

INTERVENÇÃO EM BEBÊS COM RISCO DE AUTISMO: Apontamentos com base na Psicanálise

Érica Garisto Rocha dos Santos

Mestranda em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo
E-mail: ericagrsantos@gmail.com

Nivaldo Alexandre de Freitas

Doutor em Psicologia Escolar e Professor do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Rondonópolis
E-mail: nivafreitas@gmail.com

RESUMO

Este artigo busca discutir alguns elementos teóricos acerca da intervenção terapêutica com bebês em risco de autismo, com base no referencial da psicanálise. O artigo se divide em duas partes. Na primeira, apresenta uma compreensão do que seja o autismo. Na segunda parte, busca-se refletir sobre a intervenção com o bebê, o que deve incluir também sua família, a fim de evitar que o autismo se instaure, e ainda se discute o papel do terapeuta nesse processo, que necessita ser diverso de sua postura na clínica comum da neurose.

Palavras-chave: Psicanálise. Autismo. Constituição do sujeito. Educação especial. Desenvolvimento humano.

INTERVENTION IN BABIES AT RISK OF AUTISM: Appointments based on psychoanalysis

ABSTRACT

This article aims to discuss some theoretical elements about the therapeutic intervention in babies at risk of autism, based on the psychoanalytic referential. The article is divided in two parts. In the first one, it is presented an understanding about autism. In the second part, it is sought to reflect about the intervention with the baby, which must also include its family in order to avoid the instauration of autism, also discussing the role of the therapist in this process, which needs to be different from its posture when dealing with the common manifestations of the neurosis.

Keywords: Psychoanalysis. Autism. Subject constitution. Special education. Human development.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de um estudo teórico sobre o tratamento de bebês com risco de autismo. Ainda não se sabe ao certo as causas do autismo, porém parece certo afirmar que o quanto antes

a criança nesta condição ou em risco de autismo iniciar um tratamento, maiores serão suas possibilidades de desenvolvimento.

Muito se discute sobre as causas do autismo, dividindo opiniões entre aqueles que defendem uma psicogênese, em que a causa residiria unicamente em fatores psicológicos e não estaria ligado a particularidades orgânicas, outros que defendem a organogênese, debatendo sobre causas neurológicas e heranças genéticas ainda não encontradas, ignorando o fator psicológico. Este estudo se pauta por uma terceira vertente, a que é defendida por Laznik, e procura superar as duas anteriores, ou seja, o autismo teria uma causa multifatorial que levaria à ausência de certas estruturas psíquicas:

Do ponto de vista psicanalítico, a plena manifestação de uma síndrome autística pode ser considerada como tradução clínica da não instauração de um certo número de estruturas psíquicas que, por sua ausência, só podem acarretar déficits de tipo cognitivo, entre outros. Quando estes déficits de tipo cognitivo se instalam de maneira irreversível, podemos falar de deficiência. Esta deficiência seria então a consequência de uma não instauração das estruturas psíquicas, e não o contrário. E podemos sustentar uma semelhante concepção, admitindo uma multifatorialidade e deixando de lado o debate, quase sempre estéril, entre psicogênese e organogênese (LAZNIK, 2013a, p. 21).

Partindo da necessidade de atender crianças com autismo cada vez mais cedo, incluindo bebês, faz-se necessária uma reflexão psicanalítica sobre esta situação específica, já que estas crianças não falam e ainda não estão integradas em seus corpos.

Atualmente o PREAUT (*Programme Recherche Evaluation Autisme*), de iniciativa francesa que já se encontra no Brasil, procura fazer avaliações em crianças de quatro a nove meses e, posteriormente, ao primeiro e segundo anos de vida. Nesta fase, compreender as dificuldades do bebê e começar uma intervenção psicanalítica junto à família e também à criança pode trazer bons resultados em longo prazo, já que não há uma grande espera para o início deste tratamento. Atualmente, uma criança com autismo costuma ser diagnosticada aos sete ou oito anos, após grande angústia da família ao perceber seu filho como diferente, mas não obter respostas conclusivas dos médicos. Neonatologistas e pediatras muitas vezes se mantêm a distância do desenvolvimento das relações afetivas e sociais do lactente, o que dificulta a identificação e tratamento precoce dos quadros de risco de autismo (FERREIRA, 2013).

Em 2014, o Ministério da Saúde lançou uma cartilha com indicadores que podem alertar os profissionais do SUS para os indícios de autismo em crianças menores de três anos (BRASIL, 2014), além de disponibilizar instrumentos de uso livre para este fim, podendo, assim, estas

crianças receberem um acompanhamento mais adequado às suas necessidades, desde que seus sintomas sejam percebidos.

Quando se fala em risco de autismo, pretende-se abarcar bebês que demonstram sinais que podem evoluir para o autismo e as possibilidades de trabalho para que isto não ocorra. No entanto, o diagnóstico de autismo se dá após o terceiro ano de vida, evitando uma avaliação prematura prejudicial ou errônea; por isso se fala de risco ou sintomas precoces (WANDERLEY, 2013).

