

A APETÊNCIA SIMBÓLICA DO RECÊM-NASCIDO

**Do estabelecimento do laço precoce
aos sinais de risco de autismo**

**Graciela
Crespin**



Graciela Crespín

A APETÊNCIA SIMBÓLICA DO RECÉM-NASCIDO

*Do estabelecimento do laço precoce aos
sinais de risco de autismo*

Tradução

Astrid Bandeira Santos

Revisão técnica

Conceição de Fátima Beltrão Fleig

Severina Sílvia Ferreira



Porto Alegre, março de 2022

Crespín, Graciela

A apetência simbólica do recém-nascido. Do estabelecimento do laço precoce aos sinais de risco de autismo / Graciela Crespín. - Recife : Ninar - Núcleo de Estudos Psicanalíticos / Porto Alegre : Escola de Estudos Psicanalíticos, 2022.

57 p.

ISBN: 978-85-93441-01-1

1. Psicanálise. 2. Autismo. 3. Recém-nascido. I. Capítulo.

Comissão de publicação: Anna Aline Coutinho, Conceição de Fátima Beltrão Fleig, Severina Sílvia Ferreira, Viviane Carla Dall'Agno

Revisão técnica: Conceição de Fátima Beltrão Fleig, Severina Sílvia Ferreira

Revisão de termos da clínica pediátrica: Sandra Bay

Diagramação e capa: Caio Schasiepen

Índice

Apresentação	5
Prefácio	8
Introdução	12
Capítulo 1 Uma nova concepção do bebê?	13
Capítulo 2 O que é a apetência simbólica do recém-nascido?	16
Capítulo 3 O estabelecimento do laço ao outro: posições materna e paterna	23
Capítulo 4 Sinais positivos de desenvolvimento e sinais de sofrimento precoce	30
Capítulo 5 Os três registros pulsionais do primeiro ano de vida	33
Capítulo 6 Do desenvolvimento normal ao risco de autismo	45
Capítulo 7 Como reconhecer, no acompanhamento cotidiano, um risco de evolução para um transtorno do espectro do autismo?	50
A título de conclusão	53
Bibliografia	55

Apresentação

O estatuto social e jurídico que encaminha a atual posição das crianças na família e na sociedade começou a ser construído a partir da Revolução Francesa e da era napoleônica, quando os direitos, a educação, e, posteriormente, a saúde, passaram a ser universais. Um dos testemunhos de que sofrimentos na infância passam a ser considerados e ter existência vem pela literatura, com o romantismo, iniciado no século anterior ao do surgimento da psicanálise. Até então, a criança não passava de um adulto em pequena dimensão, e, em famílias de melhores recursos econômicos, os bebês eram inclusive entregues às amas de leite que os criavam em suas casas, muitas vezes até por volta de dois anos.

Um longo trajeto foi percorrido até o estado atual dos cuidados e atenção com a infância, ainda que estejamos a meio caminho neste processo, com variações profundas e carências intensas, de acordo com as políticas públicas de saúde em cada canto do planeta.

O primeiro serviço que este livro da psicanalista Graciela Crespín nos presta é o de mostrar a viabilidade de intervenções nos primeiros tempos de vida, o valor da formação de equipes preparadas para tais intervenções e a importância da detecção dos primeiros sinais de alerta de que o recém-nascido está em dificuldades.

Jacques Lacan nos diz que um psicanalista não procura, mas ele tropeça, ou seja, tropeça em um achado. Eis a carta de navegação de um psicanalista! E, em sua introdução ao livro, a autora destaca que, no contexto de consultas pediátricas de prevenção, na França, a psicopatologia do bebê e os processos psíquicos precoces tornaram-se o centro de suas atenções. Ou seja, nossa autora tropeçara em algo que se tornou para ela um achado, cuja presença insistente a levou a perseverar.

Entre os psicanalistas, o tratamento de bebês é o mais recente campo investido voltando-se aos elementos iniciais da entrada do pequenino ser na linguagem e no mundo. Freud, nos primórdios de suas descobertas, trabalhou durante 10 anos em um serviço de neurologia infantil em Viena. Retirou desta experiência elementos para artigos, verbetes e conhecimentos que contribuirão para sua abordagem dos primeiros anos de vida e da primeira infância. No “Projeto para uma psicologia científica”, de 1895, encontramos sua teoria a respeito da psique e da experiência humana na absorção ou na expulsão de

estímulos internos ou externos e de suas transformações, dando origem ao aparelho psíquico.

Neste período, ainda utilizava a hipnose nos casos de adultos, entretanto, não tardaria a abandonar esta forma de tratamento, criando o método psicanalítico – uma de suas exposições clínicas deste período de transição; ou seja, “Um caso de cura por hipnose”, datado de 1893, tem significativa importância. Trata-se do primeiro relato de uma intervenção feita para um bebê em dificuldade, podemos ousar dizer, e esse detalhe nos interessa.

Vamos ao caso: Um pai procura Dr. Freud pela segunda vez. A primeira se dá quando do nascimento do primeiro filho. A mãe não conseguia amamentar e o bebê foi levado a uma ama de leite. Nasce o segundo filho e a dificuldade se repete. O marido, assistindo ao sofrimento do bebê esfomeado e da esposa arrasada por não conseguir alimentar o filho, solicita uma consulta em domicílio. O doutor faz para a jovem uma estranha prescrição: que após a saída dele, ela deveria procurar a própria mãe e dizer que tinha fome e lhe pedir alimento. Dias depois, o marido vai ao consultório para relatar um ocorrido inusitado. Após a visita de Freud, a esposa brigara com a própria mãe e lhe exigira comida, dizendo estar faminta. Fato fora do comum, comenta o marido, visto sua esposa ser uma filha atenciosa e zelosa de sua mãe, mas que mais inusitado ainda fora que, em seguida, ela começara a amamentar o bebê.

Relato resumidamente este tratamento não com o intuito de dizer que se considera que as mães sejam caixas de Pandora, que trazem em si todas as desgraças do mundo, mas com o intuito de mostrar, reitero, o primeiro relato freudiano do cuidado com um bebê e sua intervenção pontual no entorno familiar. Podemos afirmar que, ao mesmo tempo que chegava ao mundo este recém-nascido, também vinha à luz uma nova forma de tratamento, cuja cura se dava pelas palavras; a partir de um tropeço de Freud, ele topara com algo que passou a chamar de inconsciente. Eis sua descoberta, seu achado!

Na sequência, é sabido do permanente interesse do campo psicanalítico pelo infantil que continua habitando o adulto, e que é demonstrado também, no caso anterior, por meio do trânsito da fome entre a avó/mãe/bebê e interceptado pelo pai, que traz para a casa o quarto personagem, que foi Freud.

Com as descobertas freudianas relativas ao infantil, o tratamento psicanalítico com as crianças não tarda, ou seja, o reconhecimento de que uma criança fala, uma criança tem seu saber. O inconsciente em operação é descrito pelo pai da psicanálise no exemplar caso do menino Hans, dentre outros. Da mesma forma, questões prementes da primeira infância já são abordadas e

conservam sua vigência em nossos dias, desde a primeira leva de psicanalistas que passaram a testemunhar por meio de seus históricos clínicos os quadros da psicopatologia na criança e seus tratamentos.

O segundo, dentre outros serviços que este livro nos alcança, é a apresentação do vivo da prática da autora, em sua atualidade clínica referente a intervenções precoces. E o alinhavo com a teoria auxilia no despertar para pequenos índices de leitura do que se passa na vida de um recém-nascido e estar atentos e poder partir em socorro, não só nos casos mais extremos, mas também nas manifestações cotidianas deste pequenino ser que está com dificuldades ou que busca entrar no mundo. Retomando uma expressão de Freud, poder prestar ajuda.

O livro que ora entregamos para sua leitura é um presente que Graciela Crespin nos pediu que fizéssemos chegar a todos os interessados. Ele é dedicado aos leitores da língua portuguesa.

Almejamos que pediatras, neurologistas, psicólogos, geneticistas, fonoaudiólogos, cuidadores, fisioterapeutas, psicomotricistas, pedagogos, psicanalistas, médicos de família, obstetras, professores, agentes de políticas públicas de saúde e todos mais, cada um na riqueza de suas especificidades, possam usufruir dessa valiosa contribuição para a construção de suportes que acolham as manifestações de dor orgânica e psíquica dos bebês e dos pais.

Escrevemos esta introdução tentando manter o tom que a autora nos transmitiu quando nos confiou a publicação deste seu livro. Disse-nos que era um livro de linguagem não técnica, de uma conversa com o leitor, independente de sua formação escolar ou acadêmica, um livro igualmente para pais.

A Escola de Estudos Psicanalíticos, em abril de 2016, recebeu Dra. Graciela Crespin para a conferência denominada “O nascimento do pensar na criança: o autismo e sua prevenção”, em parceria com a Universidade do Rio dos Sinos (UNISINOS) e a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), ambas no Rio Grande do Sul.

Agradecemos ao NINAR – Núcleo de Estudos Psicanalíticos por ter nos escolhido como parceiros para a viabilização desse projeto.

Boa leitura!

Escola de Estudos Psicanalíticos
Conceição de Fátima Beltrão Fleig

Prefácio

Paris, 11 de setembro de 2019, consultório da psicanalista Graciela Crespín. Depois de uma conversa sobre os laços Preaut França e Preaut Recife, Crespín convida o NINAR - Núcleo de Estudos Psicanalíticos para publicar, em formato digital e para acesso inteiramente livre, os *seus* “sinais de sofrimento psíquico do bebê”.

Recife, alguns meses depois. O NINAR convida a Escola de Estudos Psicanalíticos para realizar um trabalho conjunto, visando à publicação desejada por Crespín. Logo em seguida, NINAR e Escola se unem e começam a trabalhar.

Esta é, em poucas palavras, a história do livro que ora oferecemos ao público – ***A apetência simbólica do recém-nascido: do estabelecimento do laço precoce aos sinais de risco de autismo***, de Graciela Crespín. A publicação responde ao desejo da autora de proporcionar aos que se ocupam dos cuidados com os bebês uma leitura acerca da clínica do recém-nascido e da clínica do risco de autismo. Com esse propósito, ***A apetência simbólica do recém-nascido*** proporciona uma maior lisibilidade da dinâmica relacional pais-bebês e dos processos iniciais de constituição psíquica da criança.

Destinado àqueles profissionais de saúde que lidam, no dia a dia, com os bebês e seus pais – médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicanalistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos etc. –, a leitura se revela um guia essencial para a identificação de sinais de sofrimento psíquico nos tempos mais precoces da infância, sofrimento que pode estar associado ou não ao risco de desenvolvimento de autismo.

No primeiro capítulo, é apresentada uma nova concepção do bebê: não mais um simples tubo digestivo sem pensamentos ou emoções, mas um recém-nascido presente desde o início e com competências para participar das interações precoces, ocupando um lugar ativo, e até mesmo decisivo, no encontro neonatal com seu cuidador materno. Esse encontro é necessariamente precedido de um encontro anterior, inaugural, ocorrido ainda na vida intrauterina, entre o bebê e aquela que o carrega no ventre.

A apetência simbólica do recém-nascido, presente desde o nascimento no bebê saudável, constitui a “via régia” para o estabelecimento do laço com o outro da relação neonatal. Por meio da apresentação da história clínica de duas crianças, o segundo capítulo descreve de que modo a construção da apetência simbólica depende da continuidade entre os tempos pré-natal e neonatal, e mostra, no caso da primeira criança, como a presença do outro não se inscreve para o bebê e, no caso da segunda, como o bebê entra facilmente em contato com as cuidadoras que o acolhem, apesar das condições traumáticas do seu nascimento.

O capítulo seguinte propõe considerar as posições materna e paterna como duas modalidades diferentes de contato entre o bebê e o outro da relação, independentemente da composição familiar em que a criança está inserida. O que caracteriza a posição materna é sua dimensão atributiva e transitiva, enquanto a posição paterna se revela como um operador psíquico de separação. O exemplo das trocas alimentares é utilizado para mostrar como uma mãe pode ocupar alternadamente a posição materna (atribuição ao bebê do desejo de ser alimentado) e a posição paterna (reconhecimento dos sinais de saciedade manifestados pelo bebê). Na função atributiva, ela alimenta o bebê; na função de separação, ela interrompe a alimentação, isto é, modifica sua atitude em virtude da resposta do bebê, outorgando-lhe uma alteridade.

Com exemplos extraídos da clínica, o capítulo permite apreender, de uma parte, como a estruturação da criança está estreitamente correlacionada a uma dialética que deve estar suficientemente equilibrada entre essas duas posições. E, de outra, quais as respostas possíveis da criança relativamente à construção do laço que pode ligá-la ao campo do Outro, através dos seus pais ou dos adultos que cuidam dela, quando esse equilíbrio não é alcançado.

