



Organizadora

Maria Cecília Pereira da Silva

PSICANÁLISE

Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares

Pensando a clínica da primeira infância

Blucher

volume 1

FRONTEIRAS DA
PARENTALIDADE E
RECURSOS AUXILIARES

Pensando a clínica da primeira infância

volume 1

organizadora

Maria Cecília Pereira da Silva

Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares: pensando a clínica da primeira infância, volume 1

© 2021 Maria Cecília Pereira da Silva (organizadora)

Editora Edgard Blücher Ltda.

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Jonatas Eliakim

Produção editorial Isabel Silva

Preparação de texto Amanda Maiara

Diagramação Negrito Produção Editorial

Revisão de texto MPMB

Capa Leandro Cunha

Imagem da capa iStockphoto

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme 5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares : pensando a clínica da primeira infância : volume 1 / organizado por Maria Cecília Pereira da Silva. – São Paulo : Blucher, 2021. 390 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-116-1 (impresso)

ISBN 978-65-5506-114-7 (eletrônico)

1. Psicanálise infantil. 2. Parentalidade. I. Silva, Maria Cecília Pereira da.

21-5029

CDD 150.195

Índicea para catálogo sistemático:

1. Psicanálise infantil

Conteúdo

Introdução	19
<i>Maria Cecília Pereira da Silva</i>	
Parte I. Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares: pensando a clínica 0 a 3	29
1. Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares: pensando a clínica de 0 a 3 anos	31
<i>Régine Prat</i>	
2. Dando as mãos, atravessando barreiras	57
<i>Luciana Stoiani, Miriane de Toledo Heinrich</i>	
3. Um homem que queria ser pai... Uma mulher que queria ser mãe... Construção da parentalidade: a árdua tarefa de um menininho de 2 anos e 2 meses de idade	89
<i>Beatriz da Motta Pacheco Tupinambá, Maria José Dell'Acqua Mazzonetto</i>	

4. Resgatando as possibilidades da parentalidade na clínica de intervenção pais-bebês	103
<i>Maria Lúcia Gomes de Amorim</i>	
5. Aurora e o processo de parentalização	117
<i>Fátima Maria Vieira Batistelli, Maria Cecília Pereira da Silva</i>	
6. Entre demais e muito pouco: a quadratura do círculo da parentalidade	145
<i>Régine Prat</i>	
7. Descobertas entre o buraco e o registro: a elaboração de angústias na relação mãe-bebê e a construção da parentalidade	169
<i>Ana Maria Vieira Rosenzvaig, Eliane Saslavsky Muszkat</i>	
8. A integração dos pais no tratamento psicanalítico de uma criança	189
<i>Victor Guerra</i>	
Parte II. Recursos interpretativos, teoria e técnica psicanalítica da clínica 0 a 3	201
9. A roupa nova da interpretação	203
<i>Régine Prat</i>	
10. Ações interpretativas na clínica com crianças	229
<i>Régine Prat</i>	

11. O monstro do beleléu: cenas filmadas da clínica 0 a 3 e intervenções nas relações iniciais pais-bebê 271
Maria Cecília Pereira da Silva, Mariângela Mendes de Almeida
12. Transitando por Consultas Terapêuticas em um atendimento de intervenção precoce 341
Magaly Miranda Marconato Callia
13. Intervenção pais-bebê como uma experiência de nutrição simbólica 355
Hercília Palma de Barros, Vera Maria de Moura Leme
14. Quando a intervenção se faz a tempo: reflexões clínicas do acompanhamento de um bebê com risco de evolução autística dos 3 meses aos 4 anos de idade 365
Camila Saboia
- Posfácio 377
Débora Regina Unikowski
- Sobre os autores 385

1. Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares: pensando a clínica de 0 a 3 anos

Régine Prat

Tradução: Tania Mara Zalcberg

Foi Thérèse Benedek quem introduziu o termo *parenthood* [parentalidade] pela primeira vez, em 1959, considerando que se trata de uma nova fase de desenvolvimento. Proporei uma reflexão acerca das condições desse ingresso na parentalidade, baseando minhas observações na crise psíquica aguda que marca o início desse processo.

Primeiro, considerarei os aspectos de crise pessoal intrínsecos à situação de parentalidade e, num segundo momento, proponho uma ampliação, levando em conta as mudanças sociais do nosso “Mundo em Mudança” [Changing World],¹ que colocaram em crise as afiliações familiares e ideológicas tradicionais.

¹ *Changing World* foi o título do Congresso da IPA, Boston, em 2015.

O paradoxo da loucura normal

A abordagem da parentalidade enfrenta contradições, evidências enganosas e reconciliação de opostos. Conhecemos bem o paradoxo do confronto de normal e patológico; assim, alertamos as futuras mães, no que diz respeito à maternidade, que elas ficarão deprimidas após o nascimento, e que isso será normal!

Winnicott descreve como uma doença normal que permite à mãe adaptar-se às necessidades iniciais do bebê com delicadeza e sensibilidade (Winnicott, 1956/2000, pp. 399-405). Mas não é uma figura de linguagem, pois ele descreve uma situação clínica ao explicar que “trata-se de um estado psiquiátrico muito específico da mãe”.

Explicitarei essa questão de modo sucinto com a ajuda de dois exemplos:

- Se eu examinar de modo atento meu interlocutor, interrogando-me a respeito do que ele quer de mim e interpretar qualquer comportamento como sinal a mim dirigido, com certeza pensarei que isso não é normal. Um psiquiatra tentará avaliar a preservação da ligação com a realidade, para avaliar se se trata de delírio persecutório ou estado crônico de sensibilidade paranoica. Mas, se eu for uma jovem mãe que, quando o bebê chora ou se contorce desse jeito, me pergunto se isso significa frio ou fome, se o meu leite é responsável pela dor de barriga dele e escrutino as mínimas expressões do seu rosto para interpretá-las, muito ao contrário, pensaremos que é normal: é o trabalho psíquico de mãe que está aprendendo a conhecer seu bebê.
- Igualmente, se eu começar a querer esterilizar as maçanetas das portas, a avaliar o ambiente em termos de

contaminação, em termos antigos falaríamos de “loucura da dona de casa”, ou, em mais atuais, de neurose fóbica. Ao passo que os extremos cuidados de saúde das jovens mães e a higiene do ambiente obviamente são considerados normais e encorajados.

