

Clínica da primeira ou primeiríssima infância: a clínica da delicadeza^[1]

Maria Cecília Pereira da Silva^[2]

RESUMO: A clínica da primeiríssima infância introduz não somente um novo campo dentro do cenário psicanalítico, como cria novidades na clínica e na compreensão da estruturação do psiquismo, pois permite acompanhar no momento presente a construção do psiquismo, concomitante ao desenvolvimento das relações entre pais e bebê. Tem trazido contribuições importantes para a compreensão dos sofrimentos psíquicos que envolvem questões narcísicas e identitárias, aproximando-nos de marcas psíquicas deixadas pelas primeiras experiências emocionais. A interação do aparelho psíquico, que é sempre uma representação do vínculo, no vínculo e através do vínculo, se dá precisamente na interface do interpessoal com o intrapsíquico; as psicoterapias pais-bebê favorecem particularmente o duplo movimento de internalização e especularização subjacente à passagem do registro interpessoal ao intrapsíquico. No âmbito das terapias pais-bebê, podemos imaginar que o trabalho psíquico – do terceiro, o terapeuta ou coterapeuta – intervém justamente para abrir o caminho para esse duplo processo de internalização e de especularização.

PALAVRAS-CHAVE: mente primitiva, intersubjetividade, parentalidade, primeiríssima infância, intervenção nas relações pais-bebê

1. Trabalho originalmente apresentado no evento “O analista e a clínica de bebês” realizado pela Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP) em 10 de agosto de 2024.

2. Psicanalista. Doutora em psicologia clínica. Membro efetivo, analista didata, analista de criança e adolescente e docente da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

Fossem meus os tecidos bordados dos céus,
Ornamentados com luz dourada e prateada,
Os azuis e negros e pálidos tecidos
Da noite, da luz e da meia-luz,
Os estenderia sob os teus pés.
Mas eu, sendo pobre, tenho apenas os meus sonhos.
Eu espalhei meus sonhos aos teus pés,
Caminha suavemente, pois caminhas sobre meus sonhos.

– William Butler Yeats, “AEDH deseja os tecidos dos céus”^[3]

Início com uma poesia do poeta irlandês William Butler Yeats que expressa a delicadeza com que trabalhamos nessa clínica. Os últimos versos do poema, “Eu espalhei meus sonhos aos teus pés, / Caminha suavemente, pois caminhas sobre meus sonhos”, nos comunicam o estado emocional com que nós analistas deveríamos nos colocar diante de uma dupla que está nascendo e descobrindo seus primeiros sonhos: a chegada do bebê e a construção da parentalidade.

A história

É só no fim do século XVIII que surge a preocupação com a criança, e em 1913, com “Totem e tabu”, Freud introduz a noção de incesto e parentesco. Nesse texto, Freud analisa os princípios do funcionamento inconsciente que estariam na origem da parentalidade como estrutura psíquica. Tanto o parentesco como a cultura revelam ser uma organização fundadora do ser humano que cada indivíduo e cada grupo social vão construir segundo seu contexto e sua genealogia.

Assim, dentro da óptica freudiana, é a incompletude da criança que vai levá-la a construir as representações mentais da ordem parental a partir de uma alternância de presença e ausência da mãe. Quando a mãe não está lá, a criança pode evocar a satisfação dos cuidados maternos. Essas experiências sensoriais estimulam o autoerotismo do bebê, ao mesmo tempo que a vida de fantasia da mãe é veiculada pelos cuidados que desenvolve. Com efeito, com os cuidados que oferece a seu bebê, a mãe transmite também sua vida imaginária. Por outro lado, o bebê participa ao tecer o vínculo maternal com seus cuidados corporais e com o desejo de satisfação que identifica bem cedo a mãe como seu objeto. (Solis-Ponton, 2004, p. 31)

A capacidade de consolabilidade do bebê será fundamental para a constituição dos vínculos iniciais.

A partir dos anos 1960, a psiquiatria infantil percebeu a importância de inscrever os distúrbios da criança na história familiar, e as terapias começaram a se preocupar em abordar as relações entre pais e filhos, saindo do modelo terapêutico individual, dirigido somente para a criança, ou dos modelos corretivos utilizados até então, como classes especiais e instituições (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

3. Adaptação da tradução de Péricles Eugênio da Silva Ramos.

Encabeçado por John Bowlby (1969/1990), psicanalista inglês, um grupo de autores chamados de “Interacionistas”, do qual também faziam parte Terry B. Brazelton e Daniel Stern, chamaram a atenção para a presença da comunicação contínua entre mãe e filho, mostrando que o bebê está sempre se relacionando e, por isso, suas manifestações comportamentais merecem ser estudadas.

O conceito do apego (*attachment theory*) desenvolvido por Bowlby (1969/1990) descreve uma série de comportamentos inatos, específicos da espécie, desencadeados no bebê por meio de estímulos emitidos pela mãe, que ajudam o recém-nascido a criar possibilidades de comunicação social com seu cuidador a fim de garantir sua sobrevivência.

Por meio de técnicas microanalíticas, Stern (1985/1992) estudou mais de perto a díade a respeito das suas trocas de olhar, de voz, de proximidade e de suas características de ritmo, sincronia, contingência e não contingência, e enfim despertou o interesse para os comportamentos interativos com maiores detalhes.

Da experiência clínica com crianças e suas famílias, Selma Fraiberg (Fraiberg et al., 1975), com a metáfora do fantasma no quarto do bebê, mostrou que as fantasias e representações que fazem parte do mundo mental vivido pelos pais são eventualmente trazidas para a relação com o bebê. Os pais podem se perceber revivendo cenas do seu passado com o filho que acabou de nascer. Essas “aparições” refletem um passado conflitivo dos pais, que é revivido com o bebê de forma sistemática e sem controle, de forma que o bebê pode adoecer, sendo então necessária uma intervenção pais-bebê.

Paralelamente ao trabalho de Fraiberg nos Estados Unidos, Sèrge Lebovici (1986, 1991, 1993), na França, descreveu a dimensão inter e transgeracional do sintoma do bebê. O mecanismo clássico de transmissão é que os avós do futuro bebê depositam de modo inconsciente, para eles e para seus próprios filhos, desejos, esperanças, ordens e imagens que os futuros pais trarão consigo inconscientemente desde criança. Tais fantasias e desejos condicionam as expectativas, imagens e desejos dos pais em relação a como serão seus filhos(as) no futuro. Os pais, quando têm o seu bebê, se convertem ou não em atores de tais dramas ao interatuar com seu filho ou filha.

Lebovici propõe que durante as consultas terapêuticas procure-se conhecer o bebê no discurso dos pais colhendo dados das entrevistas e da observação direta, verificando a distância que separa o bebê real (da observação) do bebê imaginário e fantasmático (do discurso dos pais), ou seja:

- 1) O bebê imaginário é essencialmente pré-consciente, elaborado durante a gravidez mediante um processo de *rêverie* diurno (sonhar acordado e devaneios). Tais devaneios podem ou não ser compartilhados entre os pais. Nesse espaço psíquico têm lugar a escolha do nome do bebê e outros processos semelhantes repletos de expectativas e idealização, influenciados pelo processamento (ou metabolismo) da idealização da criança por meio da vida conjugal dos pais.