Para introduzir os sinais de sofrimento precoce, tópico do quarto capítulo, a autora lança mão de sua experiência com os médicos da Proteção Materno-Infantil da França, a fim de expor uma nova visão da clínica funcional do primeiro ano de vida. Assim, ela chega a um certo número de sinais observáveis que parecem traduzir clinicamente estados de sofrimento no bebê, concernidos, ao mesmo tempo, ao somático e ao relacional.

Um mal-estar se apodera dos profissionais quando esses sinais de sofrimento são encontrados numa situação de consulta pediátrica ou em instituições de educação infantil, devido ao fato de não se saber muito bem como proceder. Incertezas quanto à etiologia, diagnóstico e prognóstico os

colocam entre duas vertentes: alarmar os pais ou banalizar os sinais de sofrimento?

Inteirada dessas condições, Crespim constrói a seguinte hipótese: “uma melhor lisibilidade desses sinais para os médicos e profissionais da primeira infância pode conduzir a uma melhora da prevenção dos distúrbios relacionais precoces em ambientes cotidianos, e isso antes mesmo das consultas especializadas”. Desse modo, ela vai articular os sinais funcionais da clínica dos primeiros anos ao registro pulsional, com o intuito de promover uma leitura que apreenda “a dinâmica relacional na qual o sintoma é tomado”.

A maior lisibilidade das manifestações da criança propicia ainda às equipes de prevenção distinguir sinais positivos de desenvolvimento de sinais de sofrimento precoce. É na dupla modalidade das posições materna e paterna, observada nas trocas do bebê em sua relação ao Outro primordial, que essa distinção poderá ser lida. A expressão de sofrimento precoce pode ser identificada em duas séries: a barulhenta (quando há um excesso da função atributiva que esmaga o espaço do bebê) e a silenciosa (quando há um déficit dessa função).

O quinto capítulo trata dos registros pulsionais do primeiro ano de vida, constitutivos da troca do recém-nascido com seu outro da relação precoce: a oralidade, a especularidade e a invocação. Na oralidade, é a dimensão da “metáfora do amor”, própria da troca alimentar, que está na base das experiências de sofrimento: “quando o bebê pega o seio, não é o leite que ele bebe, e sim sua mãe que ele ama! E se ele recusa o seio, não é o leite que ele recusa, é sua mãe que ele não quer!”. O exemplo de Christelle, uma garotinha de 2 anos que vasculha as lixeiras em busca de comida, vai mostrar como o objeto da alimentação não chega a se constituir como um objeto oral.

Na especularidade, registro da pulsão escópica, o que está em causa não é a questão puramente maturativa da coordenação visomotora, mas a dimensão relacional do olhar em sua função psíquica de suporte da comunicação e da relação ao outro. Os evitamentos seletivos do olhar, tomados como um ato do bebê, são manifestações ou sinais de sofrimento psíquico, conforme bem revela o caso de Laura: aos 3 meses e meio de idade, ela não fixa o olhar; sua mãe também não olha para ela.

No registro da invocação, relativo às primeiras trocas vocais entre o recém-nascido e seus familiares, as *protoconversações* tecidas na “língua das mães” – *manhês* – podem atestar um enlaçamento entre pais e criança, enquanto a sua ausência pode ser reveladora de desarmonias perturbadoras do

laço. Essas desarmonias tanto podem se revelar de modo barulhento (nos bebês inconsoláveis, que se agitam e choram sem parar) ou silenciosamente (nos bebês muito quietos, que parecem nada pedir).

Partindo da apresentação do esquema da coconstrução do desenvolvimento típico (“normal”), chamado “encontro pulsional” entre dois campos, o do bebê e o do Outro, o processo autístico é mostrado no Capítulo 6 como o resultado do fracasso de um encontro pulsional esperado. Neste processo, a impossibilidade de os pais se relacionarem com um bebê que não responde resulta do que a autora chama de *estado de sideração*, caracterizado pela suspensão das competências relacionais e de comunicação dos adultos do entorno familiar em relação a essa criança em particular, decorrente de sua não responsividade. Tomado como um dos conceitos-chave da teoria crespiana, a atenção ao *estado de sideração* propicia modificações importantes no manejo clínico e na participação dos pais no tratamento da criança.

Por fim, sublinhando a importância da implementação de políticas públicas de formação e capacitação de profissionais envolvidos nos cuidados, acolhimento e acompanhamento da primeira infância quanto à identificação de sinais precoces que podem traduzir um risco de evolução de autismo, Crespin apresenta o Instrumento Preaut como uma escala de avaliação validada para a detecção desses sinais (capítulo sétimo).

Graciela Crespin é natural da Argentina, radicada na França há muitos anos. Psicóloga e psicanalista, tem um percurso de aproximadamente três décadas em pesquisas, estudos e clínica com bebês e crianças. Autora de uma vasta teoria e de valiosos conceitos, suas elaborações percorrem as perturbações do neurodesenvolvimento, o sofrimento psíquico e as defesas autísticas que podem evoluir para um quadro de autismo cristalizado.

É presidente da *Association PREAUT*, instituição que vem se ocupando de práticas integradas em várias dimensões: terapêutica, educativa e pedagógica. Crespin também é Diretora dos *Cahiers de PREAUT* e coordenadora geral dos trabalhos PREAUT realizados no Brasil, Argentina, Costa do Marfim e Congo.

NINAR – Núcleo de Estudos Psicanalíticos

Anna Aline Coutinho
Severina Sílvia Ferreira

Introdução

Da clínica do recém-nascido à clínica do risco de autismo: um percurso em parceria com os médicos

Foi no contexto de consultas pediátricas de prevenção – a Proteção Materna e Infantil na França – que tive a oportunidade de compartilhar a clínica das equipes médicas em torno do recém-nascido e do seu entorno.

A psicopatologia do bebê e os processos de constituição psíquicos precoces vieram assim ao centro das minhas preocupações, me levando naturalmente a me interessar pelos transtornos graves do desenvolvimento e, mais tarde, pelo surgimento das síndromes autísticas.

Um diálogo frutífero com pediatras me permitiu articular os sintomas corriqueiros da clínica funcional do primeiro ano de vida ao registro pulsional, a fim de promover uma leitura que apreendesse a dinâmica relacional na qual esses sintomas são tomados.

Minha hipótese era que uma maior *lisibilidade* desses sinais para as equipes pediátricas poderia conduzir a uma melhor prevenção dos transtornos relacionais precoces em ambientes cotidianos, e facilitaria também a identificação dos sinais de risco de autismo, tendo como corolário uma orientação mais rápida das famílias para consultas especializadas.

Capítulo 1

Uma nova concepção do bebê?

Por muito tempo, o recém-nascido foi concebido como um simples tubo digestivo, sem pensamento nem emoções, até o surgimento da fala, e foi somente a partir do pós-guerra, dos anos 1950-60, que o bebê se tornou um sujeito, com seus pensamentos e sensações próprios.

No entanto, nesse período – e isso às vezes permanece atual! –, o bebê continuava essencialmente determinado por seu meio, como se o desejo e as palavras do outro da relação pudessem dar origem a um determinismo quase absoluto: a mãe, seu desejo, suas palavras, eram vividas imaginariamente como todo-poderosos. Tudo parecia vir dela, e essa concepção organizava não somente a percepção da clínica, mas também, e essencialmente, os atendimentos e as medidas terapêuticas.

Foi somente a partir dos anos 1970-80 que, aos poucos, o modelo circular das interações precoces, assim como os trabalhos em outros campos do conhecimento, como a pediatria vista por Brazelton ou a psicologia do desenvolvimento vista por Trevarthen, nos confrontou com observações e constatações que mostravam um recém-nascido presente desde o início e tendo competências para entrar na relação.

Embora o filhote humano ainda continue precisando do seu *agente prestativo* para sobreviver, e que o meio neonatal ainda continue sendo crucial para o desenvolvimento de uma criança, essas novas capacidades redistribuíram as cartas, dando desde o início ao recém-nascido um lugar ativo, e até mesmo decisivo, no encontro neonatal.

O encontro primordial: a entrada na linguagem durante a gestação?

Nas últimas décadas, aprendemos muito sobre a vida intrauterina, e embora ainda falte muito a descobrir, tornou-se comum reconhecer que os

estados emocionais da mãe, assim como o lugar que o bebê ocupa no seu desejo, tem, manifestamente, um papel importante no que vai acontecer com a criança, não somente no momento neonatal, mas também durante e sobretudo no fim do decorrer da gravidez.

Sabemos particularmente que o feto ouve no útero e que ele se mostra sensível à fala e ao som da voz. A prática da haptonomia o mostra cotidianamente, e numerosos estudos foram realizados sobre esse assunto, tanto de forma experimental como de forma clínica.

Embora o estado de necessidade determinado pela imaturidade do bebê ao nascer seja incontestável, a experiência clínica mostra que o encontro inaugural com o outro da relação não se situa no momento do nascimento, mas que, ao contrário, desde a vida intrauterina o bebê humano já se encontra em uma relação que não é puramente biológica com esse outro humano que o carrega.

No nascimento, ele carrega rastros mnésicos, de certo modo a marca deixada nele pelo que poderíamos chamar de *devaneio materno* durante a gestação. Mesmo que esses rastros sejam, propriamente falando, da ordem do *impensável* e do *indizível* para o bebê e devam lhe ser *restituídos* para que ele possa se apropriar deles, esses rastros constituem inscrições da linguagem no bebê. Eles o tornam, de certo modo, *acessível à fala*, no sentido de que ele pode ouvi-la e sentir seus efeitos. Por conseguinte, nós podemos nos dirigir a ele, desde o momento neonatal, como a um sujeito falante.

Esses rastros correspondem, a nosso ver, ao que em psicanálise chamamos de “a entrada na linguagem”. Essa “entrada na linguagem” originária se revela fundamental no desenvolvimento normal da criança, e sua falta ou sua falha faz parte, provavelmente, dos fatores envolvidos no caso de risco de autismo, como veremos mais adiante.

Eu chamo de *encontro primordial* essa relação estabelecida durante a gestação, a fim de distingui-la do *encontro neonatal*, que ocorre no momento do nascimento.

O encontro neonatal: um reencontro

Na situação dita *simples e favorável*, em que é o casal genitor que assume a parentalidade para seu filho, há verdadeiramente um continuum pré e pós-natal. De fato, os ritmos psico-bio-fisiológicos, as modalidades de investimento e de laço, a forma de carregar a criança, o som das vozes, tudo vai

parecer familiar a esse bebê, que encontrará aí modalidades que ele já registrou durante a gestação. O *encontro neonatal* constituirá, portanto, um espaço de reencontro.

Uma outra situação bem diferente pode ser observada em casos particulares de substituição radical no momento neonatal. É uma situação que não poderia ser fabricada artificialmente por razões éticas, mas que pode ser encontrada em contextos institucionais, como, por exemplo, o acompanhamento de bebês nascidos sob segredo, candidatos à adoção. Na França, uma lei autoriza as mulheres a entregarem para adoção, desde o nascimento, um bebê do qual elas não podem cuidar, guardando o “segredo” da identidade delas.

Nesses casos, é um cuidador que acolhe o bebê na saída da maternidade; pode-se observar como o bebê antecipa, naquele que o acolhe, as características desse outro humano que o carregou. Assim, um bebê será agitado, inconsolável, difícil de ser carregado no colo ou, ao contrário, calmo e se aconchegando bem nos braços, de acordo com as modalidades que ele terá vivenciado durante a gestação. Essa antecipação sobre a pessoa do cuidador se faz sob um modo literalmente transferencial, no sentido psicanalítico do termo, ou seja, o bebê já está organizado em função do lugar e das modalidades relacionais que ele manteve durante a gestação, e tem uma tendência a repeti-las com o outro neonatal. É o que me faz falar em transferência no recém-nascido humano.

Em caso de continuidade pré e pós-natal, isso parece natural e geralmente passa despercebido, mas no caso de bebês acolhidos no nascimento, a *qualidade* da sua apetência simbólica pode ajudar ou, ao contrário, enterrar o encontro neonatal e até colocar em perigo a sobrevivência do bebê. Veremos isso mais adiante, nos exemplos de Gabriel e Alice.

Capítulo 2

O que é a *apetência simbólica* do recém-nascido?

Eu chamo de *apetência simbólica* essa relação à linguagem já inscrita no recém-nascido, e que o torna apetente da relação simbólica ao outro, independentemente da satisfação de suas necessidades primordiais.

Ela está presente desde o nascimento no bebê saudável, e constitui o caminho aberto, a “via régia” do estabelecimento do laço com o outro da relação neonatal.

Essa apetência do recém-nascido, eu a chamo de *simbólica*, porque ela visa a uma pura troca relacional, uma pura satisfação na troca recíproca, sem referência alguma à satisfação das necessidades, embora tão prementes no início da vida.

Todavia, a *apetência simbólica*, isto é, a parte ativa do bebê no encontro neonatal, ao invés de guiar o bebê ao encontro com o outro, pode às vezes desviá-lo dela. Isso ocorre sem dúvidas em decorrência de condições particularmente difíceis e complexas no período da gestação.

