

Onde vivem os bebês: reflexão acerca do desejo de ter filhos

Where Do The Infants Live: Reflexion about Wish of Have Children

SCHMIDT, F. M. D.¹

Consultório de Psicologia

Rua Mostardeiro 5, sala 512, Moinhos de Vento, Porto Alegre/RS.

fernandamdriemeier@gmail.com

Resumo: O presente artigo discute a clínica psicanalítica com bebês e seus pais, a partir da história de dois meninos pequenos que apresentavam atrasos na fala, agressividade e crises de birra. Pretendeu-se identificar o espaço psíquico que estes bebês passaram a ocupar na família e qual a relação com os sintomas que eles apresentavam. Assim como, compreender como foi estabelecido o laço com seus pais e quais os aspectos inconscientes parentais que podem estar relacionados. Foi utilizado o método clínico-qualitativo. Nas duas ilustrações clínicas, ficou demonstrado os fantasmas relacionados a infância de cada um dos pais, de como estes provavelmente foram cuidados e da forma como isso se reeditou na relação com os filhos e das repercussões na construção da subjetividade desses bebês. Conclui-se o trabalho defendendo a ideia de que nos atendimentos a pais e bebês, a intervenção psicanalítica deve ir ao encontro dos cuidadores e do bebê, não sendo possível, pensá-los separadamente.

Palavras-chave: interação pais-bebês, fantasias inconscientes parentais, psicanálise de crianças, preocupação materna primária.

Abstract: This article discusses the psychoanalytic clinic with infants and their parents, based on the history of two cases of male toddlers with speech retardation, pushiness to parents and classmates, and agitation to discuss the psychoanalytic approach to infants and their parents. It was intended to try understanding which space these infants have in their parents' minds and what is the connection between this space and the symptoms presented. As well as understanding how the bond with their parents was established and what unconscious parental aspects may be related. The clinical-qualitative method was used. In the two clinical illustrations, the ghosts related to the childhood of each of the parents were shown, how they were probably cared for and how this was re-edited in the relationship with the children and the repercussions on the construction of the subjectivity of these toddlers. The work is concluded by defending the idea that that the approach of parents and their infants using the psychoanalytic interventions must be focused on both together and not separately.

¹ Psicóloga, mestre e doutora em psicologia clínica, especialista em psicoterapia psicanalítica da infância, adolescência e idade adulta, Diretora do Departamento de Pesquisa do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

Keyword: infant-parents relationship, parental unconscious phantasies, child psychoanalysis, primary maternal preoccupation

Introdução

Os três primeiros anos de vida da criança são fundamentais para a formação do sujeito. O desenvolvimento emocional tem lugar desde o início; desde a concepção, o nascimento, assim como as primeiras horas de vida considerando-se que todas experiências são significativas. Ou seja, esta fase da vida da criança é considerada crucial para o desenvolvimento da subjetividade do indivíduo.

Freud (1938) postulou que a relação primitiva do bebê com sua mãe se estabelece de forma inalterável, sendo o protótipo de todas as relações posteriores e fundando o ego, que se constrói ao longo do desenvolvimento. Diante da ameaça de separação da mãe, o bebê responde com ansiedade e, perante sua perda real, com a dor do luto.

Apesar de Freud ter indicado que o lactente só pode ser pensado em conjunto com os cuidados maternos, ele não se detém nesse período da vida, privilegiando trazer à tona a importância da infância através de uma ótica retroativa. Este tempo de retroação, de resignificação é importante quando se trabalha na clínica de intervenções precoces, pois os fantasmas parentais, a relação da mãe com sua própria infância, a possibilidade de investir narcisicamente no filho que ali está, determina ou dificulta a instauração deste vínculo inicial (Winnicott, 1952).

Segundo Winnicott (1952), existem uma série de razões para empreendermos o estudo do que ocorre nos primeiros estágios de desenvolvimento da personalidade da criança. Pelo fato de uma boa proporção de mães e pais, em virtude de doenças sociais, familiares e pessoais, não conseguir fornecer a criança uma continuidade temporal, que é estabelecida pelo *holding* materno.

