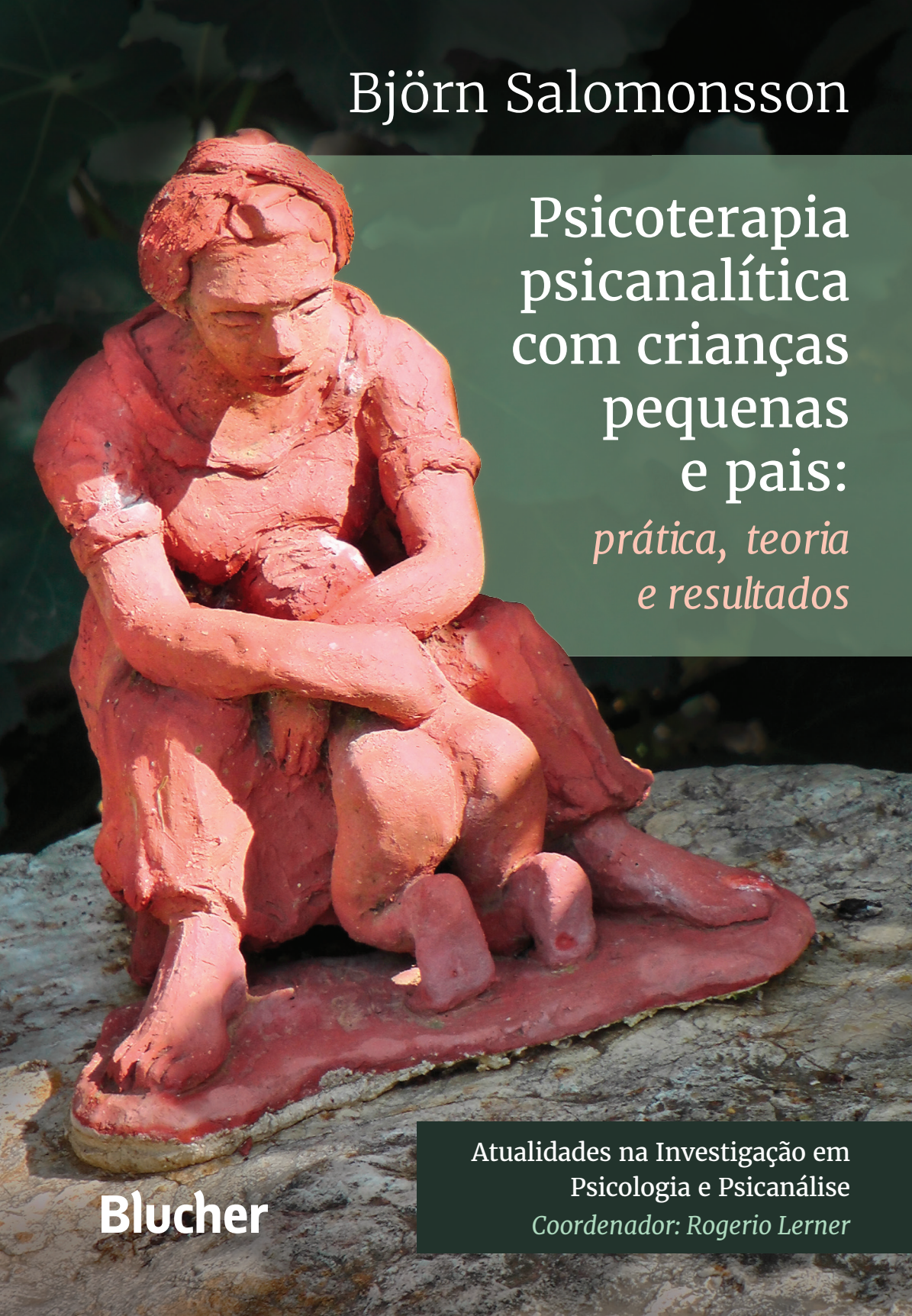




Björn Salomonsson

Psicoterapia
psicanalítica
com crianças
pequenas
e pais:
*prática, teoria
e resultados*

Blucher

Atualidades na Investigação em
Psicologia e Psicanálise
Coordenador: Rogerio Lerner

PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS PEQUENAS E PAIS

Prática, teoria e resultados

Björn Salomonsson

Tradução
Stephania A. R. Batista Geraldini

Psicoterapia psicanalítica com crianças pequenas e pais

Título original: *Psychoanalytic therapy with infants and parents: practice, theory and results*

© 2014 Björn Salomonsson

© 2017 Editora Edgard Blücher Ltda.

Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group.

All rights reserved.

Imagem da capa: escultura *Home*, de Henrietta Shapira

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 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

Salomonsson, Björn

Psicoterapia psicanalítica com crianças pequenas e
pais : prática, teoria e resultados / Björn Salomonsson ;
tradução de Stephania A. R. Batista Geraldini ; revisão
de Rogerio Lerner. – São Paulo : Blucher, 2017.

344 p. : il. (Atualidades na investigação em psicologia
e psicanálise / Rogerio Lerner)

ISBN 978-85-212-1122-8

Título original em inglês: *Psychoanalytic therapy with
infants and parents: practice, theory, and results*

1. Psicanálise infantil 2. Psiquiatria infantil 3.
Psicoterapia infantil – Participação dos pais 4. Pais e
filhos I. Título. II. Geraldini, Stephania A. R. Batista. III.
Lerner, Rogerio. IV. Série.

16-1127

CDD 618.928914

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicanálise infantil – Pais e filhos

Conteúdo

Introdução	15
1. O que se passa na mente do bebê? – Nic, 1 mês de vida	37
2. Representações primárias – Tina, 3 meses de vida	59
3. Continência – música materna e palavras paternas com Frida, 3 meses de vida	83
4. O que um bebê entende? – Karen, 8 meses de vida	105
5. A experiência de um bebê em relação à depressão materna – Beate, 16 meses de vida	125
6. A criança “dentro” do adulto – interagindo com Monica	147
7. O fóssil vivo – <i>Urvergessen</i> de Tristão	165
8. Conceitos clássicos revisitados I – repressão primária	183
9. Conceitos clássicos revisitados II – sexualidade infantil	205
10. Conceitos clássicos revisitados III – transferência	223
11. Tratamento psicanalítico mãe-bebê – isso funciona?	253
Epílogo	295
Referências	297
Índice remissivo	329

1. O que se passa na mente do bebê? – Nic, 1 mês de vida

*Doce bebê, no teu rosto,
Suaves desejos eu posso traçar,
Contentamentos secretos e sorrisos secretos,
Pequenos e belos truques de bebês.*

.....

*Da tua bochecha e dos teus olhos,
Através da jovem colheita da noite,
Truques de bebês e sorrisos de bebês,
Pedacos de encantamento do Paraíso e da Terra.*

Do poema “Uma música de ninar”

(Blake, 1994, p. 107. Publicado originalmente após 1789.)