- 2) O bebê fantasmático é essencialmente inconsciente. Sua origem remete às raízes infantis do desejo da menina de ter um bebê. Na menina que logo será a mãe, aparece o desejo de concepção próximo à figura do avô materno do bebê. No menino existe o mesmo desejo, de ser pai junto com a futura avó paterna do bebê. Os conflitos não elaborados regem fortemente as notas dessa dimensão intrapsíquica que se pode considerar uma determinante fundamental da relação. Em muitas situações, os conflitos não resolvidos dessa etapa da vida podem retornar com muita força no período perinatal (por exemplo, o medo do incesto).
- 3) O bebê narcísico é o bebê do narcisismo da mãe.
- 4) O conceito de bebê cultural tem sua origem na antropologia. Ele é concreto, real, tem que ser construído com a mãe, o pai e a família e compartilhado com todos em todos os níveis de relações e interações: comportamentais (muitas vezes a mãe não olha o bebê, às vezes não toca o bebê), interações afetivas (desejar ou rejeitar o bebê, tudo o que se espera do bebê), fantasmático (ser mãe e mulher é a mesma coisa ou não...).
- 5) O bebê real é aquele que podemos observar e confrontar com as representações imaginárias e fantasmáticas do bebê relatadas pelos pais (Barriguete et al., 1998; Lebovici, 1993). É o bebê na sua corporalidade real.

Assim, quando os pais falam de seu filho, trazem consigo uma série de imagens que têm origem nas gerações anteriores e podem repercutir no presente, interferindo na qualidade da função parental e no desenvolvimento emocional do bebê, podendo também potencializar os sintomas do recém-nascido.

Bertrand Cramer e Palacio-Espasa (1993), da Escola de Genebra, dão enfoque à interpenetração entre o psiquismo dos pais e o da criança e consideram que muitos distúrbios têm sua origem numa disfunção dessas interpenetrações. As intervenções apoiam-se na importância que o funcionamento psíquico dos pais tem sobre o sistema psíquico do filho, principalmente através das emoções, sensações e comportamentos que aqueles atribuem a este, que criam o conceito de desenvolvimento infantil interpessoal. O foco do trabalho terapêutico não é o bebê, mas, sim, a relação que se estabelece entre pais e filho.

Golse (2018), recentemente, apontou a necessidade de criarmos uma terceira tópica para uma metapsicologia da tríade, uma tópica intersubjetiva. É fundamental focarmos o vínculo desde sempre. Assim, Golse mostra que é possível justificar o trabalho com os bebês ou crianças muito pequenas sem sacrificar nenhum dos marcos psicológicos usuais e com legítima pretensão de continuarmos sendo psicanalistas nessas condições específicas.

Hoje devemos levar em conta tudo que a psiquiatria do bebê nos ensinou em termos de funcionamento diádico e triádico. Quando se diz tríade ou díade também se diz muito mais sobre o registro do interpessoal do que sobre o registro do intrapsíquico e, portanto, o próprio conceito de tópica intersubjetiva acaba sendo um tanto herético.

Por outro lado, não se poderia pensar que a presença de um terceiro nesse caso seja inevitável e que, portanto, o dispositivo de terapias pais-bebê poderia fornecer privilegiadamente à díade ou à tríade, dentro da própria técnica grupal, a função do terceiro/observador e participante capaz de induzir esse movimento de internalização ou psiquização das interações comportamentais.

Existe um modo de conceber o vínculo entre o psíquico e o interpessoal que consiste em ressaltar que, para o bebê, não há representação de si que não seja uma representação de si mesmo em interação com o outro, nem representação do outro que não seja uma representação do outro em interação consigo mesmo, como bem aponta o conceito de representação de interações generalizadas desenvolvido por Stern. E como assinalou Lebovici (1960), o “objeto poderia ser investido antes mesmo de ser percebido” (p. 150, tradução livre), ou dito de outra forma, a mãe é investida antes de ser percebida – o reconhecimento do objeto é, ele mesmo, maturador.

Conseqüentemente a interação do aparelho psíquico, que é sempre uma representação do vínculo no vínculo e através do vínculo, se dá precisamente na interface do interpessoal com o intrapsíquico; as psicoterapias pais-bebê favorecem particularmente o duplo movimento de internalização e especularização subjacente à passagem do registro interpessoal ao intrapsíquico.

No âmbito das terapias pais-bebê, podemos imaginar que o trabalho psíquico – do terceiro, o terapeuta ou coterapeuta – intervém justamente para abrir o caminho para esse duplo processo de internalização e de especularização que fica em suspenso nas díades e nas tríades em questão, situando-se na interface das interações estabelecidas entre o bebê e seus pais. Em tal perspectiva, o dispositivo das terapias pais-bebê corresponderia, de fato, a uma figuração ou a uma materialização da terceira tópica intersubjetiva proposta por Golse (2018).

Podemos dizer que a psicanálise com bebês introduz não somente um novo campo dentro do cenário psicanalítico, mas cria novidades na clínica e na compreensão da estruturação do psiquismo, pois permite acompanhar no momento presente a construção do psiquismo, concomitante ao desenvolvimento das relações entre o bebê e seus pais. É daí também que advém a grande delicadeza dessa abordagem. O momento da inscrição do bebê, do seu traço, nos significantes parentais é, às vezes, carregado de ameaças, mas também rico em oportunidades de mudança. Assim, a ajuda psicanalítica nesse tempo é potencialmente muito fecunda, podendo ser preventiva para o bebê e propulsora de mudanças ou reconstruções para a mãe e/ou para o pai (Aragão, 2014).

Essa clínica curiosamente surgiu com mais ênfase no pós-guerra com psicanalistas que tiveram experiências em creches, enfermarias ou escolas, como Anna Freud e Bick, e com pediatras como Winnicott, Dolto e Lebovici.

A constituição psíquica do bebê

Bick (1967/1991) escreveu que, para a constituição do psiquismo, o bebê necessita de um objeto continente, um “objeto [continente] ótimo, [ou seja, como] o

mamilo-na-boca, juntamente com a mãe que segura a criança, fala com ela e tem um cheiro familiar” (p. 195). Assim, é possível construir uma pele psíquica e vir a introjetar um objeto continente que irá sustentar a coesão das partes do ego, como um envelope protetor.

Para que o bebê estabeleça uma ligação emocional intensa, uma relação de intimidade, é *necessária* uma relação rica e profunda entre o bebê e seu cuidador, com a qualidade de ser “delimitada pela atenção seletiva”, ser um lugar confortável, protegido de “toda estimulação irrelevante que emana do interior do corpo”, e ser um lugar de exclusividade e continente (Meltzer et al., 1984).

Quando há uma vivência arcaica com danos na integridade desse objeto ótimo primordial, da pele psíquica, expressos por angústias terríveis, será necessário um trabalho de restauração a partir da companhia de “um objeto continente, uma luz, um cheiro ou outro objeto sensorio que possa prender a atenção e desta forma ser vivenciado ao menos momentaneamente como um objeto que mantém unidas as partes da personalidade” (Bick, 1967/1991, p. 195).

A clínica da primeiríssima infância tem trazido contribuições importantes para a compreensão dos sofrimentos psíquicos que envolvem questões narcísicas e identitárias, aproximando-nos de marcas psíquicas deixadas pelas primeiras experiências emocionais que não serão mais lembradas, em virtude da ausência da linguagem verbal ou por sucumbirem ao efeito do recalçamento, e não chegam a se constituir como memória e como história (Aragão & Zornig, 2009; Roussillon, 2015). Sob a prevalência de relações objetais parciais, as questões edípicas precoces também não têm um destino e se repetem em diferentes tonalidades, impossibilitando a integração e empobrecendo o mundo emocional.

Com Bion, Winnicott e Roussillon, entre outros, podemos dizer que as fantasias inconscientes têm um correlato com o ambiente, e as primeiras relações com os objetos externos ganham novo estatuto (Ogden, 2013), pois os fracassos dos primeiros encontros produzem feridas narcísicas primárias e mobilizam mecanismos de defesa primitivos em que a simbolização fica prejudicada (Roussillon, 2015).

Assim, a noção de um traumatismo por falta ou de uma clínica do negativo (Green, 1988) indica a necessidade de valorizar o objeto enquanto referencial para a constituição do psiquismo, não só em sua dimensão de presença/ausência, mas principalmente em função de sua presença. Essa presença se traduz em investimento afetivo na relação com a criança, definindo um estilo interativo próprio entre o bebê e seu objeto primário, como fundação e base do aparelho psíquico (Aragão & Zornig, 2009; Golse, 2003).

