

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**Claudia Mascarenhas Fernandes**

PSICANÁLISE PARA AQUELES QUE AINDA NÃO FALAM?

A IMAGEM E A LETRA NA CLÍNICA COM O BEBÊ

São Paulo

2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Claudia Mascarenhas Fernandes

PSICANÁLISE PARA AQUELES QUE AINDA NÃO FALAM?  
A IMAGEM E A LETRA NA CLÍNICA COM O BEBÊ

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Jussara Falek Brauer

São Paulo, 2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fernandes, Claudia Mascarenhas.

Psicanálise para aqueles que ainda não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê / Claudia Mascarenhas Fernandes; orientadora Jussara Falek Brauer. -- São Paulo, 2010.

205 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise da criança 2. Bebês 3. Clínica 4. Imagem 5. Escrita I. Título.

RJ504.2

Para meu pai que, depois do seu término, ensinou-me a continuidade.

Para meu filho, que me ensinou sua paciência.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Jussara Falek Brauer, que sempre acredita que posso ir  
mais um pouquinho.

À banca de qualificação, Ângela Maria Resende Vorcaro e Andréa Menezes  
Masagão, que muito contribuíram para a continuidade do trabalho.

À Maria Auxiliadora Fernandes e Aurélio Souza pela leitura amiga.

À Viviane pela atenção às palavras.

## RESUMO

A prática clínica com aqueles que não falam pode ser fundamentada no campo da psicanálise, ainda que com a criança, e mais especificamente com o bebê, ela tenha sido interrogada em seus fundamentos. A clínica com o bebê não somente pode ser lida pela psicanálise, como pode vir a ser sua forma mais radical de apresentação: a psicanálise como uma prática de discurso sem palavras. Para isso, contudo, é necessário que essa clínica possa ser pensada para além do espaço euclidiano, afastando-se da idéia biunívoca de um lado e outro lado entre personagens e passando para uma clínica que toma a transferência numa estrutura que inclui o analista. A imagem com apoio da letra são elementos da psicanálise imprescindíveis para a viabilidade das leituras dessa clínica. Algumas leituras como a tradução, a transcrição e a transliteração são efetivas em relação à imagem e à letra, e mais ainda: a transcrição transitiva é outra leitura que, do lado daquele que não fala, favorece o manejo clínico. Não se trata então de tomar o bebê como consequência das marcas de seus cuidadores, mas de verificar os efeitos de real que o bebê provoca em seus cuidadores que, tomados juntamente com o bebê em seu espaço também de “não fala”, marcam, de modo particular, o encontro do *infans* com a linguagem.

**Palavras-chave:** psicanálise, psicanálise da criança, bebê, imagem e letra.

## ABSTRACT

FERNANDES, C.M. – Psychoanalysis for the ones who do not speak? The imagery and the letter in the clinical practice with the infant. 2010. 205 p. Thesis (Doctorate) – The Psychology Institute of the University of São Paulo

The clinical practice with those who do not speak can be grounded in the field of psychoanalysis, even though it has been questioned in its fundamentals, when it refers to the child and more specifically, to the baby. Not only can the clinical practice with infants be read by the psychoanalysis, but it can also be presented in its most radical form: the psychoanalysis as a practice of discourse without words. However, for this to happen, it is necessary to conceive this practice beyond the Euclidean space, dismissing the biunivocal idea of one side and another side between people, and moving to a clinical practice that places the transference in a structure that includes the analyst. Imagery, with the support of the letter, is an indispensable element in psychoanalysis to make the readings in this clinical practice viable. Some readings such as translation, transcription and transliteration are effective in relation to the image and the letter, especially the transitive transcription, as another reading that, on the side of the one who does not speak, favors the clinical management. It's not the case of seeing the infant as a consequence of the marks caused by his or her caretakers. Rather, it should be considered what the infant's effects of the real cause in his or her caretakers, who, taken together with the baby in his/her space of non-speech, indicate the encounter of the *infans* with the language in a particular way.

**Key words:** psychoanalysis, child psychoanalysis, infant, imagery, letter.

## SUMARIO

<b>Apresentação</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	<b>18</b>
Leitura 1	19
<b>Dos antecedentes e seus fundamentos</b>	<b>20</b>
<b>A criança existe, tem corpo, tem sexualidade. Mas teria sofrimento?</b>	<b>21</b>
O trabalho clínico com o bebê: principais autores	29
<b>Mais especificamente alguns conceitos fundamentais na clínica com o bebê</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO 2</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>A clínica no seu espaço euclidiano</b>	Erro! Indicador não definido.
<b>A clínica pais e bebês tal como a experiência demonstra</b>	Erro! Indicador não definido.
<b>Topologia dos afetos: morte e invasão</b>	Erro! Indicador não definido.
<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
A grande querela sobre a noção de imagem O que faz a psicanálise com a imagem?	<b>Erro! Indicador não definido.</b> <b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>A Imagem e a angustia</b>	Erro! Indicador não definido.
<b>CAPÍTULO 4</b>	<b>58</b>
<b>Considerações finais</b>	<b>60</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>68</b>
Anexos	92..

## Apresentação

É inerente à clínica com o bebê o questionamento sobre sua filiação, suas razões e seus fundamentos. Mas como pode ser fundamentada, no campo da psicanálise, uma prática clínica com aqueles que ainda não falam?

A linearidade não encontra lugar num pensamento sobre a clínica, tampouco a igualdade torna-a mais compreensível. Nem a igualdade nem a linearidade produzem pensamentos. A clínica nasce de paradoxos, e é essa a clínica que a psicanálise contempla. Defendo com esta tese a idéia, construída a partir do meu percurso clínico, de que a clínica com aqueles que ainda não falam constitui o campo psicanalítico em sua apresentação mais radical: a psicanálise tomada como um discurso sem palavras. Contudo, para a viabilidade clínica dessa prática cotidiana com aqueles que não falam, a imagem e a letra precisam ser tomadas como elementos que esteiam essa clínica no campo da psicanálise.

A tese trata do escrito de um percurso clínico. Nem relato de experiência nem, tampouco acumulação acadêmica de teorias, mas, sobretudo, a clínica e sua formalização em psicanálise. Neste percurso, tomei inicialmente como alicerce a clínica para aqueles que ainda não falam, mais precisamente, os bebês, para posteriormente me solidarizar com a idéia da clínica psicanalítica como um discurso sem palavras.

Na história da psicanálise, a clínica com crianças sempre foi pensada a partir de suas especificidades em relação à técnica – participação dos pais, uso de materiais como brinquedos ou desenhos, pagamento feito por terceiros –, considerando seus efeitos para o manejo da transferência, para a constituição

da demanda e para a problemática sobre o fim do tratamento. Todavia, essas especificidades aparentemente relativas à técnica apontavam muito mais para uma antiga discussão epistemológica: a da relação da psicanálise com as noções de externo e interno. Foi desse modo que os autores da escola inglesa, conhecidos pela psicanálise com crianças, sempre construíram teorias para dar conta dessas especificidades, além de manter o debate sobre a etiologia dos sintomas da criança, contando ou não com a influência da educação e das relações da criança com a linguagem, na vertente da chamada “impossibilidade” de a criança associar livremente.

A clínica psicanalítica com crianças, portanto, sempre interrogou a psicanálise. E sempre a interrogou em seus aspectos mais caros, como a idéia de ser a psicanálise uma prática eminentemente de falas, uma *talking cure*. A prática clínica com a criança sempre trouxe a idéia de que com a criança, além da fala, existiria uma necessidade de considerar o que se mostra, o que a criança faz, mostra, aponta, e que tornaria a criança signo de visibilidade. Essa discussão sobre os seus fundamentos traz a questão: o que fazer na clínica com o que a criança “mostra”?

A idéia de uma “mostração” na clínica sempre foi considerada no trabalho com a criança, a partir do momento em que, sob a suspeita de que a criança não conseguiria associar livremente, entram em cena instrumentos como o brinquedo e o desenho. A leitura do trabalho com esses instrumentos variou consideravelmente entre as diversas abordagens da psicanálise<sup>1</sup>. Na clínica com o bebê, esse aspecto da “mostração” pode aparecer dividido entre aquele que fala (o cuidador) e aquele que mostra (o bebê), compondo outra

---

<sup>1</sup> G. e P. Geisseman, *L'histoire de la psychanalyse de l'enfant, perspectives, mouvements et idées*. Paris: PUF, 1992.

forma de escutar os enunciados e as enunciações, dentro de um espaço euclidiano. A fala e o que se mostra podem aparecer distendidos entre esses personagens, de modo que esse texto que se escreve se mostra bem mais diversificado e necessitando de leituras. Mas pode ocorrer, também, de a “não fala” do bebê apelar ao momento de “não fala” dos cuidadores, de modo que aquele que não fala na clínica não se restringe ao bebê, indicando que apenas a imagem pode se apresentar na sessão clínica.

É assim, então, que vejo essa clínica: uma prática importante para tentar desfazer os impasses que podem fisgar o sujeito num momento importante do encontro entre o *Infans* e a linguagem, e que, portanto, se descobre como apresentação mais radical da clínica do real, do escrito, e de suas práticas de leituras.

### **A leitura da clínica**

A clínica com o bebê traz a idéia de um espaço em que a palavra circula ou a imagem se apresenta, tendo o bebê como seu ponto de cruzamento; em que é fundamental decantar os lugares relativos aos enunciados e as enunciações; em que a transferência ao analista é uma transferência temporária, relativa a um empréstimo de sustentação da suposição de saber que foi rompido com os pais num tempo muito precoce, provocando, desse modo, nas costuras entre demanda e desejo, um transbordamento da angústia. Não se trata, então, de um trabalho que considere somente os indivíduos ali presentes (cuidadores e bebê), mas é uma prática que precisa ser pensada a partir da estrutura, entre lugares e funções. Além do mais, o sofrimento trazido ao tratamento com o bebê é o cruzamento do insuportável do real e da

angústia que, numa espécie de resumo dos tempos presente, passado e futuro, vem imobilizar os avatares do sujeito em sua condição lógica de linguagem e, portanto, marcado mesmo antes de ele nascer.

É possível tomar essa clínica com “aqueles que ainda não falam”, numa primeira leitura, a partir de um espaço euclidiano, que considera a superfície dividida entre um lado e outro lado, lado dos pais e lado do bebê, como se apresenta toda a tradição inglesa que trabalha com o bebê. As idéias de aproximação e profundidade, porém, decididamente fundamentais, precisam ser consideradas, e torna-se necessário, portanto, transformar essa superfície plana e bifurcada. Foi necessária a busca de outro espaço – um espaço topológico, para poder considerar essas relações de profundidade e de outra temporalidade inerente a essa clínica – partindo da problemática dos espelhos até a do quadro, como tela necessária à apresentação do lugar do analista nessa estrutura.

Trago aqui uma possibilidade de leitura sobre o uso na prática clínica da noção de imagem nela implicada; uma imagem que pode traduzir “esse ternário imaginário quando a criança desejada constitui ‘realmente’ o lugar de ideal do Eu (*moi*)”<sup>2</sup>, grosso modo, quando o que é mostrado possivelmente se mostra por não pode ser dito.

Em relação à imagem, não se trata de interpretá-la, dado o engodo que as significações aí podem apresentar por se referirem mais ao analista que ao paciente, mas, trata-se de abrir um espaço a essa imagem que se mostra, esperar que dela decantem insígnias, que dela possam emanar seus pontos de fuga e invisibilidade, para então poder lê-la, e lê-la ao pé da letra, ler a letra que

---

<sup>2</sup> J. Lacan (1955-56), D’une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. Em *Écrits*, Paris: Seuil, 1992. p. 554.

decanta da parte imagética que se mostra: “só através da imagem do outro (o semelhante), algo do sujeito se torna visível e pode se fazer olhar no campo do Outro, de uma forma de não-todo”<sup>3</sup>.

## **Transmitir a clínica**

O percurso clínico, ao ser escrito, espera separar a clínica de um relato de experiência de análise ou de uma exegese da epistemologia psicanalítica. É o que pode ser denominado transmissão da clínica. Porge<sup>4</sup> adverte que o estabelecimento de um fato clínico psicanalítico “reside no método de sua transmissão. Trata-se de encontrar um laço entre a clínica e o que se transmite. O método constitui esse laço”. Ao escolher apresentar a leitura de um fato clínico, privilegiei o traço da “mostração” na sessão de uma cena que me fez interrogar o lugar e o valor da imagem como uma possível virada no trabalho clínico.

Há, portanto, o método que foi sendo construído a partir do escrito de um percurso, que trouxe a escrita do traço de um caso que havia se descoberto emblemático, no tempo do só depois, pelo questionamento da articulação da noção de imagem, seu uso nessa clínica, e seu deciframento posterior com o apoio da noção de letra. Desse modo, o percurso de escrita foi: a partir das questões sobre o que se mostra na clínica com o bebê, acompanhar de perto o movimento que tornou essa “mostração” fundamental para os momentos de virada no trabalho clínico, de modo que, reconhecendo as vozes que falavam

---

<sup>3</sup> A. Souza, *De um corpo ao outro*, trabalho apresentado na jornada do Espaço Moebius, Salvador, 2005.

<sup>4</sup> E. Porge, *Transmettre la clinique, Freud, Lacan, Aujourd'hui*. Paris: Eres, 2005.p. 10.

nessa escrita, fossem inevitavelmente escritos também os traços de uma formação em psicanálise.

Destaco durante o trabalho algumas questões que conduziram meu percurso nesse tema, de modo a tornar fundamental que as especificidades retiradas dessa práxis fossem também organizadas. É preciso, porém, reivindicar essa prática clínica com os bebês ou aqueles que ainda não falam, como uma espécie de herdeira da psicanálise com crianças<sup>5</sup>. Fica, portanto, entendido aqui que as bases epistemológicas e as problematizações delas decorrentes fazem parte dos debates e das teorizações da clínica psicanalítica com crianças, prática desde sempre questionadora dentro da psicanálise.

A partir daí foi imprescindível, para pensar a questão da imagem e de seu uso na clínica, que a diferença entre o espelho e o quadro pudesse ser apontada, sugerindo já aí a passagem entre o plano euclidiano e o plano topológico, necessária na clínica para aqueles que ainda não falam.

Além disso, foi preciso tentar ler os movimentos do próprio bebê nessa trama, dado que ele se materializa na clínica. Não se trata de um trabalho em que pais se referem a um filho numa sessão, mas esse filho, mesmo que ainda não fale, está ali presente e ativo. Essa terceira necessidade levou-me a conceber a noção de transcrição transitiva como uma leitura das insígnias do Outro, que o bebê realiza – com o real de seu corpo – na sua imersão na linguagem. Por outro lado, o bebê possui uma condição muito favorável a compor o lugar de objeto para seus Outros parentais, quer dizer, o lugar de objeto que provoca uma divisão do sujeito no lugar do Outro; assim como é

---

<sup>5</sup> De tanto valor específico que a clínica com o bebê tem ganhado, existe entre alguns autores certa idéia de que essa clínica com um bebê seria independente da história ou das bases epistemológicas que regem a clínica psicanalítica com crianças, desse modo, não é tomada como óbvia a idéia de que essa prática clínica seria herdeira da clínica psicanalítica com crianças.

esse mesmo lugar de objeto que imprime essa condição de não fala, essa condição de evocar elementos do real.

A noção de angústia como condição para a divisão do sujeito foi fundamental para olhar diferentemente essa clínica, não como uma clínica da psicopatologia do bebê, mas como uma clínica do mal estar em se tornar um sujeito de fala nos impasses que podem advir de sua condição de dependência em relação ao desejo do Outro. As vertentes de morte e invasão tornam-se, então, elementos chaves para essa leitura, uma vez que se, mostram como vertentes constantes da angústia nessa clínica.

Se na clínica existe uma chance de passar para outra coisa, esta só acontece quando se passa mais uma vez pela coisa do outro<sup>6</sup>. Em muitos casos clínicos com crianças, o deslizamento metonímico – percorrido de médico a médico, de hospital a hospital, passando por vários profissionais em diversas modalidades – precisa de uma leitura outra, já que realizar essa cadeia de apelos e deslocamentos não necessariamente escreve o que se acrescenta ao “passar pela coisa do outro”.

Pode-se dizer que se trata de uma leitura de um texto que ainda precisa ser escrito, mas como ler essa estrutura? Em que consiste o fato de lê-la? Como se pergunta Allouch, trata-se de privilegiar o sentido ou a letra?

É preciso um eixo metodológico para que uma leitura possa ser realizada. É necessário, no entanto, saber de quais escritos se trata. Pode a imagem escrever um texto? E, caso o escreva, como é possível ler? É possível que o jogo de espelhos e a noção de quadro possam sustentar leituras na

---

<sup>6</sup> J.Allouch, *Lettre a lettre, transcrire, traduire et translitterer*. Paris: Éres. 1984.

clínica daqueles que ainda não falam? Que vozes falam em cada leitura clínica?

...a esses dois fios ligados (história da psicanálise e formulação por uma clínica psicanalítica) acrescenta-se um terceiro, relativo à doutrina. Para dizer a verdade, não se deve opor doutrina e clínica, pois se verifica o contrário (a experiência o verifica de imediato), quanto mais a observação se faz literal, mais próxima do que se dá a ler, mais facilmente se recupera (às vezes formulado tal e qual) o ponto de doutrina que ali está implicado<sup>7</sup>.

Esta tese apresenta quatro capítulos e três anexos. Desse modo, ao mesmo tempo em que um percurso sobre a descoberta da possibilidade e do sustento da clínica para aqueles que ainda não falam vai sendo construído, vai se escrevendo o meu percurso clínico. Então, a partir de um traço de “mostração” de um caso clínico, três fragmentos são apontados a partir das diversas possibilidades de leitura apoiadas em cada momento, de forma que o mesmo fato clínico vai sendo lido de diferentes maneiras, como se dá num percurso clínico: o olhar vai se modificando a cada virada da formação.

O primeiro capítulo contempla no fragmento clínico apenas o indício de uma situação clínica com um bebê. Essa possibilidade inicial de um atendimento ao bebê só pode ser vislumbrada, é certo, a partir da oportunidade de fazer da própria criança um paciente, e essa oportunidade foi oferecida pela psicanálise com criança. Ainda nesse capítulo serão apresentados alguns autores e alguns conceitos cunhados por psicanalistas da tradição inglesa a partir da clínica com o bebê, dado que foram as abordagens inaugurais da clínica com o bebê no meu percurso. Existe um mundo de aportes teóricos e aproximações clínicas que foram sendo trabalhadas sobre esse atendimento ao bebê, portanto, esse capítulo inicial que, de forma alguma pretende um apanhado acadêmico ou histórico sobre o tema, traz os autores e conceitos que fizeram parte do meu percurso, das minhas aproximações, para que fiquem mais claros, posteriormente, meus afastamentos. É inerente, portanto, a esse capítulo o que subjaz à idéia da especificidade dessa clínica a partir da tradição inglesa: tanto o fato de o bebê ainda não falar, quanto a idéia de que

---

<sup>7</sup> J. Allouch, *idem*, p. 14.

sua cronologia precisa ser considerada, uma vez que se trata de estágios de desenvolvimento psíquicos.