Os exemplos são inúmeros se examinarmos a partir desse ponto de vista os detalhes da vida das jovens mães. O “normal” da parentalidade jovem é, portanto, “anormal” em qualquer outra relação e essa percepção de um si mesmo desconhecido se defronta com uma vivência de estranheza.

A partir desse ponto de vista, podemos revisitar diferentes etapas do trajeto da jovem mãe.

A experiência do parto

O parto torna necessário enfrentar uma experiência eminentemente traumática de perda dos próprios limites: trata-se de expulsar uma parte de si que, ao mesmo tempo, é outro, um estranho que tomou posse do interior e do qual é preciso se livrar sob ameaça de morte. Quaisquer que sejam as condições reais de nascimento, o parto é sempre extremamente violento. Mesmo sem dor e sendo normal, do ponto de vista físico é violento e brutal, assemelhando-se à uma amputação, sem qualquer equivalente na história somática “normal” de uma pessoa.

Caso se tente pensar em metapsicologia psicanalítica do parto, pode dizer-se que, em minha opinião, os dois estágios do parto (trabalho e expulsão, diferenciados com clareza pelos obstetras), referem-se a dois níveis de funcionamento psíquico: o tempo do trabalho coloca o trabalho do corpo, possivelmente a dor, em ligação essencial com os níveis neuróticos da organização psíquica;

o tempo de expulsão refere-se aos níveis psicóticos da personalidade, em que é vital e urgente, sob ameaça de morte, expulsar, arrancar uma parte de si mesmo.

A experiência do parto nos defronta com o paradoxo em que vida e morte reverberam

Se pudermos ter acesso às representações associadas às primeiras percepções do bebê, o que é bastante raro, pois estão sujeitas à repressão maciça, na sua maioria serão representações “loucas” que refletem esse paradoxo, nos confins de vivos e não vivos, do humano e do animal. Alguns exemplos do meu trabalho de consultoria com jovens mães são bastante impressionantes: boneca esbranquiçada e desarticulada, bebê com cabeça de abóbora, bebê-berinjela, bebê gato ensanguentado, bezerro natimorto e outras visões assustadoras de um mundo de pesadelo em que monstros poderiam sair do caldeirão da bruxa em que se fazem bebês. Se pudermos ter acesso aos pais, nesse tipo específico de entrevista, teremos o mesmo tipo de imagens chocantes.

Os temas de ficção científica, tipo *Alien*, que descrevem muito de perto essa experiência psíquica e os cenários delirantes construídos a respeito dessa experiência delirante são três vezes mais frequentes na população de puérperas recentes do que na população em geral, com o nome de “psicoses puerperais”. São a ilustração dessa loucura “normal” que a experiência psíquica de gestação e parto pode fazer oscilar na “verdadeira” loucura.

É importante ressaltar que, diante de contornos vagos e perturbadores e do risco de oscilar em um mundo estranho, tudo o que desempenhar um papel de ancoragem na realidade desempenhará um papel de salvaguarda, de proteção contra a loucura.

É especialmente interessante notar o impacto das condições externas ou fatores que predispõem à depressão pós-parto:² falta de formação profissional, parada definitiva do trabalho antes do nascimento, licença maternidade muito curta, separação mãe-bebê logo após o nascimento, baixo nível socioeconômico (um terço das mães são de baixa renda), ausência de apoio familiar, relações conflituosas com o parceiro, ausência de figuras substitutivas para cuidar do bebê, mudança recente. Esses fatores reconstituem diferentes versões da falta de base e da falta de um círculo de pessoas, portanto, nesse período, a solidão é nociva e patogênica.

A gravidez representa uma mudança corporal extremamente rápida, sem equivalente na história biológica normal de qualquer pessoa. Os chamados pais “de primeira viagem” que participam muito de perto dessa experiência física, portanto, ficam menos protegidos e seu mundo interno fica igualmente abalado.

No plano psíquico, é o confronto com o “incrível, mas verdadeiro” mantido dentro de si desde os anos da infância, quando toda criança se pergunta como são feitos os bebês e elabora o que os psicanalistas denominam “teorias sexuais infantis”.

Em todas as constelações familiares, a chegada de um novo bebê perturba toda a cadeia geracional. Desse modo, se considerarmos um sonho muito comum entre primíparas, o da morte da sua própria mãe, não se trata da clássica realização de desejo, mas de sinal de um trabalho de elaboração, a tradução em linguagem onírica de pensamentos que dizem respeito a essa nova situação psíquica, que bem expressa seu significado: a jovem, até então filha de sua mãe, por sua vez, se tornará mãe e “tomará” o lugar

2 Estima-se entre 10% e 30% as taxas de estados depressivos específicos pós-parto (apenas 3% de estados depressivos são reconhecidos como tal e, portanto, tratados). As manifestações depressivas mais leves dizem respeito a quase 70% das mães recentes (Jones & Lopez, 2013).

dela e, assim, de maneira fantasmática, assumirá esse lugar de mãe. A linguagem onírica inscreve com muita precisão, na concretude de suas imagens, esse simbolismo de morte. Portanto, interpretar como desejo de morte é nocivo.

O pai se preocupa da mesma maneira e, também, se defronta com suas antigas teorias sexuais infantis. Para ele, igualmente, a cadeia geracional se reposiciona, ele se torna pai no lugar do seu pai.