Segundo Bowlby (1989), o bebê possui uma capacidade inata de emitir sinais, aos quais os adultos estão biologicamente preparados para responder. As respostas dos adultos para estes sinais podem contribuir para o desenvolvimento do apego. Além do total de tempo que o adulto passa com a criança, a qualidade da interação é importante, mas também respostas consistentes, previsíveis e apropriadas aos sinais e necessidades do bebê.

No relacionamento existente entre mãe e filho, é necessário distinguir aquilo que pertence a mãe, daquilo que já começa a desenvolver-se na criança. Estão em jogo dois tipos distintos de identificação: a identificação da mãe com o seu filho e o estado de identificação do filho com a mãe. Já na gravidez constata-se uma identificação da mãe com o bebê, associando este a ideia de

um “objeto interno”. O bebê tem outros significados na fantasia inconsciente da mãe, mas é possível que o traço predominante nesta, seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio self para o bebê, que seria a preocupação materna primária (Winnicott, 1956).

O bebê é capaz de identificar modificações na forma de sua mãe interagir com ele, podendo se deparar com interações pobres de investimento, mesmo que altamente eficientes do ponto de vista operatório, assim como com descontinuidades interativas imprevisíveis. O bebê pode responder com uma atitude de isolamento, que pode se dar também quando as interações maternas, apesar de pobres de investimento, são altamente intrusivas (ou quando ele vivenciou situações de interações precoces invasivas), acarretando um comportamento de evitação do bebê, e tudo isso poderá agravar, e muito, a falta de disponibilidade materna na circulação do afeto entre eles.

Stern (1992) e Golse (2002) ressaltam a dimensão desejante do lactente, postulando um bebê com competências e capacidades desde o nascimento, capacidades que podem ser transformadas em respostas e que indicam a possibilidade de o bebê exercer um controle sobre o início, manutenção e término do contato social com a mãe. A ideia de que o bebê é competente, desde o nascimento, para agir e causar efeitos em sua mãe, vêm nos sinalizando uma dinâmica diferente para pensar os transtornos graves da primeira infância. A interação entre as ações da mãe repercutindo no bebê e as do bebê repercutindo na mãe vem, como uma via de mão dupla, sinalizando que tanto o bebê quanto a mãe são agentes passivos e, ao mesmo tempo, ativos na construção do psiquismo do bebê.

Brazelton (1988) refere que o êxito de uma interação dual depende de um ciclo mútuo de atenção e afeição entre seus membros. Assim, o que afeta um deles, desencadeia reação no outro. Por isso, torna-se importante conhecer o ambiente, o contexto em que o bebê se desenvolve. Frente a essas construções teóricas, formula-se o questionamento principal desse artigo: considerando a interação inicial pais e bebês como fundamental para a constituição da subjetividade da criança, qual é o lugar do desejo, que estes filhos ocupam, no psiquismo de seus pais? A seguir, será apresentada uma breve reflexão teórica, e depois acompanham-se relatos e discussão de dois casos clínicos, onde fica ilustrado como esse processo ocorre.

Onde Nascem e Vivem os Bebês?

Todo o indivíduo origina-se de uma história que o trouxe ao mundo, particular de cada um dos pais, do encontro deles e do desejo deles de ter filho. Geralmente, antes que ele nasça, já é pensado, falado, sonhado (Dipp et al., 2015). E, considera-se um critério importante determinar se uma criança continua vivendo ainda no corpo da mãe, ou se começou a viver em outro tipo de

território, em outro tipo de espaço. Quando se pensa o que representa esta criança para o desejo dos pais, ou para que ele é desejado, está intrincada a questão de que um ser humano, de fato, é desejado para os mais diversos usos (Rodulfo, 1990).