No que os bebês estão pensando? Ou, se restringirmos o verbo “pensar” aos seres mais avançados que os bebês, teremos de reformular a nossa questão: o que se passa na mente dos bebês? Para os pais, essas questões parecem redundantes. Eles alegam que os seus bebês demonstram humor, alegria, raiva e outras emoções – sem esclarecer em que baseiam as suas opiniões. Sem hesitar, eles descrevem os seus filhos como pessoas que querem, desgostam, amam e têm intenções – embora nunca tenham tido nenhuma confirmação

verbal disso. O poeta britânico William Blake também pensava que os bebês nutriam desejos, de “contentamentos secretos” a “truques de bebês”, que formavam parte de seu caráter enigmático, angustiante e cativante.

O que se passa na mente do bebê? Ao contrário dos pais, os psicoterapeutas que trabalham com eles e seus bebês devem lidar com essa questão crucial e complexa. Certamente, se afirmamos que o nosso trabalho psicoterápico tem resultados pois *os pais* são afetados por nossas intervenções, a questão se torna supérflua. De acordo com essa afirmação, os pais serão afetados por nossas intervenções e mudarão o seu comportamento com o bebê, que, então, melhorará. Entretanto, hoje, a experiência de muitos clínicos (Baradon et al., 2005; Dolto, 1985; Lebovici & Stoléru, 2003; Norman, 2001; Salomonsson, 2007b; Thomson-Salo, 2007; Watillon, 1993) indica que os bebês não são afetados apenas pelas intervenções com os seus pais. Eles também pensam que os bebês podem ser atingidos *diretamente* num “diálogo” com o analista. Essas observações nos reproximam da nossa questão inicial. Vamos fazer isso recordando o exemplo cotidiano da introdução: Andrew, de 1 mês de vida, e sua mãe na cozinha.

Eu chamei a atenção para dois enigmas: quando Andy começou a chorar, sua mãe o pegou, o amamentou e o confortou. No entanto, ele não se acalmou e continuou chorando e olhando para ela. Ela respondeu dizendo: “Vamos, Andy, você não está bravo com a boba da sua mãe por não lhe pegar de uma vez!?”

Por que Andy não se acalmou assim que a mãe o pegou no colo? Por que a mãe fala sobre ele estar bravo e ela ser boba? Em relação à primeira questão, devemos usar uma perspectiva biológica e defender que ele, simplesmente, não conseguiu restabelecer uma condição fisiológica estável. Esse argumento se aplicaria a um recém-nascido, pois ele é “anterior à organização de fantasias que levam a estruturas significativas” (Van Buren, 1993, p. 574). Para dizer a verdade, vários experimentos têm mostrado que os bebês com poucas horas de vida podem discriminar entre as características sensoriais de suas mães e as de outras mulheres (Beebe & Lachmann, 2002; Meltzoff & Moore, 1994; Reddy, 2008). Também sabemos que os bebês são capazes de imitar um adulto no que diz respeito à protrusão da língua e à abertura da boca (Meltzoff & Moore, 1997; Nagy & Molnar, 2004). Por outro lado, essas capacidades não significam que eles estejam *fantasiando* sobre os seus pais. Por enquanto, temos apenas a certeza de que o choro de um recém-nascido representa processos biológicos regulatórios. Se isso também reflete experiências que poderíamos rotular de “emocionais” permanece sem comprovação.

Andy, no entanto, já tem 1 mês de vida. Um mundo subjetivo parece estar nascendo dentro dele. Pelo menos a sua mãe pensa que seu choro é o resultado de uma mente primitiva, com direção e intencionalidade: ele *quer* chorar *para* ela porque é impulsionado por algo que está em sua mente. Como devemos rotular esse “algo”? A teoria psicanalítica sugere que a nossa mente funciona a partir de *representações psíquicas*. Esse termo abrange o que supomos que se passa na mente do sujeito; aquilo que ele está prestes a *sich vorstellen*. O verbo reflexivo alemão significa colocar algo “ante a si mesmo”; uma cisão da mente em que uma parte observa a outra. Quando penso em “café”, imagino um líquido preto e levemente amargo que gosto de beber de manhã. Essa é a minha representação de café.

Reddy (2008), uma pesquisadora que estuda os bebês, questiona o conceito de representação psíquica para descrever o que se passa “dentro” deles. Tal termo sugeriria que podemos conhecer objetivamente a mente de um bebê a partir de uma “perspectiva de terceira pessoa”, como ela chama. Em vez disso, as suas expressões emocionais carregam “um significado *interativo*” (p. 79). Quando um bebê está imitando a protrusão da língua de um adulto, isso não resulta de qualquer representação subjetiva, como ‘Eu tenho vontade de sorrir e mostrar minha língua como aquele rapaz que está na minha frente’. Não, ele está envolvido em uma interação ou um jogo: ‘Esse rapaz e eu estamos participando juntos de uma brincadeira engraçada de sorriso e protrusão de língua’. O jogo demonstra a intersubjetividade primária do bebê (Trevarthen, 2001), não alguma representação “dentro” de sua mente.

Concordo que, muitas vezes, interagimos com o bebê e, assim, damos forma à nossa imaginação sobre o que pode estar por trás do comportamento dele. Esse foi o método que a mãe de Andy utilizou para chegar às suas conclusões. Também concordo que os bebês são bem qualificados para a interação, pois observam os sinais emocionais das pessoas que estão ao seu redor. Ainda assim, defendo que podemos considerar as suas representações em separado. Temos, também, a tendência de supor representações em bebês que *não* estão interagindo conosco. Se o pai de Andy está no cômodo ao lado ouvindo o menino chorar e os dois não estão interagindo, ele pode, mesmo assim, supor que algo se passa dentro de Andy. Em segundo lugar, representação é uma construção teórica que é “*inferida* a partir do funcionamento observável da mente de um indivíduo” (Skelton, 2006, grifos meus). Ninguém jamais viu uma representação. No entanto, presumimos que as pessoas têm pensamentos, vontades,

sentimentos e intuições – fenômenos que classificamos sob o termo representação: uma “reprodução mais ou menos consistente, dentro das nossas mentes, de uma percepção de uma coisa ou um objeto significativo” (Moore & Fine, 1990). Na teoria psicanalítica, geralmente, representação se refere a fenômenos mentais inconscientes. De acordo com a psicanálise francesa tradicional, representações constituem a nossa essência. Nas palavras de Lionel Bailly (2012), “nós somos o que pensamos e o que sentimos” (p. 6), e isso tudo é construído a partir de experiências que são representadas por significantes. Eles deslizam para dentro e para fora da consciência e são mantidos juntos em “um sistema de teorias” (idem).

Qualquer psicanalista poderia concordar até este ponto, mas, em seguida, objetar: “Concordamos que, sem o conceito de representações mentais, qualquer teoria psicológica desmoronaria. Mas o que faz com que vocês pensem que os *bebês* têm representações? E como vocês sabem que elas estão envolvidas no choro do pequeno Andy? Na minha prática diária, trabalho com representações que meus pacientes e eu verificamos ou refutamos no processo psicoterapêutico. Por exemplo, um homem pode relatar que sonhou com um bebê que chorava de forma inconsolável. Em virtude do histórico clínico, eu poderia interpretar isso como um reflexo da sua solidão, da sua raiva em relação a mim etc. A partir dessa resposta, então, seguiríamos com a análise. Mas eu não tenho o direito de dizer qualquer coisa sobre o choro de um bebê!”.