Conhecemos bem essas ideias, mas me parece útil lembrar que, no momento do nascimento, existem todas as condições de uma impressionante crise de identidade dos jovens pais que, como pais, têm a idade do seu bebê.

O trauma do nascimento para os pais

Nesse contexto de grande fragilidade emocional é que se dará o encontro com o bebê e se localizará o que denomino trauma do nascimento para os pais (Prat, 1996).

Em minha opinião, o ponto central desse trauma é o fato de se defrontar com a dependência absoluta do bebê. À dependência física, evidente, acrescenta-se a dependência psíquica total, à qual apenas a experiência da parentalidade confronta: o bebê depende da mãe e, por extensão, do cuidador,³ para construir seu psiquismo, para se tornar uma pessoa. Essa descoberta da dependência absoluta e total para a sobrevivência do bebê diante do cuidado de seus pais é brutal e sem preparo, não há gradação, aprendizado ou evolução. Do ponto de vista psíquico, o bebê construirá o que sua

3 Por conveniência, reservarei o termo “mãe” no restante da apresentação. O sentido é de “cuidador”, e transferível para qualquer pessoa capaz de executar essa função próxima em relação às necessidades do bebê: a mãe, o pai, um genitor adotivo, um substituto materno profissional.

mãe é, e o que ela é se manifestará por meio do que ela faz com ele e por ele. O senso de responsabilidade da jovem mãe é justificadamente esmagador.⁴

A parentalidade recente constitui uma experiência traumática que ultrapassa as capacidades de a psique enfrentá-la e necessita de uma reorganização fundamental de todo o funcionamento psíquico (e, além disso, deve ser feita com rapidez para responder às necessidades do bebê).

Distúrbios do pós-parto e trauma

O que denomino “trauma do nascimento para os pais”, a descoberta da dependência total do bebê, constitui o ponto comum subjacente a todos os distúrbios pós-parto. Desde o *baby blues*⁵ comum até a psicose puerperal, passando pela depressão pós-natal grave, trata-se da manifestação dessa identidade que se fragmenta e das tentativas de sobreviver a ela, criando sistemas defensivos que, por sua vez, serão incapacitantes. Tudo isso reflete a reviravolta e a impossibilidade ou a dificuldade de a psique se reorganizar para enfrentar os novos aspectos da realidade, a própria definição do trauma.⁶

4 Foi com essa perspectiva que, ao escrever meu livro, dei o título: “Responsável, não culpado”, julgado, no contexto histórico da era politicamente incorreta e transformado em: “Mãe-bebê: duo ou duelo?”, Prat (2008).

5 Melancolia ou tristeza puerperal [N. T.].

6 O trauma definido por Laplanche e Pontalis (1981/2007) é um “evento da vida do sujeito definido pela sua intensidade, a incapacidade de o sujeito responder adequadamente a ele, o transtorno e efeitos patogênicos duradouros que causa na organização psíquica. Caracteriza-se pela afluência excessiva de excitações em relação à tolerância e capacidade de o sujeito dominar e elaborar essas excitações do ponto de vista psíquico” (tradução livre).

É possível considerar as reações da mãe, após o nascimento do bebê, como tradução de um transtorno em sua organização psíquica. A transformação será uma verdadeira mutação psicológica, ligada ao salto para o desconhecido que representa a chegada de um bebê. Mas, no salto para o desconhecido, mobilizaremos também todas as defesas disponíveis: pensamento mágico, uso de regras, rigidez, salvaguardas, estruturas pré-pensamento em função das defesas e não das necessidades internas.

Explicito que estou falando do nascimento chamado “normal”, isto é, a termo e sem problemas. Não seria difícil acrescentar o peso suplementar do que significa um nascimento patológico, prematuro, por exemplo, ou de uma criança com deficiência.

Os aspectos novos, externos, portanto, podem ser objeto de diferentes formas de transformação ou de negação a fim de preservar a sobrevivência da construção interna do psiquismo.

Formas clínicas das patologias do pós-parto e crise de identidade

Pode-se examinar as diversas formas clínicas das patologias do pós-parto de forma pertinente a partir de alguns pontos de vista:

- Em formas clínicas extremas, as psicoses puerperais podem chegar até à construção de um delírio que apaga o bebê e a nova realidade que deve incluí-lo. O bebê se transforma em um assado que deve ser colocado no forno, uma cobra que é preciso matar, uma parte anatômica de si que deve ser colocada de volta para dentro.
- Nas formas psicopáticas, o vínculo com a realidade se mantém, mas todas as formas de rejeição ativa do bebê,

dos maus tratos ao abandono, manifestarão a incapacidade de a mãe conceber o bebê como um ser que necessita de cuidados. O bebê se torna então suporte das projeções da mãe, numa reversão da relação de dependência, com função de negação, em que o bebê se torna poderoso e perseguidor.

- Nas situações menos patológicas, consideradas normais, os sentimentos de responsabilidade, transbordamento, incapacidade de estar à altura da tarefa, de enclausuramento e solidão, com diversos níveis que podem variar da preocupação ao pânico, são uma constante nos termos abordados por jovens mães. São expressão das reações ao impacto diante da dependência.

Ao recebermos jovens pais, estamos tratando pessoas que passam por uma grande crise de identidade e acabaram de passar por uma reviravolta de violência extrema. “Não me reconheço” é uma expressão que ouvimos inúmeras vezes das jovens mães. Trata-se de algo que se deve tomar em seu sentido literal de perda de identidade. O pai, também envolto na mesma crise de identidade, tem muita dificuldade de desempenhar o papel de apoio e de sustentação para a mãe. Um jovem pai presta testemunho dessa violência ao descrever as mudanças trazidas à sua vida, e à vida do casal, com o nascimento do seu primeiro bebê, esperado e desejado: “é como trombar na estrada com um carro na contramão e a toda velocidade”. Levar em consideração esse aspecto traumático, ao recebermos jovens pais, leva-nos a avaliar que essa é uma crise psíquica importante. A clínica do nascimento da família, assim concebida, assemelha-se a uma clínica pós-traumática.