Anne Alvarez (1994b) defende a ideia de que um encontro com o objeto vivo que reivindica, que reclama, é fundamental para despertar no bebê alegria, curiosidade e interesse pelo objeto, e não a frustração e ausência do objeto, sendo que a chegada e o retorno despertam a percepção do objeto.

O bebê não é mais apenas um pequeno animal sensual, apetitivo, buscando gratificação; é uma criatura apaixonadamente amorosa e destrutiva encontrando e perdendo amor e nutrição, e também é, quando as condições o permitem, um pequeno estudante de música ouvindo o padrão de sua experiência auditiva, um pequeno estudante de arte estudando o jogo e o padrão de luz e sombra e suas mudanças, um pequeno estudante de dança observando e sentindo os movimentos tranquilizadores ou as atividades divertidas vitalizadoras da mãe, um pequeno conversador participando de diálogos de pré-linguagem com sua mãe nas primeiras semanas de vida, um pequeno cientista trabalhando para unir suas experiências e compreendê-las. (Alvarez, 1994a, p. 87)

Delicadeza do encontro de olhares

Para mostrar a delicadeza dos sonhos presentes no bebê, buscando um objeto que compreenda suas necessidades, e na mãe/cuidador, que se encanta na descoberta de seu bebê e de se tornar mãe e que, com sua devoção, vai ao encontro das necessidades de seu filho, apresento algumas vinhetas do filme *Indicadores de intersubjetividade 0-12 meses: del encuentro de miradas al placer de jugar juntos*⁴ de Víctor Guerra (2014).

Víctor Guerra (2022), que amava Esther Bick e Vida Prego, com quem estudou e teve uma ligação muito forte, criou a grade de intersubjetividade a partir de observações de muitos bebês. Trouxe uma contribuição preciosíssima para psicanalistas e profissionais da saúde, mas também para pais e educadores. O bebê é de todos nós, como diz Valter Hugo Mãe, e conhecer os indicadores de intersubjetividade envelopados por poesia, ritmo, arte, e as discussões de cada um dos indicadores descritos em detalhes é, sobretudo, de uma beleza estética e única, tanto no texto como no filme. São eles:

1) Encontro de olhares (sustentação corporal) (0-2 meses). A troca de olhares é um dos primeiros sinais de encontro afetivo entre as pessoas. Na sustentação corporal de que o bebê necessita na amamentação, há também um fundamental encontro de olhares. E esse encontro implicará uma busca, uma descoberta potencial entre ambos para começar o processo de subjetivação. Busca de um encontro que será o leitmotiv de todo o primeiro ano de vida (e mais adiante também).

2) Protoconversações (jogos face a face) (2 meses). Jogo de babas, ritmo (organização interna rítmica), prazer de criar uma estrutura. Experiência pela qual o bebê começa a trocar sons com intenção de comunicar-se. Geralmente aparecem nos momentos de jogos face a face, quando a mãe coloca seu bebê próximo de seu rosto para poder trocar diferentes formas de comunicação.

3) O papel da imitação. Existem elementos que nos fazem pensar que o bebê nasce com uma capacidade inata para preferir o rosto humano como ponto de atenção e para imitar alguns gestos.

4) Jogos de cosquinhas e de suspender (3-5 meses). Canção das mãos, dança

4. Indicadores de intersubjetividade 0-12 meses: do encontro de olhares ao prazer de jogar juntos.

das mãos, maleabilidade psíquica. Possibilidade de uma troca afetiva a partir da prosódia e do investimento libidinal da mãe com respostas do bebê.

5) Vocativos atencionais (5-12 meses). Acompanha as convocações verbais com atenção. A atenção é uma atividade fundamental do aparelho psíquico, um estado no qual a tensão interior é dirigida para um objeto exterior, distinto dos estímulos sensoriais, e é um instrumento fundamental na intersubjetividade. A atenção é uma função psíquica que se coonstrói intersubjetivamente.

6) Deslocamento no espaço e olhar referencial (5-7 meses). Força-força, acesso à verticalidade como conquista, integração de aspectos psíquicos que se refletem no motor, o bebê busca no olhar do adulto o sentido da experiência emocional. A narrativa é importante, pois transmite a história de um vínculo confiável.

7) Atenção conjunta, objeto tutor (6-10 meses). Adulto e criança cocriam experiências comuns com objetos que são testemunhos desses encontros, objetos plurais. Os pais são coapresentadores que promovem codescobertas, impregnados pela história desses encontros, e transmitem continuidade de cuidado. Diferente do objeto transicional (Winnicott), que é único e escolhido pelo bebê.

8) Jogo de esconde-esconde (8 meses). Jogo para elaborar a angústia de separação ou angústia do 8º mês (Spitz).

9) Sintonia afetiva (9-12 meses). Realização de comportamentos que expressam a qualidade emocional de um estado emocional compartilhado.

10) Interludicidade (8-12 meses). “Jogo de proibição de deixar cair algo.” Disponibilidade lúdica da dupla pais-bebê com emoção (gesto, movimento, palavra, surpresa, intenso e exagerado). Início do *como se* – passagem para o processo de simbolização. Espaço transicional com ritmo e entusiasmo.

11) Indicação protodeclarativa e narratividade conjunta (12 meses). Início do andar, uso do indicador, atenção diante do mistério, base do desejo de conhecer, da curiosidade epistemofílica.

A partir desses indicadores, Víctor Guerra (2022) afirma que, sem a possibilidade do encontro de olhares, sem a interação das protoconversas, sem os processos de atenção conjunta, sem o acesso à sintonia afetiva e sem a disponibilidade para o encontro lúdico cocriado (interludicidade), o bebê não poderia acessar essa forma de narratividade conjunta e alcançar o processo de simbolização. Aos 2 anos, com o acesso à linguagem, a criança pode começar a coconstruir narrativas verbais a partir de sua exploração e descoberta do mundo e do outro.

Indicadores de risco

Estudos recentes (Beaulieu, 2021; Laznik & Chauvet, 2016; Muratori & Maestro, 2007) têm apontado indicadores de risco de desenvolvimento precocíssimos no campo do autismo e nos vínculos iniciais, o que corrobora a importância das intervenções nas relações iniciais.

Função parental

Para além da procriação e da função biológica, a parentalidade é produto do parentesco biológico e do processo de tornar-se pai e mãe. É uma reflexão sobre a descendência que implica um complexo processo psíquico-simbólico que articula diferentes perspectivas teóricas num contexto psicossocial. O conceito de parentalidade, portanto, contém a ideia de função parental, a ideia de parentesco e a história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento.

O termo “parentalidade”, portanto, assinala que não basta ser genitor nem ser designado como pais – é necessário “tornar-se pais”, o que se faz por meio de um complexo processo, implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental que vão muito além do que costumamos denominar de função dos pais (Solis-Ponton, 2004).

Nós sabemos que estar grávida, cuidar de bebês, tornar-se pai e mãe é sempre, em todo lugar, uma atividade que mobiliza os seres em sua intimidade, mas também em seus vínculos e relações, no casal, na família, na sociedade. Então cuidar dos bebês varia muito de um país para o outro e de uma cultura para outra. Não há uma maneira certa e uma maneira errada de cuidar dos bebês; os bebês estão bem quando seus pais estão bem e se sentem bons pais no meio, na cultura e aos próprios olhos (Moro, 2017).

Portanto, como recebemos bebês de todos os cantos em nossas sociedades cada vez mais cosmopolitas, é importante não patologizar o que não conhecemos, mas, pelo contrário, procurarmos conhecer os diferentes estilos de interação para apoiar os pais de onde quer que venham em seu modo de agir e de serem bons pais a sua maneira. Esses preceitos norteiam a clínica transcultural e a clínica com bebês (Moro, 2017).