Para discutir estas questões, este artigo se divide em duas partes. Na primeira, apresenta uma compreensão do que seja o autismo, com base em alguns aspectos acerca do surgimento do sujeito. Na segunda parte, busca-se refletir sobre a intervenção com o bebê, o papel da família no processo terapêutico e a função do próprio terapeuta, já que seu papel na clínica com bebês em risco de autismo é bem diferente do que se exerce na clínica da neurose.

2 O SURGIMENTO DO SUJEITO E SEUS PERCALÇOS

Pode-se dizer que a linguagem, a capacidade de simbolização, de desejo e pensamento transcendem as funções corporais. A teoria do psiquismo, iniciada por Freud e desde então em processo de ampliação e reelaboração, entende que o desenvolvimento emocional ocorre concomitantemente ao desenvolvimento físico, havendo assim uma organização do Eu e a transformação da vida instintiva. A psicanálise busca trabalhar com os desvios e interrupções deste desenvolvimento (BATISTELLI; AMORIM, 2014).

Jerusalinsky (1984), com base em Lacan, lembra que o nascimento de um bebê saudável não garante a constituição de um sujeito psíquico, pois este processo não é determinado por elementos genéticos, mas é no significante que o sujeito se constitui como tal: “As palavras fundadoras, que envolvem o sujeito, são tudo aquilo que o constituiu, seus pais, seus vizinhos, toda a estrutura da comunidade, que o constituiu não somente como símbolo, mas no seu ser” (LACAN, 1983, apud JERUSALINSKY, 1984, p. 10)

O bebê é, então, cativo das palavras do discurso do desejo materno. Este discurso é expresso nos movimentos, nas atitudes do Outro, na expressão do desejo materno, não somente por meio das palavras, pois estas o bebê não pode compreender. Freud (1923, p. 39) afirmou que “O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas

é, ele próprio, a projeção de uma superfície”. Esta afirmação, segundo Jerusalinsky (1984, p. 87), se refere à identificação primária:

Aquelas que os pais induzem inconscientemente a partir dos primeiros momentos da vida e que operam no Id, por meio de uma transmissão que se exprime na dimensão corporal. Estas marcas perenes sobre o corpo contêm, porém, os traços da circulação simbólica, recobrando o real por meio do investimento libidinal do imaginário. Assim, o ego corporal não aparece como uma formação biológica, senão como a identificação (primária), no corpo, da operação espelhante que o Outro realiza através do ‘outro’.

O autor ainda pontua que o surgimento de traços e quadros autistas está diretamente ligado ao desequilíbrio na relação mãe-bebê, seja pela mãe estar de alguma forma indisponível para este bebê, como também o inverso, ou seja, a criança pode apresentar uma condição constitucional que a impede de se vincular à mãe. Segundo o autor, a determinação ou propensão orgânica pode estar presente, porém apenas se manifesta em um ambiente psíquico particular que propicie o surgimento do autismo.

Não instaurada no desejo materno, impossibilitada de adentrar o simbólico, a pulsão só pode se ligar ao que sua percepção lhe traz e nos próprios órgãos. Não há um circuito pulsional porque surge e se consome em seu local de origem. Não se estabelece uma rede, uma comunicação ou troca simbólica (JERUSALINSKY, 1984).

O autista é assim descrito, muitas vezes, como um não ser, um sujeito inteiramente *sujeitado* ao outro ao mesmo tempo que alheio ao outro. Porém, a psicanálise nos mostra não ser impossível atingir o dito inatingível. É preciso tatear pelas brechas deste fechamento autístico e resgatar algo do ser capaz de entrar em contato e oferecer uma troca, embora esta se dê em seus próprios termos e comunicação particulares.

Um sinal clássico e rapidamente perceptível nos casos de risco de autismo é a recusa a olhar para o outro. Porém, este sinal sozinho não configura a possibilidade de evolução para autismo, sendo que o sinal mais importante, conforme observado por Laznik (2013a), é a falha no circuito pulsional oral, que se dá em três tempos. No primeiro tempo, o bebê busca e se apodera de um objeto oral (seio, mamadeira). Este primeiro tempo é considerado ativo por Freud, pois o bebê se move na direção do objeto externo. No segundo tempo, o bebê apresenta a capacidade autoerótica, chupando uma chupeta ou as próprias mãos e dedos. É um tempo reflexivo em que o objeto da pulsão é parte do corpo e o processo é tranquilizante.