Consequências da abordagem pós-traumática da parentalidade

Contraindicação da interpretação do desejo inconsciente

Primeiro, é necessário reconhecer e nomear o trauma, para pessoas que acabaram de sofrer um acidente de carro não perguntamos se gostavam de carrinhos de trombada quando pequenos ou se brincavam de acidentes com os irmãos mais novos, ou se tiveram ciúmes quando a irmã mais velha recebeu sua carta de habilitação etc. Primeiro, pedimos para as pessoas contarem como aconteceu o acidente, para onde iam, qual era seu objetivo e o que perderam no acidente. Fazemos a mesma coisa com pais recentes. Temos interesse na história do casal, no projeto do bebê, em seus desejos e na impressão que têm a respeito do que perderam nesse “acidente” tanto juntos quanto separados, porque, com muita frequência, eles não sofrem pela perda das mesmas coisas. Ao fazer esse trabalho, será possível distinguir o que mudou para sempre e o que se pode reencontrar ao organizar a vida de forma concreta.

Isso presume não se buscar o ódio inconsciente que, nessas condições, seria nocivo⁷, como a interpretação do desejo inconsciente subjacente aos sonhos de morte dos pais durante a gravidez. Também é útil o clínico lembrar-se que, seja qual for a patologia da família ou da pessoa, será preciso considerar a sobrecarga que significa o trauma do nascimento para o genitor e que, nesse período,

7 Diferente do trabalho analítico individual, o trabalho em terapia conjunta visa restabelecer as condições suficientes da função materna para que o bebê encontre um ambiente que não impeça seu desenvolvimento. Há um verdadeiro conflito de interesses e a urgência do *timing* do desenvolvimento que não se pode ignorar.

a patologia é a norma, mesmo nas formas mais patológicas, pois subjacente a um enorme delírio se esconde um enorme terror.

A observação conjunta pode mostrar simultaneamente o terror da dependência bem como a independência e as capacidades do bebê. Centrar-se na dependência e no terror que ela desperta: o trabalho de identificar e qualificar passa a ser central na clínica pós-parto. Ajudar os pais a identificar, nomear e descrever o terror da dependência traz alívio imediato e ajuda a sair da confusão da dissociação: reconhecer o terror leva ao mesmo tempo ao reconhecimento do sistema defensivo em ação que, a partir disso, perde sua força.

Em sua grande dependência, desde o início, há coisas que o bebê pode fazer sozinho, numa escolha autônoma em que ele é ator/autor: abrir os olhos, fechá-los, direcionar o olhar, chupar sua língua, adormecer, interessar-se pelos movimentos das suas mãos etc. Devemos ajudar os pais a observá-las, o que supõe que nós próprios possamos observá-las e dar-lhes a devida importância.

O exemplo dos transtornos obsessivo-compulsivos é muito esclarecedor. A descoberta brutal da inter-relação da dependência do bebê e da responsabilidade parental se abre ao terror do poder sobre a vida que contém ao mesmo tempo um poder de morte (e outro paradoxo é que ao se dar a vida com o nascimento, ao mesmo tempo se presenteie com a morte).

O transtorno obsessivo-compulsivo traduz o choque dessa descoberta, muito mais do que uma agressividade inconsciente em relação ao bebê (que, repito, seria contraindicado e nocivo interpretar). Os casos de transtorno obsessivo-compulsivo que tratei resolveram-se rapidamente com o trabalho a respeito do terror e do sentimento de responsabilidade exacerbado pela percepção da extrema dependência, tendo como condição a associação, junto com a mãe, da observação das capacidades do bebê. Assim que

podermos mostrar aos pais que tudo isso que eles tomam como incompetência ou agressividade inconsciente, na realidade, é prova de um amor deformado pela angústia de “fazer mal”, transformada em angústia de “causar mal”, a confiança em si mesmos é restituída. Acompanhá-los na descoberta das capacidades do bebê ao mesmo tempo os ajuda a confiar nele. A observação conjunta torna-se ferramenta fundamental e motor terapêutico essencial para efetuar essa elaboração do trauma e, assim, abrir uma nova fase de desenvolvimento da personalidade.

Precisamos aprender a impedir os pais de agirem e, igualmente, com frequência, impedi-los de falar para se concentrarem na observação do seu bebê durante a consulta⁸ (o que com frequência vai ao encontro do que aprendemos a fazer em nossa formação).

No espaço da sala de consulta, nos apoiamos na observação das manifestações espontâneas do bebê, em particular sobre as possibilidades de ação autônoma, e as mostramos aos pais, ajudando-os a desenvolver suas próprias capacidades de observação.

Tornar-se pai ou mãe, portanto, supõe a capacidade de fazer ao mesmo tempo:

- uma coisa: perceber e aceitar a dependência, o que se dá no sentido de *holding*, de “sustentação”.
- e seu oposto: perceber e encorajar a independência, o que se dá no sentido de “deixar ir”.⁹

8 Baseio-me na experiência valiosa e essencial, a meu ver, da formação segundo o método Esther Bick (1964/2002) de observação de bebês em sua família, em que aprendemos a observar os acontecimentos sem interferir e sem lhes atribuir um sentido preconcebido ao mostrar uma presença emocional muito real.

9 No que diz respeito mais especificamente à necessidade de o bebê nesse eixo de segurar/deixar ir, ver Prat (2014).

Novamente, trata-se de outro paradoxo que os pais inúmeras vezes não conseguem resolver sozinhos. É um problema de “limites” que se romperam e que é necessário reconstruir de maneira que sejam mais adaptados a um psiquismo parental que agora inclua o bebê.

