

O trabalho com pais de crianças com transtornos de desenvolvimento: ressonâncias e dissonâncias entre clínica e pesquisa^[1]

Rogério Lerner^[2]

RESUMO: Este artigo discute que o conhecimento produzido em trabalhos com escala grupal, como ensaios clínicos, se refere a tendências generalizáveis ao grupo, ainda que se tenha como diretriz de intervenção a singularidade de cada caso, pois o fato de o delineamento ser tal que se produzem efeitos recolhidos como tendência do grupo, portanto generalizáveis, não torna necessário que a intervenção seja orientada por generalizações ao invés da singularidade de cada caso. Aponta-se a crença errônea de que resultados obtidos de maneira generalizável decorrem de intervenções orientadas por generalizações. Argumenta-se que a natureza generalizável do conhecimento referente à escala grupal é efeito do delineamento metodológico, e não da diretriz da intervenção, daí a importância de estudos em escala grupal lançarem mão de métodos quantitativos aptos a detectar resultados tendenciais, ou seja, generalizáveis, como também de métodos qualitativos que detectam significados singulares das experiências vividas. Apresentam-se vinhetas clínicas de atendimentos de orientação psicanalítica com pais e crianças e discutem-se aspectos epistemológicos, metodológicos e clínicos a fim de ilustrar que tensões da própria clínica podem alimentar o embate da psicanálise com outras perspectivas de trabalho que também são importantes na pesquisa e no atendimento a crianças com problemas de desenvolvimento e seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: clínica com pais e bebês, *enactment*, epistemologia

1. Conferência proferida na Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP) em 18 de março de 2023. Agradecimentos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e à Associação Psicanalítica Internacional (IPA) pelo financiamento de pesquisas.

2. Psicólogo. Professor associado livre-docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), membro do comitê científico do Núcleo Ciência pela Infância (INSPER/FMCSV/Harvard) e do comitê científico da IPA, investigador principal do Centro Brasileiro para o Desenvolvimento na Primeira Infância, co-chair do Research Training Programme da IPA e da Joseph Sandler Psychoanalytic Research Conference, editor associado da revista *Psicologia USP* e membro do conselho editorial da revista *Estilos da Clínica*.

A. é o irmão mais novo de uma criança autista. Na sala de espera, a analista ouviu a mãe relatando preocupações. Sua fala transbordava, todos a ouviam e aconselhavam enquanto ela alimentava o bebê.

Durante a avaliação, A. apresentou restrição no relacionamento com a mãe, expressão afetiva pobre e limitações motoras. Aos 10 meses de idade, apresentava assimetria motora, hipotonia em membros inferiores e hiperestimulação de membros superiores, tronco e cabeça, na forma de balanço e agitação dos braços.

Na avaliação inicial, A. se divertia com um carrinho de brinquedo que sua mãe lhe ofereceu. Ela empurrava para ele que, conforme o carro andava, se excitava, balançando os braços intensamente e vocalizando. A mãe, percebendo seu interesse, repetiu o gesto inúmeras vezes, sem variação, próxima a ele, narrando seu interesse pelo brinquedo, atenta aos seus sinais. Apenas uma vez, ele olhou para ela e sorriu. Predominava o interesse pelo objeto.

Durante o tratamento, ela geralmente iniciava as sessões com um longo relato de esforços para proporcionar ao filho com autismo todas as oportunidades terapêuticas disponíveis. Seu investimento foi majoritariamente dirigido a ele, cujo diagnóstico foi vivido com muita dor. Sentindo-se culpada, se perguntava se havia produzido o autismo de seu filho. A falta de clareza sobre a etiologia contribuiu com a ansiedade e a fantasia de que o havia prejudicado, produzindo a necessidade de intensa reparação. A analista se perguntava como aquele bebê respondia à inundação do estado emocional da mãe... Ao mesmo tempo, ela se perguntava como essa mulher poderia estar disponível para funções maternas sob tamanha dor emocional...

Em uma sessão, chegou muito aflita, relatando a ida ao pronto-socorro após ter derrubado o bebê do trocador. Relatou que isso ocorreu em meio a uma briga com o marido, na qual ele dizia que ficaria fora de casa por alguns dias. Ela transmitiu seu desespero ao pensar que poderia ter machucado seu bebê. A., por sua vez, esteve muito quieto, batendo um brinquedo no outro, sem vocalizar ou convocar ninguém. A analista conversou com o bebê sobre o medo, a impotência e o ódio que ele pode ter sentido quando mamãe e papai brigaram e se esbarraram. A mãe se acalmou, e os olhares de A. para a analista tornaram-se um pouco mais frequentes.

Posteriormente, a mãe contou outro evento difícil vivenciado com sentimentos de desespero e sobrecarga. Analista e mãe refletiram juntas como incluir o pai no tratamento. Sua entrada ocorreu de forma restrita após dois meses, quando a separação do casal se efetivou, e ela, ampliando sua capacidade de pensar sobre seus estados emocionais, passou a exigir que ele tomasse conta do mais velho durante os fins de semana.

