

Artigos

Pensar pais-bebê: uma proposta construída pelo Departamento de Intervenção Precoce do Contemporâneo

Cíntia C. Schmitt Dipp
Daniela Bergesch D`Incao
Fernanda Munhoz Driemeier
Karina Recktenvald
Leila Bortoncello
Rosane Spizzirri
Viviane Melo Rossi¹

“Disse-lhe que não tinha o menor interesse em tentar dizer às pessoas o que elas deveriam fazer. Para começar, eu também não sabia. No entanto, eu gostaria de me dirigir às mães e falar-lhes sobre a coisa que elas fazem bem, e que assim o fazem simplesmente porque toda mãe dedica-se à tarefa que tem pela frente, isto é, cuidar de um bebê.” (Winnicott, 2002, p. 1).

Tais palavras demonstram a atenção e o cuidado com que este pediatra e psicanalista compreende a questão da maternidade e do relacionamento mãe-bebê, indivíduo e ambiente. Trata-se de algo que transcorre espontaneamente e não requer interferência – aliás, isto seria desaconselhável. Como e por que, então, um grupo de profissionais – cujo embasamento teórico é psicanalítico – dedicar-se-ia a intervir exatamente em algo que ocorre naturalmente? Afinal, diz Winnicott (2002, p. 11), “quando uma mãe é capaz de ser mãe com toda naturalidade, jamais devemos interferir”.

O Departamento de Intervenção Precoce do Contemporâneo foi criado com a seguinte preocupação: como auxiliar pais e bebê quando, por motivos variados, o relacionamento da dupla mãe-bebê, da família ou o desenvolvimento não transcorrem de forma natural e suficientemente boa? Sabe-se que a necessidade “de um bebê ser cuidado, desde o início, por um especialista” é “uma exceção” (Winnicott, 2002, p. 1). E por que não formar um grupo dedicado a intervir precocemente na tentativa de auxiliar nas exceções? Foi assim que surgiu este departamento, sonhado tal como um bebê o é por sua mãe – leia-se o ambiente.

A proposta é que profissionais dedicados ao atendimento de gestantes, puérperas, pais e bebês utilizem-se dos conhecimentos provenientes da psicanálise, sem jamais esquecer a sutileza e delicadeza que momentos tão sensíveis como os três primeiros anos de vida de um

¹ Membros do Departamento Interdisciplinar de Transtornos Alimentares e Obesidade do Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.

Artigos

bebê requerem. Acredita-se que a preocupação expressa por Winnicott (1983; 2000, p. 403; 2002) de não assumir uma postura intrusiva deve permear a mente e o ser dos profissionais que mergulham nessa tarefa.

Pensar em ter um bebê está relacionado a vários significados para os pais como: fundar uma família, querer um bebê de si mesmo (um prolongamento), um bebê de outro, etc. Pode representar, ainda, a vontade de transmitir um legado relacionado a um saber, um jeito de ser, aos valores familiares e culturais. Tornar-se mãe e tornar-se pai reaviva, necessariamente, desejos antigos experimentados na infância face aos próprios pais, sentidos, por exemplo, como super-poderosos. É a tarefa de assumir um novo lugar na cadeia de gerações da família. Implica que se aceite, de certo modo, o caráter finito do tempo de vida que nos cabe pela lei da natureza (Debray, 1988; Hurstel, 2005).

A complexidade do desenvolvimento é imensurável, pois são múltiplos os processos que perpassam o psiquismo. Já na gestação, por exemplo, são diversos os acontecimentos emocionais – além dos físicos – os quais Stern (1997) dedicou-se a descrever. Desde a gravidez e, sobretudo, após o nascimento do bebê, a mãe mergulha em uma nova, única e dominante organização psíquica que “determinará uma nova série de tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos”. Este arranjo – que se torna o eixo organizador do psiquismo materno – é denominado de *constelação da maternidade* (Stern, 1997, p. 161).