A lógica do argumento do nosso colega é respeitável e nos desafia a investigar a noção de representações dos bebês. Agora, demonstrarei que a teoria freudiana sempre teve como algo inquestionável o fato de os bebês terem representações mentais. Freud não se incomodou com o fato de que tais representações não podiam ser verificáveis. Ele presumiu que elas continham paixões e ideias e eram direcionadas para outro ser humano. No começo, ele chamou essa pessoa de “ajuda externa” ou “a pessoa experiente”. Mais tarde, ele passou a falar que a mãe e o seio eram os primeiros objetos das representações do bebê.

Em contraste, o pesquisador de bebês Daniel Stern foi mais restrito ao descrever as representações dos bebês. Descreverei a sua posição e a compararei com a minha, já que esta tem sido constituída ao longo de anos de trabalho psicanalítico com bebês e seus pais. Este capítulo conclui que precisamos de

um conceito especial para conceituar as representações em bebês. Sem isso, a nossa compreensão a respeito do psiquismo do bebê torna-se reducionista e focada apenas em manifestações comportamentais. No Capítulo 2, elaborarei algumas ideias de dois psicanalistas franceses, Jean Laplanche (1989, 1999a) e Piera Aulagnier (2001). Laplanche se deteve na questão de como os bebês são afetados pelas “mensagens enigmáticas” da mãe. Aulagnier sugeriu o termo “processo primário” para os processos mentais dos bebês. Finalmente, vou sugerir o termo *representação primária* para responder nossa pergunta inicial: o que se passa na mente do bebê?

Nosso perspicaz colega citado acima argumentou que os bebês não têm representações. No entanto, ignorou o fato de que é impossível traçar uma linha divisória clara entre as vidas pré-representacional e representacional. Ele poderia retrucar que essa linha é traçada quando a criança aprende a falar e entender o idioma. Entretanto, um simples exemplo clínico indica que essa posição é insustentável. Pierre, um bebê de 10 meses de vida, tem insônia. Sua mãe me diz que se sente um pouco perdida após a família ter se mudado para a nossa cidade. Ele está sentado em silêncio no seu colo, mas, de repente, começa a chorar enquanto olha para mim. Sua mãe me diz que isso acontece com outras pessoas também. “Ele parece ter medo, mas eu não sei por quê”. Eu poderia ignorar isso, já que é um comentário não verificável. Poderia dizer que não sei nada sobre o que se passa em sua mente ou se ele quer comunicar algo. Esse ponto de vista concordaria com uma perspectiva estritamente behaviorista, mas contradiria a intuição do dia a dia e os pressupostos básicos da teoria psicanalítica. As escassas referências à teoria freudiana entre os psicanalistas de crianças de hoje podem sugerir que a psicanálise clássica foi se desinteressando da psicologia infantil. Agora, vamos consultar os textos de Freud para investigar se isso é correto.

Freud sobre as representações dos bebês

Quando lemos o grande esforço de Freud para integrar psicologia e neurofisiologia em uma metapsicologia psicanalítica, *Project for a scientific psychology* (1895/1950), a linguagem confusa pode esconder o seu foco na vida

psicológica do bebê. Freud descreve a experiência de satisfação, que é, obviamente, um evento psicológico, em termos neurofisiológicos: como uma descarga neuronal. Mas ele acrescenta que isso não pode acontecer a menos que haja uma “alteração no mundo externo (o fornecimento de alimento, a proximidade do objeto sexual)” (p. 318). Isso ocorre por meio de “ajuda externa” de “uma pessoa experiente”, que é atraída para o estado do bebê “pela descarga ao longo da trajetória de mudança interna” (idem). Falando na linguagem cotidiana, Freud explica que o bebê continua chorando até que a mãe lhe escute e conforte. Outro exemplo de sua luta para descrever os eventos psicológicos em termos neurofisiológicos é a sua sugestão de que ocorre uma catexia de “neurônios que correspondem à percepção de um objeto” (idem). Hoje, raramente dizemos que o objeto mãe é catexizado, mas que ela é um objeto continente (Bion, 1962a) ou uma figura de apego (Bowlby, 1969) – dependendo da terminologia que preferimos.

Embora Freud ainda não fale de representações dos bebês, tal noção é fácil de identificar já no *Project*. Por exemplo, ele sugere que, quando comunica seus anseios e angústias para “a pessoa prestativa” (p. 318), o bebê vai perceber este objeto como hostil. Freud descreve um bebê angustiado e gritando com representações negativas do objeto. Temos a impressão de que Freud é kleiniano, mesmo antes de Klein! Em *The interpretation of dreams* (1900), ele se concentra em outra entidade correspondente ao termo representação: o desejo. Quando surge uma necessidade no bebê, um impulso psicológico vai “recatexizar a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação da satisfação original. Um impulso desse tipo é o que chamamos de *desejo*” (pp. 565-566, grifos meus). Evidentemente, recatexizar uma memória de um evento gratificante implica reevocar uma *representação* carregada de afeto.

O interesse de Freud nos bebês também é evidente em suas obras sobre os sintomas histéricos, que ele considera uma “reativação de uma impressão infantil” (1909b, p. 230). Ele descreve a psicoterapia psicanalítica como sendo um método pelo qual o psicoterapeuta fornece “traduções de um método estranho de expressão para um que nos é familiar” (Freud, 1913, p. 175). Assim, ele oferece interpretações de pacientes que falavam sobre o que os sintomas histéricos poderiam significar. Ele também pensava que as representações

estavam envolvidas nos sintomas? Já fizemos alusão a uma resposta positiva para essa pergunta, mas adiaremos uma conclusão definitiva.

Em alguns trabalhos, Freud oscila entre descrever os bebês em termos biológicos e psicológicos. Em uma passagem sobre a sexualidade infantil (1905b), permanece obscuro se as representações estão envolvidas quando um “bebê [está] deitado de forma relaxada, saciado pelo peito e caindo no sono com as bochechas coradas e um sorriso de felicidade” (p. 182). Em outra passagem, isso fica mais claro: a angústia em bebês, originalmente, expressa “que eles estão sentindo a perda da pessoa que amam. É por essa razão que eles demonstram medo diante do estranho” (p. 224). Evidentemente, um bebê que ama e teme as pessoas deve ter formado representações delas. No entanto, nessa passagem, Freud só fala de crianças com idade suficiente para distinguir os pais de estranhos. Portanto, devemos retomar os seus escritos sobre “crianças de colo” (Freud, 1925-1926, p. 138). Suas angústias são condicionadas pela separação da mãe. Elas não precisam ser explicadas em linhas psicológicas, mas “podem ser justificadas simples e suficientemente pela biologia” (idem). Aqui, Freud nega que o recém-nascido tenha representações. Mas ele é inconsistente: rotula tal ansiedade como um “fenômeno automático”, um “sinal de resgate”, bem como um “produto do desamparo *mental* da criança” (p. 138, grifos meus). Obviamente, ele presume que os processos mentais, ou seja, as representações, estão presentes mesmo no bebê muito pequeno. Em outras palavras, o termo *hilflosigkeit* ou desamparo se refere tanto à condição biológica quanto psicológica do bebê. Momentos repetidos de contrariedade a esse desamparo, ou seja, aqueles momentos em que o bebê experimentou satisfação, criaram o objeto materno. “Esse objeto, sempre que o bebê sente uma necessidade, recebe uma intensa catexia que pode ser descrita como um ‘anseio’” (p. 170). Para concluir, o termo “catexia de anseio” implica que o bebê tenha formado uma representação da mãe.