Nas sessões iniciais, as falas da mãe carregavam alto grau de angústia e eram encadeadas, sem qualquer tipo de pausa. Detectava o que interessava ao bebê, mas não havia receptividade aos seus sinais no sentido de “recebê-los vivamente dentro de si” (*take in*) e processá-los emocionalmente. Ela precisava de ajuda para ser conduzida à apresentação das emoções (*work towards*) antes de poder elaborar a dinâmica de seu processamento (*work through*) (Alvarez, 2012/2021).

Enquanto analista e mãe conversavam, o bebê permanecia calado, sentado em seu cantinho com alguns brinquedos, sem olhar ou chamar nenhuma das duas. Atenta ao retraimento agudo de A., a analista disse: “quando a mamãe está se sentindo muito preocupada e insegura, você fica mais distante, mais distante”. Ele não olhou para a analista e não pareceu ter sido receptivo. A mãe passou a falar sobre suas dificuldades motoras, e a analista comentou como ela se sentia preocupada com os dois lados expressando dissonância. Um lado não segue o outro. Isso se referia tanto à assimetria corporal do bebê quanto à dificuldade de conexão da díade. Enquanto isso, ele tinha uma xícara em uma das mãos, e a outra estava solta no ar.

A analista lhe entregou um copinho ao lado da mão solta, e ele começou a bater um no outro olhando-a. Surpresa, ela passou a imitá-lo em suas batidinhas. Ela disse que ele toca bateria, sugerindo sua identificação com a mãe musicista: “nossa, mamãe, eu gosto muito de bateria. Eu gosto de música como minha mãe!”. Ele pareceu gostar muito desse jogo de imitação e, percebendo sua intensa resposta afetiva, a analista cantava músicas de seu próprio repertório. Às vezes começava a cantar e ele seguia, olhando e batucando, às vezes chamava-a para tocar junto. Seu corpo mostrava uma nova organização nesses momentos que podem ser considerados iniciativas de reclamação (*reclaiming*) (Alvarez, 1992/2020) para tornar mais vívidos os objetos internos de A.

Porém, quando a analista aumentava sua intensidade, num tom de voz mais agudo, ele se retraía, estimulando-se como forma de descarregar sua excitação e tentar desconectar-se dela. A analista disse a ele que sentiu que era demais para o que ele poderia suportar e que ele pode ter se sentido invadido por sentimentos. Comunicou-lhe que suas iniciativas de recuperação precisavam ser calibradas contra seus recursos ainda incipientes para suportar emoções relacionais.

A receptividade da analista aos estados emocionais que emergiram na transferência e a possibilidade de transformá-los e contê-los parecem ter ajudado a promover a integração das dimensões emocional e sensorial, articulando o som da batida, o movimento do corpo, sua voz e olhar. Isso parece ter permitido estabelecer um ritmo entre os estímulos oferecidos pela analista, a resposta do bebê e, por fim, sua iniciativa de recomeçar a brincadeira, durante o processo de conexão com as emoções vivenciadas vividamente na sessão. A capacidade da analista de captar o que A. poderia sentir, articulando-se com o que acontecia na sessão como reação defensiva aos sentimentos da mãe, sintonizando-se com ele no ritmo de interação que ele propunha, possivelmente lhe permitiu uma experiência de interagir com uma mente viva como uma mente viva ele mesmo. Essa é uma experiência de construir um bom objeto interno como consequência do processo de construção de “receber o vínculo vivamente dentro de si” pela analista.

Nas sessões seguintes, A. estabeleceu com mais frequência trocas alegres com a analista, procurando-a para brincar de esconde-esconde e alimentando-a com “comida gostosa”. A analista notou o olhar e a voz da mãe ainda carregados emocionalmente, o que produziu uma reação de evitação em seu bebê. Ela, percebendo

como a interação entre o filho e a analista ficava cada vez mais afinada, disse-lhe: “onde você aprendeu essas cantigas, são tão lindas!”.

A analista atuou ajudando a mãe a perceber melhor o que sentia e a pensar como suas reações à intensidade de seus sentimentos influenciavam seus estados de espírito, suas decisões e as reações do filho. A mãe ampliou a modulação de sua voz, que passou a ser mais acolhedora para A., resultando em mais situações de brincadeiras em conjunto. Do lado da mãe, houve um aumento da capacidade de identificar os momentos de ciclo negativo entre eles, reconhecendo quando ele estava mais retraído e considerando isso como uma defesa não contra si mesma, mas contra experiências derivadas de suas limitações, pensando então no que poderia ajudá-lo a se abrir para a interação. As sessões favoreceram a expansão da sua disponibilidade lúdica, permitindo-lhe recuperar a criatividade, o ritmo e a vivacidade. Aos poucos, passou a cantar e fazer piadas, o que permitiu à analista exercer um papel de interpretação, não mais conduzindo a proposição de repertório. A mãe contou que criou em casa um cantinho de brincadeiras para o bebê.

As sessões parecem ter ajudado a mãe a discriminar melhor seus estados emocionais e os de seus dois filhos, discriminar as representações de um e de outro, bem como criar condições para que conseguisse integrar suas experiências e conter suas angústias. Fantasias masoquistas autorreferenciadas de se culpar pelo autismo de seu filho mais velho – um estado mental reparador maníaco que, por sua vez, alimentou seu autoflagelo por negligenciar A. – e a identificação introjetiva massiva com um objeto ruim “emocionalmente opressor” para ele foram abordadas durante as sessões.