Eu gostaria de ilustrar essa proposta por meio da história de dois bebês com os quais fui levada a trabalhar no contexto de um abrigo. Ela nos permitirá compreender a importância da apetência simbólica no estabelecimento do laço ao outro, ou, ao contrário, como ela pode não somente entrar, mas até colocar em risco a sobrevivência do bebê.

A observação em abrigo: a história de Gabriel e Alice

Gabriel e Alice são dois bebês de alguns dias de vida que chegam a um abrigo da região parisiense, em decorrência de um nascimento sob segredo. Os bebês acolhidos nesse contexto, em princípio, devem efetuar uma breve estada na instituição: os dois meses do prazo de retratação concedido às mães biológicas antes de irem para adoção. Esse prazo se transforma geralmente em

três ou quatro meses de acolhimento, de acordo com as necessidades de cada bebê.

Embora eles tenham em comum circunstâncias de nascimento particularmente dramáticas, Gabriel e Alice não se parecem.

A história de Gabriel

Eis alguns elementos da história de Gabriel dos quais dispomos em sua chegada ao abrigo: ele é o último de quatro irmãos. A gravidez sobrevinda parece não viável no plano simbólico para sua mãe – seria ele um filho ilegítimo, adulterino? Em todo caso, depois de ter fracassado em “deixar passar” o bebê, a mãe consegue esconder a gravidez das pessoas do seu entorno e acaba tomando uma dose tripla de medicamentos – tentativa de suicídio? –, o que provocará a hospitalização da mãe e o parto aos 8 meses de gestação.

Gabriel nasce e é entregue para adoção. A mãe o deixará na maternidade, aonde ela voltará, todavia, após 48 horas, trazendo um pijama, duas naninhas e o nome dos medicamentos que ela havia tomado, “para que o bebê pudesse ser tratado”.

Gabriel é transferido para a UTI neonatal por síndrome de abstinência e estridor. Embora o estridor seja uma afecção benigna, devido à malformação do orifício superior da laringe, seu barulho estriduloso se repete a cada movimento respiratório e se amplifica quando a criança chora ou se agita, o que o torna ansiógeno para seu entorno. Gabriel ficará três semanas na UTI e conseguirá superar o estado de intoxicação medicamentosa. O estridor ainda estará presente no momento da sua chegada ao abrigo.

Em sua chegada, menos de uma semana antes do termo, Gabriel se apresenta como um bebê muito agitado, difícil de carregar no colo, inconsolável, cujo olhar não conseguimos fixar.

A cuidadora responsável por acolhê-lo tenta pegá-lo nos braços, mas Gabriel parece estar na impossibilidade de se deixar carregar no colo: ele fica ao mesmo tempo hipertônico, rígido e tenso, e seu corpo parece completamente “desarticulado”: é impossível contê-lo.

Em uma tentativa de entrar em contato com ele, a cuidadora lhe propõe uma mamadeira: Gabriel pegará o bico na sua boca, mas não beberá o leite. Após alguns instantes, ele recomeçará a se agitar e retomará os choros inconsoláveis.

Nos dias seguintes, Gabriel permanece inacessível aos cuidados que as cuidadoras tentam lhe dar: nenhuma estruturação de um dentro-fora nem de uma temporalização parece se estabelecer: a fragmentação não corresponde apenas ao corpo de Gabriel, mas também a todo conjunto da sua relação com o mundo externo.

A equipe se sente um fracasso, impotente para ajudá-lo, e grita por socorro. O perigo de ter que enviá-lo ao hospital para ser alimentado por sonda se delinea no horizonte.

Durante o primeiro encontro de trabalho em torno de Gabriel, ele tem 5 semanas, está no abrigo há 15 dias e tem uma semana de idade corrigida.

Os primeiros quinze dias no abrigo permitiram uma melhora: breves momentos de descontração entrecortam seus choros inconsoláveis e o sono fica um pouco menos agitado. Contudo, continua sendo muito difícil acalmá-lo, e nem as palavras que lhe são dirigidas, nem o olhar atento, nem mesmo os cuidados ou o fato de carregá-lo no colo parecem lhe proporcionar um consolo durável.

A presença do outro não parece se inscrever para Gabriel, e o contato continua impossível de ser estabelecido. O evitamento relacional é massivo.

Uma primeira ideia vem à minha mente: é que provavelmente os cuidados que lhe foram proporcionados na UTI neonatal, assim como os primeiros cuidados oferecidos no abrigo, são cuidados atenciosos e de grande qualidade, mas que não se dirigem a Gabriel lá onde ele se encontra na sua construção de sujeito. Eles se dirigem a um Gabriel supostamente um menininho já nascido e construído, do qual cuidam numa projeção de globalidade e de unidade. Contudo, manifestamente ele não pode se apropriar disso. Há uma diferença entre Gabriel e a representação que as cuidadoras faziam a respeito dele.

Durante essa primeira observação em minha presença, a reconstrução dos elementos desde sua chegada já constitui um primeiro envelope psíquico para Gabriel. Na representação que as cuidadoras fazem dele, ele se torna, não ainda Gabriel, mas Gabriel em busca de Gabriel, Gabriel esperando se tornar Gabriel. Elas começam a poder pensá-lo como não estando ainda construído, e podem começar a pensar em si mesmas como aquelas que devem fornecer os elementos estáveis sobre os quais essa construção poderá se apoiar.

Esse primeiro encontro reúne as cuidadoras que trabalham de dia, as que trabalham à noite, a chefe do serviço, a psicóloga, a diretora e eu mesma. Realizamos um verdadeiro trabalho sobre as representações. Falamos do fantasma do corpo fragmentado e de como o bebê precisa interiorizar um

continente externo estável que lhe sirva como uma primeira representação de sua própria estabilidade, assim como uma primeira diferenciação dentro-fora.

Falamos a respeito da mãe de Gabriel, tentamos nos representar o sofrimento dela, e deixar que se exprimisse, sobretudo para as cuidadoras, a tendência primeira de julgá-la mal por ter desejado “abortar o bebê” e, em seguida, por ter querido “desaparecer” com ele. Deixamo-nos impregnar pela questão da morte, que ainda está muito presente na história de Gabriel: seu estridor, ainda muito barulhento, torna-se mais discreto, mas as cuidadoras observaram que ele se acentua logo que elas o colocam no berço e que ele se desorganiza novamente. Nos dias seguintes, em decorrência dessa primeira tentativa de pensar Gabriel, aparecem dois comportamentos novos: um agarramento por meio do olhar, juntamente com um agarramento por intermédio da sucção. Após o evitamento do olhar inicial, Gabriel não “larga” mais o adulto ao alcance do seu olhar, como em uma tentativa contínua e desesperada de retê-lo próximo a ele: esse olhar não é ainda um olhar dirigido, não é ainda uma troca de olhares... Além disso, a desintração pulsional oral dos primeiros tempos, em que Gabriel sugava a mamadeira sem encontrar um apaziguamento durável, sua repleção gástrica, não lhe enviando a nenhuma repleção simbólica, dá lugar a um agarramento por meio da sucção: Gabriel prefere sugar o dedo da sua cuidadora ao leite da mamadeira, mesmo quando ele está com fome.

Apesar da preocupação, saudamos com alívio esses novos comportamentos: entendemos que, finalmente, a fome simbólica está começando a se intrinsecar à fome fisiológica em Gabriel!

O segundo encontro com Gabriel ocorre quando ele tem sete semanas de idade corrigida.

Embora esses dois agarramentos constituam os primeiros rastros da relação ao outro nascente para Gabriel, eles não parecem ser suficientes para construir a permanência de uma relação segura e tranquilizadora. Ele continua agitado e inconsolável, alimentando-se pouco e mal, e a aproximação de sua saída para adoção acentua o sentimento geral de urgência. Temos a impressão de correr contra o tempo, e Gabriel continua longe e inacessível aos nossos esforços.

Após um longo período passado junto a Gabriel e sua cuidadora, durante o qual eu observo novamente que seu corpo se desorganiza e não consegue se juntar, mesmo nos braços da cuidadora que tenta contê-lo, eu me dirijo a ele dizendo: “eu acho, Gabriel, que você está pensando na sua mamãe que achava que você não podia viver. E que é preciso que nós lhe carreguemos no colo até

você sentir que pode viver, que nós desejamos que você viva, e que você esteja pronto para vir nos encontrar”. E dirigindo-me à sua cuidadora: “será necessário colocar Gabriel em um canguru, e carregá-lo o tempo todo enquanto ele estiver acordado, até que ele não precise mais disso”.

Sem o apoio da responsável, esse projeto não poderia ter sido devidamente realizado, pois era necessário implicar toda a equipe. As cuidadoras do seu grupo, as da noite, a chefe do serviço e até a diretora em pessoa se revezaram para carregá-lo continuamente.

Postulamos como condição para carregar no colo (canguru) que os adultos candidatos desejassem fazê-lo. As cuidadoras que não quiseram, foram dispensadas de participar – sem precisar se justificar. Assim, as que carregaram Gabriel, fizeram-no duplamente, não somente em seu colo, mas também no seu desejo.

Trabalhamos muito com as cuidadoras sobre a diferença entre carregar no canguru contra si, em si, e carregar nos braços: carregamos nos braços um bebê que é um outro diferente de nós, com quem nos comunicamos pela fala e pelo olhar; carregamos no canguru contra nós, em nós, um bebê suscetível de se tornar um outro diferente de nós, em vias de se tornar um outro diferente de nós...

A equipe carregou Gabriel de forma contínua, revezando-se dia e noite, enquanto ele não estivesse dormindo. No início, as cuidadoras carregaram Gabriel de costas para elas, porque o face a face era sem dúvidas muito violento para ele, e relançava o evitamento. Nos dias seguintes, assim que ele começou a dar sinais de querer se virar, numa busca ativa do olhar do adulto que o carregava, as cuidadoras viraram Gabriel de frente para elas, o que tornou possível a troca de olhares. Após uma semana, Gabriel começou a despertar e a se interessar cada vez mais pela fala e pelo olhar e, após dez dias, o evitamento ocular e relacional havia quase desaparecido. Por volta do décimo quinto dia, a equipe parou de carregá-lo continuamente, pois Gabriel não precisava mais: ele podia, de agora em diante, ser carregado nos braços. Quando fui vê-lo na unidade, ele havia se tornado um bebê calmo e sorridente, muito disponível à relação com o outro; “bebia” minhas palavras cada vez que eu falava com ele... O que aconteceu?

Minha hipótese é que Gabriel precisava regredir para poder encontrar algo que lhe tinha faltado, não desde o seu nascimento, mas desde o seu tempo de gestação. Tudo acontecia como se, durante a gestação, a construção do seu continente psíquico a partir do investimento materno não pudesse ter se

realizado. Talvez o plano de morte que presidiu à sua existência desde a sua concepção o havia impedido de realizar essa construção.

E podemos postular que o fato de a equipe do abrigo ter lhe oferecido a possibilidade de “refazer uma estada intrauterina que o desejasse vivo” lhe permitiu ter acesso a essa apetência simbólica que funda a relação a um outro diferenciado.

A história de Alice

Alice é uma menininha nascida a termo, sob segredo. Em meio a circunstâncias particularmente dramáticas, sua jovem mãe luta durante dois dias contra contrações para impedir Alice de nascer. Em suas próprias palavras, “o mundo não é bom o suficiente para se nascer”, e ela quer evitar para sua filha “o destino terrível de estar no mundo”.

Uma intervenção autoritária dos bombeiros será necessária para hospitalizar a mãe e retirar Alice com fórceps contra a vontade da parturiente que se debate: Alice nascerá com uma clavícula quebrada, o crânio deformado, duas enormes feridas abertas rasgando seu couro cabeludo.

Transferida para UTI neonatal de nível III¹, colocada sob morfina, alimentação por sonda e assistência respiratória, Alice reagirá vigorosamente em poucos dias.

Quando ela chega ao abrigo, ela entrará facilmente em contato com as cuidadoras que a acolhem, deixará ser carregada por elas, seu apetite é bom, seu sono calmo e ela se mostra rapidamente esperta.

Todos os vestígios do seu nascimento traumático desapareceram após algumas semanas: apenas as feridas no couro cabeludo parecem querer nos impedir de esquecer muito rapidamente de onde Alice vem.

Suas cuidadoras são unânimes: Alice não lhes preocupa. Ela é bastante calma, aconchega-se bem nos braços, olha nos olhos, vocaliza e se mostra muito interessada pela voz. Ela adormece e acorda tranquilamente. Como entender o que aconteceu?

Apesar do aspecto traumático da sua chegada ao mundo, a mensagem que Alice recebe durante a gestação é uma mensagem de vida. Embora, paradoxalmente, Alice tenha sido colocada em perigo de morte no momento do

¹ UTIS mais especializadas em recursos humanos e tecnológicos para atender RNS (recém-nascidos) portadores de patologias de maior complexidade. N. de Sandra Bay.

nascimento, essa mãe queria para a sua filha uma verdadeira existência, que ela não se sentia capaz de lhe oferecer, levando em conta sua experiência do “mundo”.