De onde vem o desejo dos pais de terem filhos? Desde o planejamento ou a descoberta da gravidez, o bebê começa a ser imaginado, passando a ocupar um lugar na família que contém uma série de projeções. O mundo interno dos pais contém projeções que, posteriormente, vão ser atribuídas ao bebê real e com as quais ele poderá se identificar ou não (Rodulfo, 1990).

A função atribuída ao bebê pela família determinará a presença ou a falta de investimento narcísico e a forma como se estabelecerá os processos identificatórios (Albornoz, 2006). O bebê imaginado, ao ser concebido, pode representar para os pais a busca de uma imagem idealizada de si mesmos, o desejo de duplicarem-se ou o desejo de realização dos seus próprios ideais através do filho. As necessidades pré-existentes nos pais serão inscritas no filho encobrendo as suas necessidades próprias. A criança será vista como portadora de atributos pertencentes a indivíduos importantes no passado dos pais, reeditando assim antigos laços. A partir dessa perspectiva, o bebê nunca é alguém completamente estranho, pois ele representa as imagens do passado dos pais (Aulagnier, 1994, Brazelton & Cramer, 1992).

Ao mesmo tempo em que os pais desenvolvem um comportamento parental intuitivo com o nascimento do bebê, também constroem e organizam suas relações com a criança sobre a base de preceitos e regras inconscientes. Estas instituíram-se a partir das lembranças da infância, das identificações com seus próprios pais. Sem darem-se conta, os pais reproduzem com seu filho os cenários que presidiram aos destinos de sua infância, acreditando, desse modo, recuperar, por meio do bebê, o poder total e a liberdade que lhes foi interdita por seus próprios pais. É assim que as heranças de família são transmitidas de forma transgeracional (Brazelton & Cramer, 1992; Guedeney & Lebovici, 1999).

Assim, segundo Fraiberg, Adelson e Shapiro (1994), há fantasmas (figuras e acontecimentos), em todos os quartos de bebês. Em muitos momentos, os fantasmas não são reconhecidos e associados do passado dos pais. Em circunstâncias favoráveis, estes “espíritos” hostis e inoportunos são expulsos do quarto do bebê e retomam sua morada subterrânea.

Mas fica a interrogação de como dar conta de um outro grupo de famílias, que parecem verdadeiramente possuídas pelos fantasmas? Os invasores saíram do passado, elegeram a morada do quarto do bebê. Quando se percebe, o bebê manifesta sinais precoces de carência afetiva, sintomas graves ou lacunas no desenvolvimento. Nesses casos, o bebê se tornou o parceiro

silencioso da tragédia familiar. Seria como se o genitor estivesse condenado a repetir com seu bebê a tragédia de sua própria infância, em seus detalhes mais incômodos e difíceis. Os fracassos diante das atribuições parentais causam ao bebê, e mais tarde ao indivíduo adulto, uma persistente sensação de fracasso e de falta de sentido na sua existência (Fraiberg et al., 1994).

Essas questões não elaboradas podem gerar dificuldades na interação entre os pais e o seu bebê, através do vínculo que é estabelecido. Nestes casos, em que o filho desde muito cedo é invadido pelo mundo interno dos pais, o desenvolvimento de um falso self pode comprometer ou mesmo impedir o vir a ser do indivíduo em formação (Winnicott, 1983).

As incompatibilidades surgem em função de que os pais se tornam incapazes de perceber e reagir aos sinais do bebê. O bebê tem um papel de coadjuvante, enquanto os pais revivem cenas típicas de sua saudosa infância. A intromissão do fantasma e os problemas da criança revelam os conflitos que precisam ser resolvidos pelos pais (Brazelton & Cramer, 1992; Fraiberg et al., 1994). Para poder ser, no sentido da psicanálise, para a implantação da vida humana, a única oportunidade que um sujeito tem é prender-se a um outrem. Para poder viver, não bastam apenas prover os bebês de alimento concreto, é preciso atribuir-lhe um significado. Então a tarefa originária de um bebê, quando vem ao mundo, é tratar de encontrar um lugar que o represente dentro do discurso familiar, ou seja, no campo do desejo dos pais (Rodulfo, 1990).