O segundo capítulo trará o início da minha clínica, quando ainda titubeava num espaço euclidiano, pensado segundo uma divisão biunívoca desse espaço clínico: lado do bebê e lado do cuidador. Contudo, essa vacilação inerente a esse momento inicial foi sendo dissipada pelas questões que a própria clínica trazia, assim como por minha filiação à tradição da psicanálise lacaniana, que já podia me oferecer outras ferramentas. Apoiam esse momento as noções de transitivismo e de antecipação, e a forma como foram se modificando a partir da própria prática. Não poderiam ser deixadas de fora, nesse capítulo, as questões relativas à direção de tratamento: demanda, transferência, efeitos interpretativos. Já a segunda parte do capítulo será dedicada ao tema da angústia, nas vertentes de morte e invasão, como ondas que se entrecruzam e que aparecem e se repetem.

O terceiro capítulo – para finalmente cunhar o que foi possível fazer dessa minha clínica, e com isso a empreitada de delimitação dessa clínica no campo da psicanálise – trata da importância da imagem e da letra na passagem para um espaço que não se restringe a uma superfície biunívoca, assim como apresenta a necessidade de mais de uma volta nas leituras apresentadas. Vai tratar essa clínica, portanto, como estrutura a partir de funções e lugares, não mais apenas a partir de seus personagens, de modo que o analista está incluído na cena. Volta-se ao fragmento clínico, não só com a leitura realizada pelo analista, mas também com as possíveis leituras do cuidador, assim como a do bebê. A possibilidade de que a clínica com o bebê fosse lida com os elementos da teoria lacaniana da clínica do escrito ofereceu a descoberta de que a clínica daqueles que ainda não falam não só está dentro do campo da psicanálise, como se revela talvez como a sua mais radical forma de apresentação.

Um quarto capítulo foi necessário para concretizar algumas considerações finais que foram sendo demarcadas durante esse percurso clínico, mais principalmente no percurso de sua escrita, dado que foi no meu próprio ato de escrita que essa clínica foi sendo costurada, e nela a escrita foi trabalhando o que já podia ser dito sobre a clínica da psicanálise.

# Capítulo 1

## Leitura 1

*Os pais procuram atendimento para seu bebê<sup>8</sup> de oito meses porque ele nada come. Recusa a mamada e está constantemente num estado de grave desidratação, que provoca internações praticamente diárias para ser hidratado. Muito angustiados, os pais se mostram perdidos, buscando “uma orientação”. A criança se apresenta muito apática, quase não reage a provocações e brincadeiras. A mãe, com ares de exaustão, sente-se muito só. O pai tenta acalmar a situação trazendo soluções práticas que pouco ajudam. O bebê não tem interesse pela mamadeira, pela comida, pelos brinquedos. Os pais já passaram por muitos médicos e alguns hospitais.*

— *Como assim: psicanálise para aqueles que ainda não falam?*

---

<sup>8</sup> Ver anexo 1 sobre o lugar do bebê na história

## Dos antecedentes e seus fundamentos

Existem duas contingências para a necessidade da escrita deste capítulo primeiro. A primeira vem do fato de que a clínica com bebês foi iniciada por autores da tradição inglesa da psicanálise. De certo modo, então, o que lia e escutava no momento em que conheci esse trabalho, ele vinha de psicanalistas que se filiavam a essa tradição. Esse *background* do trabalho com os bebês se transformou em muito pouco tempo, de tanta produção a esse respeito, num mundo de teorizações, ensaios, tendências. Para aqueles que não estão habituados a esse mundo, quase particular, do atendimento ao bebê, valeria muito a pena um capítulo inicial que pudesse introduzir o leitor a esses aportes teóricos que tiveram voz nesse percurso. A intenção é, sobretudo, selecionando os principais autores e conceitos em meu percurso clínico, que se possa esclarecer, no decorrer do escrito, as diferenças que foram me distanciando desse percurso inicial.

A segunda aparece com a idéia de que a psicanálise com crianças de modo geral abriu o espaço para a chegada dessa prática com bebês. Mesmo que o atendimento ao bebê – a partir de todo esse mundo reclamado à parte – tenha ficado situado quase como um mundo teórico independente, encontra-se herdeiro da psicanálise com crianças, dado que discute, ao longo de seu percurso, os paradoxos da pertinência da clínica com crianças ao campo da psicanálise.

Considerando o quadro até aqui esboçado, entendo que este primeiro capítulo é importante para explicitar não só as questões relativas ao

pertencimento de cada clínica em sua tradição, mas, essencialmente, para tornar visíveis – na forma como minha prática foi sendo construída – as diferenças que atualmente sustento em relação à clínica; uma clínica marcada pelo espaço euclidiano, a partir de minha filiação a tradição lacaniana da psicanálise.

É verdade que a origem não deve ser mais confundida com a causa ou com a razão da história, mas convocar um campo que, sob tensão, se estruturou a partir da relação de flerte entre a psicanálise e a infância, faz emergir a reivindicação de um percurso que me possibilitou chegar até as relações entre a psicanálise e “aqueles que ainda não falam”. Esse campo é o campo do atendimento ao bebê e suas relações com a psicanálise. Sendo o trabalho com o bebê herdeiro dessas relações iniciais entre psicanálise e criança, nem sempre tranquilas, é necessária tal passagem para melhor delinear a complexidade dessa clínica.

Todo este capítulo inicial tem como objetivo delimitar o campo originário das questões que em meu percurso permaneceu interrogando sua práxis. Longe da recaída em um debate sobre as garantias e comprovações de pertencerem ou não ao campo da psicanálise, pretende tomar a psicanálise como ferramenta capaz de modificar não só as relações desse bebê em sofrimento, como a forma de escutá-lo e tratá-lo.

*A criança existe, tem corpo, tem sexualidade. Mas... teria sofrimento?*

Há mais de cem anos, Freud abria a possibilidade para o tratamento psicanalítico de crianças. Essa abertura encontra-se registrada de diversas

formas, mas principalmente no texto "Análise de uma fobia de um menino de cinco anos"<sup>9</sup>, quando fica claro que o sintoma da criança é um sofrimento e que poderia ser tratado pela psicanálise. A polêmica teorização sobre a sexualidade infantil, descrita como perversa polimorfa, sexualidade oriunda de prazeres esparramados pelo corpo sem obedecer a um primado genital, como diria Monzani<sup>10</sup>, opera aí um verdadeiro "estilhaçamento" do conceito de sexualidade humana. Ao distanciar-se dos sexólogos da sua época, que acreditavam numa relação direta e unívoca entre instinto e objeto, a criança freudiana deixa de ser olhada como "passiva" nas suas relações e se torna "ativa" em sua sexualidade. Os passos, portanto, para a criança se tornar um paciente da psicanálise, estavam dados, porém, esse era apenas o início de um longo e duro percurso.

As correntes contemporâneas revelam "até que ponto é a responsabilidade original, histórica, de a psicanálise ter mostrado a uma criança seu lugar de paciente"<sup>11</sup>. E já em seu início, a possibilidade atendimento à criança faz retornar em forma de polêmica a resistência já enfrentada anteriormente pelo tratamento de adultos: a psicanálise provocaria uma exacerbação das pulsões perversas? Em caso positivo, ficariam então "pervertidas" as crianças atendidas em psicanálise?<sup>12</sup>

Rompida essa primeira barreira do receio de efeitos danosos causados às crianças, passa-se à polêmica sobre as vicissitudes do tratamento clínico propriamente dito. Das observações com os próprios filhos aos atendimentos

---

<sup>9</sup> S. Freud (1909), *Análise de uma Fobia de um Menino de Cinco Anos*. Obras completas, Col. Standard, vol. XI, Rio de Janeiro: Imago 1969.

<sup>10</sup> L. Monzani, *Freud movimento de um pensamento*, Campinas: Editora da Unicamp, 1985.

<sup>11</sup> J. Poulain-Colombier, Histórico dos conceitos e das técnicas que contribuem para a psicanálise com crianças. Em *A criança e o psicanalista*, Revista Littoral, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

<sup>12</sup> G. e P. Geissemain, *L'histoire de la psychanalyse de l'enfant perspectives, mouvements et idées*. Paris: PUF, 1992.

psicanalíticos de fato, a psicanálise com criança arcará com um leque bastante diversificado de posições que irá dividir os psicanalistas em suas práticas.

À idéia da dependência da presença dos pais juntou-se a noção da idade ideal para o tratamento com a criança e da forma particular de expressão dessa criança em relação a sua pouca possibilidade de associação livre. Na história da psicanálise, por exemplo, essas distinções estão contempladas nas disputas entre Anna Freud e Melanie Klein<sup>13</sup>, no chamado “período de controvérsias” (1940-1945). Muito além de uma simples disputa pelo lugar de “fundadora” da psicanálise com criança, essas controvérsias<sup>14</sup> nos mostram um debate muito maior sobre as bases epistemológicas da psicanálise, marcadamente a partir do tratamento da criança.

Anna Freud e Melanie Klein<sup>15</sup> concordaram quanto aos aspectos que se tornaram marcas no atendimento psicanalítico à criança: a importância das funções parentais para a constituição do psiquismo da criança, a consideração do desenvolvimento libidinal no tratamento, a dificuldade da criança em associar livremente através da fala, e o fato de que a análise da criança não é um trabalho preventivo. As saídas que cada uma encontrou para esses paradoxos foram distintas, como se pode ler no anexo 2, porém, o questionamento que a clínica com a criança dirige à psicanálise tornou-se uma herança para o trabalho com o bebê.

---

<sup>13</sup> Ver anexo 2 sobre Anna Freud e Melanie Klein.

<sup>14</sup> Winnicott, grande autor da tradição inglesa da psicanálise com crianças, não foi incluído aqui por não ter entrado nessa disputa sobre o momento ideal para o atendimento psicanalítico à criança. Apesar de ter desenvolvido conceitos fundamentais para possibilitar tal prática, como a noção de objeto transicional, o caminho para incluí-lo nesse debate arriscaria a necessidade de um grande atalho. Aposto que em outra oportunidade esse autor precisará ser incluído para termos uma boa indicação sobre outra saída na leitura dentro do espaço euclidiano do lado do *um* e do lado do *outro*.

<sup>15</sup> Ver anexo 2 sobre Anna Freud e Melanie Klein.

A grande guerra entre as psicanalistas está, portanto, além de uma disputa narcísea. Mostra-nos, mais ainda, que esse debate ainda não cessou e que talvez, para ser enfrentado pela psicanálise com crianças, necessite de um mergulho mais fundo nas bases epistemológicas da teoria psicanalítica. Ao assirtimos balançar a base epistemológica da psicanálise, vemos que o trabalho com aqueles que ainda não falam acirra esse debate de forma incontestável como, por exemplo, através das noções de estrutura e desenvolvimento, do trabalho com as palavras e com as imagens, do debate entre os sentidos e as letras, da confusa relação entre indícios e significações dos gestos e atos na análise.

È certa a herança da psicanálise com crianças como um grande instrumento clínico, mesmo que esse debate tenha muitas vezes recaído na necessidade de provocações numa discussão, muitas vezes infrutífera, sobre suas garantias de pertencimento:

Todavia, sempre foi muito difícil precisar o que especificava a psicanálise da criança: sabíamos, de fato, nos contentar com um número de sessões quinzenais para caracterizar a existência de um processo psicanalítico. Contemos-nos em propor a idéia que as variantes desse processo na criança permitem falar nessa idade de psicoterapia muito mais que de psicanálise<sup>16</sup>.

Podemos acompanhar muitas citações como esta dos psicanalistas que trabalham com crianças, das mais variadas abordagens, mas o que está em jogo não deveria ser colocado simplesmente para defender o ideal de uma psicanálise “autêntica” ou “pura”, mas todo esse debate em torno da

---

<sup>16</sup> S. Lebovici, A propos des psychothérapies analytiques chez le jeune enfant. In *Modèles psychothérapeutiques au premier âge, de la théorie a l'intervention*. G. Fava Vizzello e D. Stern (org.). Paris: Masson, 1995. p. 90.

psicanálise com criança conta para delimitar seu campo, um campo paradoxal e eminentemente questionador.

Uma série de repetições das tentativas de comprovações sobre o tratamento com a criança parece que se tornou uma exigência para os analistas que com essa clínica trabalhavam:

A elaboração em psicanálise de crianças é mais incerta que com os adultos, em razão do caráter limitado da verbalização. Entre o que o psicanalista crê ter dito ou feito, e a reação perceptível da criança, existem caminhos que não são expressados, o que obriga a reconstruções mais flexíveis do que no adulto, para descrever o processo psicanalítico. Essa dificuldade torna ainda mais indispensável um exame crítico repetido dos conceitos teóricos utilizados de modo explícito ou implícito.<sup>17</sup>

Resumidamente, Erik Porge enfrenta melhor esse debate, dado que não se trata mais de provar que o trabalho clínico com a criança pertence ao campo da psicanálise, mas de considerar que essa prática merece ser escrita:

Uma das questões que surgem frequentemente a propósito da prática dos analistas com crianças é a seguinte: será mesmo análise? A prática com crianças é uma prática mais exposta do que aquela com adultos, porque se desenvolve implicando terceiros que podem intervir diretamente junto ao analista. Talvez seja por isso que se pede a essa prática, mais do que a outras, que forneça suas razões.<sup>18</sup>

De todo modo, é provável que essa necessidade que está em jogo – de fornecer suas razões – refira-se mais à necessidade de teorizar tantas especificidades (número de sessões por semana, participação de outros no tratamento, duração do trabalho de cura, enfim, quase todas as variantes da chamada cura tipo). Trata-se, com essa prática, de despertar a rigidez

---

<sup>17</sup> R. Diatkine e J. Simon, *La Psychanalyse précoce*. Col. Le fil rouge. Paris: PUF. 1972, p 242.

<sup>18</sup> E. Porge, *Transferência para bastidores*. *Littoral, A criança e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998, p. 8.

advinda desse limite entre fatores endógenos e exógenos, entre, por exemplo, o que adviria da educação ou atitude dos pais perante o desenvolvimento na criança das suas curiosidades sexuais e o que estaria constitucionalmente determinado pelos processos psíquicos ditos internos.

Resta ainda nesse jogo a relação com o tempo. Como considerar a cronologia do tempo da infância e a concepção de *a posteriori* do tempo em psicanálise? Que outra noção de tempo pode ser usada pela psicanálise com crianças para que uma leitura possa ser efetiva? É límpido pensar que a discussão sobre a questão do tempo é densa, uma vez que está na base em que se apoiam importantes alicerces da técnica como a associação livre (que se refere à incapacidade da criança em associar livremente) e os efeitos da interpretação (pensados a partir do *a posteriori* e do recalque).

A cronologia, por exemplo, considerada por analistas que trabalham com crianças, é uma noção polêmica e não uniforme. Em posições polarizadas tem-se desde aqueles que precisam ressaltar insistentemente que não consideram a idade cronológica da criança, na direção da cura, até aqueles que consideram a faixa etária da criança fundamental.

Em 1953, por exemplo, Dolto marca seu desacordo com Lacan sobre esse aspecto:

é a maneira pejorativa que Lacan fala da mitologia da maturação instintiva. Não posso suportar que seja desacreditada essa hipótese... dito isso Lacan parece ignorar tudo o que se pode fazer de útil com esta noção hipotética, mas que considero de minha parte, necessária, a noção de maturação afetiva. Não somente eu me sirvo dessa noção, mas não posso dispensá-la para trabalhar.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> F. Dolto, citada por Poulain-Colombier, Histórico dos conceitos e das técnicas que contribuem para a psicanálise com crianças. *A criança e o psicanalista*, *op. cit.*, p. 28.

O que Dolto questiona é, portanto, a posição da psicanálise em Lacan, que joga com a idéia de que a cronologia do paciente criança de nada serve num tratamento clínico. As noções de corpo e tempo mostram – ainda encravados – nódulos da psicanálise relativos à prática com crianças. Consideremos tais noções fundamentos que possuem o risco, ou a sorte, de fazerem vacilar os limites da clínica. “A criança está num momento atual do recalque”<sup>20</sup>: o que torna o seu tratamento já uma variante.

É possível encontrar artigos e autores que trabalham com a hipótese de que a estrutura e o desenvolvimento são duas ordens de trabalho diferentes e como tais devem ser consideradas. Bernardino<sup>21</sup>, após um breve apanhado sobre essa controvérsia, propõe:

uma articulação entre os tempos lógicos da investigação da criança no campo simbólico e o tempo do desenvolvimento, para o que procederemos a um estudo do conceito de inconsciente na obra de Freud e de Lacan, relacionando-o com os conceitos de tempo lógico e de desenvolvimento.

Trata-se de uma articulação entre tempo lógico e cronológico.

Quanto ao lugar dos pais, temos desde analistas que após as primeiras entrevistas com os pais só os vêem novamente ao final do tratamento, até aqueles para quem a presença um pouco mais “livre” desses outros faz parte da sua prática cotidiana. Contudo, muito mais do que uma discussão a respeito de uma educação psicanalítica dedicada aos pais ou à presença deles na sessão, ou, até mesmo, a pouca referência a ambos nos relatos clínicos, o que se descobre é que se trata de uma discussão maior: as

---

<sup>20</sup> J. Attal. Transferência e final de análise com a criança. *A criança e o psicanalista*, p. 56.

<sup>21</sup> L. Bernardino, *As psicoses não decididas na infância*. Col.Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004, p. 37.

relações entre o externo e o interno, aqui não mais como foi falado acima – com relação a questões etiológicas –, mas no próprio manejo da clínica. Os pais serão convocados se o que fundamenta essa convocação é a abordagem teórica, portanto, a forma de ler a clínica, o que inclui a crença ou não no limite entre o externo e o interno na criança, e a participação disso na constituição ou na construção do sintoma na criança.

Indo além de uma disputa etiológica – que para algumas abordagens da psicanálise apresenta-se como uma luta entre fatores externos e internos, ou de acordo com o modo como tempo e espaço são considerados –, quero acrescentar aqui as relações, nessa clínica, com aqueles que ainda não falam, as relações entre a imagem e a letra como fundamentos para pensar sobre essa clínica. Portanto, trata-se de considerar que a forma como esses conceitos são lidos determina o estilo de clínica que está sendo proposto e, conseqüentemente, o esforço epistemológico que estará sendo considerado – na história da psicanálise com criança, trata-se da dicotomia externo/interno ou do tempo *a posteriori versus* cronológico.