Trabalhamos com as cuidadoras essa mensagem paradoxal que, todavia, parece ter permitido a Alice se deixar acompanhar por outros na vida “boa” que sua mãe lhe desejou.

Ao contrário, ocorre-me que em nenhum momento Gabriel recebeu outra mensagem que não aquela lhe pedindo para desaparecer, para não existir. Essa impossibilidade de uma existência simbólica o manteve nesse estado de não construção do qual os bons cuidados de neonatologia e do abrigo não conseguiam curá-lo. Foi preciso permitir a Gabriel regredir até antes do nascimento, para ali modificar essa inscrição, transmitindo-lhe, dessa vez, um desejo de vida.

Capítulo 3

O estabelecimento do laço ao outro: posições materna e paterna

Quando pensamos em cuidados primários, costumamos pensar os fenômenos em função da pessoa em carne e osso que os encarna mais frequentemente: aquela que, de modo familiar, chamamos de mamãe.

No entanto, nas modalidades de parentalidade amplamente reformuladas da nossa sociedade, o pai não apenas participa com frequência dos cuidados das crianças pequenas, mas também a própria composição da constelação familiar pode ser modificada: famílias monoparentais, homoparentais, ou reconstituídas. Sabemos também que algumas crianças – em decorrência de um parto sob segredo ou de falha parental grave – deverão ser criadas por outros que não seus pais biológicos. Ou ainda, em algumas organizações culturais tradicionais – cujas modalidades às vezes ainda estão presentes no seio de famílias migrantes na França –, a criação dos filhos é assumida de forma grupal.

Assim, quando a configuração familiar se distancia muito do triângulo clássico “papai-mamãe-bebê”, como, por exemplo, nas famílias monoparentais ou reconstituídas, ou nos casos de bebês criados em instituições por equipes de cuidadores, ou ainda bebês criados segundo outras modalidades culturais, podemos perder nossas referências. De fato, pode ser difícil discernir quando o laço proposto a um bebê, muito além das pessoas que o encarnam, é portador das qualidades necessárias ao seu desenvolvimento. Podemos, então, ficar preocupados ou muito tranquilos, sem necessariamente termos razão. Em outras palavras, para além das pessoas, o que é uma mãe? O que é um pai? Podemos circunscrever algo sobre suas funções?

Para além dos seres humanos ou das equipes de cuidadores que as encarnam, parece-me possível propor que o que chamamos de pai e mãe, ou melhor, suas funções, são duas posições no laço primordial, duas modalidades diferentes de contato entre o bebê e seu outro da relação. Também é possível postular que esse laço só pode ser portador das qualidades necessárias ao desenvolvimento do psiquismo do bebê na medida em que ele comporta essas

duas vertentes, essas duas modalidades, e que elas se encontram numa articulação dialética e equilibrada. Vejamos por quê.

A posição materna: A posição materna é atributiva e transitiva

À semelhança do real biológico durante a gestação e a amamentação – e digo bem à semelhança, e não *por causa do* real biológico, pois não há um determinismo absoluto –, em que o corpo do bebê se constrói literalmente a partir das substâncias do corpo materno, a mãe continua a ocupar, após o nascimento, no momento em que se iniciam as trocas, um lugar atributivo: a mãe pensa seu bebê; ela lhe atribui conteúdos psíquicos, gostos, pensamentos.

Procedendo dessa forma, ela lhe atribui o conteúdo dos seus próprios pensamentos, conscientes e inconscientes, ou os enunciados do seu desejo, todos sendo representações que ela projeta sobre o bebê – o que Winnicott chamava de loucura das mães na “preocupação materna primária”.

É a **dimensão atributiva** da posição materna. Assim, de acordo com o lugar que ele ocupa no seu desejo, o bebê se torna do mais belo e mais bonzinho do mundo, que a satisfaz além de tudo o que ela esperava, ao mais sombrio perseguidor, que assim que se manifesta, a excede e a maltrata.

A mãe é literalmente aquela que designa, que cria ao nomear, que diz “**tu és**”, e anuncia o ditame: gentil, malvado, satisfazendo ou, ao contrário, decepcionando, **tu és** (*tu es*) no qual ouvimos **matai** (*tuez*²), dizia Lacan, poder que é ao mesmo tempo criador e mortífero se ficarmos aí fixados. Imagens com as quais nos debatemos às vezes durante a vida toda!

Cumprindo essa função, a mãe *sabe* pelo bebê, ela sabe por ele como ela sabe por ela mesma: ela se toma por ele ou ela o toma por um pedaço dela própria. É a **dimensão transitiva** da posição materna.

A mãe opera manifestamente uma efração simbólica, no sentido de uma força, mas essa força é, contudo, necessária, pois ela é constitutiva do sujeito: é assim que o bebê é *apanhado no* universo simbólico, que ele entra no universo das representações, e que ele chega à intersubjetividade.

Sem essa força, o bebê ficaria fora do sentido, puro real, o que pode ocorrer em carências graves ou em deficit decorrentes de transtornos graves do desenvolvimento.

² A homofonia se perde aqui na tradução para o português. **N.R.T.**

O laço precoce na sua vertente materna é então atributivo e transitivo, e sua dimensão criadora, porém mortífera, corresponde à onipotência original da mãe.

A posição materna, assim como a função que ela exerce, corresponde à alienação primordial aos significantes do Outro, e constitui a entrada da criança no mundo simbólico e relacional.

As mulheres se situam mais facilmente na vertente materna pois, à semelhança do real biológico da gravidez e da amamentação, em que há continuidade biológica entre o corpo da mãe e o da criança, o bebê é tido como “um pedaço de corpo”, e mais ainda, como o pedaço de corpo faltante, aquele que foi prometido na equivalência pênis = filho(a), que constitui a saída da problemática edipiana para a menina, segundo Freud.

No entanto, não há verdadeiramente uma causalidade, pois existe a mesma relação entre o real biológico da gestação e as posições parentais no laço precoce, entre o real da diferença anatômica dos sexos e as posições feminina e masculina no desejo. Essa relação, complexa, não constitui, longe disso, um determinismo absoluto.

Em contrapartida, é essa posição do bebê no desejo inconsciente feminino que dá origem às dificuldades ditas “de separação” encontradas frequentemente pelas mães quando a criança cresce: é que o luto dessa continuidade imaginária deve ser feito!

A posição paterna: A posição paterna é um operador psíquico de separação

À semelhança do real biológico da gestação e da amamentação, que ocorrem fora do seu corpo, o bebê é tido desde o início como um *outro* pelo homem.

E o homem se situa mais facilmente na posição paterna nas trocas porque o bebê não é sentido por ele como uma parte dele mesmo. Assim, ao invés de lhe atribuir seus próprios pensamentos, o pai se posiciona na interrogação. O seu *quem és?* introduz um corte e prepara o espaço no qual poderá emergir o novo sujeito.

A posição paterna funda a alteridade do bebê, dimensão que pode ser prejudicada pela posição materna.

O *quem és tu?* paterno é literalmente o *correlato* do *tu és* materno, e assim o laço precoce na sua vertente paterna corresponde à capacidade separadora do pai e à sua função reguladora da onipotência primordial da mãe.

Concebidas dessa forma, essas duas posições correspondem às operações fundamentais de alienação e de separação, fundadoras do psiquismo, segundo Lacan. E é do equilíbrio dialético das posições materna e paterna que resulta o acesso, para uma criança, ao seu próprio espaço psíquico. Vejamos como.

O exemplo das trocas alimentares

Durante as trocas alimentares, a mãe organiza suas respostas graças à sua capacidade de projetar sobre o bebê desejos semelhantes aos seus: o bebê se agita, ela lhe atribui o desejo de ser alimentado, em relação ao seu desejo – e seu prazer – de alimentá-lo. Ela se posiciona na vertente materna.

No entanto, a troca só será realmente satisfatória se a resposta do bebê – recusa, por exemplo, ou simplesmente um sinal de saciedade – for respeitada pela mãe, quer dizer, se ela muda sua atitude em função da resposta do bebê.

Se, para além do seu próprio desejo, a mãe se mostra capaz de admitir a alteridade do bebê, que a priva da sua onipotência de decidir por ele, pode-se dizer que ela se posiciona então na vertente paterna.

De fato, basta que a mãe “se faça de surda” às manifestações do bebê para que sua onipotência primordial materna não seja reduzida, o que ocorre frequentemente. Contudo, sabemos quais são as dificuldades que isso pode gerar, em matéria de recusas alimentares, por exemplo.

Se considerarmos que essas duas vertentes são duas posições nas trocas no laço primordial, veremos imediatamente que a mamãe e o papai, a mulher e o homem genitores, na realidade, adotam de forma variável e desigual, até mesmo às vezes invertida, as duas posições na relação.

De fato, a maior afinidade das mulheres com a posição materna, assim como a predisposição dos homens a encarnar de forma mais espontânea a vertente paterna, correspondem à dissimetria da posição do bebê nos desejos inconscientes feminino e masculino. Todavia, a experiência clínica mostra que os homens e as mulheres saudáveis e felizes em assumir a parentalidade de seu filho têm a capacidade de encarnar as duas vertentes, quer dizer, de ocupar, alternadamente, as duas posições.

O exemplo de Mathias e sua mãe friorenta

A mãe de Mathias é uma senhora bastante friorenta. Em dias ensolarados, considerados pela maior parte das pessoas como quentes, ela sente “um friozinho”. Assim, Mathias fica regularmente coberto dos pés à cabeça, veste capuz e gorro, mesmo se a temperatura estiver particularmente amena. Mathias transpira, envia “sinais” de sua diferença, mas não adianta: ele continua coberto.

Essa observação, frequente e comum, coloca-nos em posição de observar a vertente materna do laço precoce: a mãe procedeu de forma *atributiva* – Mathias sente o mesmo friozinho que ela, não havendo lugar para uma outra sensação térmica que a da mãe –, e de forma *transitiva*: a mãe sente frio; logo, ela cobre Mathias.

Quem é o sujeito desse ato? É preciso admitir que só há um, ou ainda, dois sujeitos confundidos.

A vertente paterna do mesmo laço poderia ter sido observada se, no decorrer dos acontecimentos, a mãe viesse a admitir, vendo as grandes gotas que escorriam da testa de Mathias, que ele estava com muito calor, que ele era então diferente dela, e o descobrisse um pouco, embora ela mesma continuasse sentindo o mesmo friozinho...

A posição paterna introduz um limite à onipotência primordial da mãe articulada à não diferenciação imaginária entre ela e seu bebê: de fato, graças ao corte paterno, o bebê deixa esse estatuto de ser um prolongamento da mãe, e não é mais, portanto, totalmente previsível, totalmente compreensível, totalmente em seu poder.

A posição paterna introduz a dimensão da alteridade e garante, assim, o espaço onde o psiquismo da criança poderá se desenvolver.

Vemos nesse exemplo muito simples e rotineiro como apenas a articulação equilibrada das duas posições pode garantir à criança o acesso ao seu próprio espaço psíquico.

A história de Alexis, menino cujo pai, que era, todavia, bastante presente e muito amoroso, fazendo o papel de mãe, deixou-o desprovido de pai, parece-me particularmente exemplar de como a presença, em termos de realidade, dos dois pais genitores, não é suficiente para garantir a dialética das posições na relação. Vejamos como.

O exemplo de Alexis, a criança que tinha “mães demais”

Alexis tem dois anos quando seus pais são aconselhados a levá-lo a uma consulta devido a uma instabilidade importante, ausência de limites e perturbações do sono. É assim que eu o encontro, acompanhado por seus pais.

A mãe, uma jovem mulher calma e tranquila, tem um grande desejo de vir à consulta, pois ela confessa que “não entende nada” do que está acontecendo com Alexis e que está prestes a “entregar os pontos”. Ela não aguenta mais.

O pai, mais reservado, aceita vir à consulta, mas considera que “tudo isso é muito normal e que um dia vai acabar passando”.

A consulta, que durará quase duas horas – durante as quais Alexis reduzirá a sala a cinzas, como que para obrigar seu pai a confessar sua impotência – revelará que o pai perdeu sua própria mãe numa idade muito precoce, que ele não sabe dizer com precisão, perda esta que determinou muitos abrigamentos em sua história, e da qual ele dirá “que nunca se recuperou”.

Quando Alexis nasce, o pai pede para sua mulher parar de trabalhar para cuidar do filho, pois, para “uma mãe, seu lugar é ao lado do seu filho” (são suas palavras). A jovem mulher aceita, cheia de boa vontade, mas depois de um ano ela não aguenta mais: ela sufoca entre fraldas e panelas e decide retomar sua vida profissional.

Algo desmorona nesse momento para o pai, que dali em diante se identificará massivamente ao seu filho, sob a forma do menininho com falta de mãe que ele mesmo foi: ele pede afastamento do trabalho por seis meses para “cuidar devidamente” (são suas palavras) do seu filho.