No texto *The unconscious*, Freud (1915c) continua lutando com o conceito de *Vorstellung* enquanto procura entender a diferença entre as experiências conscientes e inconscientes. Ele afirma que um instinto só pode ser representado por uma ideia (*Vorstellung*). Então, ele altera isso e sugere que o instinto pode ser anexado a uma ideia ou aparecer como um “estado afetivo” (p. 177). Aqui, Freud difere, mais claramente que nunca, entre duas *Vorstellungen*:

representação-coisa e representação-palavra. Cada representação se origina como uma representação-coisa inconsciente. Mais tarde, uma representação-palavra é adicionada e, agora, pode se tornar consciente ou, alternativamente, permanecer reprimida. Por tentativa, poderíamos concluir que, se representações-coisa inconscientes são “as primeiras e verdadeiras catexias de objeto” (p. 201), elas seriam as únicas existentes na mente do bebê. No entanto, essa conclusão nos cria um problema. Como Maze e Henry (1996) observaram, um bebê tem muitas representações conscientes que ainda não estão ligadas a palavras: a voz da mãe, o latido de um cachorro, o cheiro do leite ou a imagem angustiada que Pierre tem de mim. Tais representações, portanto, estão fora da divisão bipartidária de Freud.

Freud talvez não tenha se atentado a essa inconsistência, mas percebeu outra complicação: a diferenciação entre a representação-coisa e a representação-palavra está longe de ser clara. Representações-palavra também contêm percepções sensoriais, como quando um bebê está ouvindo o “som-imagem” (1915c, p. 210) da palavra falada. Cada palavra tem uma qualidade de “coisa” para ela mesma. Se a linha divisória entre as vidas pré-representacional e representacional é indistinta e não coincide com a aquisição da linguagem pela criança, Freud nos ajuda a entender por que uma palavra é construída a partir de “elementos auditivos, visuais e cinestésicos” (idem). É uma representação complexa cujos significados também residem na forma como ela soa, “parece” e é sentida. O nosso Andy é suscetível a esses elementos. Quando a sua mãe diz: “Vamos, você está bravo com a boba da sua mãe”, isso pode ter muitos significados para ele: ‘Bom som, bom sorriso, ela olha para mim, boa respiração’ ou quaisquer palavras com as quais devemos nos contentar para descrever as suas representações.

Em suma, de acordo com a visão mais eminente de Freud, o bebê constrói representações. Elas são carregadas de afetos e conectadas com experiências de eventos corporais internos e/ou com um objeto externo. Melanie Klein tem sido frequentemente acusada de – ou elogiada por – ser a primeira analista a descrever as representações dos bebês. Nossa pesquisa indica que isso é historicamente incorreto. A noção de Freud de representações dos bebês não era um capricho trivial ou uma especulação confusa, mas um marco teórico. Muitos de seus conceitos foram construídos a partir de observações e hipóteses sobre

as crianças: a psicologia do sonho (1900), a formação do inconsciente (1915c), o princípio do prazer (1920), a repressão primária e a repressão propriamente dita (1915b), os processos primários e secundários (1911) e a sexualidade (1905b). Devemos também lembrar que, como Freud observou, o impacto psicológico da infância continua ao longo da vida: nossa mente adulta é “baseada nos traços de memória de nossas impressões [...] as impressões que tiveram o maior efeito sobre nós – aquelas de nossa mais tenra juventude – são precisamente as que quase nunca se tornam conscientes” (1900, p. 539). Em outras palavras, existe um bebê dentro de cada um de nós.

Pesquisas sobre bebês versus experiências psicanalíticas

A teoria psicanalítica acredita que os bebês têm representações. Isso nos desafia com uma nova tarefa, ou seja, explicar seu conteúdo. Pierre realmente sente medo quando está olhando para mim? Se sim, como ele visualiza o médico que está na sua frente e que lhe dá alguns sorrisos amistosos intercalados com um ou dois breves comentários? Da mesma forma, o que se passa na mente de Andy quando ele é pego no colo por sua mãe, mas continua emburrado e olhando irritado para ela? Ele está dominado por representações “ruins” ou está simplesmente de mau humor, o que não tem nada a ver com qualquer imagem interna de sua mãe? Será que ele está prestes a pegar um resfriado, o que o deixa irritado e mal-humorado? A última sugestão é simples, mas foge da nossa principal tarefa: quaisquer que sejam as razões por trás do choro de Andy, devemos tentar descrever o que está acontecendo dentro de sua mente.

Vamos começar perguntando para a mãe de Andy. Ela poderia sugerir: “Andy estava bravo porque não o peguei no colo imediatamente. Agora, ele percebe que o estou confortando, mas ainda está bravo comigo”. Em termos mais abstratos, ela considera que há uma divisão entre a “realidade psíquica subjetiva” (Stern, 1988, p. 506) (refletida pelo seu choro persistente) e a “realidade interpessoal” (o fato de ter conseguido o seio) dele. Talvez, Andy também tenha um problema *dentro* de sua realidade subjetiva; ele não pode lidar com duas ideias opostas ao mesmo tempo (‘Mamãe é boa’ e ‘Mamãe é boba’).

Antes de investigarmos esses fenômenos mentais do início da vida, vamos recapitular o aviso de Fonagy (1996): observações do comportamento dos bebês confirmam que as especulações psicanalíticas, por vezes, presumiram capacidades neles que estão “fora do quadro de desenvolvimento” (p. 406). De acordo com essa crítica, os psicanalistas são, por assim dizer, hipercriativos. Eles imaginam processos mentais que os bebês são, simplesmente, incapazes de ter. A relevância da observação e da pesquisa de bebês para a psicanálise tem sido debatida por Daniel Stern, André Green e outros (Sandler, Sandler, & Davies, 2000). Stern afirma que a pesquisa de bebês é essencial para nos informar sobre o seu comportamento *e* o seu mundo interno. Em contraste, Green insiste que apenas os achados no *setting* analítico podem nos levar a conclusões válidas sobre o mundo interno, ou seja, o domínio subjetivo e inconsciente, que é o foco da investigação psicanalítica.