Preocupação Materna Primária

Para discutirmos o relacionamento mãe bebê é necessário também levarmos em conta o lugar da mãe. A mãe é muito importante para o ambiente em que o bebê se desenvolverá. Inicialmente o bebê se encontra em um estágio de desamparo devido a sua impotência psicomotora, para satisfazer as suas necessidades básicas de fome, de sede, de frio, indisposição, o que determina a sua dependência total do outro que se ocupa dele.

O apego, com relação a um novo bebê, não acontece da noite para o dia. Muitos pais acham tentador crer que ter um bebê e ligar-se a ele é algo instintivo e que todo mundo está pronto para assumir o papel de pai e mãe. Em uma larga extensão, o vínculo com o bebê é instintivo, mas não é instantâneo e automático, por isso pode-se visualizar o vínculo como um processo contínuo (Brazelton, 1988).

Na época do nascimento, a mãe sofre uma revolução completa e o resultado é uma nova identificação maternal. Em 1956, Winnicott descrevia essa evolução particular da mãe pouco após o nascimento, declarando que este estado é indispensável ao bem-estar da criança, mas deve evoluir

progressivamente e não se perpetuar. Há algo na mãe de um bebê que a torna particularmente qualificada para proteger seu filho nesta fase inicial de vulnerabilidade, e que a torna capaz de contribuir positivamente com as necessidades da criança (Winnicott, 2005).

A preocupação materna primária é um momento em que a mãe vivencia total altruísmo em prol dos desejos do bebê, sendo possível devido a uma identificação narcisista: a mãe sente seus desejos gratificados através da gratificação do bebê. Assim, ela consegue identificar as necessidades dele, gratificá-las e nomeá-las, acalmando-o ou estimulando-o ao longo do seu desenvolvimento. A mãe que desenvolve esse estado, fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (Winnicott, 1956).

A figura materna empresta ao bebê a sua capacidade para entender o mundo. A atenção constante do adulto através do cuidado corporal, do olhar, da voz, do aconchego, permite que o bebê se organize frente aos estímulos internos e externos. Tudo que o bebê faz é integrado numa rede de significados. Desta forma, a percepção que o bebê terá de seu próprio comportamento será co-determinada pelas atribuições parentais que promovem o seu desenvolvimento (Brazelton & Cramer, 1992; Stern 1997).

Os atos diários de maternagem propiciam não só uma interação presente, mas se constituem como episódios de memórias do período de bebê da mãe e, ao mesmo tempo, da maternagem que ela recebeu da própria mãe. O que transforma o contexto presente no gatilho dessas recordações, é que ambos consistem nas experiências de ambos os lados da interação, da mãe e do bebê, através de uma geração (Zornig, Morsch, Braga, 2004).

Assim, a relação mãe-bebê envolve uma dupla identificação: da mãe com a sua própria mãe e com o bebê. Desta forma, a mãe pode elaborar papéis e atributos de ambos os relacionamentos, revivendo o relacionamento com sua própria mãe e em sua própria época de bebê (Bowlby, 1989; Brazelton & Cramer, 1992).

Se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa a necessidade do bebê, a linha de vida da criança é perturbada muito pouco por reações a intrusão. A falha materna provoca fases de reação a intrusão e as reações interrompem o 'continuar a ser' do bebê, interferindo na base do estabelecimento do ego (Winnicott, 1956).

A estrutura do ego, representada pelas atitudes, sentimentos e operações de uma pessoa, segundo Bollas (1992), é uma espécie de memória profunda, originária das experiências entre o

bebê e o seu cuidador. Os registros dos cuidados experimentados transformam-se na identidade do sujeito.