Não podendo prolongar seu afastamento, ele retornará ao trabalho, e iniciará então uma vida agitada em que cada instante fora do seu trabalho será inteiramente consagrado ao seu filho, a quem ele não pode recusar nada.

É fácil perceber a limpidez da estrutura dessa história: mesmo que ele seja o pai e genitor do seu filho, esse homem, contudo, age como mãe, e como mãe TODA, toda boa, toda poderosa, toda doadora, imagem imutável, nunca degradada pelo passar do tempo e da história... quer dizer, a imagem da mãe à qual ele permaneceu fixado após a perda da sua própria mãe.

Alexis mostra então a sintomatologia de uma das formas da “clínica do pai”: instabilidade, ausência de limites e distúrbios do sono – estes últimos sendo assimiláveis a dificuldades de separação.

Esses exemplos clínicos nos permitem apreender como a estruturação da criança está estreitamente correlacionada a uma dialética suficientemente equilibrada das duas posições, materna e paterna, no laço que liga a criança ao campo do Outro, ao mundo externo, por meio dos seus pais ou dos adultos que cuidam dele.

Capítulo 4

Sinais positivos de desenvolvimento e sinais de sofrimento precoce

Clínica funcional do primeiro ano de vida: uma nova leitura

No decorrer da minha experiência e do compartilhamento com os médicos da Proteção Materna e Infantil na França, eu descobri na clínica funcional do bebê um certo número de *sinais observáveis* que me parecem ser a tradução clínica de estados de sofrimento no bebê. Esses estados de sofrimento devem ser compreendidos como se referindo **ao somático e ao relacional ao mesmo tempo**.

Esses sinais são em sua maioria bastante conhecidos pelos profissionais da primeira infância e particularmente pelos médicos, mas quando eles são encontrados, por exemplo, numa situação de consulta pediátrica ou em instituições de educação infantil, sua presença ocasiona um certo mal-estar. Esse mal-estar é devido ao fato de que frequentemente os médicos não sabem muito bem como proceder: a identificação desses sinais é incerta, tanto do ponto de vista de sua etiologia quanto do seu diagnóstico e prognóstico.

Divididos entre o desejo de não alarmar inutilmente os pais e a preocupação de não “deixar passar” algo grave, os médicos que encontrei testemunham facilmente seu sentimento de “brincar de aprendiz de feiticeiro” se eles dizem alguma coisa, ou de denegar ou banalizar, em parte para tranquilizarem a si mesmos, se eles afirmam que “isso vai passar”, que “a criança vai crescer”. Em todo caso, eles dizem se sentir despreparados com relação à conduta a seguir, e a indicação de uma consulta especializada se revela, na maior parte do tempo, difícil de ser estabelecida por múltiplas razões, ao mesmo tempo de disponibilidade desse tipo de consulta como das resistências das famílias.

Meu propósito, portanto, é tentar articular os sinais funcionais da clínica da primeira infância ao registro pulsional, a fim de promover uma leitura que apreenda a dinâmica relacional na qual o sinal está implicado.

Minha hipótese é que uma melhor *lisibilidade* desses sinais para os médicos e profissionais da primeira infância pode conduzir a uma melhora na prevenção dos distúrbios relacionais precoces em ambientes cotidianos, antes mesmo das consultas especializadas.

Parece-me também possível esperar que essa lisibilidade permita às equipes de prevenção fazerem a distinção entre as situações que elas mesmas podem acompanhar em seus estabelecimentos de acolhimento, de educação infantil ou de consultas dos lactantes, e aquelas que se referem, de forma mais ou menos urgente, a um cuidado especializado.

Sinais positivos de desenvolvimento e sinais de sofrimento precoce

É então na dupla modalidade – posições materna e paterna – das trocas do bebê em seu laço com o Outro primordial que poderemos identificar os sinais positivos de desenvolvimento e os sinais de sofrimento.

Se as duas posições estão presentes e equilibradas nas trocas, aparecem então os ***sinais positivos de desenvolvimento***, que atestam que os processos psíquicos subjacentes estão funcionando e se desenvolvem como previstos, enquanto que os sinais de sofrimento aparecem quando há um desequilíbrio ou falha de uma delas.

Dentro dos ***sinais de sofrimento precoce***, pode-se identificar duas séries: a série ***“barulhenta”*** e a série ***“silenciosa”***.

Os sinais da série ***barulhenta*** têm a qualidade de alertar os familiares e cuidadores, daí o nome “barulhenta”, e aparecem quando há um excesso da posição atributiva que esmaga o espaço do bebê – o que remete à dimensão intrusiva da onipotência da mãe arcaica anterior à era transicional. Esses sinais correspondem a um *ato do bebê*: o bebê é ativo, se manifesta para sustentar sua alteridade e, dessa forma, tenta sustentar ou até mesmo compensar a falha da dimensão paterna.

Um deficit da função atributiva – ausência psíquica da relação, uma mãe imatura ou perturbada psiquicamente, ou ainda o anonimato dos cuidados em uma instituição pouco atenta – induz o surgimento de sinais de sofrimento da **série silenciosa**: o bebê não consegue chegar à inscrição significante. Ele se deixa levar a uma passividade e a uma atonia que pode tornar esse tipo de sinais extremamente *confortáveis* para os cuidadores, o que faz com que os sinais dessa série possam passar despercebidos ou até mesmo serem considerados

como sinais positivos de desenvolvimento, o que torna essa série potencialmente mais perigosa para o bebê.

Organizando dessa forma as séries de sinais, associo-me à posição de A. Guedeney, que considera que “o repertório defensivo do bebê é inicialmente bastante limitado, em torno do protesto e do retraimento”: o “protesto” corresponde à série barulhenta e o “retraimento” à série silenciosa.

Vejamos como o conjunto desses sinais pode ser observado nos grandes registros da troca entre o recém-nascido e seu parceiro da relação neonatal.

Capítulo 5

Os três registros pulsionais do primeiro ano de vida

Se considerarmos a pulsão como esse aspecto particular da vida psíquica que corresponde à pressão que tem sua origem no corpo do bebê a fim de articulá-lo ao campo do Outro, entendemos melhor o papel fundamental conferido à realização do circuito pulsional.

De fato, o funcionamento circular da pulsão constitui literalmente a corrente de transmissão entre o sujeito e o Outro, assegurando não somente a transmissão das representações – a tomada do sujeito no universo do sentido –, mas também a parte ativa que é conferida desde o início ao recém-nascido no encontro primordial.

A experiência clínica dos bebês nos distanciou cada vez mais das concepções que representavam o recém-nascido como alguém inteiramente a ser construído a partir unicamente dos conteúdos do campo do Outro.

A apetência simbólica não é mais do que a constatação da existência, no bebê saudável desde o nascimento, de um desejo da relação com o outro independentemente de qualquer satisfação das necessidades da sobrevivência.

Os três registros fundamentais da troca em que o recém-nascido lida com seu outro da relação precoce durante o primeiro ano de vida são, respectivamente, a oralidade, que remete ao estatuto simbólico da troca alimentar, a especularidade, que interessa à questão do olhar, e a invocação, registro das trocas sonoras que tange à questão da voz.

A questão anal, surgindo apenas durante o segundo ano de vida, não será abordada aqui.

Se considerarmos, em termos de idade de desenvolvimento, o primeiro ano como se estendendo até aproximadamente o 15º mês, a pulsão já terá operado, nesse tempo, o conjunto de fenômenos que descreveremos no desenvolvimento do bebê saudável.

1. A oralidade

Freud chamou de *experiência primordial de satisfação* o fato de que, durante a mamada, o bebê tem prazer em se empanturrar, não somente de leite, mas da presença do seu Outro nutridor. Ele situa, inclusive, os inícios da vida psíquica na capacidade do bebê de evocar o seio quando ele não está presente.

Assim, a satisfação da necessidade – encher seu estômago de alimentos para apaziguar a fome – parece relegada a segundo plano em relação a esse outro apaziguamento específico trazido pela presença do Outro, pela qualidade do seu investimento: a mãe *mira* o bebê que mama seu seio, e lê aí sua qualidade de boa mãe, assim como o bebê *mira* o olhar da sua mãe e lê aí o gozo que o seu prazer provoca nela.

O *sinhal positivo de desenvolvimento* só aparece quando a troca alimentar é marcada pelo prazer compartilhado, o que só pode surgir quando as manifestações do bebê são bem respeitadas pela mãe (dimensão paterna).

Sinais de sofrimento

Mas, em todas as histórias alimentares do primeiro ano de vida, o que acontece no estômago ou na mamadeira está raramente em questão, e quando é o caso, é rapidamente resolvido.

O que torna a situação complexa é a dimensão de “metáfora do amor” que a troca alimentar comporta: quando o bebê pega o seio, não é o leite que ele bebe, e sim sua mãe que ele ama! E se ele recusa o seio, não é o leite que ele recusa, é sua mãe que ele não quer!

Essas experiências violentas de rejeição que as mães podem expressar diante de uma recusa alimentar do seu bebê correspondem a essa dimensão simbólica que a relação alimentar comporta nos humanos. Essas experiências vivenciadas dão frequentemente origem a respostas de “forçagem” alimentar que acentuam a recusa do bebê, arriscando então desencadear um círculo vicioso, vivenciado dolorosamente por ambos. São sinais do registro *barulhento*, pois eles alertam sempre os familiares e cuidadores, e conduzem a consultas especializadas.

Inversamente, se a alimentação é anônima, o objeto alimentar não alcança o estatuto de objeto da pulsão oral; quer dizer, seu estatuto simbólico de dom do outro que se recebe em nome do amor.

São os sinais do registro *silencioso*: a alimentação fica relegada ao estatuto de pura necessidade, e o bebê pode se deixar encher, passivamente, sem prazer nem investimento algum da relação. Esse sinal, silencioso, é particularmente perigoso para o bebê, porque, contanto que ele se alimente, ele pode passar despercebido por uma mãe ausente ou perturbada, ou ainda por equipes de cuidadores pouco atentos ou sobrecarregados.

A anorexia severa do bebê, que é um quadro grave e pouco frequente, com prognóstico letal a curto prazo, está aí para nos mostrar, para expor o que está subjacente à relação alimentar: um sujeito pode recusar muito cedo, às vezes com risco da sua própria vida, a satisfação da necessidade em nome do seu reconhecimento enquanto ser de desejo.

Esse quadro nos permite verificar que, para os humanos, a existência – no sentido psíquico do termo – prevalece sempre sobre a sobrevivência.

Mesmo que o conjunto desses fenômenos seja globalmente bem conhecido pela maioria dos pais e profissionais, é útil lembrá-los aqui, pois a proximidade da oralidade com o que é estritamente do registro alimentar necessário à sobrevivência, com suas conotações de urgência vital, expõe frequentemente os pais e médicos ao perigo de reduzi-la pura e simplesmente ao nível da necessidade, negligenciando sua dimensão simbólica, quer dizer, aquilo em que a oralidade diz respeito à questão do desejo e traduz uma fala do bebê.

Um exemplo clínico nos permitirá apreender como o objeto alimentar pode não chegar a se constituir como um objeto oral.

O exemplo de Christelle, que vasculha as lixeiras

Christelle é a terceira criança de um casal bastante marginal, que vive em completa “autarquia”. Com sua irmã gêmea e seu irmão de dois anos, ela foi colocada em um abrigo, em situação de urgência, por decisão judicial aos 6 meses de idade em decorrência de negligências graves e maus-tratos.

De fato, sua mãe tinha frequentes episódios delirantes durante os quais ela trancava os filhos em uma grande caixa na varanda, onde eles berravam durante horas, até que os vizinhos, preocupados, advertiram os serviços sociais.

Quando ela chega ao abrigo, Christelle é um bebê mole, ela parece ausente e seu olhar é fugidio. Ela se balanceia violentamente para adormecer, assim como em diversos momentos do dia, e parece só poder parar quando alguém a pega no colo.

Assim, as carências de cuidados e as carências alimentares sofridas por Christelle se encontram em primeiro plano quando ela chega à instituição. É então possível compreender que a equipe que a acolhe, tomada pela urgência de remediar essa situação, se precipite em fornecer, se assim pode-se dizer, satisfação às suas necessidades.

O que infelizmente, nos meses seguintes, perpetuará a carência que se pretendia remediar, quaisquer que fossem a qualidade e a quantidade de alimentos e de cuidados dispensados, justamente na medida em que estes eram concebidos como puros objetos da necessidade.

Alguns meses depois, Christelle, sempre silenciosa, apresenta um sintoma que acaba provocando a consulta: depois de se alimentar de forma aparentemente suficiente e até mesmo exagerada – as cuidadoras, preocupadas, se veem obrigadas a limitar as porções que ela literalmente engole – Christelle, logo que é colocada no chão, começa a vasculhar compulsivamente as lixeiras, comendo tudo o que ali encontra.

