma perda da ilusão, sem tempo e sem palavras”.

Quando o bebê imaginado não é mais compatível com o bebê real, há uma ruptura narcísica nos pais que dificulta a tomada desta criança em um campo simbólico, o ideal imaginado e a cadeia significativa anteriormente estabelecida se fazem inviáveis com a apresentação de um bebê deformado ou com sérias complicações. Estes pais defrontam-se com o mais puro real, incapazes em um primeiro momento de ter representações simbólicas deste bebê (JERUSALINSKY, 2010). As pontes simbólicas que vão representar este bebê diferente devem ser construídas.

Após o nascimento, a família entende que é o primeiro parto da camela, e que foi muito difícil para ela. Fazem com que Ingen Teme e o potro fiquem próximos, pois é importante que ela olhe para o filho, aproximando suas cabeças. A camela, no entanto, não está muito interessada e evita olhar para Botok, afastando-se. O olhar para o bebê é de suma importância, ele precisa reconhecer no outro o início do que virá a ser, precisa ver o prazer que causa neste outro para interessar-se em advir ao mundo de relações:

Winnicott atribui ao rosto da mãe, enquanto espelho, um papel indispensável de precursor da experiência especular; é todo o rosto da mãe e, em particular, seus traços que podem ou não servir de espelho para o bebê. Mas há problema, diz ele, quando o rosto materno reflete apenas seu humor pessoal ou, pior ainda, a rigidez de suas defesas. Winnicott diz, com uma espécie de intuição clínica impressionante, que

quando o rosto da mãe não é um espelho para o seu bebê, a capacidade criativa deste último se torna atrofiada, a percepção vindo ocupar o lugar da apercepção eu diria, o lugar da representação. A percepção toma a partir daí uma função essencialmente defensiva para o bebê, aquela que lhe permite o evitamento do rosto em questão (LAZNIK, 2013b, p. 63).

O olhar não se resume apenas ao sentido da visão, mas é o olhar e a voz que darão sentido aos apelos do bebê transformando-os em demanda, ou seja, é no olhar e na fala da mãe que surgem os significantes que mais tarde serão incorporados pelo bebê (LAZNIK, 2013b). Mais uma vez falamos da antecipação do sujeito, aquele que demanda: “O olho tem que se enganar para poder olhar. O raio de luz precisa não somente atravessar a córnea mas também, e mais decisivamente, atravessar a peneira do significante” (JERUSALINSKY, 2010).

Odgo, a mãe da família, chama a atenção para o fato da camela ainda sentir dores, mesmo após o parto, e que é possível que ela rejeite o filhote devido ao parto difícil que durou dois dias. Trata-se de algo provável. Ingen Temee afasta-se sempre que o filhote se aproxima, não permitindo que ele se alimente. A família mantém-se observando, esperando o momento certo para intervir. O potro chama sua mãe, sendo o único filhote que está sozinho.

A família então intervém, segurando a camela para amamentar o potro, mas ela o afasta batendo nele toda vez que se aproxima. O próprio Botok começa a evitá-la, afastando-se. Tendo falhado, a família decide deixá-los livres e observá-los. O bebê camelo corre atrás de sua mãe, que corre dele, ignorando seus chamados.

Surge então a necessidade de intervir mais incisivamente, amarrando as patas traseiras da camela para ela não machucar o potro que consegue mamar em sua mãe. Mas Ingen Temee se afasta assim que é desamarrada.

Odgo acaba amamentando o bebê camelo em uma mamadeira, sem desistir de tentar conciliá-lo com sua mãe. Sabendo da importância do filhote estar com sua mãe, em lugar de apenas mantê-lo na mamadeira, a família investe na relação mãe-bebê. Na clínica com bebês, o investimento desejante do analista não se dirige ao bebê unicamente, mas também na família que está em dificuldade de entrar em contato com este bebê. É a aposta de que laços podem ser criados ou reestruturados.

Os avôs, percebendo a dificuldade de aproximação da camela e seu potro, decidem fazer um ritual, e para isso precisam chamar um violinista de uma cidade distante. Envia as duas crianças mais velhas, Ugna e Dude, em uma travessia pelo deserto para chamar o músico e

realizar o ritual. Durante todo este tempo o potro é alimentado na mamadeira por Odgoo e ignorado por Ingen Temee.

Com a chegada do músico, os animais são trazidos e se inicia o ritual. O instrumento é colocado em uma das corcovas da camela, de modo a reverberar junto com os sons emitidos pelo animal. Pode-se pensar esta ação comparada à do terapeuta, capaz de dar voz à mãe, compreendê-la e permitir a ela ouvir-se, dando significado ao real que de outra forma não poderia ser expresso.

O tempo todo acarinhada por Odgoo, o som e estes toques parecem acalmar a camela. O instrumento é devolvido ao músico, que toca enquanto Odgoo canta e acaricia a camela, observada atentamente pela família e pelos outros camelos. Há algo de hipnótico. No trabalho com pais e bebês é importante ressaltar que a criança não é a única em desamparo, os pais também precisam ser acolhidos e não julgados. A família compreende a camela, em momento algum culpando-a pela rejeição ao seu filho, mas validam seus sentimentos conflitantes pela dificuldade que passou. Favorecem que a camela tenha seu tempo para aproximar-se do potro. No entanto, não é uma espera passiva, sempre buscando uma intervenção que possa aproximá-los.