A satisfação pulsional, no entanto, só se dá no remate do terceiro tempo. É quando o bebê age de modo a fisgar o gozo do Outro, oferecendo-se para que a mãe finja comê-lo, demonstrando o prazer de ter um bebê apetitoso. O infante oferece seus dedos, mãos, pés, colocando-os próximo ou na boca da mãe, projetando sua barriguinha para que a mãe o cubra de beijos e sorrisos. Este não é, no entanto, uma ação passiva, como supunha Freud, pois se oferece ativamente para se fazer comer por outro, fazer-se olhar e ouvir, fazer-se objeto do gozo alheio. Lacan, segundo Laznik, chamou este de tempo de “fazer-se”:

Quando esse terceiro tempo acontece, ele garante que, no polo alucinatório de satisfação do desejo, haverá traços mnêmicos desse Outro materno, deste próximo assegurador. Mas, mais precisamente, traços mnêmicos de seu gozo; deste momento em que a mãe sorri de prazer para esse bebê que se faz olhar ou que oferece seu pé para ser comido. Temos então certeza de que, quando ele estiver sozinho, sugando seu polegar ou chupeta, haverá reinvestimento dos traços mnêmicos desse Outro materno. Freud, no Projeto, chama-os de representações do desejo (Wunschvorstellungen). Como ele fala do recém-nascido, só pode se tratar do desejo de seu Outro Primordial, seu próximo assegurador, como ele o chama. Nesse caso, estamos certos de que autoerotismo contém Eros. Sem Eros, autoerotismo se escreve autismo (LAZNIK, 2013a, p. 80).

É neste jogo de faz de conta que o simbólico começa a se estruturar, no comer sem incorporar, de que o bebê poderá se lembrar e reviver quando estiver sozinho e fazer de si mesmo o objeto da pulsão no autoerotismo. Deverá haver qualquer coisa de seu Outro para que o gesto seja significativo, mostrando que o Outro é capaz de assegurá-lo mesmo quando não está presente, além da lembrança de que o bebê é capaz de dar-lhe prazer. Se, no entanto, não há o desejo de ser desejado, de se fazer objeto, o autoerotismo está desprovido da marca do Outro: “Nada, então, garante que o polo alucinatório de satisfação esteja no circuito e que, portanto, todo o sistema das representações do pensamento inconsciente possa se constituir” (LAZNIK, 2013a, p. 171).

No autismo, o circuito pulsional não é fechado, e este traço identificável desde cedo no bebê permite um encaminhamento precoce a um tratamento adequado capaz de estabelecer ou reestabelecer o circuito pulsional completo. O propósito é intervir em tempo, de modo que as estruturas que sustentam o funcionamento inconsciente possam se instaurar antes do surgimento de uma deficiência. A deficiência se dá quando a não utilização de suas capacidades inatas acaba lesando o órgão que a suporta, no caso, o cérebro social não é estimulado e não se desenvolve adequadamente, prejudicando o interesse pelo meio e pelo mundo, causando déficits cognitivos. A deficiência é uma consequência da falha na formação das estruturas psíquicas, não a causa. Portanto, é possível reverter a deficiência propiciando a instauração destas estruturas (LAZNIK, 2013a).

Laznik levanta a hipótese de que é no fazer-se objeto que a criança pode inserir-se no campo do Outro e poderá surgir enquanto sujeito, submetida aos significantes fornecidos por este Outro. O bebê que virá a tornar-se autista não se interessa por dar prazer ao outro: “Hoje diria que certos bebês não se deixam enganar por nenhum apelo carinhoso, como se percebessem, cedo demais, a intrínseca ambivalência de todo amor” (LAZNIK, 2013a, p.14). Por outro lado, também é possível que o outro não queira ter seu gozo físgado, portanto não basta que o bebê se interesse em fazer-se objeto de prazer, mas é preciso que encontre alguém que se deixe encantar, abrindo-lhe as portas do campo do Outro.

O bebê tem um papel importante na formação do vínculo e a falha que pode deixá-lo em risco constitucional não parte unicamente da mãe ou substituto materno, mas também do bebê, que pode evitar e excluir o outro:

A fim de evitar formulações abusivas e excludentes, é preciso considerar as duas possibilidades seguintes: de um lado, a ferida narcísica que pode sentir uma mãe frente a uma criança que não endereça-lhe o olhar e que não responde aos seus apelos e, de outro lado, o desamparo e as angústias intensas sentidos pelo bebê que só encontra um olhar vazio ao qual ele não pode se fixar (MESQUITA; BIDAUD, 2013, p. 322).

Segundo Laznik (2013b) o bebê não é um papel em branco no qual as fantasias dos pais serão impressas, e nem tudo que acontece com o bebê surge do psiquismo dos pais. Não é suficiente que os pais desejem investir libidinalmente em seu filho, também é preciso que as condições para isso estejam presentes, ou seja, o bebê deve olhar em direção aos pais, deve ouvi-los com atenção para que se sintam investidos enquanto pais. Na grande maioria dos casos, um bebê em início de autismo nunca olhou para ninguém.