Ergue-se uma nova tríade psíquica composta pela mãe da mãe, mãe e bebê. O relacionamento que a mãe experimentou com sua própria mãe assume um lugar de destaque, pois esta, agora, precisa identificar-se e receber uma espécie de permissão para tornar-se mãe. Algumas mães sonham com a sua própria mãe quando acabam de dar a luz ou, também, percebem, em seus bebês, características de suas mães. Há, portanto, uma reativação, reorganização e revivência do relacionamento da nova mãe com sua própria mãe a fim de construir modelos de maternagem. O “mundo intersubjetivo e a transmissão intergeracional assumem o controle como um contexto evocativo” (Stern, 1997, p. 169). Regredir a padrões emocionais infantis beneficia a identificação com o filho que está por nascer. Este estado, conhecido como *transparência psíquica*, denota a permeabilidade entre consciente e

Artigos

inconsciente e perdura até, aproximadamente, os dois anos de idade do filho (Bydlowski, 1977; Golse & Bydlowski, 2002).

Ocorre uma verdadeira *reorganização da identidade* e de seus investimentos emocionais, provocando um novo papel: além de filha, de esposa, passa a ser mãe. Há um constante confronto entre a satisfação dos desejos e a possibilidade de reconhecer a nova realidade. Consequentemente, dão-se outras alterações, por exemplo, na sua forma de ver seu marido – enquanto futuro pai e não tanto como homem – bem como na organização de seu tempo e sua carreira (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997).

Perante tamanhas transformações, nada mais natural do que a formação de uma rede que dê suporte a mãe – uma *matriz de apoio*. O objetivo é contar com um auxílio, visando garantir a sobrevivência física e psíquica do bebê. Entretanto, essa ajuda pode transformar-se em algo prejudicial, por exemplo, avós intrusivos que, por vezes, desqualificam o agir da mãe: julgando-a, desvalorizando-a ou, até mesmo, abandonando-a. Podem aparecer temores como: “e se o bebê gostar mais da babá do que de mim?” ou “e se ele só se acalmar no colo do pai?” Outras possibilidades são o surgimento de certa competição pela atenção do bebê entre o casal ou o medo que o marido fuja do exercício da função paterna. A consequência, nestes casos, pode ser a redução da autoestima, da autonomia ou, ainda, da dignidade materna, bem como o aparecimento de uma sensação de incompetência e culpa (Stern, 1997).

O *pós-parto blues* é um estado experimentado pelas mães, que se caracteriza por crises de humor, regressões a estados emocionais primitivos e, inclusive, choros. A intensidade desta vivência está diretamente ligada com a pressão que a mulher sente depositada em si acerca de sua capacidade de cuidar do filho. Esse processo manifesta-se nos primeiros dias após o nascimento do bebê. A permanência deste estado afetivo caracteriza um quadro de depressão pós-parto e, nestes casos, a participação da matriz de apoio é ainda mais importante. Esta precisa incentivar e transmitir à mãe confiança em seus gestos e atitudes, facilitando o exercício pleno de seu papel de mãe (Szejer, 1999a; 1999b).

Basta conversar com mães de primeira viagem, de segunda, de terceira para descobrir que, em parte, suas inquietações circundam o tema *vida-crescimento* do seu bebê. A mãe

Artigos

indaga a si mesma: Terei capacidade de manter meu bebê vivo? Será que ele está crescendo bem? E como vou saber do que ele precisa? E se ele se engasgar? Está mesmo respirando? Ele está dormindo tão quietinho... Estes são apenas alguns dos questionamentos maternos. Dúvidas semelhantes, mas dirigidas ao relacionamento afetivo entre a dupla, também surgem: “e se eu não conseguir amar meu bebê?” ou “e se ele não me amar?”. Logo, o *relacionar-se primário* – que se refere ao “apego, segurança e afeição” – também é motivo de incertezas maternas (Stern, 1997, p. 165).

O período biológico da gravidez constitui o tempo de elaboração necessária para a construção da representação do bebê no psiquismo materno, de um espaço psíquico para ele. Assim, na medida em que a gestação se desenvolve, processa-se, no psiquismo materno, uma preparação para entrar em relação com a criança que está para nascer. A mãe tem a incumbência de transformar o estranho/estrangeiro em familiar. Por vezes, ela não se sente grávida de um bebê, mas de um corpo estranho que a invade de angústia e fantasia. Observa-se que o tempo de gestação biológica nem sempre é solidário com o tempo de gestação psíquica (Aragão, 2004; Aulagnier, 1990).