Aqui vale lembrar que estou me referindo a pais como todos os cuidadores que exercem a função parental, sejam eles homo, uno ou heteroparentais.

O bebê “faz” seus pais, assim como os pais “fazem” o bebê existir. Para além da procriação e da função biológica, a parentalidade é produto do parentesco biológico e do processo de tornar-se pai e mãe. É uma reflexão sobre a descendência que implica um complexo processo psíquico-simbólico que articula diferentes perspectivas teóricas num contexto psicossocial. O conceito de parentalidade, portanto, contém a ideia da função parental e a ideia de parentesco, a história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento (Lebovici, 2004, citado por Solis-Ponton, 2004).

O bebê vai nutrir o narcisismo da mãe/mulher. O bebê será investido de um destino que deverá cumprir. Trata-se de seguir o ideal que os próprios pais não puderam cumprir.

Mas convém lembrar que o nascimento do bebê marca um brusco defrontar-se com o bebê real que a mãe deve acolher sem ter terminado a gestação do bebê imaginário – não acabado por definição –, e isso na plena efervescência de suas fantasias inconscientes reativadas pelos aspectos mais profundos do narcisismo transgeracional e dos conflitos

edipianos. Esse conjunto de circunstâncias faz do período perinatal uma fase plena de vicissitudes e uma terra fértil para as projeções inconscientes dos pais, o que explica a complexidade dos processos de harmonização das primeiras interações entre a mãe e o bebê. (Solis-Ponton, 2004, p. 34)

Lebovici propôs a ideia de que o pai está primeiramente na cabeça da mãe: o bebê está associado desde sempre à representação da sexualidade da mãe com o pai. Depende das marcas do complexo de Édipo.

Objeto narcisicamente investido – mobiliza o aparelho psíquico dos pais:

A hipótese do narcisismo primário permite explicar por que os seus avatares conduzem a uma patologia da subjetivação e a problemas de relação intersubjetiva. De outro lado, essa hipótese, como propôs Serge Lebovici [sic], pode ser adotada em continuidade com o paradigma freudiano da alucinação do objeto na ausência da mãe ou na adesão à teoria do apego. (Solis-Ponton, 2004, p. 35)

A função paterna e dos avós é a de embalar a dupla mãe-bebê sem usurpar a função materna. O pai constitui um outro polo da tríade familiar. Ele introduz a diferença nas trocas entre mãe e criança, contextualiza e enquadra essas interações, ao mesmo tempo que representa uma separação no binômio mãe-bebê. É a mãe que reconhecerá o pai, e este, por vir a ser pai, reconhecerá a criança e se associará à sua linhagem; mas é sobretudo pelo desejo de ser pai – a representação que o homem faz de si mesmo como pai, que o faz vir a ser pai – que algo se transforma no casal, e se dá início à função parental. Distância e diferença são os elementos fundadores do psiquismo da criança, no qual o pai intervém de maneira muito ativa, sendo propulsor do desenvolvimento, da socialização e da simbolização; oferecendo uma base de segurança para ajudá-la a ter acesso à cultura. É um caminho que leva da filiação à afiliação com o bebê. Quando o pai não preenche seu papel e não há figuras substitutas, a criança não pode separar-se da mãe e fica muito apegada a ela, mas na adolescência o ódio terá a função separadora que o pai não pôde suprir (Barriguete et al., 2004).

Mas é sobretudo a capacidade do pai de embalar e de apaziguar a dupla mãe-bebê nos momentos de estresse que é fundamental e restauradora da função materna. Uma boa capacidade de embalar refere-se à flexibilidade do pai, que não deve jamais suplantiar a função fundamental da mãe, mas, ao contrário, contribuir para sustentá-la (Barriguete & Soto, 1997; Barriguete et al., 2000).

Os bebês, para se desenvolver de forma saudável, necessitam de cuidadores que exerçam as funções materna e paterna. Por um lado, alguém que cuide com prazer e disponibilidade – função materna –, o que permitirá a construção da confiança e da crença no encontro de um objeto que o compreenda. E, por outro, alguém que coloque limite de forma firme e sólida – função paterna –, o que favorecerá o processo de separação, individualização e simbolização. Se for mais de um cuidador, é fundamental que haja uma sintonia e parceria entre eles, um vínculo cooperativo, para que sejam capazes de conter os ataques dissociantes e incestuosos que venham a eclodir durante

o crescimento. Na construção desse vínculo cooperativo, os cuidadores também deveriam transmitir às crianças valores éticos em relação à realidade e à verdade em que vivem (Di Loreto, 1997).

M. Harris e Meltzer (1986/1990) acreditam que as funções parentais sejam “gerar amor ou expressar o ódio, promover a esperança ou semear desesperança, conter a dor depressiva ou emanar a angústia persecutória, criar confusão ou promover o pensar” (p. 36). As funções parentais do ponto de vista de Harris e Meltzer requerem um desenvolvimento emocional dos pais que muitos adultos têm dificuldade em adquirir.

Já Shuttleworth (1997) discute as condições básicas da função parental para que se estabeleça o vínculo mãe-bebê:

a mãe ter maturidade emocional suficiente para poder vivenciar todos os tipos de sentimentos suscitados pelo cuidado do bebê sem senti-los como ameaçadores, o bebê ter capacidade de solicitar o contato, a mãe ter suporte ambiental e um limite de demandas que ela possa suportar. (pp. 29-30)

Shuttleworth chama atenção para a qualidade da relação que se estabelece entre pais-bebê apontando condições intrapsíquicas dos pais e do bebê, e condições ambientais. Destaco a capacidade de convocação do bebê como um componente importante para a construção da parentalidade.

Se as desordens do início do desenvolvimento não forem contrabalançadas pela resiliência do bebê ou pela utilização de outras redes de apoio, poderão criar e perpetuar distúrbios que, se não elaborados adequadamente, transformam-se em uma herança psíquica transmitida de uma geração para outra. “Essa transmissão transgeracional refere-se a um material psíquico inconsciente, que atravessa diversas gerações sem ter podido ser transformado e simbolizado, promovendo lacunas e vazios na transmissão, impedindo uma integração psíquica” (Silva, 2023, p. 31).

Por que uma clínica com bebês?

Apesar de ser bem conhecido que uma compreensão psicanalítica da relação pais-bebê pode ser transformadora, muitas vezes surgem dúvidas sobre incluir o bebê na cena analítica.

Por isso levou-se muito tempo para a psicanálise considerar a possibilidade de que a relação mãe-bebê pudesse estar implicada no distúrbio do bebê, no intercâmbio emocional do aqui e agora da sessão, tornando disponível a continência na relação mãe-bebê.

E não seria melhor esperar até que o bebê fale?

Freud (1914/1976) chamou atenção para as fantasias onipotentes do bebê, o que o levou a chamá-lo de “sua majestade o bebê”. Atualmente vários estudos vêm evidenciando as competências do bebê, apontando capacidades para memória, discriminação e classificação das percepções e interações com o ambiente humano. Esses estudos sugerem a presença de uma subjetividade, de um *self*

primário como base para a intersubjetividade (Beebe et al., 1997; Stern, 1985/1992; Trevarthen, 1979, 2011). Esses estudos confirmam que o bebê tem capacidade de estabelecer uma relação com o analista que pode ser favorecedora de compreensão e desenvolvimento.

De fato, a psicanálise trabalha com as palavras, é a cura pela fala, mas os bebês comunicam com sua linguagem corporal, sensorial e não verbal. Portanto, o aspecto não léxico é a linguagem afetiva expressa em gestos, expressões sociais, musicalidade da voz e expressão corporal. Existe uma assimetria entre a compreensão das palavras e a produção das palavras, e as crianças entendem maior número de palavras do que podem produzi-las, de modo que há razões para supor que os bebês, muito antes de poderem falar, têm uma compreensão da linguagem afetiva não léxica. Aos 18 meses as crianças já são capazes de fazer uma ligação entre a coisa e a representação da palavra (Norman, 2003).