Do lado do bebê, observou-se que os comportamentos autoeróticos de sucção dos pés, mãos e objetos, alternados com o olhar para a mãe e para a analista, passaram a prevalecer sobre os movimentos soltos hiperativos, acompanhados da aquisição, aos 14 meses, da habilidade de engatinhar e fazer coisas engraçadas para chamar a atenção da mãe. Aos 16 meses, A. começou a andar e apresentava sinais de atividade simbólica, pelos quais representava discriminação e separação, como brincar com a presença e ausência de brinquedos, na maioria das vezes com uma galinha e um galo. Essas são expressões de interações triádicas que foram se expandindo e se tornando cada vez mais diversificadas.

Essa vinheta foi adaptada do trabalho de Durand e Lerner (2018) e faz parte de uma pesquisa mais ampla que será apresentada e discutida adiante.

Psicanálise é uma experiência cultural oriunda da diversidade que a engendrou. A psicanálise nutre a cultura ao mesmo tempo que se nutre dela em qualquer tempo em que ocorra, aí incluída a ciência. Ciência é cultura, e não é à toa que ambas (ciência e cultura) são sistematicamente atacadas em regimes que buscam ser autoritários.

Campos diferentes da cultura (como, por exemplo, artes, política, economia, filosofia, ciências) têm contornos epistemológicos e diretrizes metodológicas próprios. Eles têm diferentes perspectivas de construção representacional da realidade entre si e mesmo dentro de cada um (por exemplo, distinções entre ciências exatas e naturais,

ou entre filosofia da ciência e existencialismo). Quando requeridos a contribuir a propósito de alguma questão, é necessário um esforço para se manter em mente sua distinção. Trata-se de aguentar a tensão entre as diferentes perspectivas de construção representacional da realidade de cada um.

Por uma série de razões intrapsíquicas, interpessoais e sociais que não é possível desdobrar no momento, cada uma dessas diferentes perspectivas de construção representacional da realidade busca prevalecer sobre as demais e se tornar hegemônica. Quando há prevalência e hegemonia de uma sobre as demais, o que ocorre é uma aplicação dominadora desta sobre as outras, o que representa descaminho epistemológico que redundando em improcedência metodológica. Nesse cenário, o conhecimento prevalente imposto aos demais é ilusoriamente considerado a melhor explicação para problemas enunciados em outros recortes, para os quais as respostas do prevalente não cumprem critérios de validação, sejam qualitativos ou quantitativos; respostas oriundas dos campos submetidos ou dominados que seguirem seus respectivos critérios de validação são ilusoriamente consideradas versões mal-acabadas e mal-enunciadas da verdade do campo dominador, que portanto reivindica superioridade hierárquica corretiva sobre os demais. No limite, todo e qualquer conhecimento é mal-acabado e mal-enunciado no sentido de sua precariedade em limitar-se ao recorte que tenha seguido nos seus critérios de validação. O conhecimento supostamente superior é ilusoriamente considerado conclusivo e absoluto.

Alternativamente, a capacidade de aguentar a tensão entre as diferentes perspectivas de construção representacional da realidade permite que se façam articulações criativas. Em geral, trata-se de aproximar pontos na fronteira do conhecimento de cada campo, respeitando-se o recorte e os critérios de validação de cada um, buscando-se soluções assumidamente limitadas, porém não limitantes.

Ensaio clínico são realizados com pacientes com uma condição clínica (uma doença existente ou risco de desenvolvê-la) divididos aleatoriamente em pelo menos dois grupos. Estudos estatísticos demonstram que as pessoas dos dois grupos não são significativamente distintas quanto a indicadores de enfermidade nem quanto a outros que podem influenciá-los (idade ou massa corporal, por exemplo). Um grupo recebe uma droga e passa a ser chamado de grupo de intervenção. Outro recebe um placebo e é chamado de controle. Idealmente, nem pacientes nem quem administra a droga ou placebo sabem quais pacientes pertencem ao grupo de intervenção ou ao controle, nem se está sendo administrada droga ou placebo. Esse é o processo de duplo cegamento. Junto com a aleatorização, busca-se que os resultados respondam às variáveis estudadas (efeito do medicamento sobre a doença comparativamente ao seu curso natural), e não às expectativas de pacientes, investigadores e médicos. Depois de tomados droga e placebo, medem-se indicadores de doença dos dois grupos. Realizam-se estudos estatísticos para avaliar se os indicadores medidos depois são distintos conforme os grupos e se tal diferença não pode dever-se ao acaso (ou seja, se os indicadores são estatisticamente significativos). Assim, considera-se que tal diferença pode ser atribuída

ao medicamento. Em estudos estatísticos mais detalhados, a diferença dos indicadores medidos antes e depois é calculada para cada grupo e, em seguida, tais diferenças são comparadas para verificar a magnitude do efeito do medicamento. Para que medições alcancem valor estatístico significativo, é necessário que grupos tenham certo número de pessoas calculado de acordo com os objetivos do estudo (por exemplo, força estatística esperada, representatividade da população na amostra).