Ao atribuir ao feto características e uma personalidade, a mãe começa a relacionar-se com ele. Essa personificação ocorre na medida em que os pais escolhem o nome do bebê e suas roupas, por exemplo, e modificam a casa, abrindo um novo espaço. Essa construção também estará relacionada aos desejos narcisistas dos pais, sendo estes fundamentais para a construção do bebê imaginado. A libido parental é direcionada ao bebê de acordo com o que lhes falta e com seu ideal do eu. A escolha do objeto para amar faz referência àquilo que se é e ao que se foi e não se é mais, ou pelo que não se teve e se gostaria de ter, amando aquilo que falta ao eu para alcançar um ideal ou, ainda, se tornando parecido com aquilo que fez parte do narcisismo primário infantil (Freud, 1914/1996). São esses desejos narcisistas colocados no bebê imaginado que preparam a mãe para se vincular a seu futuro bebê (Brazelton & Cramer, 1992).

Todo bebê nasce de uma história que o trouxe ao mundo, própria de cada um dos pais, do encontro deles, de seu desejo de ter filho. Antes que ele nasça, já é pensado, falado, sonhado. Ele é destinado a atuar no grande papel de um cenário ditado pelo romance familiar

Artigos

e pelas gerações que o precederam. Investido de uma projeção narcisista considerável, o filho imaginário é um outro-ela-mesma satisfatório, um filho como sua própria mãe havia sonhado ter, mas como ela mesma não foi. A transmissão da vida escapa completamente ou parcialmente àqueles que a transmitem. Os pais que dão a vida são eles mesmos portadores de marcas significativas que serão transmitidas sem seus conhecimentos no mesmo estilo do sopro biológico (Guedeney & Lebovici, 1999; Soulé, 1987).

Existe um grupo de famílias que parecem verdadeiramente possuídas por fantasmas (figuras e acontecimentos), invasores que saíram do passado, elegeram o quarto do bebê como morada e isto já acontece há duas gerações ou mais. Muitas vezes, os fantasmas podem não estar sendo reconhecidos como representantes do passado dos pais. Em resposta, o bebê pode manifestar sinais precoces de carência afetiva, sintomas graves ou lacunas no desenvolvimento, tornando-se parceiro silencioso da tragédia familiar. Ter um passado conflitivo não determina que isso se repetirá com o filho. A história não é o destino: é comum encontrar jovens pais que sofreram abandono, brutalidade ou luto e nem por isso reproduzem seu sofrimento ao filho (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1994).

As transmissões psíquicas são fundadas com base no mecanismo da identificação. O psiquismo estrutura-se num contexto intersubjetivo, em que o herdado tem um papel de destaque, por isso a importância de que, ao bebê, seja reservado um lugar legítimo (Freud, 1913/1996). O grupo familiar trará o enquadramento, a matriz de investimentos que vai além de cuidados, demarca os lugares a serem ocupados, sinaliza as vias de realização, impõe limites e proibições, além de todo o conjunto de complexas representações e identificações necessárias à constituição do sujeito (Piva, 2006).

O lugar do bebê já está constituído antes mesmo dele nascer. Recusar-se a pertencer a este lugar criará um obstáculo no vínculo e na transmissão. Logo, não é uma questão de escolha. Assim como ocorre com o corpo, uma recusa a pertencer ao grupo ameaçaria o espaço psíquico de extinção, visto que o pertencimento é uma condição necessária à existência. Kaës, citado por Piva (2006, p. 20), refere que “é assim que viemos ao mundo, pelo corpo e pelo grupo, e o mundo é corpo e grupo”.

Artigos

O *estádio do espelho* é constituinte da primeira relação do bebê com seu mundo externo. O eu vai se construindo através do outro, da imagem que lhe é devolvida pelo semelhante, pois, no início da vida, o bebê não distingue o dentro e o fora. A partir do outro, o eu é levado a conhecer o mundo. “No desenvolvimento emocional individual, o precursor do espelho é o rosto da mãe” (Winnicott, 1975, p. 153). O bebê vê a si mesmo na mãe, e a mãe se vê nele. Ela é um espelho (Graña, 2011). Esta imagem especular proporciona ao bebê a aquisição de um sentimento de unidade e serve como base importante na relação com os outros (Lacan, 1998; Laznik, 2004).

Cabe à mãe espelhar emoções, sentimentos, cargas afetivas, dando forma a uma nova existência. Entre o bebê e sua mãe, desenvolve-se uma comunicação multicanais, através da qual ela capta informações pelos diferentes órgãos dos sentidos. O bebê pode se organizar a partir destes processos de integração, assentado sobre interações ajustadas e afinadas (Stern, 1991, 1992).