Quando, pela primeira vez, eu recebo Christelle, então com 17 meses de idade, acompanhada da sua cuidadora, esta me fala da sua perplexidade e do seu desespero por não poder ajudá-la: tentou-se de tudo, da brandura à repressão, passando pela vigilância permanente, sem que nada parecesse poder desviar Christelle desse comportamento que os adultos referentes vivenciavam como particularmente ingrato, dados os consideráveis esforços feitos para paliar as carências precoces sofridas por essa criança.

Christelle parece “desligada” de todo e qualquer investimento libidinal da alimentação: ela não recusa nada, a ninguém, mas não parece encontrar prazer quando ela se enche passivamente até a saciedade – e continua se enchendo para além da repleção em um automatismo que nada parece poder parar.

Toda a área oral está desabitada: Christelle vagueia, vasculhando as lixeiras com a barriga cheia; o índice de repleção, puro real, não remetendo a nenhuma “repleção simbólica”.

Para Christelle, o lugar – ou, melhor, o não lugar – que ela ocupou no investimento da sua mãe psicótica desde antes do seu nascimento obturou provavelmente para ela qualquer acesso à possibilidade de um dom. Assim, o que transforma um objeto da necessidade em objeto de dom faltava cruelmente à Christelle: para ela, nenhuma dimensão do dom havia transformado em alimentação o puro alimento.

Alguém – e em particular uma mãe – só pode fazer um dom se mostrando desejante em relação à criança, que, conseqüentemente, se vê como suscetível de vir a satisfazer esse desejo.

Parece ser o que nem a mãe delirante nem os substitutos maternos haviam podido significar para Christelle: a mãe, devido às dificuldades psíquicas, e as cuidadoras, por estarem presas na pura relação alimentar, tornada completamente operatória, pois ancorada no nível da necessidade.

Minhas instruções para as cuidadoras com relação ao cotidiano foram extremamente simples: durante as refeições, ter cuidado para não confundir o tempo de estar com Christelle com o tempo para comer. Mesmo depois de acabar o que tem no prato, Christelle não terá acabado de se alimentar da disponibilidade nem da presença delas. Dessa forma, não deixar Christelle ir embora antes que ela desse um sinal de ter atingido sua “repleção de estar com elas”. Assim, o tempo do desejo do outro estaria protegido e representado para Christelle por suas cuidadoras.

Um jargão com intencionalidade de endereçamento aparecerá rapidamente, substituindo os choramingos; a cada sessão, suas vocalizações serão retomadas e restituídas em palavras: *bebê, mamãe, não quer, aqui está*, pontuarão suas primeiras frases em melopeias. Já se percebe aí a distinção eu/não eu, o surgimento da negação e da designação.

Quando, aos três anos, Christelle será finalmente colocada em uma família substituta, ela terá mantido seu apetite formidável, mas repleto de prazer, e surpreenderá os adultos por sua capacidade de se exprimir com pertinência.

Alguma coisa do enodamento que faz com que um alimento se torne alimentação acontecera para Christelle.

Na clínica comum, as indiferenciações do laço, mais frequentes do que as síndromes bulímicas, podem também ser *tratadas* nos lugares de vida da criança, como berçários e creches. De fato, comportamentos de se fartar e de grande avidez podem ser observados corriqueiramente quando dificuldades ligadas à interiorização da presença psíquica dos pais se fazem sentir. Por exemplo, em creches ou em abrigos, não basta “limitar” a criança quanto à absorção de quantidades racionais de alimento; é preciso, sem dúvida, também permitir ao bebê fazer uma outra experiência da troca alimentar.

É preciso personalizá-la ainda mais, introduzir o “cuidado contínuo”, de modo a evitar, por exemplo, que o momento de contato com o adulto não se reduza ao ato alimentar. Como vimos no caso de Christelle, essas medidas

devem favorecer o engajamento do adulto responsável pela criança, de modo que a relação de alimentação não seja unicamente *operatória*, e que ela comporte uma dimensão *desejante* em relação à criança: o fato de *estar com* o bebê, de estar atento e falar com ele, dirigindo-se a ele, à parte de todo cuidado, isso *conta*.

Podemos perfeitamente encontrar esse tipo de conduta *operatória* em certas mães cuja inquietude as impede de se questionarem por que seu bebê não come, e querem unicamente que ele coma, para aliviar sua angústia.

Esse tipo de atitude pode corresponder a realidades inconscientes muito diferentes, que determinam capacidades também muito diferentes das mães para reagirem no quadro da relação de acompanhamento, quer dizer, de seguirem os conselhos dados pelas equipes de prevenção.

Para uma mesma sintomatologia, é essa diferença de reação que designará as situações que podem ser acompanhadas no quadro da prevenção, em oposição àquelas em que será necessário recorrer a uma consulta especializada: uma mãe cuja atitude se modifica rapidamente, a percepção e os conselhos dos profissionais do acompanhamento permitirão ajudá-la sem precisar recorrer a uma consulta especializada.

2. A especularidade

A especularidade, ou registro da pulsão escópica, introduzida por Lacan, concerne à clínica do olhar.

Os médicos são particularmente sensíveis à questão da fixação do olhar no recém-nascido, e de forma muito pertinente eles a consideram um sinal importante de desenvolvimento. Entretanto, há uma defasagem entre a apreensão médica propriamente dita e a dimensão que nos interessa aqui.

De fato, é essencial não confundir o *olhar* com o *seguimento visual* que os médicos têm o costume de testar durante o exame pediátrico do 4º mês no acompanhamento de saúde pública na França. De fato, um bebê autista é perfeitamente capaz de olhar um objeto, eu diria até mesmo que, precisamente, ele irá privilegiar um objeto inanimado em detrimento do rosto humano. A questão puramente maturativa da coordenação visomotora não está em causa; trata-se unicamente da *dimensão relacional* do olhar, quer dizer, da capacidade de se servir da visão como uma ferramenta de comunicação.

Após um tempo, que pode variar de um bebê para outro, a que chamamos de *tempo de vacilação do olhar*, e que depende do estado do bebê e das condições do seu entorno, aparece o sinal positivo de desenvolvimento do registro especular: é o estabelecimento do *olhar*, resultando no *diálogo olho a olho*. Isto é, do olhar enquanto função psíquica, suporte da comunicação e da relação com o outro. À semelhança da dualidade do objeto oral, que é duplamente constituído pelo alimento e pela dimensão simbólica do dom que o acompanha, que transforma em alimentação um alimento, o objeto escópico é igualmente duplo: além da capacidade sensorial da percepção visual, ele se duplica por meio da significação de olhar e de ser olhado, de ser visto pelo outro, no sentido de existir para ele.

Sinais de sofrimento

No entanto, na clínica comum, encontra-se frequentemente evitamentos do olhar, que podem aparecer em casos de respostas caóticas (mães imaturas investindo pouco em seu bebê, ou perturbadas psiquicamente), ou ausentes (mães deprimidas), e constituem, por essa razão, um modo de defesa muito eficaz para o bebê.

O evitamento seletivo do olhar, à semelhança da recusa alimentar, corresponde a um ato do bebê. É um sinal do registro *barulhento*, pois ele desencadeará com frequência a inquietude dos familiares que buscarão uma consulta para a criança. Ele é ativo, e o evitamento não traduz uma *ausência* do olhar, mas uma *recusa* do olhar. Essa recusa geralmente visa primeiro ao rosto da mãe, e constitui uma forma de defesa para o bebê confrontado a algo de difícil no *olhar* – ou na ausência do olhar – que sua mãe lhe dirige.

A clínica dos transtornos autísticos, contudo, mostra que nem o funcionamento do órgão nem a maturação, sozinhos, resultam no estabelecimento do olhar, e o evitamento dos olhos do outro é absolutamente generalizado. É um sinal do registro *silencioso*, pois ele pode ser compreendido como um simples deficit neurovisual sem dimensão interativa. Um exemplo clínico nos permitirá entender como o olhar pode não se constituir em decorrência de uma patologia neurovisual, mas em um contexto de dificuldade interativa.

O exemplo de Laura, ou o olhar não é a visão

Laura chega à creche com 3 meses e meio de idade. É um bebê calmo e plácido, que interpela imediatamente sua cuidadora de referência porque ela não fixa o olhar.

Observamos então que sua mãe também não olha para ela, e que, manifestamente inquieta, ela evita ver que nós olhamos para Laura, e que nós vemos que ela não olha para sua mãe como também o faz conosco.

Laura começa a apresentar sinais da série pré-autística e ficamos muito preocupados: Laura não fixa o olhar, Laura se manifesta pouco, não pede nada, começa a movimentar os dedos na frente de seus olhos, e se interessa em demasia pelo móvel em cima do seu berço... a mãe nos evita, e nossa preocupação aumenta... após várias deliberações em reunião, nós decidimos – em um primeiro tempo – respeitar o evitamento da mãe, enquanto tentávamos entrar em uma relação com Laura, o que se torna impossível: Laura não responde, Laura se fecha cada vez mais em seu universo circular.

Quando Laura completou quatro meses decidimos, em equipe, que o médico da creche interviria para comunicar à mãe nossas inquietudes. O médico nos parecia mais bem posicionado para fazê-lo sem ser muito persecutório: assim, ficamos sabendo que a mãe havia agendado uma consulta em oftalmologia, para verificar a visão de Laura. Esperamos então impacientemente os resultados dos exames.

Aos 5 meses, sai o diagnóstico: Laura tem uma catarata congênita evolutiva no olho direito, que a fez praticamente perdê-lo. Ela distingue apenas sombras por esse olho e é preciso imediatamente que Laura use óculos, com tampões, várias horas por dia, e, além disso, uma intervenção cirúrgica está marcada...

O diagnóstico tem *efeito de interpretação* para a mãe: tudo acontece como se ela tivesse podido dizer a si mesma: “então é por isso que minha filha não me olhava!”, ao invés de: “e não porque ela não me amava, como eu temia...”. O efeito imediato foi que o olhar materno se constituiu, e que a identificação de Laura à imagem dela mesma que finalmente sua mãe lhe dirige não tarda a acontecer: dentro de 48h, Laura começa a olhar!

A história de Laura me parece exemplar por diversas razões: por um lado, é uma situação complexa, em que a questão da percepção visual está comprometida, mas não é porque Laura não vê que ela não olha: no dia seguinte ao diagnóstico, sua visão ainda não tinha progredido, mas ela já nos olhava! Do

mesmo modo, o recém-nascido, cuja acuidade visual é muito imatura, olha intensamente a pessoa que cuida dele, desde as primeiras horas após o nascimento.

O olhar, de fato, não é a visão, como nos lembra J. Lacan. O olhar se estabelece porque alguém nos olha, no sentido de que ele nos propõe, em seu olhar, uma imagem de nós mesmos.

A particularidade da visão de Laura, sua anomalia visual, fez com que sua mãe, no espelho, tenha se sentido desestabilizada: sua filha não a olhava, então sua filha não a amava – pelo menos isso era o que ela sentia –, o espelho não respondia que ela era a mais bela!!!

Fazemos aqui alusão, é claro, à história de Branca de Neve, em que a pergunta da Rainha ao espelho nos parece ser uma bela metáfora do reflexo narcísico que a mãe procura no olhar do seu filho.

Para se proteger contra o insuportável, a mãe passou a evitá-la e, não olhando para ela, Laura, conseqüentemente, não podia também olhar para sua mãe.

No momento em que o diagnóstico é anunciado, ele tem efeito de interpretação, ou seja, ele toma um lugar de explicação para a mãe sobre por que sua filha não a olhava: tudo ocorre como se a mãe tivesse podido dizer a si mesma: “é por isso que ela não olhava para mim!”, e, não se sentindo mais a causadora do problema, ela pôde lhe dirigir, ao invés do evitamento angustiada, um olhar pleno de ternura. Isso teve como efeito, de forma imediata, o restabelecimento da sua capacidade de olhar, antes que a visão de Laura tivesse sido modificada por qualquer tratamento.

3. A invocação

No momento da expulsão biológica, a abertura das vias aéreas produz o grito do nascimento: a particularidade do som da voz é que podemos ouvi-la, que ela chega aos nossos ouvidos pelo exterior. Assim, o recém-nascido não sabe que é ele que emite seu grito. Ele precisará que a escuta materna, ao responder “presente”, transforme essa emissão sonora, pura descarga, em apelo: o bebê chora e a mãe corre em seu socorro.

Isso é a instauração do apelo, a partir do qual o bebê é promovido ao estatuto de *ser falante*: com efeito, antes de qualquer palavra verbal, no sentido

da língua falada, a mãe atribui ao bebê a capacidade de emitir uma mensagem à qual ela responde. Esse é o sinal positivo de desenvolvimento por excelência!

A esse respeito, a voz, enquanto objeto da pulsão invocante, conserva a mesma ligação com o som do grito, assim como o olhar com a visão, e o objeto oral com o alimento.