Desde o final do século XX, o modelo de ensaios clínicos passou a ser estendido a intervenções não farmacológicas de diversas áreas: fisioterapia, nutrição, práticas esportivas e também psicoterapia. A abordagem cognitivo-comportamental foi a que mais produziu ensaios clínicos controlados, muitos deles aleatorizados e também com algum tipo de cegamento. Isso fez com que diversos profissionais acreditassem na falsa ideia de que terapia cognitivo-comportamental é baseada em evidências, e que a psicoterapia psicodinâmica (fortemente orientada pela psicanálise) e a própria psicanálise não são. Essa ideia é falsa.

O conhecimento psicanalítico é válido dentro de seu contexto específico de trabalho, e contribuições psicanalíticas que almejam outros contextos têm que passar por um processo de articulação com circunstâncias teórico-metodológicas que são estranhas à psicanálise.

Quando convocada a contribuir com iniciativas em políticas públicas, pode-se esperar que a psicanálise ajude pessoas em escala grupal ao invés de escala individual. Não é a mesma coisa tomar um fenômeno considerando um grupo como tal e tomar um fenômeno como algo que ocorre numa perspectiva individual, ainda que com muitos indivíduos, simultaneamente ou não. Em outras palavras, perguntar “como entendemos ou tratamos esta pessoa em particular” não é o mesmo que perguntar “como entendemos ou tratamos este grupo particular de pessoas”.

Desde o início do século XIX, psicanalistas e psicoterapeutas psicodinâmicos têm produzido ensaios clínicos controlados de alta qualidade metodológica, com aleatorização e cegamento, bem como estudos com neuroimagem demonstrando alterações no sistema nervoso em decorrência do trabalho psicanalítico. O número de estudos existentes permite que sejam tomados criticamente em revisões sistemáticas de literatura e metanálises, que são técnicas de avaliação de um conjunto de estudos anteriores que permitem uma comparação rigorosa entre eles e uma generalização ainda mais ampla de seus resultados. Essa literatura é vasta, produzida majoritariamente na Europa e nos EUA, e é uma pena que não seja possível explorá-la neste momento. Tenho me dedicado a esse assunto na disciplina de pós-graduação que ministro na Universidade de São Paulo. Conhecer esses estudos provê argumentos contra a ideia falsa de que psicoterapia psicodinâmica e psicanálise não são baseadas em evidências.

Psicanálise trata na singularidade de cada momento no aqui e agora da sessão. A experiência psicanalítica pode ser enunciada como a construção de condições para a abordagem de processos psíquicos singulares pelos quais cada pessoa vivencia conexões entre afetos e representações (e suas rupturas), na relação consigo mesma e com outras

pessoas. Não há como antecipar de forma estrita o que se evoca como representação e afeto que engendra o processo expressivo-impulsivo, ou seja, o que está latente e pode ser concebido, no impacto de cada experiência. Toda e qualquer experiência está sujeita a impasses nesse processo, que por sua vez podem se tornar oportunidade de exploração pela dupla em análise do que se percebe como ponto cego ou *enactment*.

O tipo de conhecimento que se produz em trabalhos com escala grupal, como ensaios clínicos, se refere a tendências generalizáveis ao grupo, ainda que se tenha como diretriz de intervenção a singularidade de cada caso. O fato de o delineamento ser tal que se produzem efeitos recolhidos como tendência do grupo, portanto generalizáveis, não torna necessário que a intervenção seja orientada por generalizações ao invés da singularidade de cada caso. Acreditar que resultados obtidos de maneira generalizável decorrem de intervenções orientadas por generalizações é um engano comum. A natureza generalizável do conhecimento referente à escala grupal é efeito do delineamento metodológico, e não da diretriz da intervenção. Daí a importância de estudos em escala grupal lançarem mão de métodos quantitativos aptos a detectar resultados tendenciais, ou seja, generalizáveis, como também de métodos qualitativos que detectam significados singulares das experiências vividas. Alguns chamam isso de métodos mistos, embora não haja nada misturado aqui. Trata-se de ter em mente dimensões do fenômeno que são distintas e simultâneas, usando um método para uma e outro para outra.

A vinheta apresentada no início do texto, representando o trabalho na dimensão da singularidade, é oriunda de um ensaio clínico controlado que fez parte da pesquisa intitulada “Vulnerabilidade de pais e irmãos de crianças com transtorno do espectro de autismo: caracterização do vínculo e avaliação de um modelo piloto de intervenção” (IPA nº 1740613; Fapesp nº 13/25332-6) (Durand et al., 2019). A pesquisa teve três etapas, e agora serão apresentados seus resultados tendenciais, ou seja, generalizáveis para o grupo.

A primeira etapa é um estudo com desenho caso-controle com díades de mães-bebês em que um irmão mais velho tem autismo (N = 69) e, portanto, é considerado um grupo de alto risco (GAR) para desenvolver distúrbios psiquiátricos e de desenvolvimento. Formou-se um grupo controle de díades mãe-bebê nos quais o irmão mais velho não tem autismo (N = 75), portanto considerado de baixo risco (GBR). De 2 a 26 meses de idade, todos os bebês foram avaliados quanto a sinais de dificuldades de desenvolvimento e comportamento de retraimento. As mães foram avaliadas para níveis de depressão, estresse, ansiedade e apoio social. A qualidade das interações mãe-bebê foi avaliada. Todos os resultados foram melhores entre as díades controle quando comparadas àquelas que eram familiares de uma criança com autismo.