Por fim, é fundamental considerar a idéia de que a psicanálise com crianças foi que trouxe a criança para o centro da cena, imprimiu a noção de sofrimento infantil analisável, e fez da criança um paciente.

A prática no atendimento aos bebês e seus pais retomou, sem nenhuma surpresa, esse mesmo debate de forma também explícita. São as questões sobre suas possibilidades, sobre a ausência de fala da criança, sobre a participação dos pais, sobre o corpo e o tempo que se reduplicam, enfim, sobre todas as espécies de vicissitudes da clínica:

Às vezes digo: é a versão mais moderna do conflito entre Ana Freud e Melanie Klein. Elas brigaram a respeito da questão da

transferência nas crianças, agora também brigamos pela questão da transferência com os bebês, os bebês são ou não são capazes de transferência? Isto foi uma grande questão entre Bertrand Cramer e Serge Lebovici<sup>22</sup>, que em função disso pensaram suas práticas conjuntas.<sup>23</sup>

Portanto, concluo que os aspectos considerados polêmicos na psicanálise com crianças sempre o foram, e indicam situações limítrofes do pensar psicanalítico ditadas pela própria posição da criança em relação aos pais e à linguagem. A essa polêmica acrescento, a partir do trabalho clínico com aqueles que ainda não falam e das contribuições da psicanálise, mais um paradoxo: o das relações com a imagem e a letra a partir dos movimentos de uma criança na clínica. Ao exigir leituras singulares, a clínica com o bebê provoca em seus executantes a necessidade de buscar instrumentos para manejá-la.

### *O trabalho clínico com o bebê em autores que atravessaram meu percurso clínico*

Alguns autores que já ensaiaram com muita seriedade algumas formas de dispositivos possíveis para essa clínica com crianças pequenas. Selecionei alguns para definir essa clínica como: o momento dentro de um processo terapêutico em que um bebê que ainda não fala pode ser escutado – o que é paradoxal numa relação com a psicanálise, definida como uma prática de *talking cure*.

---

<sup>22</sup> Ver anexo 3.

<sup>23</sup> B. Golse, *Sobre as psicoterapias pais-bebês: narrativa, filiação e transmissão*. Col. Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 38.

A clínica precoce é o termo que nós usamos para designar o fato de que no bebê e na criança pequena, o corpo e seu funcionamento são o suporte de um certo número de manifestações que, mesmo que sejam somáticas, ainda assim devem ser tomadas numa dimensão simbólica. É o que podemos chamar intrincação somato-psíquica<sup>24</sup>.

Dentro desse imenso campo de trabalho e pensamentos sobre os diversos autores que trabalharam com bebês, a leitura me permitiu objetivar quatro perspectivas de escuta daqueles que ainda não falam. Essas perspectivas, advindas de diferentes leituras de textos psicanalíticos – lembrando que *leitura*, do latim *legere*, é “recolher”, “escolher” e “eleger” – ,enfrentam de formas distintas os paradoxos da clínica com crianças, e apontam, também no trabalho com o bebê, diferentes saídas para o paradoxo de uma “escuta sem fala”.

## 1. Técnica de observação mãe-bebê

A primeira dessas modalidades de intervenção com o bebê, talvez a mais antiga, 1948, é a da observação de bebês. Esse método, criado por Ester Bick, psicanalista da linha Inglesa da psicanálise, teve como objetivo inicial fazer parte da formação de analistas que iriam atender crianças. A prática de observação era realizada na própria casa da mãe do bebê durante dois anos e não incluía nenhum tipo de intervenção ou interpretação, realizando-se em situações “normais de desenvolvimento”, ou seja, não havia nenhuma demanda por parte do paciente ou dos pais. É o profissional que busca essa observação para sua formação em psicanálise e por dois anos acompanha semanalmente o bebê no seio de sua família, deste modo “o material é uma

---

<sup>24</sup> G. Crespín, *A clínica precoce: o nascimento do humano*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006, p. 32.

complexa mistura de descrições de ações, experiências da mãe e do bebê intercaladas com preocupações e diálogos entre adultos, atividades dos irmãos e fenômenos sócio-culturais amplos<sup>25</sup>. Se de início era somente uma exigência da formação do analista da clínica Tavistok, em Londres, funda-se, a partir daí, uma forma de atendimento em que o observador é continente dos processos psíquicos do bebê observado e da mãe.

Segundo Ester Bick o problema central da observação é duplo, pois implica, de um lado, a conceitualização do seu papel em si e do outro lado as atitudes conscientes e inconscientes do observador ele próprio. No que concerne ao papel da observação, é necessário que o observador se sinta introduzido no seio da família num grau suficiente para que ele possa experimentar o impacto emocional, mas sem que se sinta constrangido a exercer os papéis que lhes são atribuídos, por exemplo, dar conselhos, mostrar sua aprovação ou desaprovação; e que possa aceitar sem intervir, o sofrimento de ver uma mãe que não cumpre corretamente sua função<sup>26</sup>

Essa prática passa, então, do quadro da formação do analista para uma espécie de modalidade de atendimento, à medida que foram sendo entrevistas as dificuldades que os bebês apresentavam. Alguns observadores começaram a perceber que mudanças eram efetivadas a partir da técnica da observação: “Teriam querido ser observados justamente por quererem ajuda?”<sup>27</sup> pergunta-se uma observadora a propósito do caso observado. Esse tipo de questão deu a perceber a potencialidade do método que começou a ser usado em escolas, maternidades, berçários: o observador faria a visita quando lhe fosse solicitada, podendo até mesmo, em alguns momentos, verbalizar aquilo que lhe parecia

---

<sup>25</sup> J. Shuttleworth, A relação entre os métodos e modelos da psicanálise e os da psicologia do desenvolvimento. In *Observação da relação mãe-bebê método Ester Bick: tendências*. São Paulo: Unimarco. 1997, p. 17.

<sup>26</sup> M. Perez-Sanchez, *L'observation des bébés. Les relations émotionnelles dans la première année de la vie*. Paris: Clancier Guénaud, 1986, p. 20.

<sup>27</sup> B. Picolli, Algumas considerações sobre a aplicação do modelo de observação. In *Observação da relação mãe-bebê*, idem. p. 164.

próximo da consciência da mãe, com o objetivo de dar a ela a possibilidade de recorrer a suas “*partes sadias*”<sup>28</sup> para tolerar o que não estaria suportando, podendo, assim, encontrar a solução com seus próprios recursos.

A técnica de observação de bebês parte, portanto, do fundamento de que o inconsciente é interno ao sujeito, mas que, de todo modo, é transmissível. Quer dizer que a posição de continente (do observador) pode favorecer mudanças no observado porque, guiado por “aquilo” que – do observado – o afeta (introjeção projetiva), terá como trabalhar consigo próprio e, numa economia de intervenções, provocar mudanças no observado.

Parece-me aqui que um aspecto fundamental pouco considerado como um efeito provocado pela observação é a triangulação de lugares promovida por essa prática. Já de início, o fato de se encontrarem, a mãe e o bebê, sob um olhar terceiro já propicia a abertura de um espaço entre ambos; abertura que muitas vezes é estruturalmente aquilo de que essa situação necessita. Além disso, o olhar terceiro já instaura, em seu próprio ato, a possibilidade de “outro olhar” para o bebê, pois certamente a mãe é convocada a se interrogar diante dele. Então, é a própria estrutura ternária promovida pela observação que já contempla a possibilidade de mudanças.

Sabe-se que esse terceiro no esquema óptico é o ponto fundamental para o qual a criança se volta para tentar ler o amor daquele que dela cuida. No caso da observação de bebês, os efeitos de melhora podem advir daí, desse ponto em que se coloca o observador para a mãe; ponto em que ela busca o reconhecimento de seu lugar – o lugar para o qual o bebê se volta – e pode vir a sustenta-lo.

---

<sup>28</sup> Idem. Ibidem.

Além desse primeiro aspecto – o da teorização que não reconhece o observador como um lugar terceiro – existe ainda outro, que “restringe”, a meu ver, as extensões dessa prática: o do inconsciente tomado como uma instância interna ao sujeito. As noções de introjeção e projeção, sozinhas, não poderiam dar conta de justificar as mudanças provocadas por essa prática sem que todo um estudo sobre a transferência nesses casos fosse empreendido, uma vez que, para funcionarem com esse poder modificador, as projeções e introjeções relativas ao observador devem contar com uma situação transferencial importante, dado que efeitos e mudanças empreendidos a partir da prática de observação são fato.

## 2. Psicanalistas influenciados pela linha Inglesa da psicanálise

Outra abordagem importante no atendimento à pequena infância é a de psicanalistas que, influenciados por pesquisas sobre competências precoces e trabalhos de prevenção em saúde mental, iniciam atendimentos psicoterapêuticos conjuntos pais-bebês. Entre eles, destacam-se B. Cramer, S. Lebovici, L. Kreisler, B. Golse, que desenvolvem seu trabalho relacionando a história da mãe com as manifestações sintomáticas do bebê. São autores historicamente vinculados à tradição inglesa da psicanálise. São também claramente sensíveis às recentes descobertas de pesquisas sobre as competências precoces do bebê.

É como se as pesquisas sobre as competências precoces ou linguagem do bebê viessem somar às teorias psicanalíticas a possibilidade do atendimento a um paciente que, mesmo que ainda não fale, já é ativo o

suficiente nas suas interações sociais e, portanto, não somente efeito das projeções ou fantasmas parentais. Desse modo, teria a capacidade ou a função de provocar mudanças ao seu redor. Se, por exemplo, uma pesquisa indica que “mais do que três segundos de atraso entre o estímulo e a resposta podem tirar completamente a consciência excitada do bebê a uma contingência (relacionamentos de causa e efeito)”<sup>29</sup>, sabe-se que uma mãe que não responde ou demora na sua resposta de modo repetitivo e constante pode favorecer uma “desistência da relação” por parte do bebê. Começou-se a acreditar que o bebê possui certas competências e que, uma vez ajudado, teria capacidade de sair de alguma condição difícil. Nasce então a idéia de que não haveria uma culpa materna como única “causadora” da dificuldade do bebê, mas que a forma de ele responder a estímulos compartilhava também a responsabilidade a respeito da dificuldade que vivenciava. O bebê passa a ser visto como ativo nas suas relações, e capaz de provocar na mãe respostas distintas como, por exemplo, fazê-la sentir-se mais ou menos “mãe”.

A descoberta de uma capacidade ativa do bebê influenciou fortemente esses autores que, movidos por essa idéia, puderam desenvolver formas de atendimento clínico (consultas longas, tratamentos breves, psicoterapias conjuntas), já que o bebê poderia ser considerado paciente graças à sua possibilidade de interação ativa na sessão, seja com a mãe, seja com o terapeuta – a depender da abordagem. O que seria – indo além da contribuição das pesquisas – essa capacidade ativa do bebê senão o fato de ele já nascer imerso na linguagem?

---

<sup>29</sup> P. Trad, *Psicoterapia breve pais/bebê*. Porto Alegre: Artes médicas. 1997, p. 16.

Se observarmos bem, essas capacidades estudadas (competências visuais, auditivas, gustativas, relacionais enfim...) já estão todas elas inscritas na trama da linguagem, e só confirmam que o sujeito em corpo de bebê já sofre os efeitos da linguagem. Afinal, quem não lembra a idéia de que os bebês só passavam a enxergar a partir do fim do primeiro mês, quando todos aguardavam os olhos do bebê se “abrirem”. O organismo do bebê humano é o mesmo desde que o homem é homem, mas, certamente, sua relação com a linguagem, e os efeitos da cultura sobre ele mudam a cada época da humanidade.

Bernard Golse afirma que as psicoterapias conjuntas, que consideram o bebê um “autêntico objeto de transferência por parte de seus pais”<sup>30</sup>, desenvolvem-se em três direções: os aconselhamentos sobre o desenvolvimento, a clínica do apego e as psicoterapias conjuntas de inspiração psicanalítica. O autor faz um percurso baseado em alguns desses autores e que transponho para este trabalho, abrindo um parêntese, para que fique mais claro o que denomino *clínica em um espaço euclidiano*.

Segundo Golse, P. Male insiste sobre a regressão em presença de um terceiro (terapeuta) e na reparação dos tempos “perdidos” da relação primordial. A. Doumic acredita que a possibilidade de uma mãe brincar com seu bebê na presença de um terceiro vai favorecer esses dois aspectos citados acima. Winnicott trabalhava segundo a perspectiva de diversos sistemas pré-conscientes e o essencial era propor o terapeuta como um “objeto transicional” para a díade mãe-bebê. Nota-se aqui a idéia comum de que uma direção

---

<sup>30</sup> B. Golse, Histoire de la psychanalyse des bébés. In *Histoire de la psychanalyse de l'enfant – mouvements, idées, perspectives*. G. e P. Geisseman (org.). Paris: Bayard, 2004, p. 185.

possível no tratamento ao bebê é a possibilidade de fazer funcionar esse terceiro entre o bebê e seu cuidador primordial.

Lebovici, por sua vez, trabalhava no sentido de retirar os diversos mandatos transgeracionais inconscientes que poderiam liberar o desenvolvimento do *self* da criança. D. Daws e os pós-kleinianos utilizam o grupo pais-terapeuta-criança como um aparelho psíquico coletivo capaz de fazer funcionar a “capacidade de *reverie*”. Cramer e Palacio-Espasa propuseram um modelo que considera, de um lado, a natureza das projeções parentais sobre o bebê e, de outra parte, as “seqüências interativas sintomáticas” que materializam o conflito psíquico. Golse traz ainda Debray, que trabalha considerando o momento da psicoterapia conjunta como um primeiro tempo de um trabalho psicanalítico com a mãe. Enfim, cito aqui a forma de o próprio Golse trabalhar com o bebê. O autor descreve quatro imperativos: “nossa clínica com o bebê deve ser a mais descritiva possível, considerando o que o bebê mostra no corpo e seus comportamentos”<sup>31</sup>; deve ser interativa, tentar estabelecer contato com o bebê; contra-transferencial (o que o bebê faz o terapeuta viver); além de *historicisante*<sup>32</sup>, uma vez que os bebês têm necessidade de sua história.

Seja a leitura dos mandatos transgeracionais, das projeções parentais, da contra-transferência do terapeuta, ou do aparelho psíquico coletivo, todas são possibilidades de pensar a clínica considerando o bebê já inserido numa cultura e numa história, portanto, como sujeito de linguagem. Podemos ler a célebre frase de Winnicott “um bebê, isso não existe sozinho”, como uma forma

---

<sup>31</sup> B. Golse, À propos des bébés: nouvelles demandes, nouvelles cliniques. In *L'information psychiatrique*, vol. 79, n.8- octobre 2003, p. 688.

<sup>32</sup> Termo trabalhado pelo autor e por isso foi mantida a sua tradução literal.

de considerar que um bebê não existe sozinho fora da linguagem transmitida pelo seu cuidador primordial.

Aqui a história materna também terá grande importância na construção das hipóteses sobre as dificuldades do bebê: se, por um lado, a novidade foi a de saber que o bebê participa já de um jeito singular dessa trama entre ele e sua mãe, por outro lado, o que a mãe relata no tratamento será fundamental. Abre-se o espaço para um atendimento conjunto, e o analista deve escutar tanto o que a mãe conta, quanto o que o bebê mostra. Temos aqui também a idéia de que é o jogo de introjeções e projeções entre a mãe e o bebê que terá que ser trabalhado pelo analista para que ele possa escutar aquele que ainda não fala, além de possibilitar a interrupção dos entraves da repetição familiar.

O que parece dificultar um olhar mais apurado sobre essas situações, em sua maioria, é o fato de tomarem essa trama como se ela se passasse predominantemente (se não predominantemente, pelo menos é assim considerada na prática) apenas entre dois personagens, a mãe e o bebê. Na verdade, sabemos que mesmo sendo essa prática realizada, na maioria das vezes, com a mãe e seu bebê, o que se passa ali ultrapassa muito o momento presente desses dois personagens e, portanto, ao instaurar a clínica com a possibilidade de um terceiro, nada mais se está resgatando do que esse terceiro lugar estrutural, um ternário, provocado pelo nascimento de um bebê.

### 3. Françoise Dolto: a palavra verdade.

Uma terceira e fundamental abordagem é encabeçada por Françoise Dolto, que deixou seguidores no que se refere ao trabalho com a criança pequena. A sua principal e mais forte característica era considerar o bebê

capaz de escutar e de ter direito à “compreensão” de sua história. Teorizou a "palavra verdade", que deveria ser dita para o paciente bebê, e fundou a *Maison Vert*, casa de convivência para pais e seus bebês que, sob a escuta de um psicanalista e um corpo de educadores, trabalha a prevenção precoce<sup>33</sup> de problemas psíquicos.

Psicanalistas como Myriam Szejer, que afirma sua filiação lacaniana ao relatar seu percurso na prática com bebês a partir dos três tempos lógicos – instante de ver, tempo para compreender, momento para concluir – acaba por revelar que é a herança de Dolto que guia sua prática na maternidade.

Vejamos o que diz Szejer:

Na verdade, eu apenas propunha aplicar o que F. Dolto me havia ensinado com bebês de algumas semanas aos recém-nascidos de alguns dias. Tratava-se de psicanálise, ou seja, de uma insistência em dar palavra a todo sintoma articulado que representava sua parte inconsciente.

Essa influencia doltoniana, contudo, não se dava somente como uma herança da prática:

Sabe-se que F. Dolto afirmava que uma criança em idade pré-verbal pode funcionar como uma fita magnética. Ou seja, ela é capaz de registrar fonemas e até palavras e frases que não compreende *stricto sensu*<sup>34</sup>.

Uma citação com essa repousa em toda a base da teoria de Dolto sobre a *palavra verdade*; é o registro dessa palavra “não dita” que fica marcado na criança e é preciso que alguém fale para ela essas palavras, para que consiga se livrar da palavra aprisionada ao corpo. É certo que, para a psicanálise, são

---

<sup>33</sup> A noção de prevenção precoce a partir da psicanálise é uma grande controvérsia; estou nesse momento do texto apenas fazendo referência à autora, Dolto, que acreditava em uma prevenção precoce de problemas psíquicos.

<sup>34</sup> M. Szejer, *Palavras para nascer*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, pp. 41 e 86 respectivamente.

os traços indelévels da vida que nos marcam, mas não qualquer traço e nem de qualquer jeito. A psicanálise aponta que o traço que marcará será aquele apagado.