Botok é trazido próximo de sua mãe, que permite que ele se aproxime e seja amamentado. A camela chora, o ritual prossegue. Ao final ela está tranquila ao lado de seu filhote, amamentando-o, olhando para ele e acariciando-o. A família volta para sua tenda, satisfeita por terem criado o vínculo entre mãe-bebê.

Considerações finais

Exposta a complexidade de se discutir a etiologia do TEA, suas características e singularidades, foi frisada aqui a causalidade multifatorial do quadro, além do caráter multidisciplinar de uma intervenção bem-sucedida. Frisou-se também a importância da escuta familiar, tanto para a compreensão dos desafios do pequeno paciente, como para a acolhida da família em questão e a participação das figuras parentais na intervenção clínica.

Analisando e exemplificando o papel do terapeuta na intervenção clínica em bebês em risco de TEA, percebe-se as sutilezas necessárias para o sucesso do (re)estabelecimento do vínculo com este bebê que escapa ao laço com o Outro e parece ser muito sensível às emoções

alheias, entrando em fechamento autístico como forma de proteção à invasão emocional do sofrimento do outro.

Em suma, a clínica com bebês com base na psicanálise não apenas é possível, como tem demonstrado ser eficaz para a prevenção da instauração do TEA, sendo recomendada a busca por tratamento assim que os primeiros sinais se apresentam.

Referências

ANSERMET, F; GIACOBINO, A. Considerações sobre a singularidade de cada autista. In: JERUSALINSKY, A. (Org.). *Dossiê Autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2015. p. 172-175.

BARCZINSKI, C.; ACCIOLY, M. C. *Da importância da transdisciplinariedade no tratamento do autismo*: entrevista com Marie-Christine Laznik. São Paulo: 2013.

BATTIKHA, E. C. A inscrição do estranho no familiar. In: KUPFER, M. C. M.; TEPERMAN, D. (Org.). *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. São Paulo: Escuta, 2008.

BOAS, L. M. V. et al. Escuta Psicanalítica de Gestantes no Contexto Ambulatorial: Uma Experiência em Grupos de Fala. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 1, jan./mar. 2013, p. 8-15. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8623/8842>>. Acesso em 13 ago. 2018.

FREUD, S. “Gradiva” de Jensen e outros trabalhos. In: *Obras Completas*. Vol. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Texto publicado originalmente em 1906)

GESCHICHTE VOM WEINENDEN KAMEL, DIE. Direção de Byambasuren Davaa e Luigi Falorni. Produção de Tobias Siebert. Alemanha e Mongólia: Mongolkina, 2003. DVD (87 min), son., color.

GONON, F. A psiquiatria biológica: uma bolha especulativa? In: JERUSALINSKY, A. (Org.). *Dossiê Autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2015. p. 198-229.

GRATIER, M. As formas da voz: o estudo da prosódia na comunicação vocal mãe-bebê. In: LAZNIK, M. C.; COHEN, D. (Org.). *Os bebês e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage, 2011.

JERUSALINSKY, A. N. *Psicanálise do autismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

JERUSALINSKY, A. N. e cols. *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. 5 ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2010.

JERUSALINSKY, A. N. Tornar-se sujeito é possível ou impossível para um autista? Quando e quem decide isto? In: JERUSALINSKY, A. N. (Org.). *Dossiê Autismo*. São Paulo: Instituto Languagem, 2015. p. 22-51

LAZNIK, M. C. *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. 3 ed. Salvador: Ágalma, 2013a.

LAZNIK, M. C. *A hora e a vez do bebê*. São Paulo: Instituto Languagem, 2013b.

RIBEIRO, R. *Camelos Também Choram*. 2005. Disponível em: <<http://www.cineplayers.com/critica/camelos-tambem-choram/525>>. Acesso em 08 ago. 2018.

SMITH, A. The Empathy Imbalance Hypothesis of Autism: A Theoretical Approach to Cognitive and Emotional Empathy in Autistic Development. *The Psychological Record*, v. 59, p. 489-510, 2009. Disponível em <<http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1031&context=tpr>>. Acesso em 09 jun. 2018.

SZEJER, M. Sinais transgeracionais relacionais identificáveis. In: LAZNIK, M. C.; COHEN, D. (Org.). *Os bebês e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Languagem, 2011.

TEPERMAN, D. W. *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Fapesp, 2005.

UNTOIGLICH, Gisela. As oportunidades clínicas com crianças com sinais de autismo e seus pais. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 18, n. 3, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 mai. 2018.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

FREITAS, Nivaldo Alexandre de; SANTOS, Érica Garisto Rocha dos. A Relação Mãe-Bebê: Análise de duas situações para se pensar a clínica do TEA. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2019, vol.13, n.45, p. 18-35. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 15/03/2019

Aceito 18/03/2019.