Os resultados estatisticamente significativos foram os seguintes. Nas díades com bebês de até 12 meses: irmãos GAR apresentaram maior média de retraimento e dificuldades de desenvolvimento; as interações de tais díades tiveram maiores médias de humor depressivo e de constrição. Entre os bebês de entre 12 e 26 meses de idade, as mães GAR apresentaram maior média de intrusividade.

Na segunda etapa da pesquisa, 22 díades pertencentes ao GAR da etapa anterior participaram de uma psicoterapia de orientação psicanalítica durante 12 sessões. Foi de um desses casos que apresentei a vinheta inicial deste trabalho. Os resultados foram comparados com díades GAR que não receberam a intervenção. Eles foram avaliados cegamente antes (não foram encontradas diferenças significativas) e após a intervenção para as mesmas dimensões da fase anterior.

Os objetivos principais da intervenção foram ajudar mães e bebês a tolerar as ansiedades emergentes que prevalecem em seu vínculo; apontar reações que tendem a torná-las ainda mais insuportáveis; criar e aprimorar capacidades simbolicamente mais sofisticadas para facilitar a integração, a comunicação e a diversificação da experiência emocional. Normalmente, as sessões terminam em brincadeiras espontâneas entre mães e bebês.

As díades participantes da intervenção, em comparação com as que não participaram, apresentaram ao final maior aumento da sua reciprocidade ($p = 0,002$).

Além disso, as mães das díades atendidas apresentaram ao final:

- 1) uma redução duas vezes maior da média de intrusividade (tamanho de efeito = 0,57; $p = 0,048$);
- 2) uma maior redução na média de interações conduzidas pelas mães ($p = 0,048$);
- 3) maior aumento da sensibilidade materna ($p = 0,019$).

Ao final, os bebês atendidos apresentaram maior aumento em seu envolvimento ($p = 0,001$) e em sua cooperação ($p = 0,003$).

Os resultados apontam para um efeito positivo da intervenção, aumentando a capacidade materna para a receptividade à experiência emocional do bebê e para a redução de seus afetos negativos e ansiedade.

Na terceira etapa da pesquisa, fizemos um acompanhamento após 4 anos de tratamento (IPA nº 3540, Fapesp nº 18/03306-7).

Díades GAR tratadas na etapa anterior do estudo ($n = 14$), díades GAR não tratadas ($n = 18$) e GBR ($n = 25$) foram avaliadas cegamente quanto à qualidade de sua interação lúdica e grau de simbolização durante a brincadeira, à função reflexiva materna e a saúde mental, comportamento e desenvolvimento infantil.

Mães de díades GAR tratadas em comparação com as não tratadas:

- tiveram melhores índices em relação a ansiedade e depressão (descritivamente);
- tiveram menos desregulação afetiva (significativamente);
- foram menos intrusivas (descritivamente).

Filhas e filhos de díades de alto risco tratados em comparação com os de alto risco não tratados (todos descritivamente):

- tiveram melhor desempenho no teste cognitivo;
- tendiam a brincar mais com as mães do que sozinhos;
- tendiam a explorar os brinquedos de forma mais criativa do que mecânica;

- tendiam a exibir um jogo mais simbólico.

Os resultados permitem hipotetizar haver efeitos de longo prazo de um tratamento psicanaliticamente orientado que podem ser benéficos mesmo para famílias com maior risco de ter problemas de saúde mental e problemas de desenvolvimento.

Pelo que sabemos, esse é o primeiro ensaio clínico sobre o assunto usando esse tipo de método em um país latino-americano. Esse trabalho é uma contribuição a um corpo maior de estudos (por exemplo, Salomonsson et al., 2015a, 2015b) que têm apon-tado para a mesma direção usando desenhos e métodos de pesquisa semelhantes.

Agora será apresentada uma vinheta de um caso não pertencente à pesquisa mencionada anteriormente para ilustrar como a dinâmica do caso pode fomentar o clima de embate entre as diferentes perspectivas de construção representacional da realidade envolvidas no trabalho. Em outras palavras, trata-se de um exemplo de dissonância entre as perspectivas clínica e de pesquisa.

B. é uma menina de 19 meses cujos pais me procuraram após um neurologista suspeitar de um quadro de autismo. A mãe teve infecção urinária na 30ª semana de gravidez. Após duas semanas, rompendo a bolsa, entrou em trabalho de parto e teve uma cesárea de emergência. B. nasceu com 2,2 kg e não precisou ficar na unidade de terapia intensiva. Examinada, aparentemente não apresentava sinais metabólicos de infecção nem intercorrências devido à prematuridade. Um pediatra da época teria dito que seu sistema imunológico era extremamente frágil e que ela não deveria ter contato com pessoas de fora de casa. Quando teve febre alta aos 3 meses e foi inter-nada para exames, o pediatra teria dito que a mãe era culpada por não seguir suas prescrições. O primeiro ano de vida transcorreu sob o signo da morte iminente: morte do bebê, morte em vida da mãe, morte do casal que só brigava devido à insistência de que B. não se sujasse, não sofresse, não brincasse... Nada de chupeta, paninho, melecas, brincadeiras pelo chão... A mãe dizia que sempre foi extremamente ansiosa e perfeccionista, com histórico de ataques de pânico e queixas somáticas, e teve tais características intensificadas. A babá, que teve experiências afetivas ricas, era profun-damente invejada e alvo de intensa rivalidade e desqualificação, o que só conseguia assumir no contexto do trabalho clínico. Uma vez por semana o atendimento ocorria com os três, e outra vez por semana com mãe e filha.