É claro que uma relação salutar entre a mãe e seu bebê é importante. No entanto, cabe pensar na ambivalência de qualquer relação. Uma mãe não vai sentir unicamente amor por seu filho, como também vai experimentar momentos de raiva, frustração, agressividade, sem, contudo, deixar de amá-lo. A maternidade é vista socialmente de uma maneira muito romântica, como símbolo de sacrifício, plena disponibilidade e amor incondicional, banindo a expressão dos sentimentos hostis e gerando um sofrimento materno que não pode ser demonstrado. No entanto, amor e ódio fazem parte de toda relação, como a psicanálise já mostrou:

A tristeza desencadeada pelo nascimento de um filho não é discutida em nossa sociedade, muito menos acolhida, o que acarreta, na grande parte das vezes, um sentimento de inadequação por parte da mulher: Como pode não estar sentindo-se plena e afortunada com a chegada de seu bebê? (FOLINO; SOUZA, 2013, p. 145).

É através da ambivalência que o sujeito pode sentir culpa e desejo de reparação, mecanismos importantíssimos para as interações sociais. A ambivalência de sentimentos é, portanto, essencial na constituição do sujeito e, no entanto, culturalmente inadmissível na relação mãe-filho. Como uma imposição social de cumprir este papel de mãe idealizada, experiências de dualidade emocional podem ser bastante devastadoras para a mãe, que pode julgar-se uma “mãe ruim” e gerar consequências indesejáveis para a relação com o bebê (TRAVASSOS-RODRIGUEZ; FÉRES-CARNEIRO, 2013).

3 A CLÍNICA COM BEBÊS: UMA POSSIBILIDADE DESAFIADORA

Compreendendo o autismo como algo complexo cuja gênese pode se dar por múltiplas razões, o que realmente importa é o que pode ser oferecido clinicamente para as crianças nesta condição. É possível, por meio da psicanálise, favorecer o desenvolvimento de um psiquismo e possibilitar o surgimento de processos mentais complexos. Não se pensa, então, em um não ser desesperançado, mas em um vir a ser sujeito da própria história, não apenas repetidor de comportamentos adaptativos e socialmente aceitos. “As aquisições de comportamentos e linguagem que sempre ocorrem ao longo do atendimento psicanalítico são devidas aos ganhos que a criança obtém quando é resgatada de sua condição de não sujeito” (BATISTELLI; AMORIM, 2014, p. 20).

O papel do analista será o de proporcionar um ambiente onde seja possível o surgimento do inconsciente. Na clínica com pacientes autistas não se espera que a análise os deixe mais conscientes, mas sim que eles possam ter esperança de sentir-se reais. “Nesse caso, o contexto (*setting/ambiente*) torna-se mais importante que a interpretação, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é fundamental” (JANUÁRIO; TAFURI, 2010, p. 61). Ou seja, é necessário que o analista sustente certas experiências por um determinado tempo sem interrompê-las, favorecendo a integração do sujeito.

Para o autor, sustentar o paciente pode ser entendido como uma interpretação certa em um momento correto, demonstrando a compreensão que o analista tem do sujeito, mas também pode ser necessário que o *holding* se torne um ato físico. Winnicott diz que uma interpretação precoce pode ser prejudicial ao paciente autista, pois desta forma estaria o analista se apresentando como um não eu para o paciente que o precisa como parte de si mesmo. A interpretação precoce, segundo Winnicott, seria a invasão do externo ao paciente que necessita da simbiose com o

terapeuta (JANUÁRIO; TAFURI, 2010). Também na leitura lacaniana de Kupfer (2001), tudo o que o Outro (com letra maiúscula e, portanto, não castrado, onipotente) diz é a absoluta verdade e, portanto, não há como o não sujeito autista contestar a certeza do Outro.

Batistelli e Amorim (2014) apresentam uma pesquisa que consistia na análise de vídeos familiares de bebês posteriormente diagnosticados com autismo. Tanto pais quanto médicos pediatras percebiam algo de diferente na criança, porém não compreendiam esta percepção. O desejo dos pais de que seu bebê esteja se desenvolvendo normalmente pode levar a falsas percepções, como entender a criança como calma e boazinha quando ela na verdade apresenta passividade e não responde aos estímulos dos adultos. Notou-se também a demora entre a percepção dos pais das alterações nos bebês e a busca por avaliação clínica, que variou entre seis e quarenta e um meses.

As pesquisas de Laznik (2013a; 2013b) com vídeos familiares e também em sua experiência clínica com estes bebês endossam esses resultados. Alguns sinais em bebês podem indicar risco constitucional, como a ausência ou evitamento do olhar, evitação de contato com o outro, estereotípias sonoras e gestuais, apatia e preferência por objetos a pessoas (BATISTELLI; AMORIM, 2014).

O PREAUT baseia-se nestes dois sinais: o bebê procura ser olhado sem que haja solicitação pela mãe e procura troca jubilatória também sem ser demandado. Observa-se, assim, a pulsão escópica, pulsão invocante e a capacidade de fechar o terceiro tempo pulsional, ou seja, o *fazer-se*. O Programa baseia-se na hipótese de que a falha desses sinais prediz uma grave perturbação no desenvolvimento do bebê. Na análise dos filmes de familiares dos bebês que se tornaram autistas é possível perceber que estes bebês podem ter respondido às solicitações parentais com olhares e sorrisos, e até demonstrado interesse em brincar de “ser comido” pela mãe. No entanto, falta a capacidade de “provocar” esta interação, o que demonstra o quanto o fechamento do circuito pulsional é um importante sinal de risco de autismo (FERREIRA, 2013).