Ao ser amamentado, o que o bebê olha não é o seio da mãe, mas o rosto dela e, idealmente, o que vê ali seja ele próprio. Este é o começo de suas trocas com o mundo. O bebê tenta ver no objeto significados através das variáveis nas feições maternas. Na relação pais bebê, o contato emocional é tão necessário quanto o próprio alimento. A forma pela qual a mãe amamenta seu bebê, a tensão dos seus braços ao sustentá-lo, o calor, o cheiro, o prazer, o desconforto representam as primeiras formas de comunicação e solidificam o apego na relação através do corpo (Berenstein, 2007).

A *sintonia afetiva* expressa a qualidade do sentimento de um estado afetivo comportamental partilhado na inter-subjetividade. São afetos de vitalidade, apreendidos pelo tônus muscular, tonalidade da voz e ritmo corporal. Se faz um canal de comunicação entre a mãe e seu bebê. O que se iguala não é um comportamento, é algum aspecto do comportamento que reflete o estado de sentimento. É assim que os bebês passam a conhecer o mundo ao seu redor, através dos sentidos. Dentro do útero, já são capazes de captar sons regulares. Sabe-se que um recém-nascido já é bastante competente e responsivo. Nessa etapa, todo movimento é duplo, reflexivo. A primeira manifestação do bebê é o choro – um grito,

Artigos

um apelo por comunicar-se. A mãe responde a sonoridade em forma de jogos: ritmo da voz, embalo do corpo, etc (Stern, 2007).

Geralmente, é o bebê quem determina o ritmo dos inter-jogos. Ele é capaz de olhar para a mãe, iluminar seu rosto e fazer suas mãos e pernas estenderem-se para depois voltarem a encolher-se. A mãe coloca-se em estado fusional com o bebê, dirigindo a ele cuidados e pensamentos que são dela como se fossem a mesma pessoa. “Todos seus ritmos e avanços são sincronizados com os ciclos de atenção do bebê” (Brazelton, 1990, p. 23).

O natural é que os pais tentem entrar na pele do bebê para aprender a identificar cada comportamento com o intuito de cuidar seu bebê, através do alimento, mudança de fraldas, aconchego, entre outros. Quando descobrem a função desejada, já sabem o que fazer na próxima vez. Através das interpretações sobre o que o bebê está vivenciando, inventam um mundo interno a ele.

No momento em que se intensificam as trocas entre a mãe e o bebê – vocalizações, sorrisos – ele passa a disfrutar do mundo social. Os pais já sabem o que fazer para provocar o sorriso em seu bebê e ele reage extraordinariamente ao que seu sorriso é capaz de despertar – tanto que este é considerado o *primeiro organizador da psique*. Os pais também sabem que falar suavemente, como bebês, ou olhar diretamente no rosto, provoca reações em seus filhos, inclusive, reações corporais, como agitação de partes do corpo. O bebê torna-se capaz de observar o rosto dos pais por longos períodos e, ao fazê-lo, seu interesse irá crescendo até que abra um sorriso, tanto mais prolongado quanto for a retribuição. E é por isso que o estado afetivo dos pais provoca reações diretas na forma como o bebê sentir-se-á (Brazelton, 2002; Spitz, 2004).

A confusão de limites entre mãe e bebê desfaz-se quando surgem os primeiros indícios da descontinuidade entre eles – o bebê sente fome, chora, sorri. Ele descobre que espera por algo ou alguém, um outro, o que suscita o aparecimento da intersubjetividade. A mãe, por sua vez, surpreende-se frente à alteridade do bebê, modificando a representação que tinha dele. Dá-se início a uma linguagem que precisa seguir sendo produzida em comum (Berenstein, 2007; Stern, 2007).