Depois de dois meses de trabalho, a mãe contou que nunca falou a ninguém que morria de medo de se vincular à filha e perdê-la. Só tinha forças para trabalhar para pagar pelos tratamentos necessários e cuidar de sua integridade física. Dizia: “estávamos confinadas e nos perdíamos”. Sua mãe sempre foi uma pessoa seca, de quem nunca pôde contar com nenhuma troca afetiva. “Meu pai é quem foi uma mãe para mim, mas só depois que as dificuldades de B. apareceram.” Considerando a intensidade da concretude da fantasia de morte iminente, perguntei acerca de perdas importantes que pudessem estar associadas a lutos não elaborados na história da família. Contou-me de um aborto espontâneo da sua mãe, de um bebê que seria seu

irmão mais velho. Essa vivência parecia não ter tido maiores consequências para a família. Em seguida, contou-me que sua mãe brigou muito seriamente com a própria mãe, sua avó, que depois de três dias morreu de meningite. Sua mãe sempre se culpou por essa morte, e isso pode tê-la impedido de viver sua vida.

O pai de B. era presente e afetuoso com a filha. Sua relação conjugal estava desgastada pela oposição que fazia à esposa no que diz respeito à percepção das dificuldades da filha: achava que ela exagerava.

O clima das sessões foi, desde o começo, de experiências terroríficas. A mãe temia ter sido com B. a mãe seca que ela própria sentia ter tido, causando as dificuldades psíquicas e de desenvolvimento da filha.

Quando tinha 12 meses, B. sofreu um traumatismo craniano num acidente doméstico. Foi prontamente atendida, e sua evolução transcorria sem sequelas aparentes, com avaliações periódicas.

Nos primeiros encontros, B. pouco olhava para qualquer pessoa. Emitia grunhidos constantes sem balbucios, tocos de palavras ou onomatopeias. O interesse pelo ambiente da sala parecia errático e aleatório. Apenas experimentava os brinquedos sensorialmente. Nunca respondia quando chamada, tendo sido avaliada auditivamente com resultado dentro da normalidade. Oscilava entre indiferença à presença de pessoas e colagem no corpo materno.

B. era esquivada aos meus convites para brincar. Eu fazia barulhos com a boca em geral irresistíveis para as crianças, e nada... Eu passava os dedos pelo seu corpo cantando as músicas de que sua mãe dizia que ela gostava, e nada... Eu lhe estendia objetos que ela às vezes pegava sem olhar para mim, sem examinar o que era, para automaticamente jogar sem destino nem função definidos... Esvaziava caixas e entrava, para sair e andar pela sala. Fazia constantemente uso instrumental do corpo de quem estivesse ao alcance... Apresentava sinais de problemas de desenvolvimento que poderiam estar, mas não necessariamente estavam, associados a um quadro de autismo.

Os pais me procuraram para eu dizer o que pensava sobre a hipótese de autismo. Expliquei que não havia condições segundo nenhum critério para fechar um diagnóstico naquele momento do desenvolvimento, mas havia sinais de sofrimento que poderiam estar ligados ao autismo, e nosso trabalho seria abordar o que estava acontecendo com B. e sua família de maneira a melhorar suas condições de desenvolvimento.

Em poucas semanas de trabalho conjugado com a escola, B. apresentou conquistas significativas. Sorria mais abertamente quando gostava de brincadeiras de mostrar a língua ou de campainha, o que passou a imitar. Tomava a iniciativa de esconder e ser achada por mim. Suas vocalizações pouco a pouco se diferenciaram e diversificaram. Aceitava melhor quando eu barrava a colagem no corpo da mãe e, alternativamente, quando buscava o meu corpo para tanto. A expressividade de seus estados de espírito se tornava mais distinguida e rica, em particular os grunhidos de incômodo quando a mãe contava de suas experiências de sofrimento. Quando conversamos sobre as reações da filha aos estados de espírito da mãe, significando os sentimentos de medo, bravura

e raiva de ambas, ela começava a se endereçar mais a mim, se aninhando no meu colo de maneira diferente da colagem indiscriminada que prevalecia até então.

Transtorno do espectro de autismo é um diagnóstico psiquiátrico. Algumas das pesquisas que faço sobre sinais de problemas de desenvolvimento têm ideias psicanalíticas, mas seguem uma orientação metodológica semelhante à de estudos epidemiológicos, com avaliação de tendência, risco relativo, significância estatística etc. Ao começar a atender B., não sabia se seu quadro respondia a uma seqüela de prematuridade, a uma seqüela do traumatismo craniano, às condições do contexto familiar, a um autismo ligado a alguma das inúmeras condições genéticas possíveis, ou ao conjunto das opções anteriores.