E por que não esperamos até os bebês crescerem para iniciar um processo analítico?

Sabemos que o bebê nasce com uma grande capacidade para fazer discriminações de impressões sensoriais, mas sem qualquer capacidade para administrar suas próprias necessidades. Essa capacidade precisa ser construída na interação com os objetos primários, o que potencializa o lugar dos pais na psicanálise com bebês, até que haja um ego forte do bebê para lidar com o ambiente e o mundo externo.

Além disso, sabemos que há várias podas neuronais nos primeiros anos de vida. Vários indicadores de risco de desenvolvimento podem ser observados nos primeiros meses do bebê e, se intervirmos precocemente nas interações iniciais, é possível prevenirmos vários sintomas que poderiam se cristalizar e se tornar entraves no desenvolvimento emocional do bebê. Existe então um período crítico em que é possível desfazer as dificuldades presentes nos vínculos iniciais e, graças à plasticidade cerebral, transformações serão possíveis.

A delicadeza da técnica

O nascimento, em nossa sociedade, deve ser visto como um acontecimento feliz, e a infância é o suporte de nossa nostalgia profunda em relação ao paraíso perdido de nossos fundamentos narcísicos. Desse ponto de vista, o sofrimento do bebê destrói a idealização e traz para os pais culpabilidade e ferimento narcísico.

Esse ponto indica a delicadeza da abordagem terapêutica, que deve ser conduzida de modo a permitir a retirada gradual e não traumática das construções defensivas dos pais, procurando estabelecer alianças terapêuticas positivas e a narcisização dos pais em seus aspectos competentes. Além disso, é fundamental evitar anunciar aos pais um diagnóstico que poderia ter efeito paralisante e ainda aumentar o risco psíquico do bebê, pelo próprio efeito iatrogênico do diagnóstico, num momento da vida em que as relações entre pais e filhos estão em plena construção, com reflexos diretos sobre a constituição psíquica do bebê. É necessário

lembrar que, nesse tempo inicial, constitutivo, não é possível fazer predições sobre o futuro da criança, até porque conhecemos bem a labilidade do desenvolvimento infantil (Aragão, 2014).

De acordo com Sèrge Lebovici (1986), que ampliou as ideias de D. Winnicott (1971) sobre as consultas terapêuticas no trabalho conjunto com crianças e pais, um procedimento de intervenção ocorre a partir de um sintoma específico manifesto pela criança ou pelo bebê, que de alguma forma está interferindo em seu desenvolvimento ou demonstrando um transtorno em sua interação com os pais.

Portanto, o enquadre de intervenção nas relações iniciais pais-bebê oferece um campo privilegiado para a expressão de diferentes níveis de conteúdos psíquicos, na medida em que favorece a comunicação e a continência de material consciente, organizado por meio da experiência relatada, além de elementos inconscientes, em estado bruto, que clamam por comunicação e integração. Os dois níveis de discurso são colocados instantaneamente juntos e faz parte do trabalho que o terapeuta se deixe surpreender pelo que parece óbvio ou já cristalizado como padrão familiar. D. Winnicott (1971), quando se refere a suas consultas terapêuticas, enfatiza nossa capacidade de ser surpreendido como permitindo que um “momento sagrado” ocorra na sessão. Nesse sentido, momentos de sincronicidade e sintonia emocional entre terapeutas e pacientes, nos quais importantes significados surgem, fornecem representação para aspectos que não estavam integrados anteriormente. Essa noção também enfatiza o trânsito e a permeabilidade entre os elementos conscientes e inconscientes que emergem durante a sessão. A criança presente se relacionando com os adultos e o uso de mediações como o brincar e o material lúdico favorecem a irrupção de conteúdo mais primitivo que busca representação. Nas intervenções iniciais com pais e crianças, a interação pais-criança que ocorre na sessão (incluindo toda e qualquer forma de manifestação) corresponde à associação livre na sessão analítica do adulto e ao brincar na análise de crianças (Mendes de Almeida et al., 2004).

Cada sessão consiste, então, de uma observação multidimensional que permite acesso aos sintomas da criança e suas formas de funcionamento, aos fenômenos inter e transgeracionais que caracterizam a relação pais-criança-família, ao ambiente e ao cuidado parental, à personalidade da mãe e do pai, aos aspectos familiares e à dimensão sociocultural. Os pais podem falar sobre seu filho e expectativas em relação a ele, sobre eles mesmos, sobre suas famílias, sobre seu passado, sobre comportamentos que se repetem e noções e valores estabelecidos (Silva, 2002).

O terapeuta, enquanto observa a interação pais-criança, tenta compreender, com ajuda dos pais e do bebê, as motivações conscientes e inconscientes de seus comportamentos e conceitualizações. Enquanto ouve os pais falarem sobre seu relacionamento com a criança e observa o que vividamente ocorre no aqui e agora da sessão, o terapeuta tem acesso à criança imaginária na mente dos pais, que pode abrigar fantasias latentes relacionadas aos elementos transgeracionais e necessidades e conflitos infantis reeditados na relação pais-criança. Como aponta Gianna Williams

(1997, 1999), funcionamos como a bonequinha russa *matrioska*: vamos contendo e dando sentido às fantasias de diversas gerações, uma dentro da outra, dentro da outra... permitindo que os bebês não sejam receptáculos de corpos estranhos, aspectos inconscientes projetados pelos pais, mas constituam um continente emocional com seus conteúdos próprios.

O terapeuta, ao se identificar com os diferentes parceiros na interação, transforma sua experiência em palavras de valor metafórico e a partilha com a família. O que era até aquele momento impensável, e somente expresso através de ações, descargas individuais ou sintomas, encontra uma representação por meio de pensamentos e palavras compartilháveis (Mendes de Almeida et al., 2004).

Nesse *setting*, as mudanças nem sempre são produzidas (pelo menos não diretamente) nos pais ou na criança. É o relacionamento, a interação que muda. No enquadre de intervenção nas relações iniciais, conforme os pais se aproximam do mundo infantil, no aqui e agora da consulta, eles podem vir a discriminar e modificar sua tendência a projetar suas próprias fantasias, expectativas e confirmações narcísicas sobre a criança.

A intervenção conjunta com pais e criança promove um ato de incisão, como um ato cirúrgico, transformando a interferência obliterativa na interação e relacionamento familiar, de maneira que uma abordagem mais realística e menos contaminada dos desconfortos da criança possa ser elaborada, facilitando um desenvolvimento mais saudável (Mendes de Almeida et al., 2004).

O bebê está no centro e tudo que transpira no *setting* está dirigido central ou periféricamente ao problema desse paciente que não pode falar; o bebê como paciente que não pode falar pode, no entanto, engajar-se em um diálogo eloquente com sua família e conosco. O diálogo entre o bebê e os pais pode ser lido por nós como observadores e clínicos experimentados (Fraiberg et al., 1975).

A observação de bebês é uma experiência de intenso impacto e mostra o quanto o bebê exerce esse impacto na mente do observador, levando ao desenvolvimento de outra abordagem terapêutica em que os sentimentos, os pensamentos e as representações do terapeuta/observador, enfim, todos os aspectos contratransferenciais, são em si mesmos a grande porta de entrada para o entendimento da relação mãe e bebê. A observação de bebês torna-se, portanto, parte fundamental da formação do analista.