Nos intervalos de calmo despertar, o bebê brinca com sua voz assim como ele brinca com seus pés: esse balbucio emitido a quem quiser ouvir, esses trinados e essas modulações correspondem ao investimento libidinal da voz enquanto objeto da pulsão: é a *libidinização* da voz que a extrai do seu estatuto de puro barulho e a promove ao estatuto de objeto da pulsão.

As primeiras trocas vocais do recém-nascido e dos seus familiares, marcadas de empatia e emoção, correspondem a uma “comunicação (...) não referencial, no sentido de que ela descreve a vitalidade de um contato humano e não uma realidade ou um objeto”, nos diz C. Trevarthen, que acrescenta que “a linguagem se aprende graças a uma capacidade preexistente de expressão e de percepção de intenções e de sentimentos”.

Essa capacidade preexistente da qual fala Trevarthen parece-nos corresponder, no plano acústico, aos rastros mnésicos pré-natais que constituem a apetência simbólica do recém-nascido, essa inscrição primordial da linguagem, no sentido da capacidade de comunicação entre humanos.

Vejam o exemplo do desenvolvimento normal

Nas trocas entre uma mãe e seu bebê, as pesquisas dos psicolinguistas nos ensinaram a identificar a ***protoconversa***: não se trata de palavras, trata-se de sentido, onde a mãe se regozija das produções sonoras do bebê e sabe, em momentos privilegiados da troca, retomar suas vocalizes, antecipando na cadeia sonora emitida pelo bebê os significantes da língua.

Em seus meticulosos estudos experimentais, os psicolinguistas demonstraram, analisando minuciosamente suas gravações sonoras, que a protoconversa – para que ela funcione entre uma mãe e seu bebê, isto é, para que o bebê se apegue à fala que lhe é dirigida – deve comportar, do lado da mãe, um certo número de características formais e acústicas. É o que Anne Fernald, pela primeira vez, chamou de ***manhês***, como se diz inglês ou japonês.

O ***manhês***, então, ou língua das mães, foi estudado por meio de inúmeras línguas faladas da terra, do sueco ao chinês mandarim, passando pelo

saracolê e o inglês americano; quer dizer, em contextos culturais e linguísticos muito diferentes. Os psicolinguistas puderam, assim, isolar as características formais e sonoras que um adulto emprega, inconscientemente, quando ele se dirige a um bebê, qualquer que seja a língua falada.

As características fundamentais do *manhês* são:

- sem serem especialistas em *bel canto*, as pessoas que se comunicam com um bebê, quando elas se dirigem a ele, posicionam sua voz uma oitava acima do que em uma conversa corriqueira, dirigida a um adulto. Logo que detectamos esse fenômeno, completamente inconsciente, passamos a ouvi-lo por toda parte, nas mães que encontramos e em nós mesmos, quando nos dirigimos a um bebê;
- a pessoa emprega um ritmo mais lento, e organiza sua fala com uma simplificação sintática e lexical;
- e suas emissões têm uma qualidade sonora em que os picos prosódicos perfeitamente identificáveis na análise espectral das vozes correspondem a um som que sobe bastante no final de cada enunciado.

De fato, observou-se que os bebês gostam mais de sons ascendentes do que de sons descendentes, assim como preferem uma entonação de aprovação a uma de desaprovação, o que prova que eles são desde o início sensíveis à mensagem emocional veiculada pela voz. Temos o direito de pensar que é esse aspecto de aquiescência, de confirmação da existência, que confere todo seu valor às características do *manhês*.

Essa característica sonora parece só poder ser encontrada, além do *manhês*, na linguagem adulta, quando exprimimos dois afetos ao mesmo tempo: a surpresa, o deslumbramento, e o encontro, a união. Ou seja, a mãe está em um duplo movimento simultâneo: ao mesmo tempo de atribuição de sentido e de deslumbramento diante da emergência desse sentido que ela mesma produz pela sua escuta.

Assim, o **pa pa pa pa**, o **mã mã mã mã**, iterações silábicas produzidas pelo bebê, serão imediatamente identificadas pela mãe: “*ele disse papai!*”, “*ele disse mamãe!*”, e em uma alegria incontestável a mãe transforma a produção sonora do bebê em significantes do código, que ela vai ao mesmo tempo reconhecer e atribuir, em um mesmo movimento de dupla vertente.

No **mã mã mã mã** emitido pelo bebê, a mãe vai recortar a palavra do código: ela fará disso “mamãe”. A mãe isola duas iterações, pois uma ou três iterações não correspondem a nenhum significante da língua. Essa operação envolve ao mesmo tempo a atribuição e o corte, correspondendo à articulação

dialética das posições materna e paterna, e resultará na diversificação da paleta sonora emitida pela criança.

A mãe terá, assim, efetuado, sem saber, as operações fundadoras de *alienação primordial* e de *separação simbólica*, introduzindo o bebê nos significantes da língua da qual ela é portadora, e que se tornará sua língua materna.

Para que possa se produzir esse milagre comum, cotidiano, e, no entanto, não menos milagroso, é preciso que a mãe seja *desejante* em relação ao seu bebê, e que o bebê seja *desejante* em relação à mãe, quer dizer, que ele produza as emissões sonoras que ela identificará. Em outras palavras, que a questão paterna da alteridade já esteja presente e inscrita.

Rapidamente, o bebê se apropria dos significantes que sua mãe lhe devolve, e se torna “lisível” para o seu entorno: os choros de cansaço não se parecem com os choros de fome, que não se parecem com os choros de raiva ou de dor, em uma paleta expressiva cada vez mais diversificada da qual desaparecem os gritos indiferenciados dos primeiros tempos.

Sinais de sofrimento precoce

Contudo, os bebês criados por mães que sofrem ou em instituições desatentas, que têm que lidar com respostas caóticas e aleatórias ou com respostas anônimas regidas por tabelas de horários, conseguem se organizar bem menos nas trocas, pois nem sua agitação nem suas manifestações vocais são ouvidas como mensagens e não necessariamente produzem uma resposta.

Esses bebês têm a maior dificuldade para interiorizar o fato de que suas solicitações ou sua agitação exercem algum poder sobre o meio à sua volta, ou seja, para integrar o fato de que eles “falam”, que eles emitem mensagens, e que essas mensagens são ouvidas pelo outro.

Por isso, eles são muitas vezes difíceis de consolar, agitando-se sem esperar que alguém responda, e quando a resposta chega, ela não os acalma, como se a ligação não fosse feita entre a satisfação da necessidade e o apaziguamento produzido pela satisfação da pulsão. São os sinais do registro *barulhento*, o registro *silencioso* sendo simplesmente representado por esses bebês atônicos, que parecem ter pura e simplesmente renunciado a se manifestar.

Capítulo 6

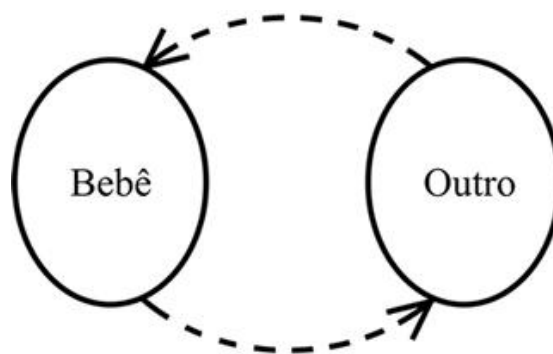
Do desenvolvimento normal ao risco de autismo

O processo de desenvolvimento normal é então uma construção da qual o bebê, desde antes do nascimento, participa ativamente com a ajuda da sua *apetência simbólica*, o que o torna atento e desejante daquilo que o outro, frequentemente sua mãe, lhe transmite ao cuidar dele.

Dessa maneira, a criança de desenvolvimento típico “aprende” “se embecendo” literalmente das características do seu Outro, no sentido do universo simbólico no qual sua mãe está mergulhada. O bebê se apropria, assim, de seu universo representacional. Esse fenômeno, constante e massivo durante os primeiros anos de vida, constituirá a primeira trama imaginária, sobre a qual a separação simbólica abrirá caminho para a estrutura do sujeito.

A articulação pulsional é o eixo desse fenômeno, constituindo literalmente o “elo de transmissão” entre o bebê e o Outro, por meio da satisfação pulsional recíproca e compartilhada entre a mãe e o bebê. Essa articulação organiza, por via circular e retroativa, o processo de coconstrução do sujeito e do seu outro da relação precoce.

Poderíamos representar esse processo por meio do seguinte esquema:



Esquema da coconstrução no desenvolvimento normal

As flechas representam os circuitos pulsionais do bebê, mas **também** da mãe, pois, para que o fechamento do circuito se opere, é preciso que o bebê seja tomado como objeto da pulsão da mãe, ou seja, que o bebê seja satisfatório para ela, de onde, em espelho, o bebê, por sua vez, obtém satisfação.

Esse esquema representa então o processo no qual o bebê e a mãe são objetos de satisfação um para o outro, constituindo assim essa ancoragem, esse enodamento dos dois campos, os quais, agora entrelaçados, garantirão, por um lado, a reciprocidade necessária ao processo de comunicação e, por outro lado, a entrada do bebê no mundo simbólico e relacional.

Esse processo, que pode ser considerado como o suporte da operação de alienação primordial, opera a simbolização do corpo do bebê e seu funcionamento, fazendo-o entrar no mundo do sentido.

Chamaremos isso de *encontro pulsional*, ou por *via pulsional*. Nos humanos, o encontro pulsional é o encontro “normal”, no sentido de corriqueiro.

Lembremos, aqui, a título de informação, que a noção de normal é uma noção estatística, estabelecida com a ajuda da Lei Normal, ou curva de Gauss. A norma, então, corresponde à média estatística, e ela não é a **melhor** no sentido qualitativo do termo; ela tem apenas **melhores chances** de se produzir, no sentido de ser um evento mais frequente. Esse amálgama, extremamente corrente no ideal social, faz da norma uma qualidade; e do seu afastamento, um defeito.

O processo autístico

O que acontece quando o encontro “pulsional-normal” não ocorre?

Pois bem, quando ele não ocorre, a articulação dos dois campos fracassa, e ao invés de dar origem à espiral interativa, o processo autístico se inicia.

Os circuitos pulsionais da criança e do Outro se fecham sobre eles mesmos, cada um em circuito fechado, levando a um processo inverso, um tipo de espiral interativo invertido, em que não há uma construção comum, mas duas construções frente a frente.

Do lado do bebê, primeiro um deficit das interações, resultando durante o segundo ano de vida no aparecimento dos sintomas característicos das síndromes autísticas. O funcionamento desses sintomas parece corresponder ao

fato de que as aquisições da maturação não são simbolizadas e organizadas pela relação ao outro, provavelmente por causa de particularidades do equipamento neurobiológico do bebê. Como resultado, a energia permanece “livre” ao invés de se ligar a representações, como Freud propõe no Projeto, e ela se escoia em um circuito curto de satisfação autossensorial imediata, sem gerar simbolização.

De fato, em seu “Projeto para uma psicologia científica”, Freud tenta articular funcionamento psíquico e neurologia do cérebro. Embora Freud tenha abandonado rapidamente essa tentativa – ao ponto de recusar sua publicação durante sua vida! –, o estado dos conhecimentos da época não lhe permitindo ir mais adiante, ele contém intuições fulgurantes que foram frequentemente verificadas pelas pesquisas neurocientíficas atuais.

Aqui está o que observamos, no plano clínico:

- A maturação da motricidade do olho, que se manifesta pelo aparecimento do seguimento ocular, permite ao bebê dirigir voluntariamente seu olhar. No desenvolvimento normal, ele determina o “diálogo olho a olho”, a troca de olhares, tão satisfatória no campo da comunicação e da afetividade tanto para o bebê quanto para o parceiro da relação. Nos transtornos autísticos nascentes, essa capacidade resulta no evitamento ativo do rosto e do olhar do outro. É importante, contudo, nuançar essa afirmação: o evitamento do olhar pode ser uma proteção para o bebê em inúmeros contextos de distúrbios do laço precoce e não pressagia sistematicamente uma evolução para um quadro autístico ulterior. A esse respeito, o sinal da pesquisa PREAUT, que consiste em uma observação da troca de olhares **por iniciativa do bebê**, é um bom exemplo.

- As emissões sonoras, que têm valor de comunicação desde o nascimento no desenvolvimento normal, e constituem as premissas da linguagem muito antes da fala, estão ausentes nos bebês com risco de autismo, ou se transformam em jargões – ou até mesmo em uma produção de palavras constituídas –, mas sem endereçamento nem intencionalidade de comunicação.

- A motricidade global, que resulta na marcha, aproximando a criança de desenvolvimento normal do seu outro tutelar, afasta a criança autista dos outros, por meio de deambulações incessantes.