Alguns autores adotam o termo “prevenção” para referir-se à intervenção a tempo na relação pais-bebê. Compreende-se que prevenir seria facilitar a instauração das estruturas que sustentam o funcionamento inconsciente antes do aparecimento dos déficits cognitivos advindos desta falha e antes da estrutura autística se instalar (CHAVES, 2013; LAZNIK, 2013a).

Jerusalinsky (2013) aponta, todavia, o risco da prevenção do desenvolvimento acontecer a partir de um modelo fixo, estereotipando sobre aquilo que pede diversificação, impedindo, assim, a relação que deveria ser preservada. O autor nos lembra do reconhecimento da complexidade do psiquismo: longe de poder ser catalogado como “normal” ou “patológico”, ou então “aceitável” e “inaceitável”, é antes de tudo um processo em formação constante, flexível, que pode ser alterado para uma via menos tortuosa se a intervenção se der no tempo certo. Não basta a crença reconfortante de que o tempo tudo resolve, mas é preciso encarar uma realidade dolorosa para os pais e poder trabalhar de modo que outras possibilidades sejam oferecidas a este bebê em risco.

A neuroplasticidade até um ano de idade é intensa. Com maior flexibilidade, a melhor possibilidade de atuar de maneira a tratar (ou prevenir) o autismo é com a intervenção em bebês (WANDERLEY, 2013). As intervenções em tempo podem modificar a maneira como o bebê está se constituindo como sujeito, a relação com sua mãe e também as experiências desta mulher enquanto mãe. A clínica com bebês de 0 a 3 anos, que tardou a ser explorada pela psicanálise, requer novos enquadres, novos pensamentos de como lidar com o humano. É importante reconhecer que há demanda nesta idade através dos sintomas que se manifestam fisicamente no bebê, já que seu corpo é sua única linguagem. Laznik também lembra que: “Esperar para intervir pode então equivaler a uma não-assistência à pessoa em perigo” (LAZNIK, 2013a, p. 23).

4 OS PAIS E O BEBÊ NO *SETTING*

Oferecer o acolhimento e escuta das angústias parentais sobre seus bebês é eficaz na elaboração destes sentimentos insuportáveis que acabariam sendo depositados nos filhos. Nomear as identificações projetivas é uma intervenção possível para a ressignificação das relações pais-bebê (LAZNIK, 2013a).

Mesmo que o bebê não esteja em risco de autismo, se há algo de frágil na relação com os pais, a intervenção em tempo pode ajudá-los a reencontrarem-se e permitir que o bebê se desenvolva sem grandes problemas.

Laznik (2013a) chama a atenção para as pesquisas recentes que mostram que é possível reverter o quadro de fechamento autístico, inclusive utilizando o termo “cura”, se a intervenção terapêutica se der nos primeiros meses de vida. Nesta clínica com bebês, é importante pensar na participação

ativa dos pais no processo terapêutico, até mesmo por ser bastante difícil trabalhar com autistas, crianças pequenas e bebês sem que os pais estejam presentes no atendimento.

O meu paciente não é nem o bebê, nem o pai ou a mãe, mas a interação, ela mesma. Nós, analistas, trabalhamos para restabelecer ou estabelecer uma interação (na linguagem dos cognitivistas), ou para construir uma relação com o Outro, já que na minha concepção de aparelho psíquico, esse Outro é o seu fundador (LAZNIK, 2013a, p. 208).

É no trabalho da relação que se (re)estabelece o vínculo necessário ao bebê para a subjetivação. Os pais têm um papel ativo no trabalho conjunto com o analista e podem ser acolhidos em seu sofrimento para poderem reelaborar sua relação com o filho em dificuldade e fortalecer as funções parentais. Segundo Souza e Callia (2013, p. 279), “O trabalho com os *fantasmas que rondam a relação com seus filhos* e que os impedem de um contato com o bebê real permite que estes conflitos possam encontrar formas de expressão menos tanáticas”.

O nó pulsional deve se dar entre mãe e filho, cada um contribuindo com sua parte. O bebê oferece-se para ser comido pela mãe, que o aceita como delicioso e juntos descobrem o prazer deste laço e a vontade de interagir um com o outro. O terapeuta pode facilitar este processo, mas não é com o analista que esta criança deve enlaçar-se, até pelo pouco tempo de atendimento. Por isso é fundamental que a mãe consiga manter a experiência prazerosa com seu bebê durante toda a semana, não por indicação, mas por prazer, tornando-se, assim, verdadeiramente uma co-terapeuta (LAZNIK, 2013b).