Precariedade psíquica e construção de limites

O termo “precariedade” geralmente associado à situação econômica, com frequência usado como sinônimo de pobreza, refere-se, na verdade, ao sentido psíquico e relacional. Na realidade, precário deriva do latim *precare*, que significa orar, pedir. Em situação de precariedade, o sujeito está ligado a outro a quem ele pede e de quem depende.

A noção de precariedade associa, assim, uma fragilidade do mundo interno à dependência do mundo externo, possibilitando descrever a situação do bebê em relação aos pais. À medida que ele se desenvolve, precisará passar da dependência primária e vital para uma independência em que terá incorporado em si as bases da sua segurança e da sua força. Isso supõe que ele possa introjetar aspectos de função de continência dos pais. Esse processo de introjeção dependerá em grande parte das qualidades e características da experiência vivida.

O impacto das mudanças sociais nas famílias

Confrontados com o desaparecimento dos quadros de referência em relação ao modo de se fazer as coisas, que serviam de apoio para as jovens mães na crise de parentalidade, e que vai lado a lado com a distância real ou psíquica em relação ao apoio das gerações

anteriores e dos saberes antigos, os jovens pais encontram-se sozinhos para inventar seus modelos (pode-se dizer que o Google substituiu os apoios geracionais).

Se tomarmos o exemplo da amamentação: ao cuidarem da vida do bebê com a ideia preconcebida de que ele precisava mamar a cada quatro horas, as mães tinham um preceito possivelmente falso, mas que servia de guia nas dificuldades encontradas, por isso, se o bebê chorar, será necessário procurar outra solução que não seja alimento.

Mães que amamentam “sob demanda” precisarão substituir o preceito por algo “feito sob medida”, muito mais exato, mas isso supõe que tenham capacidade de observar o bebê e de se perguntar o que ele precisa “sem rede” de proteção preconcebida, apenas a partir de suas observações e de suas conclusões. Desse modo, poderão amamentar demais, provocando cólicas e vômitos, de forma quase mecânica. O recém-nascido manifesta qualquer desconforto por meio do choro e tenta se consolar sugando no vazio, o que com facilidade pode levar a mãe a pensar que ele ainda tem fome, quando, na realidade, ele está de estômago cheio.

Igualmente, a necessidade de tranquilizar e de dar continência ao bebê pegando-o no colo pode se tornar resposta imediata para todas as situações, assim como a necessidade de “animar” ou de “estimular” o bebê por um genitor que produz diversões ou soluções. Nesse caso, evita-se a percepção de que o bebê é uma entidade definida e capaz de agir por si para encontrar suas próprias soluções. Ou seja, a percepção de um bebê como ser total, com seus próprios limites, sua própria vontade, suas próprias capacidades de satisfazer suas necessidades e de encontrar soluções para as dificuldades ou problemas que encontra. Nas creches, o afluxo de bebês impossíveis de acalmar fora do colo leva as educadoras a

requisitos de engenhosidade para poder carregar vários bebês ao mesmo tempo.

Quero chamar a atenção para as condições em que nossos bebês nascem (não desenvolverei esse ponto, pois me distanciaria muito do tema). As próprias condições de partos programados, medicalizados, volta rápida para casa, são violências precoces, violência aos ritmos iniciais, com consequências identificáveis que impedem a constituição de vínculos de apego que, por sua vez, terão consequências em diferentes formas de violência. O obstáculo na constituição dos vínculos de apego é um maltrato original que conduz à repetição da violência sob diferentes formas

Quanto mais medicalizados forem o parto e o nascimento, mais se obstruirá o movimento de confiança da mãe em suas próprias capacidades, o que evidentemente terá consequências sobre o tipo de ambiente que ela criará para seu bebê. Essas mães recorrerão com mais frequência a consultas especializadas, assim como recorrerão muito mais ao pronto-socorro (o resultado só será compreensível se pensarmos nas consequências sob o vértice da perda de confiança).

Os partos com excesso obrigatório de medicalização, isto é, as cesarianas,¹⁰ continuam aumentando nos países industrializados. Na França, uma em cada cinco mulheres dá à luz por cesariana (40% nas maternidades de 16^o, em Paris). No Brasil, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2016), nos hospitais particulares chegam a 80%.

Em todos os países industrializados, a taxa de cesarianas sob demanda está em constante aumento (31% das mulheres ginecologistas-obstetras responderam uma pesquisa afirmando que

10 Todas as referências acerca de cesarianas foram tiradas de Odent (2005).

escolheriam uma cesariana programada para o nascimento dos seus bebês).

Consequências significativas incluem a diminuição da taxa de amamentação e sua duração, o que pode ser tomado como indicador de obstáculo ao processo de apego.

Desde o início, o problema dos pais é problema de limites. O obstáculo na constituição de referências sólidas devido ao impacto do contexto societário global se acrescenta ao desaparecimento dos limites entre normalidade e patologia.

A tarefa dos pais seria simples “se fosse apenas” seguir o bebê, ajudá-lo a reencontrar os modos de organização que ele experimentou *in-utero* e fornecer-lhe condições para continuar seu desenvolvimento sem impedimentos. Mas, como os pais não encontram nas relações o apoio que lhes permita restabelecer sua força interior, ou seja, sua confiança em si, minada pela crise de identidade ligada à experiência de parentalidade, uma solução, muito encorajada pela época, pode ser delegar a objetos uma parte da função de “sustentação” que os pais acreditam não serem capazes de realizar. Principalmente se esses objetos forem das melhores linhagens, tiverem as melhores procedências e selos de garantia, dados por especialistas, isso apenas fará o pai ou a mãe sentir em si próprio a falta desses selos e linhagens no que diz respeito à sua competência. O objeto prestará serviço, mas na situação de precariedade psíquica esse serviço sairá muito caro, desde a renúncia à confiança em suas capacidades e ao desenvolvimento delas por meio da experiência.