Artigos

A mãe necessita estar sensível aos movimentos do bebê para que surja o sentimento mútuo de eficácia – a capacidade de perceber e sintonizar adequadamente aos sinais do corpo: prazer, ritmo, dor, espaço, cheiro. Pais e bebê como cúmplices estabelecem a intersubjetividade fundamental para o desenvolvimento saudável do bebê. Toda vida mental é co-criada. Quando mãe e bebê estão se movendo sincronicamente, estão participando da mesma experiência. O ritmo alcançado por eles será ajustado de acordo com estímulos externos e internos. O bebê vai tecendo uma rede entre si e seus pais. Nesse exercício aprende que os fios são fundamentais para não ficar sozinho. Dessa forma, trabalha os seus vínculos por canais intersubjetivos, até que surja a fala. Vale lembrar que as crianças só falam quando entendem que podem compartilhar algo em comum com o outro. O ser humano tem a necessidade de ler intenções e sentimentos uns nos outros, como forma de orientação individual e social (Stern, 2007).

Nesta interação, o bebê experimenta uma grande satisfação, mas para isso precisa percorrer uma trajetória pulsional. No primeiro tempo do circuito pulsional, que Freud (1915/1996) denominado ativo, o bebê busca o objeto oral para dele apropriar-se, por exemplo, o seio e a mamadeira. No segundo tempo, observa-se se o bebê possui a capacidade de auto-erotismo, se chupa os dedinhos e disto obtém prazer. No *terceiro tempo* é que se identifica a capacidade interativa, onde o olhar assume um papel decisivo. É neste momento que o terapeuta de pais-bebê poderá identificar se o bebê consegue se fazer objeto de um outro, se apresentar e capturar seu desejo e olhar, por exemplo, ao colocar o dedinho do pé na boca da mãe, que compreende este gesto como uma deliciosa brincadeira, onde o bebê se oferece ao outro. Para Laznik (2004), dificuldades neste *terceiro tempo* indicam a necessidade de intervenção, pois o bebê não estaria conseguindo investir na interação. Nestes casos questiona-se sobre o tipo de investimento realizado pelos pais e o potencial de ligação existente na constituição do recém-nascido. Em bebês autistas, por exemplo, observa-se claramente uma falha neste último tempo, sendo cada vez mais utilizadas técnicas terapêuticas de intervenção precoce.

Há um crescimento na preocupação acerca do mundo psíquico dos bebês e do seu sofrimento físico. Atualmente, compreende-se que o corpo é a voz de expressão privilegiada dos bebês e das patologias precoces, é através de todo seu ser que eles falam. A linguagem

Artigos

corporal proporciona o diálogo com o cuidador, quanto menor o bebê, mais utilizará esta via para comunicar seu sofrimento (Lamour & Barraco, 1999)².

O contexto interativo e ambiental mostra-se como ponto chave nesta fase do desenvolvimento, daí a necessidade de observar o bebê nas mais variadas situações. É necessário considerar os componentes que agravam e/ou aliviam os estados de angústia, a reação mediante aproximação de um adulto, se há ou não descontinuidade no ambiente, entre outros. Na esfera somática, por exemplo, é importante dar atenção aos sinais funcionais do bebê: alimentação, sono, estados de vigília, funções de eliminação, crescimento (altura e peso), esfera tônico-motora, motricidade. Além disto, a ocorrência de doenças tais como infecções de repetição, febres inexplicáveis, patologias respiratórias e sintomas como atividades repetitivas ou estereotipadas, problemas de contato, hiper-adaptação associada a uma aparente passividade e problemas de apego e diferenciação das pessoas podem ser fortes indicativos de sofrimento psíquico e afetivo (Lamour & Barraco, 1999)³.

Nem sempre um bebê aparentemente tranquilo realmente está vivenciando este estado, muitas vezes, é apenas um sinal de que após frequentes falhas ambientais ele aprendeu que não deve esperar nada do seu meio. Os sinais de sofrimento servem como um pedido de ajuda e testemunham um desequilíbrio entre o bebê, seu ambiente e as tentativas de lidar com o mesmo (Lamour & Barraco, 1999)⁴.

Avaliar o sofrimento do bebê é uma tarefa complexa, visto que os sintomas são sutis e de difícil identificação, afetam tanto a alimentação quanto o tônus, o sono e a motricidade. Todos os sinais devem ser acompanhados com atenção e, além da observação transversal, é de suma importância observar longitudinalmente, pois nem sempre o sintoma dá mostras claras do nível de sofrimento (Lamour & Barraco, 1999)⁵.

O desenvolvimento traumático do bebê é abordado dentro de um contexto formativo intersubjetivo, cuja característica principal é a “má sintonia ao afeto doloroso – um colapso no sistema criança-cuidador de regulação mútua – levando a perda da capacidade da criança de

² Tradução livre das autoras.