Eliacheff também segue a mesma condição de transferência com Dolto: “ver Françoise Dolto exercer e comentar sua prática causava em nós uma impressão provavelmente similar (guardadas as devidas proporções) à de Freud diante das apresentações clínicas de Charcot.”<sup>35</sup>

Essa posição de fazer falar a “palavra verdade” sempre provoca uma questão direta: entenderiam os bebês o que está sendo falado? Como? Parece-me, portanto, que aqui não é o inconsciente tomado como interno ao sujeito que está em jogo, mas a falta de referência à pulsão invocante e à referência escópica conjugadas ao se falar a “palavra verdade” e que gera essas dificuldades de compreender o que Dolto está trabalhando. Parece que a autora trabalha com a idéia de que o bebê “compreenderia” o conteúdo do que lhe é falado, mas isso não se passa desse modo. O que Dolto aparenta celebrar é a importância da circulação da fala e, então, considera o bebê como aquele que escuta. Mas por que é preciso que seja a palavra uma verdade?

De todo modo, assistimos, também nessa prática, a efeitos eficazes de mudanças. O que estaria em questão, caso não fosse a partir da compreensão do conteúdo pelo bebê que se promove a mudança? Para o adulto, o fato de ele próprio estar escutando a palavra verdade já o faz olhar diferentemente esse bebê. Para o bebê, é o que se passa muito mais entre os significantes, as pulsões invocante e escópica, o que se passa na enunciação que parece fisgar mais o bebê, e que, portanto, promove a mudança, mais do que o significado

---

<sup>35</sup> C. Eliacheff, *Corpos que gritam, a psicanálise com bebês*. São Paulo: Ática. 1995, p. 13.

propriamente dito da frase. A saída de Dolto, diante desse impasse de trabalhar com aqueles que ainda não falam, é fazê-los destinatários daqueles que escutam.

4. Lacanianos: destaque para a função paterna e estruturação do sujeito a partir do Outro.

O mais recente movimento é composto por psicanalistas lacanianos que, instigados por essa clínica, começam a vislumbrar as possibilidades que a teoria lacaniana pode oferecer a essa prática, destacando-se aqui as teorizações sobre a função paterna e a estruturação do sujeito.

É surpreendente constatar como os pós-freudianos tenderam a deixar de lado a questão do pai na história da criança. A questão do pai corre o risco de ser rejeitada pelo fascínio da relação dual mãe-criança, na qual a observação está centrada.<sup>36</sup>

Em sua maioria, esses psicanalistas iniciaram sua clínica com bebês a partir da clínica com a criança autista ou em maternidades. Nessa abordagem, fica mais claro entender o que do autismo “puxou” esse viés da clínica com o bebê, além do interesse de chegar mais cedo até a criança autista. Não deve passar despercebido o fato de que ambos não usam a fala para se comunicar; partindo da concepção de que a linguagem é constituinte: ambos – o bebê e o autista –, apesar de distantes, tornam-se próximos. Já os lacanianos que estavam em maternidades privilegiavam a escuta dos pais, e estavam mais

---

<sup>36</sup> F. Ansermet, *A clínica da origem. A criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 59.

interessados nas relações entre o discurso dos pais e seus efeitos no corpo do bebê, muitas vezes antes de qualquer intervenção direta com o bebê.

Numa maternidade, é a escuta dos pais que continua privilegiada, mesmo se dividida em dois tempos, como faz Ansermert (o primeiro, com um excesso de realidade – do sofrimento – nem sempre se chega da fala ao significante; o segundo, em que se pode reconstruir uma história), ele mesmo se pergunta:

*e a criança nisso tudo? Já dissemos que é difícil encontrá-la. Mas não podemos considerá-la apenas objeto de cuidados ou objeto do traumatismo. Menos ainda, objeto da preocupação do psicanalista. A criança está lá, presente. No começo talvez só percebamos seu olhar.<sup>37</sup>*

É verdade que se trata de favorecer ou não uma maior ou menor direção em relação à criança pequena, ainda sem fala; talvez seja o olhar impregnado pela linguagem como operação constituinte que determine essa direção. Na prática propriamente dita, esse autor nos brinda com uma crítica importante, mesmo que seu propósito não tenha sido esse: corremos o risco, nessas práticas em maternidades, de perder a criança em si.

Nessa perspectiva, é a teoria lacaniana que oferece um passo a mais para a clínica, incluindo a questão do pai de modo contundente e uma teorização sobre um inconsciente que se estrutura na relação entre o sujeito e o Outro. Não se pode dizer aqui que a prática já foi amplamente atingida pelo que a teoria pode trazer de suporte de leitura. Esses dois últimos aspectos (função paterna e inconsciente na superfície) ainda não tinham sido abordados desse modo na clínica com aqueles que ainda não falam e, desse modo, podem ser os pilares a sustentar de modo razoável essa clínica.

---

<sup>37</sup> F. Ansermert, *idem*. p. 67.

## *Mais especificamente: alguns conceitos fundamentais na clínica com o bebê*

É necessário considerar aqui que existem noções que foram sendo escritas pelos autores que sustentam a clínica com o bebê e, de certo modo, são vozes que falam e reverberam na clínica com o bebê; vozes legítimas, por partirem das mesmas inquietações quanto ao atendimento daqueles que ainda não falam. Como nos traz Dufour<sup>38</sup>: “a vida das palavras é sua passagem de um locutor a outro (...) e a palavra não esquece seu trajeto (...)”. Há, portanto, um traço de cada uma dessas noções a seguir descritas na prática psicanalítica daqueles que ainda não falam – o fato de que trabalham com a “não fala”, o que promove as vozes que falam dessas noções em nossos trabalhos: mesmo que o trabalho criativo consista exatamente na luta contra essas enunciações para nelas introduzir sua própria voz.

**Enação**<sup>39</sup>: oriunda do inglês *enactment*, foi uma noção apresentada por Serge Lebovici<sup>40</sup> para definir, por parte do terapeuta em sua intervenção, uma

---

<sup>38</sup> Deny-Robert Dufour, *Lacan e o espelho Sofístico de Boehme*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999, pp. 56 e 56 respectivamente.

<sup>39</sup> Existe uma clara influência, no conceito cunhado por Serge Lebovici, da noção de Enação teorizada pelo biólogo e cognitivista Francisco Varela, definida como a capacidade de agir a partir de capacidades cognitivas complexas, permitindo uma ação em torno de um tema central. Segundo Varela, todo conhecer é um fazer, existe uma identidade entre ação e conhecimento, e todo ato humano, ao construir o mundo da linguagem, tem caráter ético, porque ocorre num domínio social: “todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer”, Maturana e Varela, *A árvore do conhecimento, as bases biológicas da compreensão humana*, São Paulo: Palas Athena. 2001, p. 31.

<sup>40</sup> Essa forma de intervenção eu pude assistir em atendimentos do próprio Lebovici, que acompanhei num curso anual. Lembro-me de uma situação em que o bebê estava no colo do pai, ele se levanta pega na cabeça do bebê e diz que ele devia estar mal aconchegado ali. Os pais ficam surpresos e o pai pergunta por que, dado que ele estava achando que o bebê no seu colo estava muito bem. Lebovici não justifica nada ao pai. Posteriormente, no debate sobre o caso Lebovici argumenta que a mãe parece deprimida e que tinha piorado porque esse pai era também uma mãe e, ao exercer a maternidade, não só estava impedindo a mãe de fazê-lo, como também estava privando o bebê de um pai.

“ação controlada pelo próprio corpo”<sup>41</sup>, isso quer dizer que durante as sessões, num tratamento, existem momentos em que o terapeuta age a partir das identificações a cada paciente ali na sessão, mas com o próprio corpo. A idéia é co-sentir sentimentos e afetos, mas de modo “controlado”. O acesso à representação mental pode ser efetivado pelo que é sentido no corpo representacional. Em inglês *to enact* significa duas coisas: encenação no teatro e, em termos jurídicos, promulgar uma lei<sup>42</sup>.

No silêncio, o gesto se impõe a ele como uma resposta inconsciente ao modo de como ele se deixou agir, no momento da observação, onde ele pode suportar certa flutuação de sua identidade [e complementa:] é quase que uma fabricação de um símbolo que reenvia ao que funda uma base narcísica.<sup>43</sup>

O que promove, na busca de Lebovici, a necessidade de teorizar sobre uma “ação” como intervenção possível nessa clínica senão a falta da palavra falada? Será que podemos deixar de lembrar de toda a tradição da psicanálise ao se referir à tese freudiana do *acting out* e da passagem ao ato como noções que são promovidas pela impossibilidade ou fracasso da palavra falada? Não podemos deixar de lado, obviamente, como toda a distância teórica que ambas as teorias representam, a idéia de ato analítico em Lacan. Aqui também, para Lacan, o ato é um dizer<sup>44</sup>, mas como para Lacan em todo discurso há efeitos de ato, sua dimensão se distancia de Lebovici, dado que separa ato da necessidade da ação, no seu caráter de motricidade, mesmo que acredite que uma ação tenha seu centro na reação de ato.

---

<sup>41</sup> S. Lebovici, Solis-Pontom e Menendez, *A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o enactment*. In *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

<sup>42</sup> V. Lemaitre, *L'enaction selon Serge Lebovici dans les consultations thérapeutiques*. Em *Serge lebovici, le bébé*. Patrick Ben Soussan e Sylvain Missionier (org.). Paris: Érès. 2000.

<sup>43</sup> Idem, p. 101.

<sup>44</sup> J. Lacan 1967/68, Seminário *L'acte psychanalytique*, documento interno da Association freudienne international.

No caso de Lebovici, trata-se de uma intervenção moldada num registro muito primitivo da comunicação, que permite que o narcisismo primário do analista tenha, ao intervir – mesmo que não possa ser compreendido em termos racionais –, efeitos mutatórios e interpretativos. É podendo teorizar o *enactment* que, segundo Lebovici, pode-se ter uma intervenção direta com o bebê. Intervindo na direção do bebê, este pode intervir em relação a sua mãe e modificar alguns aspectos desse laço. A intervenção é descrita também como uma identificação corporal do terapeuta, às vezes em relação à mãe, e às vezes em relação ao bebê, que permite reconhecer um roteiro anterior, mesmo num bebê com menos de seis meses, e pode tomar dessa forma, segundo o autor, o valor de uma interpretação psicanalítica. “É um processo inconsciente pulsante que tem seu valor à condição de uma extrema vigilância do prazer que pode surgir no manejo desse gesto”<sup>45</sup>.

O interesse de trazer essa noção de Lebovici para o corpo deste trabalho impõe a reflexão que os clínicos que se debruçaram sobre esse atendimento ao bebê ou à criança pequena tem buscado, sobretudo num campo ex-sistente à psicanálise, conceitos que se emprestam a essa clínica que trata daquele que ainda não fala, considerado um “sujeito por vir” e que se encontra nessa espécie de “limbo.

Aqui Lebovici joga certamente com a idéia de que a palavra falada é posterior ao ato, e que esta seria a intervenção possível para um bebê<sup>46</sup> que estaria num momento sem fala: é preciso que o ato possa dar conta de atingir não só ao bebê, mas os pais identificados a ele. Essa noção de Lebovici acrescentou à clínica com o bebê a idéia de que é preciso, para mobilizar um

---

<sup>45</sup> Ibid, p. 106.

<sup>46</sup> Ver anexo 3 sobre o debate entre Serge Lebovici e Bertrand Cramer sobre a transferência com bebês.

bebê que ainda não fala, com pais a ele identificados, uma intervenção outra, que anteceda a elaboração provocada pelas intervenções através da fala. Assim, quando trato nesta tese da questão da imagem e da letra, compartilho a preocupação do autor com a necessidade de mobilizar esse espaço de “não fala”, que há de ser provocado pelo psicanalista. Existe, porém, a diferença entre minha forma de trabalhar e o que propõe Lebovici com suas intervenções em ato, em ação. Apesar de Lebovici considerar o que a ele se mostra, a base de sua intervenção, apoiada pela sua noção de empatia metaforizante, é que o terapeuta co-sente em sua identificação ao paciente. Ele considera a imagem, por exemplo, o pai carregando o filho como se estivesse amamentando, mas o que guia sua intervenção é sua empatia metaforizante, sua identificação ao que sente a mãe do bebê. Esta tese, apesar de defender a idéia do uso da “mostração” na sessão pelos pacientes, vai desenvolver uma idéia bem distinta da proposta por Lebovici.

A noção de ato baseada em Lacan trata de leituras da letra, e as intervenções são dirigidas pelo analista e não pelo que o paciente sente ou sofre. Acredito, porém, que a noção de *enactment*, por se tratar de uma palavra para um tipo específico de intervenção, reclama uma ancoragem na teoria: é verdade que é uma intervenção pensada para situação terapêutica com aqueles que ainda não falam, mas o que favorece a efetividade da enação por parte do analista? Há uma efetividade nas intervenções de Lebovici que podem ser observadas em seus vídeos<sup>47</sup>, mas essa enação acontece a partir do que se mostra ao terapeuta na sessão, e que ele teoriza como sua identificação ao paciente.

---

<sup>47</sup> S. Lebovici, *Elements de la psychopathologie du bébé*. Col. B. Golse e S. Lebovici, Paris: Starfilm international e Association L'aube de la vie, 1994.

**Narratividade:** considerando a narratividade, cabe perguntar pela trilogia temática: “sabem os bebês brincar, transferir e pensar?” Bernard Golse<sup>48</sup> imprime ao trabalho com os bebês três necessidades exigidas pelo trato com o próprio bebê. Maleabilidade (espécie de flexibilidade com continuidade e estabilidade), bissexualidade psíquica (capacidade de exercer igualmente as funções maternas, continente, e paternas, de limite, além de passar de uma para outra com facilidade) e a narratividade. Esta última consiste em permitir que o bebê “conte” sua história. Aqui se trata também da tradição psicanalítica no trabalho com as palavras, porém, entra em jogo objetivamente o espaço construído intersubjetivamente, um espaço que não pertencerá nem a um e nem a outro. Esse claro viés winnicottiano oferece a potencialidade de um texto escrito entre dois, que fala em mim essa voz desse texto que se escreve num espaço entre personagens. Já para Golse, trata-se na verdade de um espaço de narração que só se co-constrói no encontro entre o profissional e o bebê. O adulto chega com o que ele traz do bebê que ele um dia foi, e isso é colocado a funcionar por aquele bebê que ali está diante dele (mais uma forma de identificação ao paciente conduzir o trabalho), o que se passa nesse interjogo é a narratividade. No caso do brincar, por exemplo, a narratividade se faz num compartilhar de prazer.

A narrativa é também considerada por Erik Porge, ao citar Lacan:

A análise não é uma simples reconstrução do passado, a análise não também é uma redução de normas pré-formadas (...). Se a compararmos a alguma coisa é a uma narrativa que

---

<sup>48</sup> *Sobre a psicoterapia pais bebês: narratividade, filiação e transmissão*. Col. Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

seria tal que a narrativa seja ela mesma lugar do encontro com a narrativa<sup>49</sup>

A narrativa está como parâmetro da clínica psicanalítica para Lacan, continua Porge, trata-se não da narrativa de um reencontro, tampouco de um reencontro da narrativa, mas do reencontro na narrativa do reencontro. Assim sendo, essas narrativas de Golse a Porge, com toda a diferença epistemológica que possam mostrar, indicam que há uma história na psicanálise sobre a narrativa, e que na clínica com o bebê esse conceito definido por Golse vem mais uma vez na via da tentativa de tornar essa clínica uma leitura da psicanálise. A disparidade entre ambos, relativa à narrativa, reside na idéia de que para Porge não se trata apenas da contratransferência, mas de uma estrutura de que o analista participa.

Golse, além disso, cunha as especificidades nessa clínica a partir da posição do terapeuta, o que certamente se religa à condição do não falar desse pequeno paciente. Sabe ele que o bebê conta uma história, que ele carrega sua história e pode narrá-la durante o tratamento. Essa narração, porém, faz-se a partir daquilo que “do bebê” é co-sentido pelo terapeuta, que terá como ler o que se passa com ele. É essa modalidade de contratransferência que teoriza para esse autor a forma como se poderá trabalhar com aqueles que ainda não falam. Mais uma vez se interpõe a idéia de especificidades da clínica baseada na capacidade de contar uma história sem palavras faladas, mas co-construída a partir do que sente o adulto em sua relação com esse bebê.

Essa é claramente outra forma de lidar terapêuticamente com esse tempo de “não fala” do bebê. Esse espaço entre o terapeuta e o bebê será um

---

<sup>49</sup> E. Porge, *Transmettre la clinique psychanalytique. Freud, Lacan, Aujourd'hui*. Paris: Eres, 2005, p. 50.

espaço potencial para a narratividade de sua história, pois, afirma o autor, os bebês já têm uma história e já contam sobre ela.

**Momento presente:** alicerçado pela fenomenologia, esse conceito de Daniel Stern<sup>50</sup> vem tratar da relação com o tempo no trabalho com o bebê. É do “agora”, como instaurador de realidade subjetiva, que o momento presente pode ser o ponto de partida para a intervenção. A idéia é que se vive subjetivamente no presente, no agora – mesmo que revivamos algo, nós o fazemos no agora. Não seria inútil apontar a função do tempo da pressa em Lacan, que inclui não somente o agora, como também a precipitação necessária ao tempo do instante seguinte. Na clínica com o bebê, Stern indica de forma precisa a necessidade de captação desse “agora”.

O momento presente se parte em três pedaços de tempo: o presente do presente, o passado do presente e o futuro do presente. Algumas características comparecem na noção de momento presente: a consciência primária ou reflexiva é uma condição necessária para o momento presente. O momento presente não é relato verbal de uma experiência, mas a experiência propriamente dita vivida na sua origem. O momento presente é uma experiência sentida. O momento presente é de curta duração. É também uma função psicológica, pois se trata de uma experiência nova ou problemática para entrar na consciência. É um evento holístico, pois se forma de grupamentos de unidades perceptivas mínimas que se organizam em unidades mais elaboradas, como frases. É dinâmico sob o plano temporal, como uma frase musical. No momento em que acontece, ele é imprevisível. O momento

---

<sup>50</sup> *Le moment présent em psychothérapie, un monde dans un grain de sable.* Paris: Odile Jacob, 2004.

presente implica um certo sentido de si mesmo, pois o sujeito é o único a viver isso. O *si mesmo* que vive a experiência toma uma posição e diferentes momentos presentes têm importâncias distintas para o *si mesmo*.

Segundo Stern, a hipótese tradicional é a de que a narrativa de uma experiência, mesmo presente, é apenas um grão de areia para uma cadeia associativa que se desenvolverá posteriormente; por outro lado, o autor acredita que o momento presente tem um valor terapêutico em si mesmo. Os dois momentos (a narrativa e a experiência presente) são diferentes e complementares. A crítica de Stern se baseia na idéia de que, na maior parte das psicoterapias, assistimos a uma escavação na direção do sentido e a um abandono do momento presente, além do fato de que a re-construção para a psicoterapia é sempre tida como mais interessante do que a experiência presente vivida.