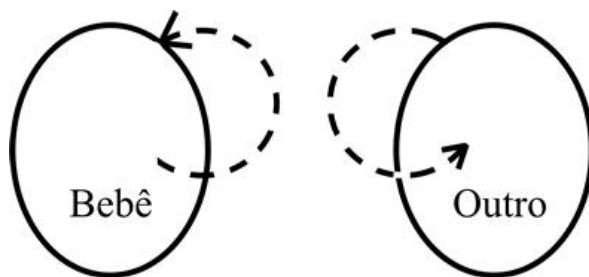
- O diálogo tônico-postural não ocorre, e o ajustamento corporal recíproco permanece difícil, ou até mesmo evitante.

- A maturação da motricidade fina, que permite ao bebê, desde o segundo semestre, segurar na mão os objetos da troca, resulta, na criança que se tornará autista, em manipulações incessantes e repetitivas.

- E o conjunto das aquisições não se organiza em um jogo de imitação nem, em seguida, em um jogo simbólico, fonte de tantas aprendizagens para a criança normal.

Do lado do outro, essa impossibilidade de se relacionar com o bebê resulta no que chamo de *estados de sideração*, em que todas as competências relacionais e de comunicação do adulto ficam suspensas na relação com essa criança em particular, deixando, por outro lado, intactas as capacidades languageiras e de comunicação. Os estados de sideração correspondem a uma literal *sideração* do pensamento, ou seja, à impossibilidade de pensar, no sentido de *se representar* o que a criança faz, quer ou sente.

Poderíamos representar esse processo por meio do esquema seguinte:



Esquema do processo autístico

As flechas do circuito pulsional, voltadas cada uma para seu próprio campo em circuito fechado, representam esse processo de duplo desenvolvimento *em autarquia* um do outro, uma flecha levando ao fechamento autístico e a outra levando ao estado de sideração.

Quando a energia pulsional da criança não se liga muito cedo às representações habituais, processo iniciado provavelmente desde antes do

nascimento, ela dá início a uma organização autárquica que eu chamo de “**circuito curto**”, em oposição ao “circuito longo”, que atravessa o campo do Outro antes de retornar ao corpo próprio do bebê, com a codificação que essa operação comporta.

Essa organização apresenta uma **resistência ativa** a nossas tentativas de trazê-la a formas mais próximas do desenvolvimento da criança saudável, provavelmente porque esse fechamento com relação ao mundo dos outros tem uma função protetora para a criança.

Assim, pode-se considerar a sintomatologia autística, à semelhança do delírio ou da alucinação no fenômeno psicótico, como uma tentativa de “autocura”, e, em todo caso, como uma construção do sujeito.

Capítulo 7

Como reconhecer, no acompanhamento cotidiano, um risco de evolução para um transtorno do espectro do autismo?

Atualmente, é aceito que o diagnóstico de autismo não pode ser dado formalmente antes dos 3 anos. Por um lado, porque o desenvolvimento normal não chegou ao fim, e portanto, o quadro não pode estar completo. Por outro lado, porque os estudos sobre os sinais precursos dos transtornos do desenvolvimento mostram a instabilidade do diagnóstico precoce, aumentando o risco de encontrar muitos “falsos positivos”.

No entanto, os estudos longitudinais sobre o devir das crianças que iniciam um tratamento cedo mostram uma melhor evolução, e os acompanhamentos precoces permitem diminuir o impacto dos transtornos nos diferentes aspectos do desenvolvimento.

Trata-se então de uma escolha ética: identificar os sinais de risco não implica necessariamente fechar a criança muito cedo em um diagnóstico, mas pode permitir o estabelecimento de um acompanhamento pluridisciplinar e precoce, respeitoso das especificidades das dificuldades da criança e da sua família.

Assim, as políticas públicas de capacitação para o reconhecimento dos sinais de risco são cada vez mais frequentemente preconizadas e implementadas, principalmente em lugares de vida e de consulta para a primeira infância junto aos profissionais envolvidos em seu acolhimento e acompanhamento.

Os sinais precoces que podem traduzir dificuldades em relação com um risco de evolução para um transtorno do autismo podem ser observados desde o primeiro semestre de vida, de acordo com os elementos que descrevemos do desenvolvimento normal.

Uma primeira precaução consistirá em verificar as capacidades auditivas e visuais, assim como a maturação neurológica, mas é o que o acompanhamento pediátrico de rotina faz habitualmente.

Dentre os sinais que devem alertar desde o 4º mês (e ao longo do primeiro ano), há a ausência de apetência do bebê pela relação ao outro significativo, assim como uma falta de iniciativa nas trocas: o bebê responde se é solicitado, mas não busca a interação, e não parece sentir um prazer compartilhado durante as trocas e os cuidados cotidianos. Essas observações correspondem ao sinal PREAUT, dito também sinal da pulsão, que foi testado em uma grande população de bebês na França entre 2006 e 2012, com resultados de sensibilidade e de especificidade próximos aos da M-CHAT³ aos 18 meses.

Os resultados definitivos dessa pesquisa foram publicados no artigo **“Infant and dyadic assessment in early community – based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid”** (Olliac B, Crespin G, Laznik M-C, Cherif Idrissi El Ganouni O, Sarradet J-L, Bauby C, Dandres A-M, Ruiz E, Bursztejn C, Xavier J, Falissard B, Bodeau N, Cohen D, Saint-Georges C, in *PLoS ONE* 12(12): e0188831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188831> – dezembro de 2017). Uma apresentação em francês desse artigo foi publicada com o título: **“Evaluation interactive du risque autistique en population générale à l’aide de la grille PREAUT: résultats de la recherche PREAUT 2005/2011/2017”**, em *Cahiers de PREAUT, Approches plurielles des autismes III*, 15, 11-38, Erès, 2019.

No final do primeiro ano e ao longo do segundo, a pobreza das vocalizações e das interações com o entorno, o fato de não responder ao seu nome e mostrar pouco interesse pela voz humana, enquanto, pelo contrário, a criança mostra um grande interesse pelos objetos, ao mesmo tempo em que não compartilha o interesse por um objeto comum com o parceiro da relação, são características da interação que devem ser um sinal de alerta. O conjunto desses sinais corresponde à escala M-CHAT, recomendada desde os 18 meses para identificar um risco de evolução para um transtorno do espectro do autismo.

As inquietudes das famílias são particularmente dignas de interesse, pois os estudos mostram que os pais seguidamente sentiram dificuldades na interação com seu bebê desde o primeiro ano, e frequentemente encontraram pouco eco nos profissionais. Alguns estudos mostraram que os pais, tendo

³ A escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) é um instrumento de rastreamento precoce de autismo (D. L. Robins et al. , 2001).

sentido um bebê pouco apetente e difícil de ser mobilizado, recorrem durante meses a uma superestimulação para tentar fazê-lo entrar na relação, antes de se esgotarem e de caírem em uma apatia aparente, que chamei de “estado de sideração”, e que corresponde a um tipo de impossibilidade de continuar a interagir com o bebê.

Devidamente acompanhados, os pais saem da “sideração” e frequentemente se tornam formidáveis aliados no tratamento da criança.

Esses tratamentos, propostos muito cedo, e com frequência no decorrer dos dois primeiros anos de vida, desde a identificação do risco e sem esperar a confirmação do diagnóstico, consistem em um verdadeiro relance das interações. O quadro terapêutico busca reproduzir o primeiro encontro “pulsional” da criança com seu outro neonatal, encontro faltoso, pelo menos parcialmente, se dá na maior parte do tempo em decorrência de particularidades do bebê na recepção das tentativas de entrar nas relações propostas pelo meio.

Esses tratamentos, que mobilizam equipes pluridisciplinares (pediatras e neuropediatras, psicólogos e psiquiatras infantis, psicomotricistas e educadores), deveriam intervir desde a detecção do risco e em uma ótica de prevenção, a fim de minimizar as consequências e os efeitos do transtorno do neurodesenvolvimento. Eles necessitam de profissionais agindo em concerto, organizados em rede e partilhando o acompanhamento em função das necessidades específicas de cada família e de cada bebê.

Hoje, estamos às vezes ainda longe desse roteiro, mas a maior parte dos profissionais envolvidos na questão dos transtornos do autismo reconhece que esta é a direção que devemos seguir.

A título de conclusão

O aprofundamento dos conhecimentos sobre a clínica do desenvolvimento e a clínica do risco de autismo, e sua disponibilização para profissionais das áreas médicas e educativas que cercam as crianças em inúmeras instituições, faz parte cada vez mais frequentemente das políticas públicas de formação profissional. De fato, o aumento dessas capacitações nas equipes de profissionais da primeira infância pode se mostrar particularmente precioso: por um lado, porque é possível instaurar e promover múltiplas formas de acompanhamento indireto ou institucional, e, por outro lado, porque permite recorrer a uma intervenção especializada quando ela se revela necessária, ao mesmo tempo em que se acompanha os prazos, às vezes lamentavelmente longos, para seu estabelecimento.

Nas consultas de lactentes, por exemplo, isso permite dar início a intervenções leves e rápidas a partir de sinais muito discretos, às vezes por intermédio de uma intervenção a domicílio, com o acompanhamento de um psicólogo que, apesar de nunca encontrar a família, lhe fornecerá um apoio. Esse trabalho por intermédio de outra pessoa é particularmente proveitoso: ele permite multiplicar as ações de prevenção junto a famílias que, de outro modo, jamais teriam consultado um psicólogo quanto a um distúrbio do laço ou das interações com seu bebê.

Assim, o acompanhamento das puericultoras que fazem visita a domicílio após um nascimento ou no quadro de informações preocupantes, ou das trabalhadoras familiares que intervêm em ações de prevenção a longo prazo junto a famílias de riscos múltiplos, revela-se fundamental. A criação de lugares de troca e de reflexão pluridisciplinares sobre as situações encontradas, sobretudo a domicílio, permite a esses profissionais identificar, ou até mesmo *tratar in loco*, situações particularmente delicadas e complexas, o que teria sido difícil de imaginar sem o apoio desses lugares de reflexão em parceria pluridisciplinar.

As equipes de abrigos e de centros maternoinfantil, instituições aptas para acolher bebês e crianças pequenas em grande sofrimento, são igualmente muito apoiadas e auxiliadas quando lugares de capacitação e de reflexão lhes são

propostos, assim como as estruturas de educação infantil clássicas, como berçários e creches, pois as ações de prevenção nesses lugares podem se revelar preciosas para inúmeras dificuldades corriqueiras do desenvolvimento, antes mesmo das consultas especializadas.

Esperamos que alguns indicadores clínicos e conceituais apresentados nesta obra contribuam para a promoção desse tipo de práticas de saúde pública.

Bibliografia

Crespin, G.C. (2007, 2^a ed. 2012, 3^a ed. 2021) *L'épopée symbolique du nouveau-né - De la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce*. Toulouse: Érès.

Cullere-Crespin, G. (2009) "Les états de sidération". *Cahiers de PREAUT: Évaluations des traitements des troubles envahissants du développement*, 6, 65-78. Paris: L'Harmattan.

Cullere-Crespin, G. et coll. (2011) "Remarques cliniques sur les résultats intermédiaires de la recherche PREAUT - Au terme de quatre années d'application du protocole (2006-2010)". *Cahiers de PREAUT*, 8, 11-105. Paris: Harmattan.

Crespin, G. C. (2019) "Évaluation interactive du risque autistique en population générale à l'aide de la grille PREAUT: Résultats de la recherche PREAUT 2005/2011/2017". *Cahiers de PREAUT, Approches plurielles des autismes III*, 15, 11-38. Toulouse: Érès.

Crespin, G.C. (2013) *Traitements des troubles du spectre autistique: à la recherche d'un modèle français*. Toulouse: Érès.

Delion, P. (2008) *Les bébés à risque autistique*. Toulouse: Érès.

Golse, B. (2006) *L'être bébé*. Paris: PUF (Le fil rouge).

Guedeney A.; Vermillard M. (2004) «L'échelle ADBB: intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant». *Médecine et Enfance*, 367-371.

Saint-Georges, C. (2011) "Dynamique, synchronie, réciprocité et *mamanais* dans les interactions des bébés autistes à travers les films familiaux" 190 *Science*, UPMC, Paris.

Saint-Georges, C. (2013) "La synchronie et le *mamanais* dans les films familiaux peuvent-ils nous éclairer sur la dynamique interactive précoce des

bébés futurs autistes avec leurs parents?” *Cahiers de PREAUT: La voix - Des hypothèses psychanalytiques à la recherche scientifique*, 10, 79-113. Toulouse: Érès.

Trevarthen, C.; Aitken, K. (2003) “Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique”. *Devenir*, 15, 4, p. 340.

Ouss L. et coll., (2013) “Infant’s engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome”. *ECAP*, DOI 10.1007/s00787-013-0430-x.

Obs.: Vocês podem também consultar o *website* www.preaut.fr.



Site: www.ninar.com.br

E-mail: contato@ninar.com.br

Telephone: (81) 99754.0742



Site: www.eepsicanalíticos.com.br

E-mail: eepsicanalíticos@gmail.com

WhatsApp: (51) 9 9221-2557 / (54) 9 9159-7794 / (49) 9 9824-6006