Dois problemas que surgem claramente nas terapias pais-bebê são de *holding* e de estimulação. Se tomarmos como indicador do mal-estar dos jovens pais a quantidade de objetos comercializados para *holding* e estimulação, podemos dizer que o mal-estar dos jovens pais é gigantesco, e não apenas dos que vêm à consulta.

Brinquedos que se movimentam, campainhas, brinquedos musicais e sonoros de todos os tipos, e muitos outros, estão lá à espera nos quartos de criança. O medo de deixar o bebê cair e se afogar no banho, universal entre pais jovens, será evitado com um colchão especial, assento especial para o banho, para descanso, para as refeições, para o deslocamento. Os objetos oferecem, assim, uma solução duplamente perversa e um duplo impedimento ao funcionamento psíquico do bebê e de seus pais.

Para os pais, isso evita ou impede que aumente sua força interna, e sua experiência. Para o bebê, produz uma experiência desviante, distorcida, que o impede de ter uma representação justa do mundo em que vive e de suas leis, bem como de suas próprias capacidades de agir no mundo.

Objetos que sustentam: bebê-conforto

Um bebê bem acomodado no colo da mãe, ao deixar cair o objeto que manipula passando de uma mão para a outra, se debruçará para seguir a direção da queda e sua mãe acompanhará o movimento. Isso permitirá que o bebê pegue o objeto sozinho ou que veja sua mãe realizar essa ação. Ele será ativo e, mesmo bem pequeno, ator/autor dos seus movimentos, podendo experimentar e representar para si as consequências. Igualmente, deitado de costas em um colchão duro (muito pequeno, está ativo nas costas, mas passivo na barriga), ao soltar o objeto que manipula, colocará em ação suas habilidades motoras para tentar recuperá-lo, assim, pode aprender com a sua experiência e depois modificar seus parâmetros.

Se observarmos a mesma cena, agora com nosso bebê em seu bebê-conforto, passando o brinquedo de uma mão para a outra, ao deixá-lo cair para o lado, o bebê não terá qualquer possibilidade de seguir sua trajetória com os olhos, menos ainda de recuperá-lo.

O intuito de supostamente proporcionar um *holding* adequado e reconfortante ao bebê acaba restringindo pura e simplesmente sua percepção e motricidade no espaço. Em consequência, isso impede sua capacidade de ter uma representação do mundo e de si próprio em sua relação com o mundo.

Um sinal característico desse impedimento para o desenvolvimento é um bebê muito passivo, com pouca mobilidade, que procura em sua barriga o objeto que deixou cair ao lado. Precisei me defrontar com essa situação inúmeras vezes em minhas consultas antes de poder relacioná-la com o fato de que esses bebês não conseguem seguir com seu olhar o movimento dos objetos que escaparam à sua visão. E, não obstante, esses objetos são recuperados e repostos miraculosamente em sua barriga por pais excessivamente atentos, temerosos de não estarem fazendo o melhor por seus bebês, e prontos a delegar sua capacidade de *holding* a coisas, por medo de falhar.

Hubert é um exemplo extremo: seus pais são especialmente ansiosos, cada um por motivos relativos à sua história pessoal, e Hubert chegou aos 15 meses de idade incapaz de dormir fora do seu bebê-conforto. Podemos compreender que isso ocorreu em um período de grande fragilidade familiar que levou a intensos sentimentos de desvalorização pessoal de ambos os pais. Mas o que está sendo dificultada é praticamente a totalidade de suas capacidades de atividade autônoma diante do terror dos pais que o menino se machuque, o que denotaria sua incapacidade de protegê-lo.

O uso de um andador, algo rotulado como seguro, permite que ele caminhe sozinho, aprendendo a confiar na capacidade de usar esse objeto mais do que em suas próprias pernas. Além disso, a experiência oferecida não lhe permite apreender o espaço em função de seu próprio corpo. O medo do bebê poderia ser: “Se o meu andador quebrar, não terei mais pernas”.

O objeto tornou-se uma prótese, uma ferramenta da precariedade psíquica. A coisa em si é frágil, suscetível de ser danificada, quebrada, perdida. Como no romance de Perec (1965), isso inevitavelmente tende ao aumento e ao acúmulo infundável, já que as coisas devem ser intercambiáveis e precisam ser substituídas.

Objetos que estimulam: chocalhos, celulares, o efeito televisão

A mãe de Sandra não aguenta mais, está exausta devido aos cuidados contínuos que seu bebê exige há alguns meses. Não sabe o que fazer para estimulá-la, transforma-se em constante produtora de shows, mas se esgota, não encontra nada para fazer ou dizer. Tudo se tornou tão pesado que ela só quer ir para a cama assim que Sandra dorme, quer colocá-la na creche e voltar ao trabalho, mil vezes menos cansativo que o trabalho de mãe.

Estimular e sustentar se combinam, e a mãe, de quem tudo depende, já não se sente à altura da tarefa: tem dores nas costas, câibras nos braços, não consegue sair sozinha, nem cumprir sozinha tarefas que antes faziam sua alegria (vestir e alimentar Sandra).

O cenário ficará muito mais claro se compreendermos que ela se esgota na produção de mais e mais espetáculos interessantes para Sandra, com a ideia de que Sandra não consegue produzi-los sozinha. A descoberta de que Sandra também pode ser ativa por si mesma e se interessar por sua própria atividade, mais do que com o desempenho do objeto, lhe permitirá ver a força de seu bebê. Ela poderá confiar mais nela e, ao mesmo tempo, recuperar a confiança em si.

A estimulação é um valor seguro para o futuro dos bebês na difícil “luta pela vida”, preocupação onipresente dos pais. Devemos fazer o bebê ficar ativo e autônomo, capaz de lidar com a vida. Os

pais preocupados de não serem suficientes para estimular o bebê, delegam essa função a uma infinidade de objetos cada vez mais numerosos e sofisticados.