Argumentarei a favor de uma terceira hipótese: diálogos com a mãe e o bebê em *psicoterapia psicanalítica* podem produzir uma base para as nossas suposições sobre as representações dos bebês. O método de investigação é semelhante ao que usamos com pacientes mais velhos: observamos comportamentos, ouvimos comentários e usamos a nossa contratransferência para compreender o funcionamento da mente dos participantes. Em contraste, o pesquisador de bebês não entra em diálogo com o seu jovem sujeito. Assim, as suas conclusões são baseadas apenas em observações comportamentais e diálogos com a mãe. Dito isso, também sugiro que a pesquisa com bebês pode complementar os resultados alcançados no *setting* psicanalítico: ela nos ajuda a entender o momento de acessibilidade psicoterapêutica em crianças, como discutirei no Capítulo 2. Ela também pode inspirar a compreensão psicanalítica de forma semelhante a outras influências: poesia, literatura analítica, neurociência, nossas experiências de vida etc. Por exemplo, o experimento do rosto imóvel (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978) demonstra com grande evidência a reação de um bebê frente a uma mãe com um rosto sem vida e não responsivo. Para o analista, isso pode funcionar como uma metáfora da depressão pós-parto e de suas consequências. Usado dessa forma, poderá aprofundar a sua compreensão do trauma infantil de um paciente adulto. Também poderá chamar a sua atenção para o forte impacto da comunicação não verbal que ocorre na

sessão. Outro exemplo é a observação de bebês usada na formação analítica. Muitos estudantes têm notado “a intensidade do impacto da experiência, seus efeitos duradouros e sua central contribuição tanto para a compreensão psicodinâmica de encontros íntimos com outras mentes e relações quanto para a influência de tais encontros na compreensão de si mesmos” (Waddell, 2006).

Minha hipótese é, portanto, que apenas a pesquisa com bebês ou apenas observações e reconstruções em análise com adultos não fornecerão um quadro completo dos fenômenos mentais dos bebês. Também devemos levar em conta o bebê em psicoterapia pais-bebê com orientação psicanalítica. Essa ideia surgiu a partir de um caso clínico que representa uma versão ampliada do caso de Andy. Quando conheci Nic, um menino de duas semanas de vida, e sua mãe (Salomonsson, 2007a), ela me disse que tinha uma ferida em um dos seus mamilos. Começamos o tratamento de acordo com o método psicanalítico mãe-bebê sugerido por Norman (2001, 2004). Notei que, embora a ferida houvesse cicatrizado, Nic continuava inquieto e trêmulo. Algo além da reação da mãe à dor deveria, agora, orientar seu comportamento aversivo. Como observei duas atmosferas emocionais distintas enquanto ele era amamentado, uma calma e uma agitada, presumi que ele abrigava duas representações contrastantes relacionadas com a amamentação. Alternadamente, uma representação presente era ofuscada por uma memória específica que agiu como “um guia mais potente para interpretar a ‘realidade interpessoal’ encontrada no momento” (Stern, 1988, p. 511). A questão era se as suas lembranças apenas diziam respeito ao mamilo machucado ou se ele também tinha percebido atitudes contraditórias *da mãe* em relação à amamentação e à maternidade. Se assim fosse, isso poderia ter dado passagem para um confronto de representações com o qual ele não podia lidar.

Encontros terapêuticos com Nic e outros bebês me levaram à hipótese de que (1) em distúrbios na relação pais-bebê, é preciso considerar os processos mentais dos pais e do bebê e (2) precisamos de um conceito psicológico para o que se passa na mente do bebê, independentemente do quanto tais processos mentais sejam primitivos. Vamos, agora, abordar essas ideias por meio do caso de Nic e sua mãe Theresa, ou Tessie, como era chamada.

Nic e sua mãe, Tessie – um caso de problemas com a amamentação

Primeiro, vou descrever a técnica que uso geralmente nesses casos: o tratamento psicanalítico mãe-bebê (MIP) (Norman, 2001; Salomonsson, 2007a, 2007b, 2009, 2011). Por favor, tenha paciência comigo se a descrição parece breve, voltarei a ela ao longo de todo o livro. No MIP, as sessões acontecem com os bebês e com as mães. O número e a frequência das sessões são flexíveis, desde algumas sessões semanais até um ano de trabalho analítico quatro vezes por semana. A razão para essa elasticidade é que o sofrimento e a patologia da mãe e do bebê, bem como a motivação da mãe e as possibilidades de continuar em psicoterapia, podem variar consideravelmente. Qualquer que seja a duração e a frequência que decidirmos, o *setting* nos permite manter uma atitude psicanalítica. Eu foco nas manifestações inconscientes da mãe e da criança e considero a transferência e a contratransferência como as arenas centrais em que elas emergem. O método enfatiza a contenção (Bion, 1962a) do bebê e presume que um bebê com problemas estará propenso a procurar tal contenção quando experimentar a minha atenção. Consequentemente, tento estabelecer uma relação com o bebê para me tornar esse continente. Consigo isso recebendo e processando na contratransferência a angústia que a criança evoca em mim – e, depois, comunicando-a de forma que ela possa assimilar.

É desnecessário dizer que o bebê não entende o conteúdo lexical das interpretações. A ideia é, em vez disso, utilizar a sua capacidade de processar os cumprimentos de onda emocionais das palavras, ou os seus elementos auditivos, visuais e cinestésicos, como Freud chamou. Conforme o bebê é capturado por eles, talvez os afetos angustiantes por trás dos sintomas funcionais possam ser liberados. A mãe é emocionalmente afetada por esse intercâmbio e vai entender melhor como os afetos e os sintomas do seu bebê estão conectados. Isso, mais a contenção de sua angústia pelo analista, pode vitalizar os cuidados maternos e a relação mãe-bebê.

Meu contato com Tessie e Nic, de duas semanas de vida, foi intermediado por uma enfermeira do centro de saúde infantil. Na nossa primeira consulta, Tessie me disse que “quase se arrependia” de ter se tornado mãe. Ela estava assustada com fantasias de que Nic poderia ser morto em um acidente. Sua

irritação e sua frustração foram misturadas com sentimentos ternos e amorosos. Notei que, durante a amamentação, ele estava empurrando e jogando a cabeça para trás como se evitasse o mamilo. Por outro lado, ele o sugava por inteiro em vez de ritmicamente, para nutrição.

Em virtude do pânico da mãe e da angústia do menino, sugeri a Tessie que nos víssemos quatro vezes por semana. Ela concordou e o tratamento foi iniciado imediatamente. Logo, descobrimos o padrão diferencial de Nic em relação à amamentação: ele aceitava bem o seio esquerdo, mas evitava ou empurrava o outro. Dado que a ferida tinha sido curada completamente, o padrão de amamentação tinha de estar fundado nas primeiras interações, que foram prejudicadas por conta do mamilo ferido. Além disso, logo me dei conta da ambivalência de Tessie em relação à maternidade e ao casamento. Ela era uma mãe dedicada e amorosa, mas também com ciúmes e raiva de seu bebê.