A relação de cuidado determina o desenvolvimento, a integração do ego e a estruturação da identidade subjetiva da criança. A psique do bebê, através de internalizações e identificações dos significados atribuídos por seus pais, registra o seu lugar. Nesta relação, desenvolvem-se os sentimentos de confiança, de segurança do bebê, fortalecendo o bebê e tornando-o mais capaz de desenvolver-se como um ser autônomo.

O apego que o pai sente pelo bebê também é influenciado pela sua experiência na infância. Quando esta identificação está carregada de conflitos e não pode ser expressa, ela aparece na forma de sintomas. Segundo Winnicott (1956), o pai, normalmente, dependendo da atitude que a mãe tome, pode acabar ou não por conhecer o seu bebê.

Cabe salientar que o apoio amoroso do pai ajuda a mãe a desenvolver a sua função maternal. Sendo participativo o pai torna menos provável a sua exclusão e a mãe reconhece o seu papel também único junto ao filho. A atitude da mãe para com o papel do pai depende de sua capacidade de lidar com a triangulação e dos sentimentos de ameaça que lhe são despertados pela aproximação do pai (Brazelton & Cramer, 1992).

Em geral, a criança privada apresenta dificuldades de adaptação ao mundo. As inibições do ego a tornam incapaz de usar a própria mente, obstaculizam o seu pensamento, tornam precária a sua capacidade de investigação, impedem a sua curiosidade, gerando muitas impossibilidades na área da aprendizagem. Podem apresentar assim muitos sintomas físicos e comportamentais, sendo os mais comuns: distúrbios na alimentação, distúrbios gastrintestinais, distúrbios no sono, fracassos no desenvolvimento, dificuldade com limites, crises de birra (Albornoz, 2006).

A Psicoterapia Pais-Bebê

O princípio básico do trabalho terapêutico com os pais, não se trata de colocá-los em questão, e sim de ampliar sua capacidade de atribuir significados a conduta e as reações de seus filhos. Tem-se a oportunidade de trabalhar com eles seus sentimentos de competência como pais, e de como acham que deveriam ser nessa função. Passo a passo, pode-se identificar e explorar os desencontros, e ajudá-los a desenvolver competências para tornarem-se provedores e facilitadores das necessidades e desejos do bebê (Baradon & Joyce, 2009; Bleichmar, 2007),

Esta compreensão e experiência afetiva nova podem gerar um efeito multiplicador, tanto com os pais, como destes com o filho. Fazendo com que os pais se sintam mais seguros e

habilitados ao papel e conseqüentemente o ambiente pode melhorar para a criança (Bleichmar, 2007).

As psicoterapias pais bebê procuram identificar as modalidades interativas patológicas, demonstrar seu papel etiológico na formação de sintomas e relacioná-las a configurações conflituais patológicas nos pais. Demonstrar para as mães das capacidades do bebê podem ter um papel importante, promulgando o apego e o sentimento de competência materna (Baradon & Joyce, 2009; Guedeney & Lebovici, 1999).

As psicoterapias pais bebês procuram evidenciar essas filiações inconscientes, os conflitos que voltam a cena com pais e filhos e as projeções que formam e deformam a imagem que os pais fazem das crianças. A psicoterapia procurará suplantar essas distorções projetivas, relacioná-las a imagens que os pais possuem, bem como sua história pessoal, essas projeções serão interpretadas em função de conflitos que animavam as relações infantis dos pais, o que lhes permitirá elaborar esse antigo conflito e, sobretudo, descontaminar a criança dessas imagens antigas (fantasmas), o que reduz o conflito entre os pais e filho (Baradon & Joyce, 2009).

Esses conceitos tornam o trabalho com os pais um item fundamental sempre. Considerando que, quanto menor for a criança que estiver chegando ao tratamento, maior será a necessidade de tê-los presentes, tanto em consultas somente do casal, como familiares para que as dificuldades como um todo possam vir a tona na consulta.