³ Tradução livre das autoras.

⁴ Tradução livre das autoras.

⁵ Tradução livre das autoras.

Artigos

integrar afeto”, o que causaria um estado de grande sofrimento e desorganização afetiva. Para Storolow (2010, p. 6), diferentemente de Freud, o trauma seria não pela inundação de instintos e estímulos, mas pela ausência de respostas estáveis, sintônicas aos estados afetivos do bebê/criança. Tal incapacidade de sintonia entre o cuidador e o bebê levaria a uma espécie de “descarrilamento da integração de afeto” ocasionando uma tendência à dissociação e repúdio a reações afetivas. Estados de não-integração transformam-se ao longo do desenvolvimento numa permanente fonte de conflito e vulnerabilidade a estados traumáticos, visto que a exposição a disfunções de sintonia entre o bebê e o cuidador e entre a necessidade e o cuidado realizado, impuseram-se no psiquismo do bebê. Assim a ausência de respostas sintônicas e estáveis às necessidades podem levar a uma experiência de ameaça à organização mental, defesas contra o afeto, então, tornam-se fundamentais.

O terapeuta pais-bebê, ao longo do trabalho, poderá identificar, com empatia e continência, estes padrões de necessidade-resposta entre o bebê e seus cuidadores no tempo da sessão, abrindo possibilidades de ressignificação nos padrões de respostas e, sobretudo, na capacidade de pensar sobre a intersubjetividade e o vínculo presentes. O terapeuta cumpre um papel de observador do infante e do ambiente que o circunda, através da empatia e capacidade de identificação, consegue aproximar-se do funcionamento do bebê. É capaz de “escutar” o diálogo tônico postural que se instala entre ele e o cuidador, de forma que os olhares são capazes de orientar o interjogo de interação da dupla. O terapeuta precisa pensar, sentir e se expressar como se fosse o bebê. Chamamos este processo de pensar bebê (Lamour & Barraco, 1999)⁶.

Acredita-se que, quanto mais cedo se faz um acompanhamento, menor é a probabilidade dos sintomas se cristalizarem e gerarem, futuramente, patologias mais graves. Nesse sentido, a intervenção precoce pais-bebê tem caráter preventivo. A prática clínica demonstra que, quando pais buscam atendimento, há algo que os preocupa, gera ansiedade, pois as dificuldades na sintonia afetiva acarretam sofrimento na família. Quando essa desarmonia se instaura, é chegada a hora dos pais procurarem ajuda. Assim, este tipo de intervenção previne e também corrobora para um melhor desenvolvimento da interação. O

⁶ Tradução livre das autoras.

Artigos

terapeuta valoriza as experiências iniciais do desenvolvimento emocional e o elevado grau de plasticidade neurológica e psicopatológica nos primeiros anos de vida (Barbosa, 2007).

Para desenrolar a trama da família que chega para a consulta pais-bebê, criam-se estratégias que resultem em novas maneiras de compreender seus vínculos. O bebê está crescendo rapidamente e precisa retomar seu desenvolvimento da forma mais saudável possível. O trabalho consiste em ajudar os pais a exercer suas funções a tempo de cuidar do seu bebê. O objetivo é proteger os vínculos precoces para que a vida siga, mesmo que tenha havido traumas. Os pais são convidados a refletir sobre questões como: a composição da sua família, a árvore genealógica do bebê, a cultura a qual pertencem, a religião, etc. Formulam-se indagações para que possam atualizar as suas histórias e pensar a nova identidade da família (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

A técnica empregada nas psicoterapias pais-bebê nunca será igual para todos os casos. Procura-se em cada família o essencial para ajudá-los naquele momento. A importância desse encontro é compreender o sofrimento do bebê e de seus pais, o que faz de cada sessão um setting único e especial. Uma das características específicas desta modalidade de atendimento é receber, juntos, os pais e o bebê. O pequenino age como agente revelador do negativo⁷ implícito à formação dos sintomas nas relações, sendo o maior mobilizador do estado de *transparência psíquica* em seus pais.

O terapeuta intervém nas esferas intrapsíquica e vincular. O discurso, gestos dos pais e as manifestações do bebê trazem as marcas do passado e o presente sintomático. Várias representações não são acessíveis ao relato verbal. São as imagens e as sensações que contam sobre o universo da família que começa a pensar as relações e seus significados através do campo intersubjetivo.