O nosso objetivo é prestar atenção não apenas no bebê, mas também em todos ao seu redor, a começar pelos pais, com uma atitude de receptividade psíquica que procure evitar conselhos, julgamentos, interpretações. A nossa atenção devotada ao grupo familiar inteiro parece se constituir no motor dessa abordagem terapêutica; ela age como objeto continente no sentido dado por Bion. A elaboração das experiências vividas pelo analista e o seu funcionamento psíquico são elementos básicos dessa abordagem. A mãe e o bebê são sustentados por um olhar benigno positivo – Lebovici diria uma “aliança terapêutica positiva”, manifestada na contratransferência. O trabalho

que o terapeuta/observador faz com sua própria subjetividade naquilo em que ela se relaciona com um bebê se traduz certamente na atitude manifesta de observação. Assim, a elaboração que o analista faz de sua experiência emocional é importante para o bebê. Aqui se destaca a experiência contratransferencial; o processamento dessa experiência contratransferencial será de grande utilidade para a compreensão da cena clínica entre pais e bebês.

As teorias de Bion sobre a relação entre o desenvolvimento precoce da mente e o relacionamento mãe e bebê são especialmente úteis no trabalho com bebês, assim como seu entendimento da mente do analista durante o trabalho. Destaco os conceitos de vínculos emocionais, continente/contido, receptividade da mãe e *rêverie*, processo de digestão mental e função alfa, e o conceito de objeto pensante como um objeto introjetado no ego de realidade do bebê (Bion, 1962, 1965/1991, 1967, 1969). Algumas hipóteses sobre a vida mental do bebê são fundamentais para o trabalho com bebês: há uma relação entre o bebê e o analista, o bebê tem uma subjetividade e um *self* primários como base para intersubjetividade e para a busca de continência, o bebê tem uma flexibilidade única para modificar representações de si mesmo e dos outros, que diminuem à medida que o ego se desenvolve, e o bebê é capaz de processar certos aspectos da linguagem.

Há momentos do trabalho clínico em que as impressões, os pensamentos, as emoções e tudo que pode estar relacionado com o bebê no aqui e agora da sessão se combinam para adquirir uma forma em imagens visuais, em uma compreensão, em redes de sentido (Mendes de Almeida et al., 2004). A compreensão baseia-se na reflexão sobre as experiências que tomam forma em conjecturas imaginativas. Esse conceito de Bion enfatiza o papel da imaginação e da subjetividade do analista, ao mesmo tempo que chama atenção para o fato de que a compreensão é tentadora nesse *setting*; o que chamamos de interpretação são na verdade conjecturas imaginativas (Bion, 1987, p. 179), delicadas intervenções.

As falas do analista são muito mais pontuações, conjecturas ou ações interpretativas. Às vezes falamos com os pais, às vezes falamos pela criança, nomeando o que a criança está fazendo ou expressando. Esses comentários podem ser simples, descrevendo o que observamos, ouvimos e sentimos da atividade do bebê, como legendas em imagens. Ao mesmo tempo, vamos concebendo o entendimento do mundo interno do bebê, baseado no que o bebê faz, emocionalmente, na cena clínica.

A nossa atenção e receptividade funcionam como uma visão binocular (Bion, 1962, 1967), dirigindo-se à criança e à própria realidade psíquica do analista, e permitem simultaneidade entre os elementos conscientes e inconscientes, despertando ressonância, profundidade no pensamento e na intuição psicanalíticas. As experiências sensoriais durante as sessões entram em ressonância com as emoções do analista que, quando apreendidas pelo analista, podem tomar a forma de entendimento de imagens visuais do mundo interno do bebê. O entendimento e as imagens visuais

funcionam como matriz, como rede de sentido, com que o analista vai nomear a realidade psíquica do bebê.

Por outro lado, a urgência muitas vezes presente e a duração mais breve desse tipo de terapia levam o analista a ser mais cuidadoso e seletivo em suas intervenções, pois se trabalha em geral com um foco do tratamento. Como conciliar essa necessidade de focalizar e limitar a intervenção com a desejada abertura para o inesperado, para a surpresa e o imprevisto do inconsciente e de cada caso singular? Trata-se, para o analista, de lidar com a incerteza e a dúvida, ao mesmo tempo que a intervenção nas relações iniciais exige que rearranjos benéficos para o bebê e seus pais possam se organizar rapidamente. E sabemos que, muitas vezes, quando um pai e uma mãe consultam tão cedo, geralmente está presente a sensação de caos, de desorganização, e é preciso que esse estado caótico possa se alojar no psiquismo do terapeuta para ser por este metabolizado e devolvido aos pais de modo mais elaborado, permitindo uma melhor organização dos afetos, angústias e fantasias (função alfa do analista). Em geral os atendimentos para pais-bebê carregam uma urgência como na porta de entrada de um pronto-socorro, e procuramos oferecer o primeiro horário disponível. Os pais captam que a criança está em sofrimento, seja diante da adoção e ciúmes das crianças, seja diante da dificuldade em dormir, se alimentar ou no controle esfinteriano. Nos tempos atuais, na medida em que as representações coletivas da infância fazem dela uma criança preciosa e relativamente tardia na vida dos casais, se demanda inconscientemente que seja perfeita e rapidamente autônoma (Golse, 2004). E quando algo sai fora dessas expectativas os pais pedem socorro, carregados de culpa diante de algo que falhou.

Nessa perspectiva, o cuidado do clínico aqui é muito delicado, pois tratamos de sujeitos às voltas com a tarefa psíquica de cuidar de seu filho pequeno, o que envolve desafios e mobilizações narcísicas muito intensas, com a conseqüente sensibilidade na constituição das representações de si enquanto pai e enquanto mãe. Daí decorre que a posição de escuta e de receptividade do analista em relação aos pais deve transmitir o respeito pela intimidade psíquica deles como sujeitos e como pais da criança em consulta. Como propunha Víctor Guerra (2022), os pais falarão do que puderem e até onde puderem, e o terapeuta os acompanhará até onde eles o permitirem e até onde o terapeuta puder ir também. Esses limites e cuidados são necessários porque, para os pais, o analista é um desconhecido, que vai se introduzir em seus sonhos, fantasias, desejos, partes daquilo que os une e os separa de seu bebê (Aragão, 2014).

Mas não devemos escutar somente o discurso verbal dos pais, pois há também uma comunicação feita de silêncios, gestos, olhares e movimentos corporais. Essa comunicação não verbal, que se passa no corpo, é tão importante quanto a verbal, e é necessário estar atento aos dois níveis de linguagem, às coincidências e divergências entre eles que nos informam sobre o encontro e o desencontro de ritmos e de sincronias, sobre a estrutura interativa precoce, sobre a harmonização afetiva entre a mãe e o bebê.

Resumindo

Qual é o foco da intervenção na clínica de 0-3?

Para onde vai nossa escuta diante das demandas?

Nossa escuta é para o bebê e a interação com os cuidadores. Nosso foco está na compreensão da dinâmica presente no vínculo pais-bebê, assim como na intervenção nesse vínculo, na intersubjetividade, no espaço potencial que está presente entre os participantes nas sessões. Procuramos identificar os desencontros entre pais e criança para promover o encontro.

Oferecemos continência e procuramos traduzir o infantil, o não verbal comunicado pelo bebê, utilizando ações interpretativas, falas onomatopeicas. Intervenções são diferentes de interpretações.

Recolhemos a história transgeracional, com a intenção de promover associações e trazer para a relação entre os pais naquele momento, pois as associações são mais fluidas graças à transparência psíquica^[5] (Bydlowski, 1997). No nível psíquico e no nível cultural, com a chegada do bebê, o trânsito entre o inconsciente, o pré-consciente e a consciência das mães e dos pais se potencializa. No nível psíquico, pela revivescência dos conflitos e pela expressão das emoções. No nível cultural, pelo mesmo processo, aplicado às representações culturais, às maneiras de fazer e de dizer próprias de cada cultura. Todos esses elementos culturais da geração precedente se reativam, tornam-se importantes e preciosos: uma verdadeira transparência cultural, como propõe Moro (2005).