No meu contato com B., a perspectiva psicanalítica digladiava-se com a acadêmica. Quando eu pensava mais na história da mãe e em quais fantasias poderiam estar relacionadas ao contato com a filha, quando eu pensava nas experiências psíquicas de B. em termos psicanalíticos, o temor de negligenciar algum sinal de síndrome ficava intensificado e me atormentava, dificultando pensar sobre o que estava sendo tratado do ponto de vista psíquico no vínculo entre mãe e filha vivido transferencialmente. Quando eu pensava que B. não apresentava atenção compartilhada e tinha dificuldades de demonstrar gostar ou não de alguma coisa, de responder ao chamado de outras pessoas e de sustentar trocas de olhar, que são três vezes maiores a partir do terceiro semestre de vida em bebês que virão a receber diagnóstico de autismo quando crianças do que bebês que não receberão, o temor de negligenciar a singularidade da experiência psíquica me atormentava.

Pais de bebês que quando crianças virão a receber diagnóstico de autismo tendem a sofrer dos efeitos das características iniciais do quadro e a não começar a pedir à criança que nomeie o que deseja, o que é importante para a aquisição de linguagem; os pais de bebês que quando crianças virão a receber diagnóstico de autismo tendem a não começar a impor pequenas regras de comportamento para a criança. Isso acontece por defesa dos pais contra as tendências de desconexão da criança diante das diversas tentativas deles de se conectar com o filho. No início do atendimento, eu não sabia se a posição dos pais diante de B. era consequência de um quadro primário de desconexão da filha (que eu conheço tanto do ponto de vista psicanalítico como do ponto de vista de frequência de ocorrência como resultado de pesquisas), ou se seria decorrente de condições prévias de sua própria história, psicanaliticamente consideradas. Percebi que essas duas formas de pensar estavam cindidas em minha mente, em posição de exclusão mútua: trata-se de uma ou de outra. Ao pensar nisso, passei a compor cenários complexos em que puderam coexistir as condições psíquicas prévias dos pais e suas reações às dificuldades iniciais de conexão de B.

Percebi o esforço necessário para conter em mim os embates entre as diferentes perspectivas, as ansiedades deles decorrentes, e integrá-los em algo que eu posso considerar o emprego do meu conhecimento e experiência em nome da leitura clínica complexa de B. e sua família. Só assim pode haver possibilidade de trabalhar os aspectos

ligados às fantasias inconscientes e endereçar os ligados às condições orgânicas. Tenho a impressão de que tais embates compunham o campo transferencial vivido entre mim e a família, isto é, as diversas dimensões do vínculo que estava ocorrendo. A cada vez que explorávamos um aspecto psíquico que se tornava pensável, a ideia de que pudesse haver um sinal de problema de desenvolvimento ou de autismo assolava com sentimento de catástrofe iminente. Quando se tornava possível falarmos do sinal em questão, a ideia de que pudesse haver um aspecto psíquico não explorado assolava com sentimento de catástrofe iminente, como se nunca tivesse sido pensado antes. A meu ver, essa é uma das formas de compreender a dificuldade de pais de integrar a percepção das dificuldades dos seus bebês com a experiência que vivem com seus bebês.

Os problemas de desenvolvimento, contexto no qual se insere o autismo, colocam o psicanalista no litoral do conhecimento psicanalítico, ameaçado, como Ulisses, de um lado pela fúria de Caríbdis, o terrível redemoinho que sugava e jogava para cima os navegantes, e, do outro lado, de Cila, que tinha 12 pés que balançavam no ar e 6 pescoços, cada um com uma monstruosa cabeça com três fileiras de dente na boca. De sua caverna enevoadada localizada no alto de um penhasco, cobrava em vítimas humanas o pedágio para que os barcos pudessem passar. Os aspectos orgânicos devem ser rastreados a fim de que, caso haja achados, os pacientes e seus familiares possam se beneficiar dos tratamentos correspondentes. Ter um desenvolvimento com problemas pode acarretar consequências psíquicas importantes.

O sentimento de exclusão vivido pelo paciente com autismo e por seus familiares costuma ter um impacto sobre o analista de maneira a intensificar as ansiedades de que vim tratando neste trabalho. Algumas das reações são adesão totêmica ou sacerdotal ao texto psicanalítico. Isso muitas vezes se faz acompanhar por uma abordagem que pode ser chamada de essencialista, na qual ideias são consideradas expressão pura dos fenômenos que visam a referir, cujas discordâncias não passam de versões degeneradas do conhecimento, em vez da abordagem nominalista, que considera que as ideias são sempre precárias quanto ao esgotamento do fenômeno.

Outra consequência possível da ansiedade de que vimos tratando é a recusa, por parte de psicanalistas, dos aspectos orgânicos do desenvolvimento de maneira geral e no caso do autismo em particular.

Outro desfecho ainda é a recusa de que o conhecimento psicanalítico possa servir a pesquisas em escala populacional, como se isso fosse trair o compromisso da psicanálise com a singularidade. Junto com tal recusa costuma andar a recusa pelos instrumentos de avaliação de desenvolvimento e, acima de tudo, daqueles que têm alguma influência da psicanálise, como aqueles com que trabalho.