Além disso, fiquei com a impressão de que Nic havia internalizado as atitudes contrastantes de sua mãe. Portanto, voltei meu instrumento analítico não só para os “fantasmas no quarto do bebê” (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975) de Tessie ou suas projeções em direção a Nic (Cramer & Palacio Espasa, 1993), mas também para os fantasmas que *ele* parecia abrigar. Eu abordei a sua ambivalência em relação à maternidade e à sua própria mãe. Também pude formular uma imagem do mundo interno de Nic sentindo como as suas comunicações ressoavam (Norman, 1994; Salomonsson, 1998) em partes infantis de minha própria personalidade. Portanto, utilizei aspectos concordes (Racker, 1968) da minha contratransferência para entender o seu mundo. Técnicas semelhantes foram sugeridas por diversos autores (Baradon et al., 2005; Lebovici Stoléru, 2003; Pozzi-Monzo & Tydeman, 2007; Thomson-Salo, 2007; Watillon, 1993). Por exemplo, Thomson-Salo (2007) argumenta que “estabelecer uma relação com as crianças ficando no mesmo nível que elas, geralmente, parece acarretar uma mudança em seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, e nos pais também” (p. 965). A técnica MIP insiste mais no desenvolvimento de uma relação analítica específica com o bebê. No Capítulo 10, vamos discutir se isso vai fazer o bebê desenvolver uma transferência com o analista. Qualquer que seja a conclusão a que chegaremos, até o momento, percebemos que uma das principais ideias do MIP é ajudar o bebê a dirigir os seus afetos não modulados *vis-à-vis* com o analista.

Nic – uma vinheta da quarta sessão

Cinco dias se passaram desde o nosso último encontro. A mãe entra com Nic, que agora está com três semanas e meia de vida. Ela parece mais relaxada que na sessão anterior.

Analista para Nic: Você está olhando para mim, Nic. Você não fez isso antes.

Mãe: Não...

Analista para Nic: Eu vejo alguém me encarando!

Mãe: Sim, Nic, o que foi isso? Você reconhece Björn, ainda que vagamente?

A para Nic: Talvez você reconheça a minha voz. Mas no seu mundo, se passou um longo tempo desde o nosso último encontro.

Mãe: Sim...

A: Centenas de minutos atrás... Você parece cansado, Nic... Seu olhar está se movendo em direção ao teto. Talvez você esteja prestes a dormir.

M: Ele caiu no sono assim que saímos de casa... Pensei muito nesse fim de semana sobre o que falamos da última vez que estivemos aqui. Foi pesado. Ontem e hoje, as coisas ficaram melhores. Uma das grandes mudanças desde o nascimento de Nic é que me sinto tão limitada, até para ir ao banheiro! Eu não posso suportar a ideia de que preciso estar lá, o tempo TODO, para ele. Eu quero ir ao banheiro quando eu preciso!

Neste momento, Nic geme e espreguiça.

Mãe para Nic: Sim ...?

Analista para Nic: Você está gemendo e espreguiçando. Você parece irritado, talvez você se sinta limitado como a mamãe.

Mãe muda Nic para uma posição mais confortável em sua cadeirinha, mas ele não está satisfeito.

Mãe: Isso não parece confortável, Nic.

A para Nic: Há algo nisso que o desagrada. Agora, você está virando a cabeça para o lado contrário da sua mãe.

Mãe: Sim...

A para Nic: Você olha para outro lugar, para algum lugar lá fora.

As representações de Nic

Presumi que o gemido, o espreguiçar e a recusa do olhar de Nic estavam relacionados com o descontentamento da mãe. Portanto, supus que ele carregava representações a respeito de uma interação angustiada. Também pensei que, quando ele mamava calmamente no seio esquerdo, suas representações estavam em ressonância com as atitudes maternas positivas dela. Em contraste, os movimentos de sua mão direita e suas caretas pareciam ser resultado das representações que refletiam o sentimento negativo da mãe em relação à maternidade. Um exemplo da ambivalência dela ocorreu quando Nic sugou o dedo em vez de sugar o mamilo. Em um tom de preocupação, ironia e irritação, ela exclamou: “Não, querido, não há comida em seu dedo!”. Na contratransferência, me senti desconfortável, preocupado e confuso, uma vez que sua mensagem parecia, ao mesmo tempo, útil, desencorajadora e rejeitadora.

A contínua inquietação de Nic, no entanto, não podia ser explicada apenas pela ironia de sua mãe. Cheguei a essa conclusão quando observei que ele também resmungava quando ela estava relaxada e era afetuosa. Assim, traços de memória de experiências emocionais contrastantes tinham começado a se organizar. Eu comecei a falar sobre elas me dirigindo a Nic: “Você tem muitos sentimentos, Nic. A fome dói dentro de você. Você sente o leite maravilhoso da sua mãe. Você também se lembra de quando não gostava do seio dela, porque ela disse “Ai” quando ele estava machucado. Seus sentimentos entram em conflito. Você não quer o seio e joga a cabeça para trás. Então, você fica com fome e quer o seio de qualquer maneira. E a mamãe fica estressada”. Isso é um exemplo de como contendo um bebê angustiado. Outro exemplo é encontrado no trecho anterior, quando eu disse a Nic que ele estava se espreguiçando, parecendo irritado e sentindo-se limitado.

Bailly (2012) sugere que cada indivíduo tem um sistema de teorias desenvolvido a partir das experiências ao longo da vida. Tais experiências são capazes de produzir traumas quando não se consegue traduzi-las em símbolos. Um evento terrível pode resultar tanto em um “buraco na cadeia de significantes” (p. 7) como em um desajuste em relação ao sistema de teorias do indivíduo. Em seguida, “pedaços de informação incompatíveis” (idem) surgirão na psique ao mesmo tempo. Esse foi o dilema de Nic. O comentário da mãe “Não há comida no seu dedo” lhe forneceu informações incompatíveis: uma mistura entre um fato concreto (leite não emerge de um dedo), uma faceta da atitude emocional da mãe (“Eu te amo e quero ajudá-lo a sugar o meu mamilo”) e ainda outra faceta (“Você é tão cansativo quando está reclamando”). Nic não poderia construir um sistema coerente de teorias diante de tal confusão. A minha fala, “Seus sentimentos entram em conflito”, visa clarear essa “ruptura do processo de transcrição” (p. 7).

Usando outra terminologia, eu contive a criança prestando atenção à interação mãe-bebê, refletindo sobre seus possíveis significados e *nomeando* as angústias presentes nela. As minhas palavras para Nic visavam transmitir que havia alguém do outro lado do muro tentando entender a confusão dele e de sua mãe. Acredito que isso tenha sido responsável pelo progresso de Nic; a amamentação foi normalizada completamente depois de algumas semanas e ele terminou sua participação no processo terapêutico depois de dois meses. Tessie queria continuar em psicoterapia individual, pois, como ela mesma disse, “Eu não sinto que sou uma boa mãe”. Esse trabalho durou três anos e girou em torno de suas tendências anoréxicas, sua insatisfação conjugal e seu mundo de fantasia masoquista. Uma relação ambivalente com a sua própria mãe também foi analisada. Sua psicoterapia me permitiu acompanhar o desenvolvimento de Nic por meio de seus relatos. Também o encontrei novamente uma ou duas vezes. Ele permaneceu uma pessoa feliz e sociável, e Tessie me enviou uma carta positiva quando ele tinha 4 anos de idade. Assim, foram anos de psicoterapia para ajudá-la em sua ambivalência em relação à maternidade e à feminilidade, mas apenas algumas semanas para ajudar Nic a dissolver as suas representações ambivalentes a respeito do seio.