Aqui é construída também uma crítica à psicanálise freudiana, afirmando que o pensamento era considerado pelo inventor da psicanálise um ato inibido, uma ação dominada pelo pensamento. Do mesmo modo está presente a técnica do divã (necessariamente uma diminuição das ações) e a interdição do *acting* para, segundo Stern, derivarem toda a sua energia para a associação livre e o pensamento. Essas interdições técnicas, notadamente a do *acting*, foram colocadas desde a origem da psicanálise – para que fossem contidas, e também redigidas na direção do mental – as representações potencialmente perturbadas de transferência e contra-transferência. Contudo, existem ações como tom de voz, o olhar, e a forma de movimentar que são permitidas. Trata-se, portanto, de uma técnica ou de uma tênue divisão entre ações permitidas e não permitidas, que seriam então mais de ordem moral e legal, do que teórica?

A solução encontrada por Stern é a do *fazer* no momento do encontro entre bebê e terapeuta, portanto, ali naquele momento, é o modo como um se movimenta em relação ao outro, numa influência recíproca, que propiciará a mudança que, como enfatiza, precisa ser considerada naquele preciso instante. Para o autor, agir no “agora” da intervenção terapêutica possibilita uma intervenção com aquele que ainda não fala, provocando as mudanças necessárias.

De fato, mais uma vez, a busca de conceitos em outras abordagens redundam em: no caso de Lebovici, na noção de enação vinda do cognitivista Varela; com Golse, no afastamento minimalista e a idéia de uma narratividade que considera a não palavra falada do bebê; agora, com Stern<sup>51</sup>, numa tomada de posição muito distante da abordagem psicanalítica e mais próxima da fenomenologia, com a idéia de que a psicanálise privilegia certa economia dos gestos e das ações no seu tratamento. Todas essas abordagens mostram o quanto a epistemologia psicanalítica foi interrogada por essa clínica com aqueles que ainda não falam. Foi preciso que buscassem, a partir da posição determinante “daquele que ainda não fala”, outras fontes para lidar com o que impõe essa clínica em termos de noção de tempo, espaço, ato, gesto. Há no bojo desta tese uma aposta que se acresce aos aspectos por ela explicitamente levantados: uma aposta de que na própria teoria da psicanálise há elementos para se trabalhar com aqueles que ainda não falam, sem necessitar sair de seu campo com noções emprestadas.

---

<sup>51</sup> D. Stern não se denomina psicanalista, mas, como sua teorização é importante, influencia bastante os psicanalistas de tradição inglesa a pensar sobre o bebê de forma geral.

**Seqüências interativas sintomáticas:** Cramer situa a seqüência interativa sintomática como um sintoma atuado a dois, que entrelaça contribuições intrapsíquicas e interpessoais da interação. Como estrutura composta a partir do núcleo nodal materno revelado pelo seu discurso, e a troca interativa da mãe com o seu bebê como suporte observável, é pertinente afirmar que o trabalho de Cramer é por ele mesmo designado *focal*, e esse foco é a atualização da estrutura intrapsíquica da mãe no cenário das patológicas interações com o bebê – que ele descreve como uma patologia típica dessa díade. Todo esse arcabouço teórico-clínico funda-se na idéia, trazida pelo autor<sup>52</sup>, de que a mulher desenvolve um funcionamento psíquico muito particular no seu pós-parto. É um momento de redistribuição dos investimentos narcísicos e libidinais, acarretando uma neo-formação psíquica provocada por esse novo elemento que é o bebê no psiquismo materno: “toda uma série de investimentos narcísicos e pulsionais da mãe, até então conservados em seu espaço intrapsíquico, irá se distribuir no espaço interpessoal da relação com a criança real e fantasmática”<sup>53</sup>.

Disto resulta que, para o autor, uma intervenção terapêutica nesse momento da vida do bebê deve ser focal, as interpretações<sup>54</sup> devem ser dirigidas à mãe, e o profissional deve chegar até o ponto nodal da história materna que se revela no espaço interpessoal com o bebê e torna a relação patológica. O bebê deve participar do trabalho por ser aquele que constitui a

---

<sup>52</sup> O próprio Cramer situa de onde retira esse arcabouço teórico. Primeiro, da idéia de Bibring, de uma fenomenologia clínica típica do pós-parto e de Kreisler, quando descreve o conceito de um ressurgimento da neurose infantil da mãe. É pertinente também discriminar a noção de Preocupação Materna Primária, de Winnicott, que traduz o estado de “loucura normal” das mães a partir do sétimo mês de gestação.

<sup>53</sup> B. Cramer, e F. Palácio-Espasa, *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993, p. 28.

<sup>54</sup> É preciso esclarecer que a noção de “interpretação” é mencionada para ser fiel ao que o autor trabalha; claro que se pode questionar o uso da idéia de que um analista interpreta, dado que o efeito de interpretação relativos às intervenções do analista será dado pelo próprio paciente no *a posteriori*.

materialização<sup>55</sup> do conflito materno, e a necessidade de sua presença se dá pelo fato de que, sem ele ali na sessão, o conflito não se expressaria desse modo. O terapeuta vai então trabalhar esse incremento das identificações, das projeções e das identificações projetivas<sup>56</sup> maternas sobre a criança, incremento este que está promovendo interações patológicas na díade mãe–bebê.

Nessa clínica, a materialidade do bebê na sessão tem para a mãe uma função de letra/carta endereçada a ela. Torna-se claro o efeito provocador da presença desse bebê, que revelará suas insígnias e, nesse caso, “tomar um significante isolando-o das possíveis significações a que se refere implica abordá-lo como algo próximo a uma letra”<sup>57</sup> será o trabalho da psicoterapia. Mas para que isso se dê, o bebê precisa estar presente, para que a leitura da letra ou da carta se faça ali, *in loco*.

A situação do trabalho com “aqueles que ainda não falam” é aqui resolvida pelo autor entregando à mãe o papel de ser aquela que fala. O bebê será um instrumento para seu assunto, ou seja, será a materialidade de instâncias psíquicas na sessão, repetindo a materialidade que o seu nascimento provocou no psiquismo materno, o que irá favorecer as associações sobre essas interações patológicas, de deturpações projetivas e introjetivas das primeiras relações do bebê e sua mãe. Portanto, esse autor deixa clara sua posição e o lugar por ele dedicado ao bebê. Aqui o inconsciente

---

<sup>55</sup> Vários autores tratam desse aspecto que o bebê provoca na mãe e torna-se então a materialidade de seu psiquismo. Gostaria, contudo, de destacar o trabalho de Jean Bergés, que explicita de modo contundente essa relação. Segundo o psicanalista, a relação entre uma mãe e seu filho parece ser tão natural porque a mãe, em seu inconsciente, faz a hipótese de que aquilo que o recém-nascido lhe demanda é o que ela tem como encarnação real do sujeito do seu inconsciente, seu próprio inconsciente. Em *Jogo de posições da mãe e da criança, ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC editora. 2002.

<sup>56</sup> A “identificação projetiva pressupõe que o que é projetado é a vivência como parte do si próprio ou então dos objetos internos”. Cramer e Palacio-Espasa, *idem*. p. 264.

<sup>57</sup> R. Mandil, *Os efeitos da letra. Lacan leitor de Joyce*. Rio de Janeiro: Contra-capas. 2003, p. 134.

é lido como interno ao indivíduo, as capacidades do bebê estão reduzidas à sua presença na sessão, e o paciente decididamente é a mãe. Acredito que, em termos éticos, não é de modo algum infundada a crítica sobre a idéia subjacente a esse tipo de teorização em que o terapeuta coloca o bebê numa posição de objeto (aqui não só da relação mãe-bebê), e como objeto do próprio tratamento.

Os caminhos trilhados até aqui são caminhos que marcam a tradição das intervenções com bebês, e que também tratam da forma como cada um desses autores pode teorizar sobre uma clínica com aqueles que ainda não falam. O eixo norteador entre todos eles é o de que, em primeiro lugar, há sofrimento nos primeiros anos de vida e esse sofrimento não depende da aquisição da fala. Além disso, fica notória a necessidade que tiveram para “emprestar” ou “criar” noções que tentam traduzir essa experiência clínica em limites da própria psicanálise. Verdade que todos eles tendo como referência a psicanálise de tradição inglesa, tributária do espaço euclidiano (dentro x fora).

A idéia de tratamento para aqueles que ainda não falam não é, como já é possível constatar, uma idéia simples, para a psicanálise de forma geral. Os psicanalistas, porém, ao serem convocados, permitiram deixar-se interrogar por isso. Mas será que, dado que essa clínica existe e produz efeitos, a questão não seria exatamente a de escrevê-la, e poder daí deixar decantar o que não se acomoda? É exatamente isso que fará dela uma clínica, incluindo aí todos os seus paradoxos.

Parece-me, no entanto, que a idéia lacaniana de que o inconsciente não se encontra num espaço interno ao sujeito, mas se constitui na relação do sujeito com o Outro, e de que esse Outro não se reduz a um personagem,

pode aportar elementos interessantes para pensarmos essa clínica, muito mais como uma estrutura que ultrapassa os seus personagens e condensa, como no inconsciente, o presente/passado/futuro num só golpe, ali, vivo, em sua frente.

### *A interpretação e o bebê sob diversos olhares*

É verdade que as intervenções nessa clínica precisam de certa especificidade, posto que o atendimento realizado a partir daquele que ainda não fala conta com mais de uma pessoa presente na sessão (o bebê sempre com um ou mais outros presentes). Fala-se com o bebê? É possível interpretar a mãe? O olhar e a voz podem participar das intervenções interpretativas? A quem se dirigir? O que fazer com o que se passa entre os cuidadores e o bebê diante do analista? É preciso procurar intervenções que se dirijam ao mesmo tempo ao bebê e aos cuidadores? Enfim, as questões não teriam fim, caso se resolvesse enumerá-las uma a uma. A proposta é, então, descrever algumas formas de intervenções de alguns autores, para posteriormente abordar o que retirei da minha própria clínica como intervenções possíveis.

1. As intervenções explicativas são falas do terapeuta dirigidas ao bebê, que contam episódios, cenas, acontecimentos da história do bebê ou do momento presente na sessão. De modo geral é utilizada por muitos autores que trabalham com o bebê, mas é notório que há aí uma clara influência da formalização *doltoniana* sobre a *palavra verdade*, pois preconiza que se relate/explique o que se passou nas situações importantes para o bebê.

Uma variação dessa intervenção é apresentada por Debré<sup>58</sup>, e denominada pela autora “banho de palavras”; são falas do profissional dirigidas ao bebê no intuito de “apaziguar” suas tensões:

A observação do bebê no contato relacional que o terapeuta procura estabelecer como ele pode ser objeto de uma verbalização sob a forma de um ‘banho de palavras’ destinado ao bebê, mas que pai e mãe escutam<sup>59</sup>.

Toma-se aí a idéia base de Freud de que a palavra quando falada produz um rebaixamento do Q (*quantum* de energia), funcionando como descarga motora. A diferença da primeira (Dolto) para a segunda (Debré) está na abordagem da noção de verdade, tão cara a Dolto, donde suspeitamos que o relato dos acontecimentos têm seu lugar nas formalizações da autora, enquanto para a primeira o que importa é falar na direção do bebê, para tentar modificar a “fita registradora” que será marcada em seu corpo. Mesmo que saibamos que na psicanálise não há compromisso entre o fato e sua veracidade, o conteúdo do que é relatado tem sua importância para as autoras, na medida em que vai “tocar” mais ou menos aquele que escuta. Esse falar sobre os fatos relativos ao bebê pode ter efeito interpretativo para todos os que escutam, principalmente para os cuidadores, para que os efeitos do não-dito possam ser minimizados em relação àquele bebê.

2. Existem analistas que trabalham, com pais e bebês, baseados na idéia da análise das resistências ou mesmo a partir da contra-transferência. Trata-se de uma forma de enfrentamento à condição daquele que ainda não fala, mas que está presente no tratamento. Há a análise da resistência do lado dos pais,

---

<sup>58</sup> R. Debré, *Bebes e mães em revolta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

<sup>59</sup> Idem.p. 167.

nesse caso, é a análise das projeções parentais na dinâmica fantasmática inconsciente sobre o bebê que vai permitir o confronto com as resistências. E independentemente de o autor considerar ou não a transferência do lado do bebê, acredita-se que devem diminuir as interpretações, mesmo na direção dos pais<sup>60</sup>, visto que, dada a transferência já existente entre os pais e os bebês, as intervenções relativas às projeções parentais são suficientes. Eis a razão pela qual esse tipo de intervenção é chamado de “verbalização”. Segundo Golse:

Numerosos autores consideram aqui, que um trabalho de interpretação no sentido estrito do termo não é imediatamente possível, não somente porque se trata de pacientes que não têm ainda acesso à linguagem verbal como (...) mas, sobretudo, porque a natureza mesma da psicopatologia reclama um tempo primeiro de verbalização, pelo terapeuta, dos conteúdos dos pensamentos (sensações, e percepções, afetos, emoções, proto-fantasmas e proto-símbolos) a fim de ajudar a bem guiar a um verdadeiro trabalho de clarificação identificatória primária graças à presença viva do terapeuta<sup>61</sup>.

3. Outro tipo de intervenção dá-se quando o analista traduz os movimentos do bebê em palavras. É usada de forma muito ampla pela maioria dos psicanalistas por viabilizar o propósito da psicanálise de chegar à palavra. Sendo assim, devido à falta da palavra falada pelo bebê, serão então seus gestos e emissões sonoras que irão pré-determinar não só a intervenção propriamente dita, mas seu momento. Pode-se ler aqui também o analista ocupando o lugar do agente materno, aquele da a capacidade de ler os sinais do bebê e traduzir em palavras. Como bem disse Freud, no *Projeto para uma Psicologia Científica*, referindo-se ao agente prestativo que tem a função de

---

<sup>60</sup> B. Golse, *Les psychoterapies conjointes parent(s)-bébé : conquête ou dérive ?* 100306WIC\_mep.fm fev 2005.

<sup>61</sup> Idem, p. 95.

transformar uma descarga motora em um pedido por parte do bebê, inaugura-se, assim, a “função secundária da mais alta importância, da comunicação, e o desamparo inicial do ser humano passa a ser fonte originária de todos os motivos morais”<sup>62</sup>.

De todo modo, ao traduzir ele próprio os sinais do bebê, o analista precisa saber que pode arriscar-se a tomar circunstancialmente o lugar do agente materno e, nesse caso, precisa ponderar sobre os efeitos desse tipo de intervenção. É necessário, portanto, que essa tradução que pode tomar “ares maternos” não retire o cuidador principal mais ainda de um lugar de saber sobre o filho.

4. Intervenções do analista que fazem semblante de especularizar uma fala materna e se dirigem ao bebê falando o “manhês”. Representada mais oficialmente por Marie Christine Laznik<sup>63</sup>, contempla a possibilidade de ativar o circuito pulsional nas situações de risco de autismo: quando as manifestações do bebê não têm eco perante seu cuidador ou quando o bebê não responde nem mesmo ao chamado de seu cuidador principal. A idéia aqui é a de ativar a estrutura pulsional, tentando uma posição de facilitação do enlaçamento pulsional entre um e outro para o re-lançamento do terceiro tempo do circuito pulsional acontecer do lado do bebê.

---

<sup>62</sup> S. Freud (1895). *Projeto para uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Imago. 1995, p. 32.

<sup>63</sup> Em comunicação particular com a autora.

## Capítulo 4

## Leitura 4

*A porta se abre abruptamente. Mais do que um susto, é a idéia de rasgar um silêncio que, súbito, rompe a cena, como se se tratasse da mais pura manifestação de certa necessidade. A criança entra. Ainda sob o barulho da porta que se bate na inútil parede, ela fotografa todos os perigosos detalhes de uma possível e minimalista mudança nessa sala que já conhece há dois anos. Quando, nesse lapso de segundo, acostumada que se encontra às similitudes que a acompanham durante essa linha do tempo de dois anos, inicia sua proposição. Abre ambos os braços, como se deixasse entre eles a distância de metade da terra e, logo então, um leve tapa se dá, ela mesma, em seu peito, para cair no chão de forma muito bem calculada. E de barriga para cima, como se esperasse uma resposta que não vem, fecha os olhos devagar. Nem mesmo um minuto se passa para que ela repita essa cena algumas vezes.*

*Encontro-me ali, diante da cena. Meu olhar interrogativo é, portanto, curioso. O abismo do não saber se abre sobre mim, como o abrupto barulho que fez a porta ao rasgar o seu silêncio: trata-se de um grande anúncio? Uma novidade?*

*Guiada pelo abismo desse não saber, dirijo-me à cena e, ligeiramente afastada, repito-a também, porém apenas uma parte, modificando-a em outra.*

*A partir daí um jogo mudo, como um filme mudo, inicia uma virada no trabalho: a entrada de uma suposta encenação, que, sem que este que foi convidado o saiba, começa o assunto.*

## Considerações finais

A psicanálise possui ferramentas que tornam possível a clínica com o bebê, mesmo que a história da psicanálise com crianças tenha sempre interrogado a episteme psicanalítica e que a clínica com o bebê tenha acirrado esses questionamentos. É um engano, na concepção de linguagem, acreditar que a psicanálise, uma vez teorizada por Freud como uma prática de *talking cure*, não serviria para a clínica daqueles que ainda não falam. A clínica com aqueles que ainda não falam é, por assim dizer, o modo mais radical de comprovação de que a psicanálise é uma prática de leitura, um discurso sem palavras. Mas, afinal, não esteve sempre a psicanálise a favor de um trabalho a partir do sofrimento quando a ele faltam palavras?

As especificidades são exigências de toda clínica, dada a singularidade que lhe é inerente. Ante uma clínica em que o paciente ainda não fala, defendo, portanto, uma tese diferente daquelas de meus antecessores. Diferentemente de Anna Freud e de Melanie Klein – que entraram em disputa pela especificidade da relação entre a cronologia da criança e o desenvolvimento libidinal –, assim como de autores inspirados na escola inglesa – que trabalham com bebês baseando a clínica seja no fato de o bebê não falar, seja em seu desenvolvimento psíquico – defendo a tese de que a “não fala” não retrata uma especificidade, dado que a psicanálise irá sempre tentar trabalhar a partir do real, do sem palavras.

A partir de Freud, criança foi considerada, reveladora do que estaria recalçado. Assim, a criança que sempre foi vista como aquela que pode mostrar o que está escondido, possuindo claramente um caráter de visibilidade,

passa a ser também aquela que mostra, mas também esconde, dado que no jogo de espelhos há sempre uma reserva não transferível para a imagem especular. Na clínica com o bebê, é preciso apostar nas imagens, reconhecendo nelas um valor distinto, dado que mostra o que não pode ser dito, portanto, nem privilégio nem abandono, mas uma via possível para os efeitos do real. Fazer valer o ciframento ali contido é tomar a imagem inicialmente como imagem: que ela se dê a ler.