O maior intuito da clínica 0-3 é dar voz ao sofrimento do bebê. Transformar em performance tudo que o bebê faz (conceito de Lebovici).

A partir dessa compreensão, também se faz necessário ajudar os pais a verem o que o bebê está comunicando, assim como explicitar e amplificar as competências do bebê. Dessa forma também nos oferecemos como modelo parental com o qual os pais possam se identificar. Modelos com recursos tais como: capacidade de sintonia com o bebê, acolhimento das necessidades do bebê, capacidade de traduzir os sentimentos e necessidades do bebê. O analista lida com o infantil que aparece nas sessões (aqui não seria o infantil como sinônimo de *infant*, mas o infantil em seu sentido mais amplo, aspectos primitivos) e busca construir o lugar subjetivo do bebê.

É também nossa função desenvolver e fortalecer a função parental. Explicitar suas competências, narcisizar os pais. Dar acolhimento e continência ao sofrimento dos pais para que as questões presentes possam ser reconhecidas por eles. Muitas

5. Por transparência entendemos o fato de que, no período perinatal, o funcionamento psíquico da mãe é mais legível, mais fácil de perceber do que habitualmente. Com efeito, as modificações da gravidez fazem nossos desejos, nossos conflitos, nossos movimentos se expressarem mais facilmente e de maneira mais explícita, e, por outro lado, nós revivemos os conflitos infantis que são reativados, em especial as ressurgências edípicas. Em seguida, o funcionamento torna-se opaco de novo (Bydlowski, 1997).

vezes os pais veem, mas não se dão conta que estão vendo. Muitas vezes é difícil ver sem um continente. São fundamentais as funções de continência e *rêverie* do analista. Trata-se de um estado de mente desprovido de julgamento moral, uma atitude psicanalítica.

Nosso maior desafio é integrar aquilo que é dito pelo bebê de forma não verbal com o que está sendo veiculado pelo discurso verbal dos pais. Nesse sentido temos que resistir à tendência de fazer a escuta somente, ou prioritariamente, pelo verbal.

As transformações surgem da possibilidade de as transmissões inconscientes se manifestarem nas interações, algo sobre o que se pode conversar, e com isso temos a possibilidade de mudar a expressão do sintoma e proporcionar realocações e fortalecimento dos vínculos.

Por que trabalhamos em dupla?

O intuito de haver uma dupla de analistas não é pelo aspecto quantitativo, mas pela possibilidade de expandir a capacidade de contenção e pensamento, oferecer mais possibilidades de identificações e transferências.

A dupla de analistas funciona como um modelo de casal parental favorecendo, assim, tanto as identificações parentais como as transferências ao longo dos atendimentos. Nos oferecemos, portanto, como modelo de casal que pensa junto, que pode ter ideias diferentes, discordar, refletir, se complementar com olhares, facetas e prismas diferentes. Essa dinâmica de troca só é possível com uma dupla de analistas.

Assim como um casal, a dupla de analistas também pode ter diferentes funções entre os integrantes; funções estas que não são estanques, alternando seus olhares para os pais ou para o bebê, que circulam entre a dupla ao longo das sessões, buscando redes de sentido.

Por que filmamos os atendimentos?

A presença da câmera nas sessões, além de ser um veículo de registro, institui um modo de olhar, institui a microscopia que está relacionada à importância que atribuímos às minúcias, aos detalhes.

Nesse enfoque de um trabalho breve e pontual, a filmagem nos permite rever, observar detalhes, filigranas nos movimentos da sessão, das interações, que no momento não conseguimos ver.

A câmera funciona como uma supervisão ampliada, é um colaborador da função analítica, um parceiro da nossa capacidade de escuta, observação e pensamento sobre o caso.

A filmagem também é bastante importante nas situações de discussão e formação dos analistas (clínica-escola) para que todos possam observar uma mesma cena. Torna-se possível escutar, observar, rever a intervenção e aprender com o que foi feito. É um instrumento para a aprendizagem, que proporciona um aprimoramento

na técnica dos analistas. Quanto mais usamos esse recurso, mais treinamos nosso olhar para perceber minúcias.

Conclusão

A partir das experiências que vivi no trabalho com os bebês, acredito que é possível, na interação do analista com bebê, ativar e recuperar aquelas partes do mundo interno que haviam ficado excluídas da continência, levando a uma vitalização e elaboração do distúrbio emocional na relação pais-bebê.

À medida que o ego do bebê é ainda frágil, a mãe e o bebê apresentam uma flexibilidade inigualável que os capacita a reparar os distúrbios da relação. A partir do estabelecimento do vínculo emocional continente/contido, podemos evitar a cristalização dos sintomas do bebê e os transtornos nos vínculos iniciais.

Finalizo homenageando os gaúchos com um trecho da poesia “Laços de afeto”, de Mario Quintana:

Então o amor e a amizade são isso...
Não prendem, não escravizam,
não apertam, não sufocam.
Porque quando vira nó, já deixou de ser um laço!

Clínica de la primera o muy primera infancia: la clínica de la delicadeza

Resumen: La clínica de la primera infancia no sólo introduce un nuevo campo en la escena psicoanalítica, sino que también crea nuevos desarrollos en la clínica y en la comprensión de la estructuración del psiquismo, ya que nos permite seguir la construcción del psiquismo en el momento presente, concomitante con el desarrollo de la relación entre los padres y el bebé. Ha aportado importantes contribuciones a la comprensión del sufrimiento psíquico relacionado con cuestiones narcisistas y de identidad, acercándonos a las marcas psíquicas dejadas por las experiencias emocionales tempranas. La interacción del aparato psíquico, que es siempre una representación del vínculo, en el vínculo y a través del vínculo, tiene lugar precisamente en la interfaz entre lo interpersonal y lo intrapsíquico; las psicoterapias padres-bebé favorecen especialmente el doble movimiento de interiorización y espejularización que subyace al paso del registro interpersonal al intrapsíquico. En el contexto de las terapias padres-bebé, podemos imaginar que el trabajo psíquico - del tercero, el terapeuta o co-terapeuta - interviene precisamente para abrir el camino a este doble proceso de interiorización y espejularización.

Palabras clave: mente primitiva, intersubjetividad, parentalidad, primera infancia, intervención en las relaciones padres-bebé

The clinic of early and earliest infancy: the gentle clinic

Abstract: The clinic of earliest infancy not only opens a new field within the psychoanalytic landscape but also offers fresh perspectives on clinical practice and the structuring of the psyche, as it allows for the real-time observation of the psyche's construction alongside the development of parent-infant relationships. It contributes significantly to our understanding of psychic distress related to narcissistic and identity issues, bringing us closer to the imprints left by early emotional experiences. The interaction of the psychic apparatus—always a representation of the bond, in the bond, and through the bond—takes place at the very intersection between the interpersonal and the intrapsychic. Parent-infant psychotherapies particularly foster the dual process of internalization and mirroring that underlies the transition from the interpersonal to the intrapsychic register. In parent-infant therapies, the psychic work of the third—the therapist or co-therapist—plays a crucial role in facilitating this dual process of internalization and mirroring.