A intervenção precoce convida o terapeuta a uma observação multidimensional da interação dos pais e seu bebê. Nesse momento ocorre uma maior aproximação e ampliação do

⁷ Kães (2005, p. 97) explica que a ideia de refletir acerca do negativo enquanto substantivo é recente. Cita Guillaumin, autor que destaca “três principais conotações” do termo em questão: “a ausência de representação, ou de representabilidade; um destino nocivo do funcionamento psíquico; e, por trás de todas essas conotações, a experiência da perda e da falta. Sobre essa negatividade se apoia a positividade que estrutura a vida psíquica”.

Artigos

contato com o impensável – expresso como descarga e ações. Este é contido e metabolizado pelo terapeuta, podendo ser pensado, nomeado e transformado.

A relação terapêutica deve ser capaz de conter as idealizações feitas pelos pais que, neste momento, estão vulneráveis e começam a apresentar as suas dificuldades em atos, condutas e falas. Conectado a necessidade narcísica dos pais, o terapeuta busca encontrar a via de acesso ao universo das repetições inconscientes. É unânime a constatação da intensidade e imediatismo da transferência do bebê para com o terapeuta. Estas alavancas terapêuticas devem ser administradas com cautela para evitar a intrusão e não despertar os ciúmes dos pais ou ainda entrar em colusão com as próprias partes infantis insatisfeitas do terapeuta (Watillon-Naveau, 1994, p. 22)⁸.

Num primeiro momento, os pais são acolhidos com suas angústias e encorajados a falar de si, de seus registros e suas percepções, numa relação de confiança e profunda empatia. A intervenção precoce é realizada no aqui e agora do setting. Busca-se conter e acolher uma massa de conteúdos primitivos, elementos inconscientes, em estado bruto, ainda não elaborados e que clamam por uma comunicação e integração). O terapeuta se coloca num estado de “empatia metaforizante” caracterizada por uma ligação emocional e perceptiva com o sofrimento da família, que ainda não foi nomeado e representado, mas que ao ser acolhido e metabolizado pode ser lido pela família como um pensamento e uma representação (Lebovici, 1983, citado em Almeida, Marconato & Silva, 2004).

Enfatiza-se a saúde da relação, seus aspectos positivos e suas potencialidades individuais. Essa família que pede ajuda está construindo uma nova história. O trabalho no nível das fantasias é o momento mais profundo do tratamento: contrastes entre o bebê imaginário, o fantasmático, o cultural e o real; forças projetivas; investimentos inconscientes; carga transgeracional. A liberação de conteúdos anteriormente bloqueados irá reorganizar o campo intersubjetivo, propiciando maior coerência entre os sujeitos da família.

A partir do momento que os pais conseguem, por exemplo, ver o choro do bebê e entender o que ele está comunicando, retoma-se o jogo simbólico. As fortes marcas afetivas orientam caminhos para novas experiências. O passado ativado, e agora tratado, transforma a

⁸ Tradução livre das autoras.

Artigos

desordem em criatividade (Stern, 2007). A estrada que leva a um encontro afetivo entre pais e bebê perpassa, obrigatoriamente, as vias da sintonia.

Esta modalidade de atendimento coloca em evidência alguns dos fatores psicodinâmicos que permitem o desbloqueio do conflito existente na interação entre o bebê e seus pais (Watillon-Naveau, 1994)⁹. Cada um dos sujeitos desta relação contribui com a sua nota e, juntos, compõem uma melodia. São ritmos que logram um ajuste harmonioso como uma orquestra. Quando, por algum motivo, a música desafina e o terapeuta é convidado a participar como um maestro necessita intervir rápido e delicadamente. A música precisa continuar. O maestro trata de compreender a composição musical da família e auxiliar no sentido de dar um novo tom, buscando a sintonia afetiva.