A necessidade de “mostração” não vem apenas do fato de o bebê não falar, mas do fato de que esse não falar do bebê produz um espaço de não fala entre o bebê e seu agente parental, dado que este também é despertado em seu lugar de não fala. Portanto, tomar a imagem muda como via de acesso possível ao real não é interpretá-la, mas, pelo contrário, considerá-la uma letra que precisa chegar ao seu destino e, portanto, não podendo ser falada – ela precisa ser lida. As leituras da imagem, tomadas desse modo, podem revelar momentos de virada no atendimento. O que impele à necessidade de trabalhar a imagem num lugar de importância, positivado, dado que aquilo que se mostra pode ser “via régia” ao inconsciente. Positivado porque não está aqui, a imagem, como substituta da palavra, mas porque a imagem se apresenta quando algo não tem como ser dito.

Nesse tipo de clínica, a leitura se faz a partir de pelo menos três posições. Da posição do bebê: o que chamei de uma transcrição transitiva, quando o bebê lê, apoiado no som e na imagem, através do seu corpo. Da posição do agente parental: em que se dá a tradução como leitura, mas é interessante que o trabalho possibilite outras traduções. Da posição do analista: na qual é possível a transcrição considerando a “imagem muda”, e a

transliteração considerando a letra. É possível até que haja a necessidade de um empréstimo imaginário na tradução a partir da posição do analista, na condição, porém, de fazer valer a prudência.

São posições (analista, bebê e agente parental) e leituras em diversas voltas – como numa espiral –, que precisam ser consideradas para sair do espaço planificado e bifurcado que normalmente leva ao raciocínio tipo “causa/consequência”. Não se trata de tomar a transcrição, a tradução, a transliteração e a transcrição transitiva como únicas vias possíveis para ler o caso; mas importa firmar a necessidade de construir algumas voltas de leituras para dar conta dos movimentos do caso e de criar possibilidades de reinscrições imaginárias, reais e simbólicas que se enodam diferentemente e num tempo lógico que prescindia da lógica causal.

Há certa restrição quanto ao entendimento dessa clínica se o espaço considerado pelo olhar do analista for unicamente o espaço euclidiano, pois, a bifurcação entre um lado (o do bebê) e o outro (o dos agentes parentais) não apenas exclui o analista, mas impossibilita que a profundidade (ultrapassar o espaço) e o tempo (ultrapassar a cronologia) sejam considerados. O momento de intervenção ou de virada, considerando a separação da fala (lado do cuidador) e o que o bebê mostra, realiza-se, portanto, no espaço euclidiano, barrando a possibilidade de leituras da imagem e da letra em várias posições.

É o real do corpo do bebê em sua posição de “não fala” que provoca no lugar dos agentes parentais os efeitos de real num tempo de “não fala” que se pronuncia também na posição de agente parental. Portanto, não vem dos agentes parentais uma determinação inequívoca sobre a provocação de um sinal de sofrimento no bebê, mas o real que a posição de filho provoca (“não

fala”) faz eclodirem efeitos de real na posição dos agentes parentais. Assim, não há uma leitura causal do tipo: o filho é efeito dos pais, mas sim que há efeitos de real tanto na posição de agente parental, quanto na posição de bebê, que se encontram num tempo de “não fala”. É por isso que ficamos tão impressionados com os sinais de sofrimento apresentados no corpo do bebê, como se eles “adivinhassem” a melhor forma de corresponderem à posição dos agentes parentais nesse tempo de não fala; inundando-a, muitas vezes, com a idéia de certa naturalidade entre o que o bebê mostra e o que a posição de agente parental tenta esconder. Isso pode ser observado, por exemplo, quando se interpretam certas traduções maternas como uma manifestação do que convencionou chamar de “instinto materno”. Um sinal do bebê remete, no fantasma parental, à letra presa no corpo do agente parental num tempo fora das palavras. O bebê, dada a transcrição transitiva, lê essa letra e apresenta o que se chama de “sinal de sofrimento”, que apela a uma tradução do agente parental.

A imagem deve passar pelo olhar do analista, passar pelo Outro, para passar para outra coisa. Ao analista cabe enfrentar esse apelo ao seu olhar sem desconsiderar o efeito de gozo que isso possa provocar. A imagem, então, passada pelo Outro, pode fazer retornar aos personagens presentes os efeitos especularizáveis e os não-especularizáveis, possibilitando que haja, no revestimento dessa imago, uma inicial separação para o bebê. E como efeitos de real se dão nesse espaço de não fala, a imagem, em sua “mostração”, pode ser a primeira possibilidade de consistência aí tomada. O lugar do analista no momento da “mostração” é esse eixo para o qual se vira o agente parental sob o fundo da “não fala”, ante o real que o corpo do bebê mudo provoca, ponto

fora do espelho, fora da fala, mas dentro do quadro, diante do olhar do analista. Esse simples dispositivo promove ao mesmo tempo a diferença entre o que se olha e o que é olhado, entre o que se mostra e o que é visto. Essa diferença – entre o que aparece como traço na virada do agente parental ao analista e a imagem com tradução única trazida pelo agente parental – é fundamental para a passagem a outras leituras.

A imagem e a letra na clínica com o bebê atendem não a uma separação entre os indivíduos, um e outro num espaço euclidiano, mas sim a uma atenção a essas duas dimensões necessárias à clínica (imagem, jogo especular/o que se mostra e se esconde na “mostração” e letra, traço para o qual o sujeito se vira/que se transmite na “não fala”), venham elas de onde vierem: do bebê, do cuidador primordial, do analista como objeto, como sujeito ou como Outro.

A clínica com o bebê e seu cuidador trata do encontro do *Infans* com o Outro real da linguagem. O sujeito pode nascer antes do bebê, dado que a linguagem a ele pré-existe, mas é preciso uma dura batalha para que dela se aproprie. Falar não é nada natural, muito menos fácil.

Já entrei na psicanálise pela clínica com aqueles que não falam. Foi justo por isso que me interessei e me interesso ainda, pelo que se tornou tema formador no meu percurso clínico. Mas as passagens da clínica com o bebê para a clínica daqueles que ainda não falam, e para a idéia de uma psicanálise como um discurso sem palavras fez-me passar para outra coisa. Esta tese, portanto, ao mesmo tempo em que me fez escrever sobre meu percurso clínico com o bebê e seus cuidadores, levou-me a renunciar à clínica com o bebê como um lugar privilegiado. A formalização da escrita dessa clínica tornou-se a

escrita da clínica psicanalítica para aqueles que ainda não falam, para além do sujeito em corpo de bebê. Agora, a clínica com os bebês faz parte da minha clínica de psicanálise de modo corrente e sem privilégios – e é possível dizer que os bebês me ensinaram a trabalhar em psicanálise. O trabalho clínico com os bebês introduziu-me de modo radical à psicanálise em seu aspecto mais caro: o sofrimento que provoca o que não pode ser dito, mas que, no entanto, impele a uma “mostração”.

Mais uma volta pela espiral epistemológica na qual está implicada a clínica com aqueles que ainda não falam, para constatar, após tantos paradoxos relacionados aos fundamentos da psicanálise, que não se trata mais de buscar comprovações para essa clínica no campo da psicanálise, mas de que essa mesma clínica talvez seja a prova mais contundente de que a psicanálise é uma prática de discurso sem palavras. E se existe aqui uma especificidade, não é a da falta de palavras, mas a da necessidade da “mostração” e, portanto, da necessidade de que tal “mostração” possa ser tomada, sem preconceitos, como ponto chave para uma intervenção. A psicanálise para aqueles que não falam é a psicanálise da leitura do que se mostra.

Três premissas foram construídas nesta tese: 1) a psicanálise tem ferramentas para trabalhar com aqueles que não falam. 2) A especificidade da clínica com aqueles que não falam não é a não fala do bebê, mas a necessidade de “mostração” provocada pela irrupção de efeitos de real ante um espaço de não fala. 3) A imagem e a letra são elementos da psicanálise propiciadores do trabalho clínico com aqueles que não falam, e suas leituras,

longe da necessidade de identificação ao paciente ou interpretação da imagem, podem permitir momentos de virada no atendimento.

Retorno ao começo, com uma volta a mais já num outro ponto da espiral, a uma pergunta que já me foi feita muitas vezes:

“-Como assim, psicanálise para aqueles que não falam?”

*O criador Prajapati, repartiu seus bens entre suas criaturas: os deuses receberam em partilha o Sacrifício e os Asura, os demônios, a Fala.*

*Os deuses disseram ao Sacrifício: “A Fala é mulher. Interpele-a, e seguramente ela te convidará. Ou então, o sacrifício espontaneamente se disse: “A Fala é mulher, vou interpelá-la. Ela seguramente me convidará”.*

*Ele a interpelou. Mas ela primeiramente o desdenhou. E é por isso que uma mulher, quando um homem a interpela, o desdenha primeiramente. O Sacrifício disse: “Ela me desdenhou”. Os deuses lhe disseram: senhor, interpela-a. “Ela seguramente o convidará”. Ele a interpelou. Mas ela lhe fez apenas um movimento de cabeça. E é por isso que uma mulher, quando um homem a interpela, lhe responde apenas com um movimento de cabeça. Ele a interpelou e ela o convidou. É por isso que uma mulher convida um homem no fim das contas. Ele disse (aos deuses): “Ela me convidou”. Os deuses refletiram: “A Fala é mulher. Tomemos cuidado para que ela não o arraste”. (eles disseram ao Sacrifício): “Dize-lhe fico aqui, vem comigo e, quando tiver chegado, avisa-nos”. Ela veio até o lugar onde ele se achava. Por isso que uma mulher vai até um homem que se acha em bom lugar. Ele lhes avisou que ela tinha chegado... Os deuses, então, a tomaram dos Asura e se apoderaram dela.*

*O Sacrifício foi, portanto, a isca. Mas ele próprio se apaixona por ela, a quem deveria seduzir em nome dos deuses.*

*O sacrifício desejou a fala. “ah... como eu gostaria de fazer amor com ela!” e eles se uniram.*

*Nada é mais perigoso para os deuses, disseram, do que esses amores entre o Sacrifício e a Fala.*<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> C. Malamoud, *Cuire le Monde*, citado por J. Allouch, em *A erótica do luto no tempo da morte seca*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2004, p. 396.

## Referências bibliográficas

ABRÃO, J. L. F. *A história de psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta. 2001.

ALLOUCH, J. *Lettre pour lettre: transcrire, traduire et translittérer*. Paris: Éres. 1984.

\_\_\_\_\_. *A Erótica do luto, no tempo da morte seca*. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2004.

\_\_\_\_\_. *Marguerite ou a 'aimée' de Lacan*, Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

ANSERMET, F. *A clínica da origem. A criança entre a medicina e a psicanálise*. Tradução: Daise de Ávila Seide. Rio de Janeiro: Contra-capas, 2003.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. São Paulo: LTD. 1981.

ATTAL, J. Transferência e final de análise com a criança. *A criança e o psicanalista*. Revista Litoral. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

BADINTER, E. L'histoire des bébés, em *Psychopathologie du bébé*, Lebovici S. & Wail-Halpern (orgs.), Paris: PUF. 1992.

BERGÉS, J.; BALBO, G. *Jogos de posições entre a mãe e a criança: ensaios sobre o transitivismo*. Tradução de N. Leite, V. Veras e A. Vorcaro. Porto Alegre: CMC. 2004.

BERGÉS, J. *O corpo na neurologia e na psicanálise, lições clínicas de um psicanalista de crianças*. Tradução de Maria Folberg. Porto Alegre: CMC. 2008.

BERNARDINO L. *As psicoses não decididas na infância: um estudo psicanalítico*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

BLANCHOT, M. *O livro por vir*. Tradução de Leila Perrone-Moisés. Rio de Janeiro: Martins Fontes. 2005.

\_\_\_\_\_. *A conversa infinita. A palavra plural*. Tradução de Aurélio G. Neto. São Paulo: Escuta. 2001.

BLONDEL, M. *Peut-on parler de transfert chez le bébé?* In *Psychanalyse et enfance*, no 28, Éd. du Monde interne, septembre 2000.

BORGES, J. L. Os caminhos que se bifurcam, em *Ficções*. Tradução de Carlos Nejar. São Paulo: Globo 1970.

BRAUER, J. F. *Ensaio sobre os distúrbios graves da infância*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BUCHER, J. P. Anna Freud, quel passage à l'analyste? *Essaim*, revue de psychanalyse, Paris: Eres, n. 11, 2003.

CRAMER, B. e PALACIO-ESPASA, F. *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

\_\_\_\_\_ Les bébés, font-ils un transfert? Réponse à Serge lebovici. In *Psychiatrie de l'enfant* XXXVII, 2, 1994.

CRESPIN, G. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

DEBRÉ, R. *Bebês e mães em revolta*. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

DIKTINE, R. e SIMON, J. *La psychanalyse precoce*. Col. le fil rouge. Paris: PUF. 1972.

DIDI-HUBERMAN, *Ce que nous voyons, ce qui nous regarde*. Paris: de minuit, 1992.

DOUFUR, R. D. *Lacan e o espelho Sofiano de Boehme*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

ELIACHEFF, C. *Corpos que gritam, a psicanálise com bebês*. São Paulo: Ática. 1995.

FERNANDES M, C. *A criança em cena: o infantil e a perversão*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

FINGERMANN, D. e DIAS, M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras. 2005.

FONTANIER, P. *Les figures du discours*, Paris: Flammarion, 1977.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. Tradução de Salma T. Muchail. São Paulo: Martins Fontes. 2007.

\_\_\_\_\_ *Problematizações do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro. Col. Ditos e Escritos I, Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006.

FREUD, A. *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*, Tradução de Stella B. Abreu, Ines P. e C. Buenos Aires: Paidós. 1980.

\_\_\_\_\_ *El psicoanálisis infantil y la clínica*, Buenos Aires: Paidós. 1977.

\_\_\_\_\_ *O ego e os mecanismos de defesas*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira. s/ data.

FREUD S. (1925) *Inibição, sintoma e angústia*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão) Rio de Janeiro: Imago. 1969.

\_\_\_\_\_ (1910) *Cinco lições de psicanálise, Quarta lição*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

\_\_\_\_\_ (1909) *Análise de uma Fobia de um Menino de Cinco Anos*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

\_\_\_\_\_ (1915) *Observações sobre o amor transferência*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

\_\_\_\_\_ (1895) *Projeto para uma psicologia científica*. Tradução e notas de Osmyr Gabbi Jr. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

\_\_\_\_\_ (1900) *Considerações de representabilidade*. In *A interpretação dos sonhos*. S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

\_\_\_\_\_ (1923) *O ego e o Id*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

\_\_\_\_\_ (1920) *Mais além do princípio de prazer*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

\_\_\_\_\_ (1900) *Representação por símbolos nos sonhos – Alguns outros sonhos típicos* In *A interpretação dos sonhos* In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

FREUD, S. E ZWEIG, S. *Sigmund Freud e Stefan Zweig: Correspondance*, preface de Roland Jaccard. Paris: Rivages, 1987.

GABBI JR., O. F. *A leitura freudiana das teorias pré-psicanalíticas sobre os sonhos*. In Bento Prado Jr. (org.) *Filosofia da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense. 1991.

GEISSEMAN, G., e GEISSEMAN, P. *L'histoire de la psychanalyse de l'enfant, perspectives, mouvements et idées*. Paris: PUF. 1992.

GOLSE B. *Sobre a psicoterapia pais bebês: narratividade, filiação e transmissão*. Tradução de Inês Catão et alii. Col. Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

- \_\_\_\_\_ *L'être bébé*. Paris: PUF. 2006.
- \_\_\_\_\_ Les psychothérapies conjointes parent(s)–bébé: conquête ou dérive? *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, fev. 2005.
- GOLSE, B. ; BÉNONY, C. *Psychopathologie du bébé*. Paris: Éres. 2002.
- GRACIELA C. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.
- GRANON-LAFONT J. *A topologia de Jacques Lacan*. Tradução de Luiz C. Miranda e Evany Cardoso. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1990.
- GUTTON, P. *Le bébé du psychanalyste*. Paris: Paidós, 1992.
- HARARI, R. *O seminário A angústia de Lacan*. Porto Alegre: Artes e Ofícios. 1997.
- KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S.; RIVIERE, J. *Os progressos da psicanálise*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1978.
- KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. Tradução de M. Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- KLEIN, M. *Novas contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou. 1970.
- KREISLER, L. *Le nouveau enfant du désordre psychosomatique*. Payot: Paris. 1992.
- LACAN J. (1938) *Os Complexos familiares na formação do indivíduo*. Tradução de M. A. C. Jorge e P. da Silveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1984.
- \_\_\_\_\_ (1945) Les temps logique et l'assertion de certitude anticipée, un nouveau sophisme. In *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.
- \_\_\_\_\_ (1946) Propos sur la causalité psychique. In *Ecrits*. Paris: Seuil, 1992.
- \_\_\_\_\_ (1948). L'étape du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. In *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.
- \_\_\_\_\_ (1953) Fonction et champ de la parole et du langage dans la psychanalyse. In *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.
- \_\_\_\_\_ (1955) D'une question préliminaire a tout traitement possible de la psychose. *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.
- \_\_\_\_\_ *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Tradução de Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.
- \_\_\_\_\_ (1958) La direction de la cure et les principes de son pouvoir. In *Ecrits*, Paris: Seuil. 1992.

\_\_\_\_\_ (1960). Remarque sur le rapport de Daniel Lagache: "psychanalyse et structure de la personnalité". In *Écrits*. Paris: Seuil. 1992.

\_\_\_\_\_ (1962-1963) *L'Angoise*, seminário. Documento interno à Associação Freudiana e destinada a seus membros.

\_\_\_\_\_ (1969). Notes sur l'enfant. In *Autres Écrits*. Paris: Seuil, 2001.

\_\_\_\_\_ *Le transfert sans errata*. Publicação interna da École Lacanienne de Paris. 1992.

\_\_\_\_\_ (1964) *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1973.

LARROUSSE. *Dicionário*. São Paulo: Larrousse. 1996.

LEBOVICI, S. *Éléments de la psychopathologie du bébé*. Col. B. Golse e S. Lebovici, Paris: Starfilm international/Association L'aube de la vie. 1994.

\_\_\_\_\_ A propos des psychothérapies analytiques chez le jeune enfant. In Fava Vizzello, G. e Stern, D. (orgs.) *Modèles psychothérapeutiques au premier âge, de la théorie à l'intervention*. Paris: Masson. 1995.

LEBOVICI, S.; SOLIS-PONTON, L.; MENENDEZ, J. A. A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o *Enactment*. In Silva, M. C. P. da (org.) *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LE GAUFEY, G. *Le lasso spéculaire, une étude transversière de l'unité imaginaire*. Paris: E.P.E.L. 1997.