Um comentário crítico

Aqui, um ponto crítico apresenta-se de imediato: “As intervenções do analista não atingem o bebê. Elas têm um efeito na mãe, cujas angústias diminuem. Quando ela se acalma, Nic se acalma também”. Esse argumento e a minha resposta são ilustrados na Figura 1.

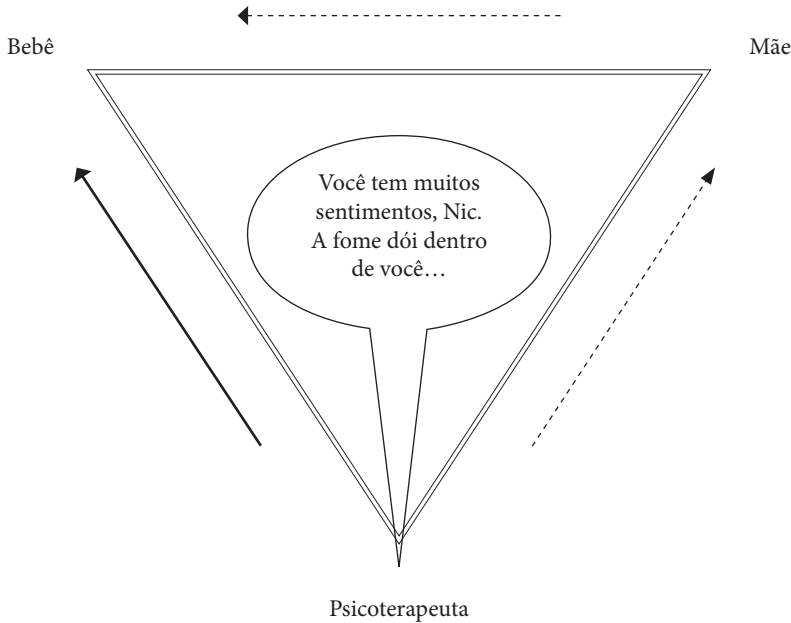


Figura 1 Uma visão esquemática da interação entre psicoterapeuta, bebê e mãe.

A visão do nosso crítico colega é ilustrada por meio das duas linhas pontilhadas que partem do terapeuta para a mãe e, daí, para o bebê. Ele considera que as minhas palavras “Você tem muitos sentimentos, Nic” tocam, na realidade, a mãe. Elas alteram o equilíbrio emocional dela, que se torna capaz de confortar Nic. Compartilho dessa visão, mas, para mim, ela só fornece metade da explicação. A outra metade é que o bebê também é afetado diretamente pelas minhas intervenções. Esse argumento é representado pela linha grossa que parte do terapeuta para o bebê. Como isso é possível? Percebo a dificuldade em dar uma resposta plausível – mas esta dificuldade desafia igualmente o nosso colega crítico. Ele poderia argumentar que a intervenção ajudou a mãe

a mudar o seu tom de voz, o seu jeito de segurar o bebê, a sua tensão muscular etc. Embora isso soe bastante razoável, não é possível explicar completamente o mecanismo psicoterapêutico. Nosso colega teria o desafio de explicar como o bebê é capaz de captar a nova maneira da mãe de confortá-lo.

Assim, se o nosso colega afirma que a mãe é afetada pelas intervenções analíticas e o bebê sentirá os seus efeitos secundariamente – ou eu afirmo que ele *também* pode ser afetado diretamente por minhas intervenções –, nós enfrentamos o mesmo desafio: explicar como o bebê é afetado pela interação humana. Não vejo nenhuma diferença entre eu dizer a Nic “Você tem muitos sentimentos” e Tessie dizer a ele “Vamos, Nic, o que há com você hoje?”. Essas são comunicações que estão no mesmo nível e afetam o menino. Para ser honesto, Nic não foi afetado pelo conteúdo lexical das minhas intervenções, mas por outros níveis de comunicação, como o meu tom de voz, as minhas expressões faciais, os meus gestos de mão espontâneos etc. Penso que essa comunicação foi capaz de transmitir representações que eram menos angustiantes e mais continentais. Isso fez com que elas diferissem das que ele guardava – e/ou das que a mãe lhe comunicava.

Neste ponto, nosso colega pode estar convencido de que ambos lidamos com a mesma questão, ou seja, como o bebê é afetado pela alteração do estado mental da mãe e/ou pelas intervenções do psicoterapeuta. Porém, ele pode ter outro argumento: “Tudo bem, não podemos responder por quem o bebê é afetado, mas, qualquer que seja a resposta correta, é apenas o seu comportamento que é afetado, não o seu mundo interno.” Como resposta a isso, eu diria que, se queremos compreender a influência das nossas intervenções a partir de um ponto de vista psicanalítico, devemos especular sobre como elas afetam as representações do bebê. Assim, é hora de voltar a esse conceito.

Representações na teoria de Stern

Abordarei as representações infantis a partir de uma perspectiva teórica, começando com um dos pesquisadores mais citados neste campo, Daniel Stern. Em *The interpersonal world of the infant* (1985), ele fala das primeiras representações da criança como “formas, intensidades e padrões temporais”, isto é,

“qualidades globais da experiência” (p. 51). Ele descreve o bebê com uma “vida subjetiva muito ativa, cheia de paixões e confusões que se transformam” (p. 44). O bebê vive em “um estado de indiferenciação”, enquanto luta com “eventos sociais obscuros que, possivelmente, são vistos como desconectados e não integrados” (idem). Essas experiências são acompanhadas de *afetos de vitalidade*. Na verdade, a própria subjetividade é constituída por meio destes. Os seus “movimento, dinâmica e evolução temporal... imprimem significado à experiência de um sentimento, uma sucessão de memórias, ou qualquer processo mental” (Koppe, Harder, & Væver, 2008, p. 169). Seu significado é *forma*, por exemplo, “surgindo, esmorecendo, desaparecendo” etc. (Stern, 1985, p. 54). É possível que eles correspondam à noção de Freud de “descarga motora”, um fenômeno que está sempre incluído em uma experiência afetiva (1915c, p. 179). No entanto, Freud imaginou que algum tipo de pensamento foi incorporado num afeto. Em contraste, esses afetos de vitalidade “não refletem o conteúdo categorial de uma experiência” (Sandler et al., 2000, p. 86).