Referências

- Aulagnier, P. (1990). *Um intérprete em busca de sentido* (R. Steffen, Trans.). São Paulo, SP: Escuta.
- Aragão, R. O. (2004). *Narcisismo materno e criação do espaço psíquico para o bebê*. São Paulo, SP: Casa do psicólogo.
- Almeida, M. de A.; Marconato, M. M. & Silva, M. C. P. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira Psicanalítica*, v. 38, 637-648.
- Barbosa, D. C. (2007, dezembro). Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. *Estilos da Clínica*, 12(23), 2007, Recuperado em 1 junho, 2012, de http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-71282007000200006&script=sci_arttext.
- Berenstein, I. (2007). *Del ser al hacer*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Brazelton, T. B. (2002). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil* (J. L. Camargo, Trans.). São Paulo: Martins Fontes. (Original shed in 1992).
- Brazelton, T. B. (1990). *Ouvindo uma criança* (W. R. Vaccari, Trans.). São Paulo, SP: Martins Fontes, 1990. (Original published in 1984).

⁹ Tradução livre das autoras.

Artigos

Brazelton, B. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações* (M. B. Cipolla, Trans.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Bydlowski, M. (1977). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Le fil rouge. Paris, França: P.U.F.

Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas Psicoterápicas Mãe/Bebê*. (F. F. Settineri, Trans). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Debray, R. (1988). *Bebês, mães em revolta* (L. M. V. Fischer, Trans). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1994). Fantasmas no quarto do bebê. *Revista do CEAPIA*, n. 7, 12-34.

Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução (J. Salomão, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original published in 1914).

Freud, S. (1996). Totem e tabu (J. Salomão, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 13-162). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original published in 1913).

Freud, S. (1996). As pulsões e suas vicissitudes (J. Salomão, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 115-144). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original published in 1915).

Golse, B., & Bydlowski, M. (2002). Da transparência psíquica a preocupação materna primária: uma via de objetualização. In L. C. Filho, M. E. G. Correa, & P. S. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 205-215). Brasília, DF: L.G.E Editora.

Graña, R. B. (2011). *Lacan com Winnicott*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Guedeney, A., & Lebovici, S. (1999). *Intervenções Psicoterápicas pais-bebê* (P. C. Ramos, Trans.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul. (Original published in 1992).

Hurstel, F. (2005). O anúncio feito ao marido ou os três tempos do acesso à paternidade. In M. D. Moura (Org.), *Psicanálise e hospital 4 - novas versões do Pai: reprodução assistida e UTI* (pp. 15-26). Belo Horizonte, MG: Autêntica/FCH-FUMEC.

Käes, R. (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade* (I. B. Machado & P. C. G. Castanho, Trans.). São Paulo, SP: Casa do psicólogo.

Lacan, J. (1998). *Escritos* (V. Ribeiro, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

Laznik, M. C. (2004). *A voz da sereia – o autismo e os impasses na constituição do sujeito* (C. F. Rohenkol, et. al.). Salvador, BA: Ágalma.

Artigos

Lamour, M. & Barraco, M. (1999). Comment s'exprime La souffrance des bébés? *Santé Mentale*, 35, 19-21.

Piva, A. (2006). Sobre a transmissão. In A. Piva & colaboradores, *Transmissão transgeracional e a clínica vincular* (pp. 19-31). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário (D. R. Unikowski, Trans). In T. B. Brazelton, T.B., B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé (Org.). *A Dinâmica do Bebê* (pp. 132-165). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Szejer, M. (1999a). *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Szejer, M. (1999b). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade* (C. Berliner, Trans.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Spitz, R. A. (2004). *O primeiro ano de vida* (E. M. B. da Rocha, Trans.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original published in 1965).

Stern, D. N. (1991). *Diário de um bebê* (D. Batista, Trans.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Stern, D. N. (1992). *O mundo interpessoal do bebê* (M. A. V. Veranear, Trans.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Stern, D. N. (1997). *A Constelação da Maternidade* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Stern, D. N. (2007). *O momento presente na psicoterapia e na vida cotidiana* (C. de O. Lima, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: Record.

Storolow, R. D. (2010, Agosto). Uma perspectiva psicanalítica, fenomenológico-contextualista: da mente ao mundo, da pulsão à afetividade. *Conferência apresentada na Jornada Científica do Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, RS, Brasil, 9.

Watillon-Naveau, A. (1994). Mise en scène du conflit interactionnel dans les thérapies psychanalytiques de larelation precoce parentes-enfant. *Devenir*, 6, p.7-26.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade* (J. Salomão, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original published in 1958).

Artigos

Winnicott, D. W. (2002). *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trans.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original published in 1987).