LEMAITRE, V. L'enaction selon Serge Lebovici dans les consultations thérapeutiques. In Soussan, P. B. ; Missionier, S. (Orgs.), *Serge lebovici, le bébé*. Paris: Éres. 2000.

LETHIER, R. Conferências em São Paulo, publicação interna projeto TECER.

LINS C. E. Observações sobre o tempo e o sujeito. In *Sujeito e Linguagem*, revista Letra Freudiana. Rio de Janeiro: Revinter, Ano XVI, n. 22, 1977.

MANDIL, R. Os efeitos da letra, Lacan leitor de Joyce. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2003.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento, as bases biológicas da compreensão humana*. Tradução de Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Palas Athena. 2002.

MONZANI, L. *Freud movimento de um pensamento*. Campinas: Editora da Unicamp. 1985.

PEREZ-SANCHES, M. *L'observation des bébés. Les relations émotionnelles dans la première année de la vie*. Paris: Clancier Guénaud, 1986.

PICOLLI, B. Algumas considerações sobre a aplicação do modelo de observação. Em *Observação da relação mãe-bebê, método Ester Bick: tendências*. São Paulo: Unimarco editora. 1997.

POMMIER, G. *Qu'est-ce que le "réel"?* Col. Point hors ligne, Paris: Eres. 2004.

POULAIN-COLOMBIER, J. Histórico dos conceitos e das técnicas que contribuem para a psicanálise com crianças. Em *A criança e o psicanalista*, Revista Litoral, Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998.

PORGE, E. O tempo. In P. Kaufman (Ed.) *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1992.

\_\_\_\_\_ A transferência para bastidores. In *A criança e o psicanalista*. Revista Litoral, Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998.

\_\_\_\_\_ *Des fondements de la clinique psychanalytique*. Col. Point hors ligne. Paris: Éres. 2008.

\_\_\_\_\_ *Transmettre la clinique, Freud, Lacan Aujourd'hui*. Paris: Eres. 2005.

\_\_\_\_\_ L'analyste dans l'histoire et dans la structure du sujet comme Velazquez dans les meninas. *Littoral*. Paris. 1988.

\_\_\_\_\_ Des faits de présentation dans la psychanalyse avec les enfants. *Fragments*, Bulletin intérieur de l'école lacanienne de psychanalyse, Paris. Juin, n. 4, 1987.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1999.

Rilke, R.M. Rilke: poesia-coisa. Tradução e introdução de A. Campos. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

RITVO, J. O conceito de letra na obra de Lacan. *A prática da letra*. Escola Letra Freudiana, Ano XVII, n. 26. Rio de Janeiro: Publicação Escola Letra Freudiana. 2000.

RODRIGUÉ, E. *O Século da Psicanálise – 1895-1995*. São Paulo: Escuta, 1995.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1997.

SHUTTLEWORTH, J. A relação entre os métodos e modelos da psicanálise e os da psicologia do desenvolvimento. In *Observação da relação mãe-bebê método Ester Bick: tendências*. São Paulo: Unimarco. 1997.

SIMANKE, R. *Metapsicologia lacaniana*. São Paulo: Fapesp, Discurso editorial, UFSC. 2002.

SOLLER, C. *Déclinaisons de l'angoisse*. Paris: college clinique de Paris. 2000/2001. Cours édités, diffusion: Francis Ancibure.

SOUSSAN, B. e MISSONIER, P. (org) *Serge Lebovici, le bébé*. Paris: Eres, 2000.

SOUZA, A. *De um corpo ao outro*. Trabalho apresentado na XV Jornada do Espaço Moebius. Nov. 2005.

STERN, D. *Le moment présent en psychothérapie, un monde dans un grain de sable*. Paris: Odile Jacob, 2004.

SZEJER, M. *Palavras para nascer*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRAD P. *Psicoterapia breve pais/bebê*. Tradução: Maria Cristina Muller e Maria Elisa Schestatsky. Porto Alegre: Artes médicas. 1997.

VIZZELLO, F. G.; STERN, D. (Orgs.). *Modèles psychothérapeutiques au première âge, de la théorie a l'intervention*. Paris: Masson, 1995.

VORCARO, A. M. R. *A clínica da psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1997.

\_\_\_\_\_. *Crianças na psicanálise, clínica, instituição e laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1999.

YANKELEVICH, H. *Do pai à letra, na clínica, na literatura, na metapsicologia*. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2004.

## **Anexos**

## Anexo 1

### O lugar do bebê na história

A idéia de que a noção de infância nem sempre existiu<sup>65</sup> permite-nos afirmar que esta é uma invenção da modernidade, quando, então, assistimos também a uma diferenciação entre adulto e criança. Essa diferença se marca pela visão da criança pré-moderna como um ser incompleto, inocente e imperfeito, e pela preocupação com a sua transformação em adultos honrados e racionais: “a criança precisar ser preparada para a vida adulta, preparação que exige cuidados e uma formação com disciplina rigorosa e efetiva...”<sup>66</sup>

Duas consequências são retiradas daí. A primeira, a da criança como ideal para o adulto (dado que é incompleta em relação ao adulto) e a segunda, a da criação da necessidade de “especialistas” em questões relativas à infância (pois será necessário prepará-la para ser adulta).

É na virada do século XVIII para o XIX que podemos encontrar os teóricos que tomarão a criança como objeto de estudo e de interesse. A educação e, posteriormente, a pediatria surgem como ciências adequadas para produzir conhecimentos sobre esse novo ser que não será mais um simples adulto em miniatura, mas um indivíduo com características próprias.

A partir do momento em que a criança deixou de ser socializada pelo contato direto com os adultos, sendo confinada, nos seus primeiros anos de vida, no meio familiar e mais tarde na escola, surge a necessidade de instrumentalizar e gerir a educação<sup>67</sup>.

Não somente se tem como efeito a necessidade de instrumentalizar a educação, mas tem início um movimento de raciocínios, teorias, investigações, enfim: os profissionais precisam ajudar a “decifrar” a criança. Dois dos mais proeminentes autores representantes dessa idéia serão Freud e Piaget, certamente. Nos dois casos, o interesse sobre a criança está

---

<sup>65</sup> P. Ariès, *História social da criança e da família*. São Paulo: LTD. 1981.

<sup>66</sup> Idem, p.12.

<sup>67</sup> J. Abrão, *A história de psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta. 2001. p. 30.

inicialmente marcado pelo interesse voltado para as origens: Piaget busca a origem do pensamento; Freud, a origem das psicopatologias. Esse movimento revela um fantasma: se a criança é o adulto de amanhã, estudando-a será possível entender o homem.

Em relação ao bebê, foram necessários dois séculos, segundo Elizabeth Badinter<sup>68</sup>, para que seu estatuto evoluísse consideravelmente no Ocidente. Durante muito tempo, nossos antepassados não tinham nem mesmo uma palavra para designar essa primeira etapa da vida, caracterizada, então, pela falta de autonomia.

Associada à fragilidade e à precariedade, é a partir da segunda metade do século XVIII que a imagem do bebê passa a se modificar, e começa a ser vista como imagem de um ser único, cuja espontaneidade e necessidades precisam ser respeitadas. É então que desponta uma preocupação com sua saúde e sua higiene.

O bebê passa a ser, no século XIX, o centro da célula familiar. As regras do *bebê rei* começam a governar. A maternidade torna-se a glória da mulher, de forma que todos os problemas daí derivados são também sua culpa e sua responsabilidade. O bebê torna-se, também para o estado, fonte de riqueza: se cada nascimento de um bebê é uma promessa de riqueza, a morte de cada bebê é sentida como uma perda irreparável.

Nossa herança ocidental e burguesa será então um “bebê majestade” que sofre os efeitos do pavor dos pais ante a idéia de sua morte ou de sua perda. O investimento no bebê como promessa de um futuro que não repita o passado dos pais que eles não querem mais marcará nossa época. Esse ideal reduplicado guiará a frágil idéia: a majestade não pode falhar!

A ajuda dos profissionais será decisiva para que o bebê, *Sua majestade*, não fracasse. Portanto, é nesse cenário de reinado e pavor da morte que as pesquisas sobre as competências precoces (cada vez mais precoces) irão subsidiar os trabalhos dirigidos ao bebê e aos seus cuidadores. A idéia de que muito precocemente ele já sente dor, por exemplo, abre espaço para outra idéia mais complexa: já possui sofrimento. Avalia-se a importância dos profissionais em torno do bebê, ao mesmo tempo em que a

---

<sup>68</sup> E. Badinter, L'histoire des bébés. Em *Psychopathologie du bébé*, Lebovici S. e Wail-Halpern (org.), Paris: PUF, 1992.

conquista das pesquisas sobre as competências desse bebê retira dos pais “certo saber” sobre o filho. Prova-se que as pessoas que estão ao redor do bebê lhe são caras e que as primeiras relações aí estabelecidas serão fundamentais ao seu devir.

O bebê, agora, mais do que suposto, o bebê da realidade, torna-se um tema principal, e o caráter de visibilidade da natureza das suas manifestações irá inseri-lo no mundo dos profissionais, dos psicanalistas também, já que a psicanálise tem seu lugar reconhecido de saber sobre o sofrimento humano.

## Anexo 2

### Anna Freud, a filha

Alguns eixos básicos do pensamento de Anna Freud são necessários para entendermos tanto a visão sobre a criança quanto a epistemologia subjacente à sua teorização da clínica.

Características imputadas pela autora ao trabalho com a criança, tais como: ausência de associação livre, impossibilidade de separar fala e ação, e impossibilidade de excluir a participação dos pais, oferecem marcas em sua forma de trabalhar. Algumas conseqüências imediatas são: a indicação de análise para a criança somente após o complexo de Édipo, a contemplação da noção de desenvolvimento infantil e o intercâmbio necessário entre psicanálise e educação, que seguiram então como eixos fundamentais para a autora balizar sua prática.

**Intercâmbio necessário entre psicanálise e educação:** há ainda nessa época, segundo a autora<sup>69</sup>, um grande preconceito e um não menos importante temor de imoralidade frente à análise com crianças. O retorno do temor ocorrido no início da psicanálise com adultos, do preconceito de que a partir da tomada de consciência dos conteúdos inconscientes os pacientes apresentariam uma atualização das pulsões perversas, retorna com toda força em relação ao atendimento psicanalítico de crianças. Seria preciso então, uma educação dos pais e da família, para que não somente os efeitos benéficos da análise pudessem ser reconhecidos e mantidos, como também, desse modo, os pais pudessem ser ajudados a se absterem de seus preconceitos. Fica claro, então, que a educação psicanalítica dos pais está também associada a uma estratégia da autora em relação ao preconceito da época contra a psicanálise com crianças. Sendo os pais os maiores responsáveis pela criança, era imprescindível que eles se abstivessem desses preconceitos.

---

<sup>69</sup> A. Freud, *O ego e os mecanismos de defesas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, s/data.

Portanto, a ligação entre psicanálise e educação<sup>70</sup> advém da necessidade de barrar preconceitos a ela dirigidos e, assim, oferecer aos pais a possibilidade de suportar as mudanças da criança e poderem ajudar em seu ambiente, assim como as indicações para análise, o seu processo e o fim de tratamento deveriam ser conversados sempre com os pais.

A leitura de que o inconsciente é “interno” e se contrapõe às necessidades do ambiente torna presente, também para Anna Freud, o imperativo de um tempo prévio ao tratamento da criança para trabalhar essa educação dos pais (responsáveis pelas condições do ambiente da criança). Dessa forma, teoriza a autora, o ambiente (no qual os pais são os responsáveis) pode falhar durante o desenvolvimento da criança e isso pode trazer prejuízos para ela. Existe, por exemplo, um ambiente familiar que não pode falhar: a suficiência do narcisismo primário, que depende do vínculo não perturbado entre mãe e filho. Este é revelado pelo prazer da atividade motora, pela satisfação do bebê em ser tocado, e pela conseqüente necessidade da mãe de desempenhar um papel ativo na libidinização do corpo do filho. Relações objetais ainda não maduras precisam de figuras parentais estáveis para que aconteçam. Há temores arcaicos que só são superados se a mãe ajudar como ego auxiliar. Uma atividade de defesa excessiva conduz à inibição, que só melhora quando o ambiente se torna favorável às pulsões, por isso os pais devem ter uma orientação adequada: esforços fálicos da criança necessitam do orgulho da mãe, enquanto a espontaneidade da feminilidade precisa da resposta edípica do pai.

Todavia, isso não significa que dentre os motivos para empreender uma análise os fatores externos teriam maior peso, muito pelo contrário, segundo a autora, a neurose infantil é a expressão de conflitos internos. Quando o Eu se vê enfrentando desejos orais, agressivos e anais, e não está preparado para isso, ele se defende através de deslocamentos, repressão, formação reativa. Se as defesas do Eu não tem êxito frente a esses conflitos, formam-se os sintomas, que persistem até se tornarem a expressão central da vida da criança.

---

<sup>70</sup> A. Freud, *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*, Buenos Aires: Paidós. 1980.

Com tudo o que foi exposto, uma análise de criança é indicada quando: 1. Há conflitos entre as instâncias psíquicas, pois consomem a energia da criança. 2. Quando existem defesas inadequadas que imitam o Eu contra as pulsões. 3. Se as ansiedades forem desfavoráveis às atividades do Eu. 4. Se as fixações da libido forem elevadas, impedindo o desenvolvimento delas. 5. Em casos de movimentos regressivos do Eu e da pulsão. 6. E quando a repressão da agressividade severa limita todo tipo de atividade produtiva.

A indicação da autora para o início de um tratamento psicanalítico à criança, no entanto, devia acontecer somente após o complexo de Édipo. Antes disso, a relação deveria ser com os pais, e qualquer indicação relativa a sintomas, inibições ou ansiedades só poderia ser tratada por um analista, posteriormente, para que ele não tomasse o lugar dos pais. Trata-se realmente de uma hipótese importante a ser considerada, mas não a autora ponderou a possibilidade de trabalhar com a criança sem destituir o lugar dos pais.

Anna Freud estava atenta ao sofrimento precoce de crianças que foram bruscamente separadas de seus pais pela guerra. Há relatos<sup>71</sup> da luta que a autora travou contra os abrigos para crianças abandonadas, fazendo supor com tranquilidade que era sensível a uma atenção aos primeiros anos de vida; porém, sua interdição a uma prática com crianças pequenas referia-se à entrada da criança numa análise que poderia retirar a função dos pais. Ou seja, Anna Freud lidava claramente com situações em que existiam crianças com sofrimentos antes do complexo de Édipo freudiano<sup>72</sup>.

Segundo Bucher<sup>73</sup>, Anna Freud vai aderir ao pensamento de seu pai, fechar-se numa versão do pai e não passar, portanto, do pai a uma condição de servir-se dele. Isso, segundo a autora, devido a uma análise impossível

---

<sup>71</sup> G. e P. Geisseman, *L'histoire de la psychanalyse de l'enfant*. Idem.

<sup>72</sup> Freud levou quase vinte anos para incorporar coerentemente o complexo de Édipo em sua pesquisa sobre a sexualidade, O complexo de Édipo, para Freud, ocorre entre 3 a 5 anos, e esse é o único momento em que o autor se refere a uma cronologia em seus textos sobre a criança – certamente, esse era um achado caro para o criador da psicanálise. Em *A criança em cena: infantil e a perversão*, Cláudia Mascarenhas Fernandes, idem.

<sup>73</sup> J. P. Bucher. *Anna Freud, quel passage à l'analyste? Essaim*, revue de Psychanalyse, Paris: Eres, n. 11, 2003.

(em dois tempos, mantida em segredo<sup>74</sup> pelos dois) feita de pai para filha. A indicação de análise antes do complexo de Édipo foi, portanto, interdita por Anna Freud não para poupar as crianças pequenas da crença em seu sofrimento, mas para não “balançar” o lugar dos pais.

Seu primeiro texto – apresentado no ano de 1922, como requisito para entrar na sociedade vienense de psicanálise –, *Fantacias de espancamentos e devaneios*<sup>75</sup>, foi sobre seu próprio caso. Em 1919, Freud publica o texto *Bate-se numa criança*, no qual, como discute Rodrigué<sup>76</sup>, uma das pacientes citadas é Anna Freud.

**Contemplação da noção desenvolvimento libidinal infantil:** dado que o complexo de Édipo restringe a indicação de análise para a criança, certamente a noção de desenvolvimento infantil a centraliza. Para Anna Freud, o desenvolvimento libidinal é central na avaliação da criança, na sua indicação de tratamento e decisão sobre o fim de tratamento. Mecanismos de defesas como: regressão, introjeção, isolamento, anulação, projeção, inversão contra o Ego<sup>77</sup>, são mecanismos que podem impedir o desenvolvimento da libido caso estejam em doses impeditivas para o funcionamento do Ego. E o desenvolvimento libidinal precisa ser liberado para que a criança possa se desenvolver em equilíbrio entre as exigências das pulsões, do ego e do Id, além do superego, nas suas relações com o mundo exterior.

Vejamos algumas das suas posições na técnica<sup>78</sup> do tratamento com a criança<sup>79</sup>:

1- É contra a substituição da associação livre pelo brincar. Acredita Anna Freud que isso leva a uma interpretação de símbolos rígida e estereotipada, não considerando aí a participação da criança, conseqüentemente, não passava pela resistência da própria criança. Além do mais, afirmava: a interpretação do brincar não é a cura pela transferência, elemento

---

<sup>74</sup> E. Rodrigué, Somente quem sabia era Lou Salomé e Max Eitingon. Em *O século da psicanálise*, vol. II, São Paulo: Escuta, 1995.

<sup>75</sup> E. Rodrigué, Idem.

<sup>76</sup> Idem, ibidem.

<sup>77</sup> Mantida a palavra “Ego” para ser fiel ao que a própria autora nomeia.

<sup>78</sup> “Técnica” é um conceito dos psicanalistas pós-freudianos que mantereí aqui por se tratar da psicanalista Anna Freud.

<sup>79</sup> A Freud. *El psicoanálisis infantil y la clínica*, Buenos Aires: Paidós.1977.

fundamental da psicanálise. É preciso trabalhar com derivados dos sonhos, fantasias, jogos imaginativos e desenho, além das reações emocionais dentro e fora da sessão.

2- Se uma parte da neurose da criança se transforma em neurose de transferência, a outra parte se acumula em torno dos pais, objetos do passado patógeno; a participação dos pais no tratamento é fundamental para a continuidade e para os efeitos deste, e o sofrimento se divide em criança e pais. As reações ou sofrimentos da criança dependem das reações do ambiente.