Keywords: primitive mind, intersubjectivity, parenthood, earliest infancy, intervention in parent-infant relationships

Referências

- Alvarez, A. (1994a). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas* (M. A. V. Veronese, Trad.). Artes Médicas.
- Alvarez, A. (1994b). O anjo necessário: a idealização como um desenvolvimento. In *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas* (M. A. V. Veronese, Trad.; pp. 130-138). Artes Médicas.
- Aragão, R. O. (2014). O encontro entre o psicanalista, os pais e o bebê. *Primórdios*, 3(3), 45-52. <https://11nq.com/QEM2M>
- Aragão, R. O., & Zornig, S. A.-J. (2009). Clínica da relação pais/bebê: novos paradigmas para a psicanálise?. *Pulsional*, 22(4), 65-72.
- Barriguete, J. A., & Soto, F. (1997). El estudio de las interacciones precoces: función paterna, contratransferencia y enaction en la consulta terapéutica con los bebés. *De Cabeza*, (5), 8-14 e 30.
- Barriguete, J. A., Lebovici, S., Salinas, J., Mazet, P., & Maldonado-Durán, J. M. (1998). La consulta terapéutica en algunas alteraciones de alimentación del lactante. In T. L. Becerra, M. Maldonado-Durán, & H. A. Rosas (Eds.), *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo* (pp. 392-405). Plaza y Valdés.
- Barriguete, J. A., Botbol, M., Moro, M-R., Bilbao, F., & Maldonado, M. (2000). L'anorexie mentale: une impasse entre la filiation et l'affiliation. L'importance de la figure du père. *Prisme*, (32), 58-71.
- Barriguete, J. A., Lebovici, S., Salinas, L., Moro, M. R., Solis-Ponton, L., Botbol, M., Maldonado, M., & Córdova, A. (2004). A função do pai na consulta terapéutica pais-bebê e no tratamento do transtorno alimentar na criança. In L. Solis-Ponton (Dir.), *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp. 57-65). Casa do Psicólogo.

- Beaulieu, A. (2021). A especificidade da osteopatia no tratamento transdisciplinar do bebê com risco de autismo. In M. C. Laznik, *Clínica de bebês: litoral entre psicanálises e neurociências* (pp. 195-208). Instituto Langage.
- Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7(2), 133-182. <https://doi.org/10.1080/10481889709539172>
- Bick, E. (1991). A experiência da pele nas relações de objeto arcaicas. In E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica: Vol. 1. Artigos predominantemente teóricos* (B. H. Mandelbaum, Trad.; pp. 194-198). Imago. (Trabalho original publicado em 1967)
- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Bion, W. R. (1967). *Second thoughts: selected papers on psycho-analysis*. Heinemann.
- Bion, W. R. (1969). Notas sobre la memoria y el deseo. *Revista de Psicoanálisis*, 26, 679-692.
- Bion, W. R. (1987). *Clinical seminars and four papers*. Fleetwood Press.
- Bion, W. R. (1991). *As transformações: a mudança do aprender para o crescer*. Imago. (Trabalho original publicado em 1965)
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Vol. 1 Apego: a natureza do vínculo* (2a ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969)
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Presses Universitaires de France.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Artes Médicas.
- Di Loreto, O. D. M. (1997). Da adoção (e dos erros do pensar) ou dos erros do pensar (e da adoção). *Psicologia em Estudo*, 2(2), 14-16.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4)
- Freud, S. (1976). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Vol. 14. A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)* (pp. 85-122). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1976). Totem e tabu. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Vol. 13. Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)* (pp. 13-192). Imago. (Trabalho original publicado em 1913)
- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais/bebê: narrativa, filiação e transmissão*. Casa do Psicólogo.
- Golse, B. (2004). O que nós aprendemos com os bebês? Observações sobre as novas configurações familiares. In L. Solis-Ponton (Dir.), *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp. 161-170). Casa do Psicólogo.
- Golse, B. (2018). Como a psicanálise de crianças transforma a psicanálise [Apresentação de plenária]. 32º Congresso da Fepal, Lima, Peru.
- Green, A. (1988). O trabalho do negativo. *Ide*, 16, 24-28.
- Guerra, V. (2014). *Indicadores de intersubjetividade 0-12 m: del encuentro de miradas al placer de jugar juntos* [Filme]. Comité Outreach da I.P.A.; Maximiliano Guerra.
- Guerra, V. (2022). *Vida psíquica do bebê: a parentalidade e os processos de subjetivação*. Blucher.
- Harris, M., & Meltzer, D. (1990). *Familia y comunidad: modelo Harris-Meltzer*. Spatia Editorial. (Trabalho original publicado em 1986)
- Laznik, M. C., & Chauvet, M. (2016). Tratamento psicanalítico de um bebê com risco de autismo e seu tratamento concomitante em sensoriomotricidade. In A. P. R. Souza & V. B.

- Zimmermann (Orgs.), *Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis* (pp. 13-36). Instituto Langage.
- Lebovici, S. (1960). La relation objectale chez l'enfant. *La Psychiatrie de L'enfant*, 3(1), 147-226.
- Lebovici, S. (1986). À propos des consultations thérapeutiques. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, (3), 135-152.
- Lebovici, S. (1991). Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés-parents. *Revue Française de Psychanalyse*, 55(3), 667-683.
- Lebovici, S. (1993). On intergenerational transmission: from filiation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 260-272. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199324\)14:4<260::AID-IMHJ2280140402>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199324)14:4<260::AID-IMHJ2280140402>3.0.CO;2-Z)
- Meltzer, D., Milana, G., Maiello, S. & Petrelli, D. (1984). La distinction entre les concepts d'identification projective (Klein) et de "contenant-contenu" (Bion). *Revue Française de Psychanalyse*, 48(2), 551-569.
- Mendes de Almeida, M., Silva, M. C. P., & Marconato, M. M. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38(3), 637-648.
- Moro, M. R. (2005). Os ingredientes da parentalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(2), 258-273. <https://doi.org/10.1590/1415-47142005002005>
- Moro, M. R. (2017). Gravidez, nascimento, primeira infância, violência contra as crianças: por uma prevenção precoce para todos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(1), 177-189.
- Muratori, F., & Maestro, S. (2007). Early signs of autism in the first year of life. In S. Acquarone (Ed.), *Signs of autism in infants: recognition and early intervention* (pp. 46-61). Karnac Books.
- Norman, J. (2003). O psicanalista e o bebê: uma nova visão do trabalho com os bebês. *Livro Anual de Psicanálise*, 18, 267-283.
- Ogden, T. H. (2013). Lendo Susan Isaacs: para uma revisão radical da teoria do pensar. *Livro Anual de Psicanálise*, 27(1), 85-100.
- Roussillon, R. (2015). Para introduzir o trabalho sobre a simbolização primária. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 49(1), 33-46. <https://bit.ly/4doporO>
- Shuttleworth, J. (1997). Psychoanalytic theory and infant development. In L. Miller, M. Rustin, M. Rustin, & J. Shuttleworth (Eds.), *Closely observed infants* (pp. 22-51). British Library. (Trabalho original publicado em 1989)
- Silva, M. C. P. (2002). Um self sem berço: relato de uma intervenção precoce na relação pais-bebê. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36(3), 541-565.
- Silva, M. C. P. (2023). *A herança psíquica na clínica psicanalítica* (2a ed. rev. e ampl.). Blucher.
- Solis-Ponton, L. (Dir.) (2004). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. Casa do Psicólogo.
- Stern, D. N. (1992). *O mundo interpessoal do bebê: uma visão psicanalítica e da psicologia do desenvolvimento*. Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1985)
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: the beginning of interpersonal communication*. Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (2011). Desenvolvimento da intersubjetividade no primeiro ano de vida (É. Parlato-Oliveira, Trad.). In M. C. Laznik & D. Cohen (Orgs.), *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp. 117-119). Instituto Langage.
- Williams, G. (1997). O bebê como receptáculo das projeções maternas. In M.-B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *A observação de bebês: os laços do encantamento* (pp. 105-112). Artes Médicas.

- Williams, G. (1999). On different introjective processes and the hypothesis of an “omega function”. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(2), 243-253. <https://doi.org/10.1080/07351699909534245>
- Winnicott, D. W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. Hogarth Press; The Institute of Psycho-analysis.

Maria Cecília Pereira da Silva

Endereço: Rua Cristiano Viana, 401/407. São Paulo/SP.

CEP: 05411-000.

Tel.: (11) 3081-9159

E-mail: mcpsilv@gmail.com