Se os pais permanecem fora do atendimento, a sensação de incapacidade de compreender esta criança aumenta. É o terapeuta que presencia os pequenos avanços, não os pais. Desta forma “Os pais também não testemunham os fracassos do terapeuta, sua decepção e luta para entrar em contato com a criança. Quando o trabalho é partilhado, os fracassos e sucessos são tanto da família quanto do terapeuta” (WANDERLEY, 2013, p. 184).

5 O PAPEL DO TERAPEUTA NO ATENDIMENTO COM BEBÊS

No atendimento com bebês tem-se uma clínica do inesperado, da incerteza, da dúvida, e é preciso pensar o lugar do terapeuta. Manter uma disponibilidade ausente não é útil no trabalho com autistas, pois estes recusam o contato, estão inacessíveis a este contato livre e espontâneo em direção ao analista. Esperar por esta criança não levaria a lugar nenhum e o terapeuta precisa trabalhar ativamente para convocar esta criança à interação. O sujeito do desejo não vai surgir na sessão enquanto o analista assiste a tudo passivamente (WANDERLEY, 2013). No entanto, é

preciso cautela, o paciente não deve ser invadido, tampouco excluído. Também é preciso cuidado com as intervenções bruscas que possam causar um fechamento, e para não criar automatismos em vez de incorporações verdadeiras.

Para Jerusalinsky (2010, p.125) é fundamental acreditar no sujeito que virá a ser. Não que haja efetivamente um sujeito ali, mas porque a possibilidade de vir a existir é essencial na clínica do autismo: “Portador de um contrabando da linguagem para o território excluído dela, o psicanalista convoca o autista à cumplicidade de se enlaçarem numa língua que mais ninguém, e somente eles, inicialmente compreendem”.

Segundo Laznik (2013a), para o bebê conseguir se subjetivar é preciso que a mãe seja capaz da ilusão antecipatória, o que é chamado de “loucura normal da mãe”, que seria ver em seu bebê o sujeito que ainda não é.

Nos casos em que a mãe não é capaz de ter a ilusão antecipatória, ao olhar para o bebê, a mãe vê o bebê real, ou seja, um pequeno amontoado de carne ainda sem sentido e sem capacidade de compreender o seu entorno, apenas um organismo vivo com necessidades básicas de sobrevivência. Para esta mãe, conversar com este bebê seria uma tremenda perda de tempo, já que este não pode compreendê-la. Seu olhar para esta criança se resume, então, a um olhar desprovido da significação estruturante necessária para transformar o pequeno organismo em um sujeito.

Se a mãe ou seu substituto falha na ilusão antecipatória, cabe ao terapeuta preencher esta falha até que outro possa sustentar esta posição. O investimento desejante do analista, sua aposta pulsional, é uma ferramenta valiosa na clínica de pacientes com fechamento autístico. É de muita importância o desejo do terapeuta de entrar em contato com o sujeito, de acreditar que a subjetivação seja possível e que haja algo em que vale a pena investir, mesmo que a própria família do paciente tenha desistido de fazê-lo.

O terapeuta precisa da ilusão antecipatória, supor o sujeito e atribuir sentido aos seus gestos, atos, sons e manifestações. Desta forma a criança é inserida na fala, possui um significante e procura tornar-se um ser falante, objetivos propostos por Laznik na análise de crianças autistas. No entanto, a ilusão antecipatória não deve ser usada apenas como técnica, precisa ser vivida, o

analista é aquele que realmente se deixa iludir, sendo tomado contratransferencialmente por seu paciente.

Se, na análise do neurótico, o caminho começa no simbólico e vai em direção ao real, nas psicoses infantis o caminho tem sentido inverso, buscando construir o simbólico e o imaginário a partir do puro real em que a criança se encontra (PIRES, 2007).

A capacidade de brincar e simbolizar é anterior à aquisição da linguagem verbal. A comunicação mãe-bebê é uma interação não verbal que tem a capacidade de fazer com que o bebê sinta-se compreendido (JANUÁRIO; TAFURI, 2010).

O analista deve procurar meios de possibilitar experiências que surjam da relação intersubjetiva e significativa capaz de organizar a subjetividade do paciente. A dimensão sensorial não deve ser esquecida, mesmo com a grande importância dada a interpretações verbais. Na prática, nomear os sentimentos, experiências e intenções é uma maneira de interpretar e intervir diretamente nas necessidades de fortalecimento da subjetivação em estruturação. É possível fortalecer a capacidade simbólica através da contratransferência do analista, que oferece a própria mente para integrar a imagem do outro enquanto este não é capaz de fazê-lo sozinho, como a mãe faz ao oferecer seu olhar ao bebê. A postura do analista é de investir verdadeiramente no paciente, convocando-o ativamente para a realidade.

No atendimento com bebês procura-se que a mãe e seu bebê possam entrar em sintonia, se ouvindo mutuamente. O analista funciona como um intérprete nesta relação, facilitando a comunicação entre os dois, ora emprestando sua voz ao bebê que não consegue ser compreendido, ora oferecendo suporte para a mãe, de modo que ela possa se permitir saber sobre seu próprio filho.