3- A tarefa do analista é igual tanto no tratamento de adultos como de crianças. Sua tarefa consiste em: desmanchar repressões que tinham sido estabelecidas como mecanismos de defesas – o que pressupõe uso da linguagem.

4- Indicação para análise: somente as crianças em situações graves devem passar por um processo de análise a partir da latência; nos demais casos, a aplicação da psicanálise deve se restringir a uma atividade educacional. Portanto, o tratamento psicanalítico em crianças não deve ser usado como estratégia preventiva.

Acredito que fica claro que há indicações muito precisas sobre o trabalho com crianças no raciocínio clínico de Anna Freud (como, por exemplo, a de que a interpretação do brincar como símbolo substituto da associação livre pode causar erros interpretativos graves; ou mesmo a idéia de que a análise com crianças não deve ter objetivos preventivos, ou ainda que a transferência vai apenas pela metade para o analista, a outra parte fica com os pais), mas existem dois aspectos críticos a serem considerados.

O primeiro, já bem explicitado, referente à dívida para com seu pai, mas, de todo modo, como foi sua escolha, não pode ser tomado como justificativa para sua “timidez” teórica. O segundo, a partir da crítica de Lacan, é mais contundente, refere-se à noção de Eu, já que Anna Freud acredita que toda análise deve passar pelo Eu, e mais, que só há comunicação possível com o Eu, ele afirma:

todo progresso dessa psicologia do Eu pode se resumir nestes termos – o eu está estruturado exatamente como sintoma. No interior do sujeito, não é senão um sintoma privilegiado. É o sintoma humano por excelência, é a doença mental do homem<sup>80</sup>.

Desse modo, não poderia o Eu ser referência para o tratamento.

De todo modo, uma interdição ao trabalho clínico com as crianças pequenas foi escrita pela autora, mesmo que não duvidasse da existência do sofrimento precoce.

### **O furacão Klein<sup>81</sup>**

Sempre reconhecida por ter inaugurado a clínica com crianças pequenas, Melanie Klein desarruma o quadro teórico freudiano em relação à criança, promove toda uma releitura sobre a instauração das instâncias psíquicas bem anteriores ao que Freud teorizou. É a possibilidade de realizar uma leitura sobre o que se passava com essas crianças pequenas que descreve suas concepções teóricas.

No decurso das últimas décadas, os conflitos inerentes ao complexo de Édipo têm sido amplamente reconhecidos e, em resultado disso, a compreensão das dificuldades emocionais da criança aumentou; mas estas palavras aplicam-se, principalmente, a criança num estágio mais avançado do desenvolvimento. A vida mental dos bebês é ainda um mistério para a maioria dos adultos. Arrisco-me a sugerir que uma observação mais minuciosa dos bebês<sup>82</sup> (....)

É desse modo que pescamos Klein introduzindo sutilmente suas novas idéias sobre a precocidade da instauração da vida psíquica dos bebês.

O fato é que, segundo a autora, desde os primeiros momentos de vida existem manifestações de ansiedades persecutórias nos bebês: “a ansiedade

---

<sup>80</sup> J. Lacan. *O seminário, livro 1, escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1996, p. 25.

<sup>81</sup> Expressão usada por Emílio Rodrigué ao dedicar em seu livro o capítulo “Furacão Klein” a Melanie Klein, em *O Século da Psicanálise*, Rio de Janeiro: Escuta, 1995.

<sup>82</sup> M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs e J. Riviere. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1978, p. 284.

persecutória participa desde o início e sua relação com os objetos, na medida em que o bebê está exposto a privações.”<sup>83</sup>

A implicação da noção de desenvolvimento infantil também não deixa de estar presente nas avaliações da autora a respeito das dificuldades da criança. As fobias primárias, por exemplo, podem se iniciar na criança a partir do primeiro ano de vida e, mudando de forma e conteúdo, podem reaparecer ao longo dos anos da infância. Incluídas nessa noção de fobia primária estão todos os tipos de ansiedades persecutórias e depressivas como: “dificuldades alimentares, pavores noturnos, ansiedades relacionadas com ausência da mãe, medo de estranhos e distúrbios nas relações objetais de forma geral.”<sup>84</sup> Quanto ao segundo ano de vida, continua a autora, “as tendências obsessivas passam para o primeiro plano, expressam e conjugam as ansiedades orais, uretrais e anais”<sup>85</sup>. Ou seja, a despeito de todo o questionamento que a teorização kleiniana dirige à psicanálise freudiana a respeito da precocidade das instâncias psíquicas e à noção de desenvolvimento, ela também retrocede quando aplica uma cronologia a essas dificuldades psíquicas.

Em sua tese para defender sua entrada na IPA, apresenta o caso Fritz<sup>86</sup> (que vem a ser seu filho), com a principal hipótese de que a inibição da criança seria provocada pela repressão da sua curiosidade sexual, dado que somente uma curiosidade sexual sublimada poderia expandir o interesse da criança para outras atividades da cultura<sup>87</sup>. Acredita também que o esclarecimento ao interesse sexual da criança deve ser praticado pelos adultos, isso facilitaria uma menor repressão dos instintos sexuais... pena que ao tentar camuflar que o paciente era seu filho não deixa claro o envolvimento dos pais no tratamento: “parece, por exemplo, que todas as medidas educativas visando, entre outras coisas, à satisfação irrestrita da curiosidade sexual, esta curiosidade nem sempre é francamente expressa pelo paciente”<sup>88</sup>. De quem teria obtido essa informação? Segundo a autora, nos neuróticos mais leves, repulsas provocadas pelo ambiente podem determinar

---

<sup>83</sup> M. Klein, *Contribuições a psicanálise*, idem, p. 217.

<sup>84</sup> *Ibid*, p. 244.

<sup>85</sup> *Ibid*, p. 245.

<sup>86</sup> M. Klein, *Novas contribuições à psicanálise*, São Paulo: Mestre Jou, 1970.

<sup>87</sup> J. Abrão, *Idem*, p. 44.

<sup>88</sup> M. Klein, *Novas contribuições à psicanálise*, São Paulo: Mestre Jou, 1970.

marcantes resistências a qualquer esclarecimento sexual e levar a uma repressão opressiva. Melanie Klein enfrenta a oposição de Freud, e desde sua primeira publicação não consegue explicitar como incluía ou não os pais nos atendimentos. O que observamos em seus escritos sobre a clínica são relatos de aspectos da história da criança que só poderiam vir do discurso dos pais, mas sem que Klein nos informe como fazia esse manejo.

Mesmo reconhecendo a ajuda da orientação psicanalítica dos pais num possível transbordamento da instauração de repressões no que tange 'às curiosidades sexuais' ou mesmo 'às manifestações sexuais da criança', acentua a existência de outros fatores internos e submetidos a uma pré-disposição neurótica, que ultrapassariam os esforços da mais bem intencionada educação.

É claro que a técnica analítica do brincar foi, de uma vez por todas, cunhada por Klein na prática clínica com a criança, principalmente com crianças pequenas; um método que possibilitou uma leitura necessária diante das crianças com precários recursos de fala. O problema mais tarde ficou sendo: que leitura seria essa?

Trata-se, no caso das interpretações clínicas kleinianas, sobretudo da operação da tradução. Duas grandes críticas se opõem aí:

No caso dos annafreudianos, a crítica vinha pelo viés da equivalência que Klein operava entre associação livre e brincar. Este trecho de Klein deixa claro o caráter de suas interpretações:

Um menino de cinco anos costumava fingir que tinha toda espécie de animais ferozes, como elefantes, leopardos, hienas e lobos, para o ajudarem contra seus inimigos. Representavam objetos perigosos – perseguidores – que ele domesticara e podia usar como proteção contra os inimigos. Mas, na análise, apurou-se que eles também representavam o próprio sadismo, simbolizando cada animal uma fonte específica de sadismo e os órgãos usados nessa conexão<sup>89</sup>.

Fica evidente a relação entre animais ferozes que ajudavam o menino contra os inimigos e os possíveis componentes sádicos que esses animais simbolizariam – o que não deixa dúvidas na tradução que a autora realiza

---

<sup>89</sup> M. Klein, Sobre a teoria da ansiedade e culpa. M. Klein, P. Heimann, S. Isacs, J. Riviere. Em *Contribuições à psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978, p. 296.

para ler o brincar da criança. Ela traduz animais ferozes por símbolos de aspectos sádicos e, desse modo, é sua abordagem teórica que serve de referente para tal conexão.

Ao nomear “imaginárias” as intervenções kleinianas, Lacan não desconsidera que produzem efeitos importantes em sua clínica:

Melanie Klein enfia o simbolismo, com maior brutalidade, no pequeno Dick! Ela começa jogando em cima dele as interpretações maiores. Ela o joga numa verbalização brutal do mito edípico, quase tão revoltante para nós quanto para qualquer leitor – você é o trezinho, você quer foder com sua mãe<sup>90</sup>.

Confessa Lacan que, afinal, *algo* se produz após essa intervenção. Como Dick está inteirinho na realidade, no estado puro, inconstituído, à medida que se produzem essas ejeções fora do mundo primitivo do sujeito surge um novo tipo de identificação. Melanie Klein se arrisca a falar com o menino que não está diferenciado da realidade que o rodeia, portanto, ela fala com ele, e isso introduz uma relação com o simbolismo kleiniano.

Entretanto, independentemente da dificuldade que a criança apresenta, o que se passa com as intervenções kleinianas é que elas se dão na ordem da operação da tradução, o que leva necessariamente a ancorá-las numa rede conceitual prévia (sua teoria). O problema, antes de qualquer possível crítica, é que o uso exclusivo da tradução remete irremediavelmente ao uso do aporte teórico que o autor venha a utilizar. A complexidade da tradução, porém, coloca-se muito mais para os que estão de fora do aporte teórico usado; é isso, aliás, que provoca perplexidade, dado que nenhuma crítica a Klein levanta dúvidas quanto a sua efetividade como analista. O problema vai repousar nas possíveis transposições de uma clínica e um estilo tão único, ou seja, na transmissão da psicanálise.

---

<sup>90</sup> J. Lacan, *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 84.

## Anexo 3

### Debate sobre a transferência na clínica com o bebê

Um debate acirrado acontece nos anos de 1993/1994 entre Serge Lebovici e Bertrand Cramer a respeito da transferência no atendimento ao bebê e seus pais. Esse debate trouxe à psicanálise a ousadia de interrogar a possibilidade de transferência dos próprios bebês em atendimento. O primeiro dos autores, ante uma intervenção psicoterápica pais-bebês, aposta numa relação direta com os bebês e, como consequência, acredita que o bebê “investe” no terapeuta, sendo então capaz de transferir sobre as representações mentais que tem sobre ele, além das descargas pulsionais (com seus aspectos narcíseos) originalmente ligados aos seus objetos primários<sup>91</sup>. A fundamental observação de Cramer à concepção de Lebovici é a afirmativa de que não se pode promover uma intervenção direta em relação ao bebê numa psicoterapia, sobre a experiência subjetiva da criança, sem o intermédio da mãe, pois, segundo Cramer, “o efeito terapêutico sobre a criança passa, sobretudo, pelo trabalho psíquico na mãe”<sup>92</sup>, e continua afirmando que essa relação ao bebê só pode ser direta apenas em aparência. Cramer afirma que a intervenção do terapeuta se dá com a família e, portanto, a intervenção terapêutica se dá nessa zona intermediária onde os investimentos da mãe se fazem e fazem parte do funcionamento simultâneo do psiquismo do bebê. Para finalizar, acredita que o debate é mais sobre a capacidade de representação mental do bebê do que sobre sua capacidade de transferir, e afirma que a representação mental do bebê vem com a linguagem, o que significa que ele só pode ser objeto de representações parentais, estando aí excluída da noção de “sujeito psicanalítico”. E acrescenta que mesmo que não possamos negar que os bebês reagem às mensagens do terapeuta, pensa que somente os kleinianos podem acreditar que os bebês possam ser promotores de competências transferenciais desde o início da vida, já que para eles existem fantasias que fazem parte de uma bagagem mental inata do bebê. Essa aporia

---

<sup>91</sup> Cramer B. e Palácio-Espasa, F. Les bébés, font-ils un transfert? Réponse a Serge Lebovici. Em *Psychiatrie de l'enfant* XXXVII, 2, 1994, p. 429.

<sup>92</sup> Idem, p. 430.

de Cramer pode ser interrogada pela própria noção de linguagem que pré-existe ao sujeito sem que necessariamente se tenha que pensar em bagagem inata. Ou melhor, o bebê está inserido na linguagem, mesmo que não tenha ainda se apropriado da fala já sofre os efeitos simbólicos dessa linguagem.

É verdade que esse debate só teve lugar porque os bebês apresentam reações e modalidades relacionais instigantes na clínica com o terapeuta. Eles respondem, repetem situações, mostram...

É possível pensar em relação a essa problemática da transferência com os bebês que o que se passa com um bebê na sessão não é da ordem de uma transferência, dado que é definida normalmente pela escola inglesa como um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre certos objetos e, em particular, no quadro analítico. Há o fato objetivo dos efeitos que o bebê provoca em seus cuidadores, e Blondel<sup>93</sup> oferece exemplos de bebês abrigados que promovem uma repetição contundente em relação aos educadores; repetição dos comportamentos para eles já familiares, ou seja, os bebês “provocam” os educadores a repetirem comportamentos familiares a eles.

A repetição dessas relações inadequadas, segundo a autora<sup>94</sup>, dar-se-ia porque, para se adaptar às modalidades inadequadas das relações com a mãe, o bebê colocaria em jogo defesas muito precoces. Essa fixação relacional contribuiria para manter a permanência do objeto em todas as situações em que houvesse ameaça de perda ou de separação – situação em que o bebê provocaria prematuramente um sistema de defesa muito ativa. Blondel conclui, ante as reações e repetições do bebê diante dessas situações de dificuldade, que se pode falar apenas de deslocamento (pois nenhuma modificação se opera e somente o porta-objeto muda), de inversão de papéis (ele impõe ativamente uma relação que lhe foi imposta, passa do passivo para ativo) ou mesmo de compulsão à repetição (quando repetem ou promovem repetições), mas contra esse conceito se tem a idéia da desorganização provocada nos cuidadores, parecendo muito mais uma transferência psicótica ou identificação projetiva.

---

<sup>93</sup> Blondel H. *Peut-on parler de transfert chez le bébé?* In *Psychanalyse et enfance*, no 28, Éd. du Monde interne, septembre 2000.

<sup>94</sup> Blondel, H. *idem*.

Mais uma vez fica claro que esse debate tão controvertido e de sentido complexo não foi levado a cabo por repetir a necessidade de pensar o psiquismo como a resultante de um embate entre o externo e interno: o tempo e o espaço, considerados nos fundamentos das interlocuções anteriores, é linear, euclidiano; e a transferência seria um fenômeno pessoal (certamente baseada num inconsciente teorizado como interno ao indivíduo). Um fenômeno que se projeta entre os personagens como uma via dupla, vinda de um para o outro numa linha reta entre transferências e contra-transferências, como uma relação a dois. Pensar o inconsciente como uma instância psíquica interna ao sujeito e concepção de uma relação dual é o que tem sido predominante nas leituras do que se passa nessa clínica, mas, ao mesmo tempo, é esse pensamento que pode dificultar as teorizações ante a clínica para os que ainda não falam.

No texto *A transferência para bastidores*<sup>95</sup>, sem se referir à clínica com bebês propriamente dita, Erik Porge parece trazer um eixo norteador sobre o tema da transferência. A idéia básica é a de que na criança a neurose comum é a própria neurose de transferência: “na criança a neurose comum substituiria uma neurose de transferência não resolvida”<sup>96</sup>. E a grande descoberta do autor é a de que a neurose na criança eclode diante de quem não mais sustenta a transferência da criança, os pais, por exemplo, não mais sustentam esse lugar de sujeito suposto saber em relação ao filho. O sintoma da criança será então esse representante, para os pais, de um saber suposto que a criança esconde e que o analista deveria descobrir. Uma verdadeira ruptura na transmissão do saber.

O que está em jogo, portanto, no trabalho da psicanálise com a criança, é uma transferência indireta, e a função do analista será sustentar essa transferência rompida entre pais e criança. Não se trata aqui de discutir se a criança transfere ou não, se é ou não psicanálise, mas de pensar uma estrutura maior composta de funções em que habitam esses personagens: criança, pais

---

<sup>95</sup> E. Porge, *A transferência para bastidores*. Em Littoral, *A criança e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998, p. 7-19. A tradução *Transferência para bastidores* não contempla toda a acepção desenvolvida pelo autor, portanto, nos casos de citação do título do texto optou-se por manter a tradução publicada em português; contudo, quando se tratar da noção a que o autor se refere, será mantida a versão original, *Le transfert à la cantonade*.

<sup>96</sup> Idem, p.11.

e analista. O uso que pude retirar disso para o trabalho com os bebês será discutido no capítulo 2.

A leitura apresentada refere-se a uma estrutura maior, que envolve tanto os agentes parentais nas suas funções, como o espaço e as circunstâncias em que essa família se movimenta, além de um apagamento entre os limites do tempo cronológico ou histórico. É possível pensar uma manifestação sintomática no bebê como um dos efeitos da linguagem, como marca que pode perpassar gerações, basta que esteja escrita.

O trabalho clínico com aqueles que ainda não falam, de toda sorte promove mudanças, questiona o tempo e o espaço escritos de modo linear, e desse modo também a necessidade de outras direções para essa forma de pensar, numa condensação e numa falta complexa de delimitações entre os dois ângulos de mirada fundamentais dessa clínica, a saber, o lado do cuidador primordial e o lado do bebê.

Foi considerando também o lado do bebê e o lado de seu cuidador primordial que iniciei essa clínica, e aproveitei o capítulo 2 para apresentar – ainda que um momento vacilante de minha clínica – o que também já se encontra aí de extimo e de íntimo. Atualmente, no tempo do só-depois, posso considerar que mesmo trabalhando com um espaço plano e bifurcado, não há somente a idéia da clínica vista puramente num espaço euclidiano, mas tangenciando outros olhares a partir do fato de que o analista está incluído no recorte, isso era o que minha clínica me ensinava à medida que acontecia.

É a idéia da “topologia do extimo” tratada por Porge<sup>97</sup> que encontra aqui um eco, pois é essa mesma topologia que afirma que o que nos é mais estranho, distante, é o que nos é mais íntimo, de modo que não traça *a priori* as fronteiras entre interior e exterior, dentro e fora, o mesmo e não mesmo, e a passagem entre um e outro se faz em continuidade. Atualmente, o que chamo aqui de momento vacilante – a leitura do espaço euclidiano – acontece no início do trabalho, quando os elementos do caso estão se apresentando.

---

<sup>97</sup> E. Porge, *Transmettre la clinique psychanalytique, Freud, Lacan, Auhourd'hui*. Paris: Éres. 2005.



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)