Mas esses objetos destinados a “tornar o bebê ativo e autônomo” (o que em si é uma formulação paradoxal) têm o efeito perverso rigorosamente inverso. Assim, o bebê se habitua aos espetáculos que com certeza despertam seu interesse, mas que ele olha de forma passiva, sem ser ator ou com o impedimento da real possibilidade de ser ator/autor. O objeto cobiçado é evasivo. É o caso dos brinquedos que se movimentam, celulares, objetos de funcionamento mecânico ou, ainda, computadores, tudo isso não leva à ação que o bebê poderia realizar sozinho.

Achei bem interessante associá-los à televisão, por exemplo, comentando “Oh! Vejo que você gosta muito de televisão”! Isso provoca nos pais a conscientização brusca da prioridade de não levar em consideração o objeto em si, mas seu impacto no bebê. A coisa destinada a tornar o bebê ativo coloca-o em posição de passividade, o bebê é espectador e não ator/autor do mundo.

Nossa responsabilidade ética como profissionais

Quando, na segunda consulta, os pais me perguntaram o que poderiam dar a um bebê de 9 meses, achei que fosse um presente e comecei a fazer perguntas sobre a criança em questão. Para meu espanto, era para a filha deles, para o Natal que se aproximava. Depois, convidei-os a observar seu bebê para compreender o que seria interessante para ele naquele momento. A descoberta de que seria uma oportunidade de bater objetos e produzir sons os levou a ter um novo olhar para colheres de madeira, garrafas de plástico com macarrão ou lentilhas dentro, tigelas de aço inoxidável que proponho como material de brinquedo.

Devemos nos interrogar a respeito da mensagem que enviamos quando nossos locais de recepção ou de trabalho se assemelham a uma loja de brinquedos. Dizemos, sem palavras, que em nossa ideia a respeito de sermos bons pais, os objetos são indispensáveis. Então, modifiquei todo o material de consulta e troquei os brinquedos por objetos do cotidiano: plástico bolha, lenços para os bebês, tampas, caixas, tigelas, objetos de cozinha etc. Associar as capacidades do seu bebê às angústias que levam os pais a dificultar o desenvolvimento dessas mesmas capacidades constitui parte essencial da minha ação terapêutica.

Cartografia para tratar a confusão

Esclarecer a confusão entre frustração/dor, estresse/dor, incidente/acidente

O bebê que se esforça para recuperar a bola, jogada longe demais, sofre? Ou pode ficar orgulhoso com o resultado do seu esforço? O que está envolvido é a apropriação subjetiva da sua própria motricidade, seu próprio corpo, não apenas a bola.

Podemos assim esclarecer a confusão entre o que é incidente e o que é acidente, algo que deverá passar por um trabalho acerca das representações dos pais. Por exemplo, é a mesma coisa cair da janela e cair ao se levantar apoiado numa cadeira? Num caso é um acidente, no outro é um incidente de percurso indispensável para a experiência e, portanto, para a aprendizagem. Que experiência pessoal os pais têm ao esquiar ou ao andarem de bicicleta?

Assim, quando o bebê se levantar segurando-se em uma cadeira (cadeira de criança pequena e estável), segurar a cadeira impedirá que ele descubra seu centro de gravidade e o do objeto para

então poder encontrar seu equilíbrio. Realmente, existe risco de ele cair, cair sobre as fraldas, se estiver segurando muito no alto do encosto, mas terá condições de perceber diversos parâmetros.¹¹ Isso permitirá diferenciar incidentes de acidentes e convidará os pais a associar acerca do sentido da sua confusão.

As mães aterrorizadas e ansiosas pensarão que o bebê nada pode realizar sem elas e tenderão a confundir qualquer dificuldade ou frustração do bebê com manifestação de sofrimento. A observação em conjunto com os pais e os comentários de apoio aos esforços do bebê feitos pelo terapeuta, bem como a satisfação do bebê ao obter sozinho um resultado para a sua ação, ajudarão os pais a sair dessa confusão.

Classificar os fatos de maneira adequada permite que a criança reconheça sua experiência. Se o bebê cair ao tentar se apoiar na cadeira, dizer-lhe: “Não foi nada, não doeu” é inadequado. A criança precisa ter a descrição do que acontece: “Você caiu, não funcionou como você queria, você precisou segurar muito alto, você pode tentar de outro jeito” etc.

Enunciar os pontos de diferença e formular os limites territoriais, limites pessoais e de intimidade poderá levar as evidências a todos os protagonistas. Constituímos uma verdadeira cartografia do que se pode partilhar na família com uns e outros, o que guardamos para nós e o que é terreno comum. A imagem de um trabalho de mapeamento permite visualizar os contornos de cada um, pensar os limites e também visualizar os movimentos psíquicos ou físicos de uns para os outros.

11 Refiro-me à contribuição revolucionária de Emmi Pikler (1979), pediatra húngara, fundadora de uma creche conhecida como *Loczy*, em que ela defende a necessidade de “andar livremente desde o início”.

Patrick tem 5 meses e problemas significativos de sono. A melhora foi espetacular a partir do momento em que pudemos ligar o que ocorre aqui, no tapete, em que Patrick desenvolve seu campo próprio de atividade e o que acontece com o sono. É possível que não pareça útil e até mesmo pareça nocivo fazer Patrick “adormecer”, já que ele precisa conseguir voltar a dormir sozinho, ao acordar durante a noite, para se apropriar da experiência de “cair no sono”.

Adormecer faz parte da sua área de autonomia, do seu território pessoal. O papai chamou essas descobertas de “mimar muito o bebê”, mas afinal acabou descobrindo uma grande ajuda no trabalho comigo, pois estava muito reticente em relação a pessoas cuja profissão é “intrrometer-se nos assuntos dos outros”. Mas quando papai me contou que desistiu de comprar a casa dos seus sonhos, em um vinhedo, devido aos riscos dos pesticidas, ele concluiu: “Você vai pensar que estamos mimando demais!”.