O psicanalista é o tradutor do sofrimento dos pais e do bebê, dando palavras ao Real, entendendo a história única do casal e a história do bebê. Ao decodificar os sinais do bebê e apresentá-los à mãe, o terapeuta propicia que a função materna possa emergir sem tomar seu lugar. O bebê vai entrando nesta teia de significações do Outro, interpretado como um sujeito suposto (WANDERLEY, 2013). No modelo psicanalítico é conferido ao bebê a posição de sujeito mesmo antes do surgimento deste. Falar com o bebê tomado por esta alucinação antecipatória na presença da mãe também permitirá que ela possa também antecipar o sujeito e dar voz ao seu bebê

(CAMPANÁRIO; PINTO, 2006).

O movimento de alternância da fala da mãe e seu discurso no lugar do bebê é chamado de protoconversa (LAZNIK, 2013a) e é uma maneira de ouvir e fazer comunicar o sujeito que ainda não é. É quando a mãe, por exemplo, diz “oi meu filhinho, o que você quer?” e responde no lugar do seu filho “estou com fome, mamãe”, engajando-se em um monólogo que, no entanto, dialoga com o filho e que nomeia suas experiências. Este é um recurso que também pode ser utilizado em autistas mais velhos, que também necessitam desta significação de suas vivências. Quando o terapeuta inicia a comunicação com a criança, os pais podem observar este movimento com espanto, e compreender algumas coisas que até então não lhe eram tão claras. O analista se utiliza da personificação da voz do infante para contar aos pais sobre suas necessidades, como por exemplo “olha papai, eu gosto quando você fala comigo”, em um relacionamento em que particularmente não há discurso dirigido à criança.

Neste sentido, o analista funciona como um objeto transformador, um espelho vivo em que a mãe se inspira para retomar a função materna. Desta forma, promove-se a protoconversa dos próprios pais com suas crianças, facilita-se a compreensão das manifestações infantis, proporciona-se o reinvestimento na capacidade de subjetivação do paciente e também o reconhecimento da dificuldade que estes pais estão vivendo ao não conseguir “traduzir” as manifestações de seus filhos (BATISTELLI; AMORIM, 2014, p. 153).

É na transformação dos gestos da criança em algo com significado que pode haver uma intervenção subjetivante. Quanto ao objetivo da intervenção, não se espera uma cura no sentido de mudança na estrutura psicótica, mas isso não quer dizer que não há nada a ser feito:

Não se trata de ter como meta dirigir o tratamento tendo como referência a estrutura psíquica neurótica. Trata-se de observar o Pequeno Paciente, perceber seus sinais de transtorno e ajudá-lo a escolher pouco a pouco a montar a estrutura possível que lhe garanta a melhor condição de vida (FERNANDES, 2013, p. 219).

Uma característica particular das mães que se endereçam aos seus filhos é uma prosódia particular, o “manhês” ou “parentês”. É um fenômeno universal, pois no mundo todo as mães utilizam-se de entonação exagerada, uma voz mais aguda, prolongamento de vogais e repetição de curvas melódicas. São características que o bebê discrimina auditivamente e que parece ser irresistível para eles. É o que a Laznik chamou de “voz de sereia”, capaz de seduzir o bebê para a interação

com o outro. Esta forma de interação favorece o desenvolvimento da linguagem, porém deve acontecer frequentemente e de maneira prazerosa (LAZNIK, 2013b).

A qualidade do manhês, no entanto, depende da resposta do bebê, o que mais uma vez sugere que os bebês estão envolvidos ativamente nestas interações precoces. Os bebês em risco de autismo precisam de mais provocação à interação, maior intensidade na invocação e continuidade para realmente se engajarem em uma troca. No entanto, a falha em responder à provocação pode levar a uma fragilidade na função materna, diminuindo a qualidade de sua prosódia. Com certa insistência, esta prosódia tão particular pode chamar a atenção até mesmo destes bebês em risco, sendo muito útil na prática clínica (LAZNIK, 2013b).

Campanário e Pinto (2006) também apontam que a entonação de voz, ritmos e música são fundamentais no tratamento do autismo, afirmando que seria quase impossível trabalhar com essas crianças sem o recurso musical. De fato, a música é capaz de despertar o interesse de recém-nascidos e fortalecer o vínculo mãe-bebê. Na pesquisa de Hunter e Sahler (apud PARIZZI et al, 2013), o canto da mãe para seu bebê resultou em uma aceleração da alta hospitalar de bebês prematuros, bem como a redução do medo e ansiedade dos pais frente ao nascimento pré-termo. A criança precisa ser seduzida ao mundo externo e para isso o terapeuta deve ser sensível às suas necessidades, além de criativo, sem nunca esquecer-se de se manter a uma distância ideal - aquela que a criança lhe coloca - sem invadi-la. Segundo Mahler (apud AZEVEDO, 2011, p. 36) a criança:

[...] precisa ser atraída de sua concha autística por qualquer tipo de estratagemas, como música, atividades rítmicas e estimulação prazerosa dos órgãos dos sentidos. Tais crianças devem ser gradualmente abordadas com o auxílio de objetos inanimados, tendo-se sempre em mente que o contato corporal, o toque, o abraço carinhoso - dos quais se espera que tranquilizem uma criança perturbada - não ajudam e muitas vezes constituem um estorvo no tratamento dessas crianças [...].