Como o autodesenvolvimento da criança continua, ela se torna capaz de calcular e representar pré-verbalmente eventos e experiências interativos importantes e recorrentes. Ela criará “representações de interações que foram generalizadas (RIG)” (p. 97). A fim de me concentrar em como os meus próprios pontos de vista e os de Stern diferem, vou deixar essas RIG de lado uma vez que elas aparecem numa idade mais avançada que a de Nic. Os “afetos de vitalidade” de Stern diferem das representações que considerei que dirigiam os grunhidos e as lamentações de Nic. Quando eu disse: “Há algo de que você não gosta. Você está virando a cabeça para o lado oposto ao que sua mãe está”, imaginei que o seu comportamento refletia algum conteúdo ideacional, ainda que primitivo. Para expor outra divergência, Stern diz que um bebê não experimenta o mundo primariamente em termos de prazer/desprazer nem faz representações de uma mãe “boa” e “ruim”. Para ele, tais noções refletem uma tendência de “adultomorfizar” ideias sobre a mente da criança, ou seja, imputar processos à sua mente que, de fato, são originárias do nosso mundo de fantasia adulto (Peterfreund, 1978). Essa crítica é semelhante à de Fonagy (1996), citado anteriormente, a saber, que os analistas tendem a presumir capacidades que se encontram fora do quadro de desenvolvimento do bebê.

Apesar de respeitar a lógica por trás dessas objeções, tive muitas experiências psicoterapêuticas que indicaram que prazer e desprezo são categorias

essenciais nas representações de um bebê. Evidentemente, sei tão pouco quanto qualquer outra pessoa sobre o que o bebê “realmente” pensa. Concordo também que termos como “a mãe má” ou “o *self* mau” são simplistas. No entanto, eles apelam para a nossa intuição e se mostram produtivos para os nossos esforços psicoterapêuticos. Para abordar essas questões, temos de esperar até o Capítulo 2 e sua seção sobre a teoria semiótica. Nela, discutirei se temos quaisquer métodos válidos que possam confirmar – ou refutar – tais noções.

Stern retorna às representações de bebês, ou “esquemas-de-estar-com”, em *The motherhood constellation* (1995). Eles são construídos a partir de experiências interativas, ao passo que “fantasias e elaborações imaginárias” são adicionadas posteriormente (p. 81). A sua dimensão afetiva é descrita como “formas de sentimento” ou “envelopes protonarrativos”, não como possuidora de qualquer conteúdo. Consequentemente, o bebê não tem fantasias a respeito da realização de desejos e não precisa repelir o conteúdo desagradável “por razões defensivas” (1985, p. 11). Em contraste, argumento que a angústia de Nic espelha *representações com conteúdo afetivo de oposição* que ele deve evitar. Portanto, sustento que, se os afetos de vitalidade não são emoções, estados motivacionais ou percepções puras e se eles “não pertencem a nenhum conteúdo particular” (2010, p. 8), então, esse conceito corre o risco de se fixar “sobre as congruências da forma pura” (Koppe et al., 2008, p. 175) e ignorar o conteúdo do afeto e o objeto humano que este pode englobar.

Minha crítica aos conceitos de representação e afeto de vitalidade de Stern é diferente da de André Green (J. Sandler et al., 2000, p. 86). Para ele, a observação de bebês “não pode nos dizer nada sobre os processos intrapsíquicos que realmente caracterizam a experiência do sujeito” (p. 60). Nossa pesquisa a respeito da teoria psicanalítica clássica prova até que ponto isso é baseado em especulações que emergiram das observações de bebês feitas por Freud – embora não sistemáticas. Minha crítica, por outro lado, é voltada para Green e Stern, uma vez que eles não fazem uso das experiências provenientes das psicoterapias pais-bebê. Estes cenários evocam múltiplos dados e os tornam interpretáveis. Não afirmo que minhas interpretações sejam objetivas. Em vez disso, elas são baseadas em minha atenção flutuante às comunicações dos pacientes e às minhas reações subjetivas. Similarmente a qualquer outra interpretação, elas refletem minhas suposições sobre o que o bebê e a mãe estão comunicando

sobre seus mundos internos; em suma, como eu procuro entender o que se passa nas mentes de Tessie e Nic. Assim, me sinto no direito de supor um conteúdo afetivo por trás do comportamento da criança em psicoterapia. Apenas o curso clínico pode validar ou refutar tais suposições. Qualquer um poderia, naturalmente, alegar que um bebê não pode confirmar uma intervenção. Portanto, minhas suposições sobre o significado oculto em um comportamento devem ser incertas. No entanto, isso também se aplica ao trabalho com adultos. Um psicoterapeuta que ouve apenas o conteúdo literal das palavras de um paciente vai se perder, a não ser que ele também leve em conta os modos de falar, a posição corporal, o comportamento, a qualidade de voz – e a contra-transferência que existe em paralelo. Essa é outra consequência de a psicanálise ser o que Green (J. Sandler et al., 2000, p. 86) chama de empreendimento “polissêmico” (p. 71).

Vamos ouvir outra objeção. “Se a psicanálise é um empreendimento polisêmico, qualquer sinal poderia significar qualquer coisa. O choro de um bebê poderia significar desespero, fome, felicidade ou nada!” Essa, provavelmente, é a razão pela qual Stern só nos permite atribuir significado ao comportamento infantil se a atribuição é “evidente para qualquer um e [é] uma parte normal da experiência comum” (idem). Isso parece bastante justo, mas como devemos agir no encontro psicoterapêutico? A mãe de Andy acreditava que ele estava bravo com ela, a mãe de Pierre pensou que ele estava com medo de alguma coisa e Tessie sentiu que Nic estava inquieto. O psicoterapeuta poderia, claro, abster-se de interpretar esses comportamentos dos bebês porque seus significados não eram aparentes ou não pareciam uma parte normal da experiência comum. No entanto, ao fazer isso, ele confrontaria as intuições das mães. Ele também se negaria a possibilidade de utilizar o seu instrumento analítico para compreender o mundo interno do bebê e como ele foi moldado na interação com os pais. Como veremos no Capítulo 4, a pequena Karen está chorando intensamente e sua mãe sugere que a menina está triste. Isso soa como algo do senso comum, mas a investigação analítica apontará para outra direção: Karen está furiosa com a mãe, que está se comunicando de forma confusa e não verdadeira.

Para resumir, até agora, vimos que a teoria psicanalítica supõe que as crianças têm representações, mas estas não foram definidas de forma consistente dentro da teoria. O conceito de afetos de vitalidade de Stern desenvolve suas

propriedades formais, mas pouco sobre o seu conteúdo. Sugeri, por meio dos exemplos de Andy, Pierre, e Nic, que um bebê pode ser atormentado por representações. Por outro lado, Stern está certo sobre nossas suposições sobre o que se passa na mente de um bebê serem incertas. Neste momento, tememos ter chegado num beco sem saída: nunca poderemos provar qualquer conteúdo das representações de um bebê, mas não podemos fazer nada em psicoterapias pais-bebê sem tal conceito. Evidentemente, esses tratamentos colocam questões filosóficas sobre epistemologia (como o conhecimento é adquirido) e semiótica (como a mente reúne conhecimentos utilizando sinais). Abordaremos essas disciplinas no Capítulo 2. O objetivo é nos equiparmos melhor para responder nossa pergunta principal: o que se passa na mente de um bebê?



Clique aqui e:

Veja na loja

Psicoterapia Psicanalítica com Crianças Pequenas e Pais

Prática, teoria e resultados

Björn Salomonsson

ISBN: 9788521211228

Páginas: 354

Formato: 14x21 cm

Ano de Publicação: 2016

Peso: 0.526 kg