Método

O método adotado é o clínico-qualitativo que, segundo Turato (2005), compreende mais profundamente sentimentos, ideias e comportamentos de pacientes e de seus familiares. O método clínico-qualitativo é específico para os *settings* das vivências em saúde, buscando interpretar os significados, trazidos pelos sujeitos, dos múltiplos fenômenos de seus problemas.

Participantes e Procedimentos

O presente relato de caso foi constituído por duas crianças, denominadas, respectivamente de Napoleão e Uriel. Ambos do sexo masculino com idades entre dois e três anos, foram encaminhados para atendimento em uma clínica-escola da região metropolitana de Porto Alegre. Os casos foram selecionados com base nos motivos de encaminhamento, que se constituíram por manifestações de agressividade, crises de birra e atrasos na fala.

Primeiramente, as famílias realizaram uma entrevista de triagem realizada como rotina na Instituição e após foram encaminhados para psicoterapia pais-bebê. Com a concordância, foram

combinados os atendimentos. Inicialmente, fez-se uma entrevista para coletar os dados da história da criança, do sintoma e outros dados. Os atendimentos tinham frequência semanal, com duração da sessão de aproximadamente 45 minutos. Após cada sessão, a terapeuta efetuava a dialogada da sessão de psicoterapia. Com base no material dialogado realizou-se a análise compreensiva do caso. Para preservação do sigilo das famílias, os nomes utilizados são fictícios, algumas informações foram alteradas de forma a não permitir o reconhecimento das famílias.

Resultados e Discussão

Os dois casos clínicos são apresentados separadamente, descrevendo os motivos de busca, as primeiras observações, a história dos pais e alguns trechos da evolução do tratamento. Juntamente, foi sendo realizada a discussão clínica e integração com os casos.

Napoleão consultou pela primeira vez aos dois anos e cinco meses. Ele estava com um atraso no desenvolvimento da fala, dificuldades para dormir, mostrava-se agressivo, batendo e mordendo colegas e pais, não possuindo amigos na escola. Não obedecia a seus pais e a professora, jogando a mochila longe quando contrariado.

O primeiro contato que foi com seus pais. Mostravam-se muito apreensivos com o que acontecia com o menino, das possíveis causas dessas dificuldades, parecendo não identificarem a origem do problema. Desde o início, exigiam uma postura mais ativa da terapeuta, impondo a ela que tomasse a iniciativa através das perguntas. Mostravam-se muito arredios, de difícil manejo e irritavam-se com perguntas abertas. Sabia-se que na triagem, a mãe tinha feito muitas reclamações, com relação a atrasos, sujeira da sala de atendimento e da casinha terapêutica, dizendo que estava pensando em comprar uma casinha específica para seu filho usar na sessão.

Na primeira consulta do menino, ele se apresenta uma criança atenta e esperta, porém com dificuldades para construir uma brincadeira, como brincar de faz de conta. Brincadeiras adquiridas por crianças da sua idade. Além disso, vocalizava muito pouco, quase não se conseguia entender o que estava sendo dito. Pedia para ir ao banheiro e parecia receber apenas alguns cuidados básicos, apesar de vir à sessão sujo com a boca e o rosto assados. Demonstrava pouco interesse pelo ambiente, tirava todos os brinquedos da caixa, olhava e jogava-os para fora.

A relação com seus pais parecia muito distante, poucos olhares, nenhuma sensação de afeto familiar e muita descarga e raiva presentes. Espontaneamente, ele não se aproximava dos pais, nem pelo olhar. Quando se sentia desconfortável com alguma coisa, chorava, gritava, tentava bater ou morder alguém presente na sala.

A história desse casal começou em alguns encontros e logo Maria engravidou de N., filho único. Sua mãe trabalhava como promotora de eventos e seu pai, já há algum tempo, não conseguia emprego, passando o tempo estudando para concursos. Com isso, quem arcava com as despesas da casa era a mãe de N.

Maria apresenta uma história de vida muito difícil, triste e de vulnerabilidade social. Sua mãe era usuária de drogas, esquizofrênica sem nenhum tipo de tratamento e era agressiva com a filha. Não conheceu seu pai. Ela relatou suas histórias de forma emotiva.