O trabalho psicanalítico com crianças autistas, cabe ressaltar, não visa tornar o inconsciente consciente, mas construir a própria fundação do aparelho mental: “Editar em vez de reeditar, por meio de uma gramática especial, o que não poderia ser repetido” (BATISTELLI; AMORIM, 2013, p. 160-161). O desafio desta prática é trazer essas crianças para o mundo compartilhável, não só de comportamentos adaptativos e “apropriados”, mas de sentimentos e emoções humanas. Para isso, o terapeuta deve esgueirar-se nas brechas do paciente, buscando seduzi-lo à troca intersubjetiva, enquanto sustenta e convoca os pais para ajudá-lo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se discutir, ao longo deste artigo, alguns elementos teóricos acerca da intervenção em bebês em risco de autismo, apresentando para isso alguns aspectos sobre a formação do sujeito e seus percalços. A partir disso, procurou-se focar na questão da intervenção em bebês que apresentam aspectos que compõem uma suspeita de autismo, ressaltando algumas questões importantes, como o papel da família e o do terapeuta nessa intervenção.

Sobre todos os elementos apresentados é justo dizer que pouco ainda se sabe acerca dos meios para o desenvolvimento pleno de qualquer ser humano, principalmente quando se pensa nos vários percalços que a atual sociedade impõe para a noção de desenvolvimento. Todavia, este pouco que já se pode dizer é capaz de contribuir bastante para que o sujeito possa alcançar uma condição em que ele seja capaz de manifestar seus desejos e ser ouvido por quem está ao seu redor.

Certamente, trata-se de uma clínica difícil, nova, ousada e, como toda clínica psicanalítica, não se define por caminhos fáceis e já percorridos, mas por novas descobertas e aperfeiçoamentos relativos a cada paciente e sua família.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, F. C. **Autismo e psicanálise: o lugar possível do analista na direção do tratamento**. Curitiba: Juruá, 2011.

BATISTELLI F. M. V.; AMORIM, M. L. G. (e cols.). **Atendimento psicanalítico do autismo**. São Paulo: Editora Zagodoni, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPANARIO, I. S.; PINTO, J. M. O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 11, n. 21, dez. 2006.

CHAVES, M. P. C. T. O lugar do analista na clínica com bebês. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

FERNANDES, F. S. O que pode significar um sujeito “ainda não constituído” “recusar-se à interação”? uma pesquisa exploratória multidisciplinar sobre o processo de comunicação entre

pais-bebê-psicanalista. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

FERREIRA, S. S. PREAUT Brasil. Estudo e Pesquisa em Autismo (Eixo Recife – PE), 2013. Disponível em <<http://ninar.com.br/wp-content/uploads/2013/11/preaut-i-jornada-o-que-e-a-pesquisa-preaut-recife-pe-28.-09-13-logo.pdf>>. Acesso em 04 fev. 2015.

FOLINO, C. S. G; SOUZA, A. S. L. Reverberações do encontro mãe-bebê: sobre a depressão e a depressividade no pós-parto. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

FREUD, S. [1923]. **O ego e o Id e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

JANUÁRIO, L. M; TAFURI, M. I. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1, p. 57-70, 2010.

JERUSALINSKY, A. N. Psicanálise do autismo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
_____. Considerações preliminares a todo tratamento possível do autismo. **Psicol. Argum.**, vol. 28, nº 61, p. 121-125, abr./jun. 2010.

_____. As identificações precoces. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Org). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

KUPFER, M. C. **O diagnóstico da psicose infantil e do autismo e suas consequências para o tratamento**. In: Educação para o futuro: psicanálise e educação. 2ª edição. São Paulo: Escuta, 2001.

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

_____. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013b.

MESQUITA, M.; BIDAUD, E. **Qual é o Outro do autismo?** In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

PARIZZI, M. B. et al. **Influências da educação musical nas respostas vocais e de interação social em bebês nascidos prematuros**. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. SP: Instituto Langage, 2013.

PIRES, L. **Do silêncio ao eco: autismo e clínica psicanalítica**. São Paulo: EDUSP, 2007.

SOUZA, A. S. L.; CALLIA, M. M. M. Criando condições de comunicação: o atendimento a uma família com dificuldades na troca alimentar. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, F; FÉRES-CARNEIRO, T. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 45, n.1, p. 111-121, 2013.

WANDERLEY, D. B. **Aventuras psicanalíticas com crianças autistas e seus pais.** Salvador: Ágalma, 2013.