Para finalizar, espero ter transmitido a ideia de que o trabalho que produz resultados de tendências grupais generalizáveis não se opõe ao trabalho clínico que se dá sempre na singularidade não antecipável de cada encontro analítico, momento a momento. Espero que tenha conseguido transmitir também que a psicanálise tem na clínica seu campo principal, mas pode também contribuir para outros campos,

submetida a articulações com outros métodos, sempre trabalhosas. Por fim, minha expectativa é de que tenha conseguido transmitir a ideia de que as tensões da própria clínica podem alimentar o embate da psicanálise com outras perspectivas de trabalho que também são importantes no atendimento a crianças com problemas de desenvolvimento e seus familiares.

**El trabajo con padres cuyos hijos presentan trastornos del desarrollo:
resonancias y disonancias entre la clínica y la investigación**

Resumen: El artículo discute que el conocimiento producido en trabajos a escala grupal, como ensayos clínicos, se refiere a tendencias que son generalizables al grupo. Aunque en estos casos se tenga la directriz de intervención que consiste en la singularidad que hay en cada caso, por el hecho de que el delineamiento se hace de forma tal que produce efectos que son recogidos como una tendencia del grupo, entonces, son generalizables. Esto no hace necesario que la intervención sea orientada por generalizaciones en vez de la singularidad de cada caso. Señala la creencia errónea de que los resultados obtenidos por medio de una manera generalizable son el resultado de intervenciones orientadas por generalizaciones. Defiende que la naturaleza generalizable del conocimiento referente a la escala grupal es el efecto de un delineado metodológico y no una directiva de la intervención, por eso tiene suma importancia el estudio en escala grupal para usar métodos cuantitativos aptos para detectar resultados tendenciosos, o sea, generalizables, como también de métodos cuantitativos que detectan significados singulares de las experiencias vividas. Se presentan viñetas clínicas de atención clínica de orientación psicoanalítica con padres y niños, y se discuten los aspectos metodológicos, epistemológicos y clínicos con la finalidad de ilustrar que las tensiones que son propias de la clínica pueden alimentar la confrontación del psicoanálisis con otras perspectivas de trabajo que también son importantes en la investigación y en la atención clínica a niños con problemas de desarrollo como también a sus respectivos familiares.

Palabras clave: clínica con padres y bebés, *enactment*, epistemología

**Working with parents of children with developmental disorders:
resonances and dissonances between clinic and research**

Abstract: This article discusses how knowledge produced through group-based work, such as clinical trials, pertains to trends generalizable to the group, even when the intervention guidelines prioritize the uniqueness of each case. The fact that the design produces effects gathered as group trends, hence generalizable, does not imply that the intervention should be guided solely by generalizations

rather than the uniqueness of each case. The misconception that generalizable results arise from generalization-based interventions is addressed. It argues that the generalizable nature of knowledge related to group-based scales results from methodological design, not from intervention guidelines. Hence, it's important for studies using group-based methods to employ quantitative approaches capable of detecting trend-based, generalizable outcomes, as well as qualitative approaches that uncover the unique meanings of lived experiences. Clinical vignettes of psychoanalytically-oriented sessions with parents and children are presented, discussing epistemological, methodological, and clinical aspects to illustrate how tensions within the clinical setting can inform the confrontation of psychoanalysis with other work perspectives significant in the research and care of children with developmental issues and their families.

Keywords: parent-infant clinic, enactment, epistemology

Referências

- Alvarez, A. (2020). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, desamparadas e que sofreram abuso* (G. Hirschhorn, Trad.). Blucher. (Trabalho original publicado em 1992)
- Alvarez, A. (2021). *O coração pensante: três níveis de terapia psicanalítica com crianças e adolescentes* (T. M. Zalberg, Trad.). Blucher. (Trabalho original publicado em 2012)
- Durand, J., & Lerner, R. (2018). O enlace entre o corpo e as representações: reflexões sobre um caso de atendimento psicanalítico com mãe e bebê em risco de autismo. In D. B. Wanderley & M. Leitgel-Gille (Orgs.), *É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística* (pp. 188-201). Ágalma.
- Durand, J. G., Geraldini, S. A. R. B., Paschoal, L. P., Canguero, L., Mamede, D. T., Brito, T. S., Marques, M. V., David, V., & Lerner, R. (2019). Case-contrast study about parent-infant interaction in a Brazilian sample of siblings of children with autism spectrum disorders. *Infant Mental Health Journal*, 40(2), 289-301. <https://doi.org/10.1002/imhj.21772>
- Salomonsson, M. W., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015a). A long-term follow-up of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: outcomes on the children. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 12-29. <https://doi.org/10.1002/imhj.21478>
- Salomonsson, M. W., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015b). A long-term follow-up study of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: outcomes on mothers and interactions. *Infant Mental Health Journal*, 36(6), 542-555. <https://doi.org/10.1002/imhj.21536>

Rogério Lerner

Endereço: Rua Joaquim Floriano, 871, cj. 23. São Paulo/SP.

CEP: 04534-013

Tel.: (11) 94104-8476

E-mail: rogerlerner@usp.br