Poderemos levar em consideração a confusão e a tentação hegemônica: se pudermos deixar o bebê fazer o que diz respeito à sua experiência, que experiência ou conhecimento ele poderá ter de produtos químicos utilizados na agricultura, perigos invisíveis que nem nós mesmos vemos? É uma posição simétrica, igual à do início, no tempo em que o bebê necessitava da intervenção constante e não conseguia fazer nada sozinho, seria de se esperar que agora ele soubesse tudo de tudo.

Nas terapias pais-bebê, e no trabalho com os pais das crianças que atendemos em terapia, não trataremos a personalidade nem provavelmente a patologia individual dos pais, mas a parentalidade, de modo a permitir separar o espaço autônomo da criança das projeções e angústias de seus pais.

Conclusão

Trarei apenas uma pequena observação acerca do extraordinário campo de experiência que o exercício da motricidade livre representa para o bebê, com o qual espero se possa ver claramente que por meio da experiência do corpo e do movimento, do pensamento em movimento, é que se faz a construção do seu próprio campo e a definição dos próprios limites.

Eis a sequência da observação de um bebê de 9 meses e meio, apropriando-se do espaço: apaixonado por algum tempo por explorações em pé (e recusando-se a ser trocado deitado), apoia-se na mesa da sala que ele tenta contornar andando de lado. Um sofá de canto rodeia os dois lados da mesa, a meio metro de distância. A mãe está sentada de um dos lados e eu do outro. Ela conversa comigo e não parece ter percebido a atividade do bebê, à qual estou atenta, com visão periférica, enquanto continuo conversando com ela.

Ao fazer esse trajeto, ele se depara com um dos lados do sofá (em que estou sentada), ele solta a mão direita de apoio, se vira e, num movimento rápido, se joga em direção ao sofá. Não cai, mas se recupera de modo um pouco perigoso, pela força dos braços. Volta engatinhando ao seu ponto de partida e fica na beirada da mesa. Começa, então, uma espécie de ginástica fascinante, que observo junto com a mãe.

Como um bailarino fazendo exercícios na barra, segurando-se na beirada da mesa, levanta a perna direita estendida em paralelo à mesa e faz flexões com a perna esquerda. Repete esse movimento inúmeras vezes e depois faz o movimento simétrico, levanta a perna esquerda e faz flexões com a perna direita. Procedo de modo aparentemente sistemático, como se estivesse treinando e realizando um programa esportivo em que ele é seu próprio técnico.

Pega, então, uma pequena garrafa de plástico que segura com as duas mãos, uma em cada extremidade, e se vira, pressionando as costas na mesa; faz movimentos pendulares de apoiar/soltar as costas. A garrafa não parece adequar-se ao que ele quer fazer. Vira-se para a mesa e pega uma pequena bandeja, com largura aproximada do seu peito, que segura do mesmo modo que a garrafa, com as duas mãos, uma em cada extremidade. Vira-se novamente, apoiando as costas na mesa e recomeça os movimentos de equilíbrio, em balanço, apoiando/soltando as costas. Imobiliza-se, encontrando aparentemente uma posição de equilíbrio sem apoio.

A seguir, avança em frente, segurando a bandeja e, de costas para a mãe, dá os primeiros passos, caminhando sozinho uma distância de pouco mais de um metro.

Referências

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016). *Estímulo ao parto normal*. Recuperado em 8 de abril de 2021, de https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a Developmental Phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 389-417.
- Bick, E. (2002). Notes on infant observation in psycho-analytic training. In A. Briggs & D. Meltzer (eds.), *Surviving space: papers on infant observation*. London: Karnac Books. (Trabalho original publicado em 1964)
- Jones, R. E. & Lopez, K. H. (2013). *Human reproductive biology*. San Diego: Academic Impress Inc.

- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. (Coleção Dictionnaires Quadrige, p. 499). Paris: Press Universitaires France. (Trabalho original publicado em 1981)
- Odent, M. (2005). *Césariennes: questions, effets, enjeux*. (Coleção Champ d'idée). France: Le souffle d'or.
- Perec, G. (1965). *Les Choses*. Paris: Éditions Julliard.
- Pikler, E. (1979). *Se mouvoir en liberté dès le premier âge*. Paris: Presses Universitaires France.
- Prat, R. (1996). Le miroir de la dépendance ou le traumatisme de la naissance vu du côté des parents. *Devenir*, 9(4), 7-21.
- Prat, R. (2008). *Maman-bébé: duo ou duel?* (Coleção Champ d'idée). Toulouse: Érès.
- Prat, R. (2014). Aux origines du narcissisme: le corps et l'autre. Nature des expériences relationnelles et corporelles précoces. Le rythme et le territoire. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 4.
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956)



Ampla e consistente coletânea, problematiza os desafios sobre o enigmático devir humano, independente de sua configuração familiar, com aportes clínico-teóricos que analisam a delicadeza desses encontros e desencontros primordiais.

Isabel Kahn, PUC-SP

Um manual sobre a intervenção psicanalítica na clínica infantil e na parentalização com textos de autores de renome internacional. *Rosa Tosta, PUC-SP*

Contribuição fundamental para os profissionais que atuam no campo da primeira infância com novas possibilidades para pensar a construção da parentalidade e os primórdios da subjetivação. *Silvia Zornig, PUC-RJ*

Abordar o tema da parentalidade, em sua abrangência e profundidade, é fundamental para toda a clínica psicanalítica.

Regina Aragão, CPRJ

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-116-1



9 786555 061161



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

VEJA NA LOJA

Fronteiras da Parentalidade e Recursos Auxiliares – Vol. 1 Pensando a clínica da primeira infância

Maria Cecília Pereira da Silva

ISBN: 9786555061161

Páginas: 390

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2022

Peso: 0.444 kg