O pai não conseguiu contar muito sua história, mostrou-se uma pessoa fechada e desconfiada. Referia que na sua infância, sempre foi tudo muito tranquilo, mas não explicou como. Apenas relatou que foi criado pela sua avó paterna.

O casal demonstrava que não havia um bom relacionamento entre eles. Contavam brigas, regadas a violência, que vivenciavam na relação. Maria queixava-se de que: *“João é vagabundo, aproveitador, deitado, que ele se faz de doente para não precisar trabalhar”* (sic.). João não demonstrava qualquer sinal de incômodo com aquilo que estava sendo dito a respeito dele, o que chamava mais a atenção da terapeuta pelo nível de agressividade que isso implicava e deixava sua mulher ainda mais irritada.

O casal passou a relatar suas brigas, o descontentamento com a relação e de como já não conviviam como um casal. Em outros momentos, mostravam-se felizes, satisfeitos como se não houvesse nada. Assim, surgiam momentos de ameaça de separação do casal, junto com momentos de alegria e bom humor, uma situação muito instável e de difícil previsibilidade, gerando um ambiente instável.

Segundo Winnicott (1950), as brigas parentais podem ser situações que vão além da capacidade do bebê de assimilar, mesmo quando já tenha alcançado certo grau de organização da personalidade. É como se no interior da criança passa-se a existir um estado fixo do casal parental em plena briga, o que dispende grande energia do bebê.

Napoleão nas primeiras sessões além de não construir brincadeiras ficava irritado quando lhe era dito algum não, ou quando precisava guardar os brinquedos, querendo bater na terapeuta e nos seus pais, necessitando ser segurado e por vezes contido para não chutar algum adulto. Nesta situação, percebeu-se que o relacionamento agressivo do casal parental foi internalizado, e assim a criança começou a comportar-se de forma identificada com o comportamento dos pais. De acordo com Winnicott (1950), não só a parte de se identificar com o comportamento dos pais é verdadeiro,

como começar a provocar periodicamente brigas entre os que estão a sua volta. Seria como se por uma dramatização ocorresse uma expulsão do que é ruim, dando pontapés.

Com o seguimento das sessões com os pais, bem como essas situações sendo nomeadas para Napoleão, este parecia aproveitar as consultas. Conseguia falar um pouco mais e a acostumar-se com o ambiente, perguntando a todos na sala de espera: “*Aonde esta a Lúcia (nome da terapeuta)*”(sic), e com o passar do tempo começando a brincar de adivinhar a hora em que a terapeuta iria aparecer para chamá-lo, fazendo festa quando a encontrava.

O casal começava a referir as expectativas que tinham antes de se casarem. Relatavam também a forma como estas questões ocorreram de fato. Maria esperava uma vida diferente para ela do que a que tinha em casa, queria sair de casa, ficar longe de sua mãe e João lhe prometia uma vida fabulosa. João queria se casar com uma grande mãe, uma mulher capaz de cuidá-lo, bem como de seus filhos.

Logo após o casamento, Maria descobriu que João mentia com relação a diversas coisas e que este usava o dinheiro da esposa para gastos secundários, sem arcar depois com a dívida. A mãe do paciente sentia-se sozinha, tendo que decidir tudo sem nenhum tipo de apoio. João entrou em contato com uma mulher amargurada, instável, irritadiça, com poucas capacidades de vincular-se a alguém, que não sabia como ser mãe. Percebeu-se que existia um grande conflito familiar que envolvia a todos, não somente o menino. Napoleão estava crescendo e se desenvolvendo em um ambiente desfavorável e sem continência afetiva.

Napoleão era cheio de vida, mas não estava conseguindo vivê-la preso ao conflito e aos fantasmas de seus pais. Os seus sintomas vieram como uma luta pelo seu espaço, demonstrando o clima hostil e agressivo que vivenciava todos os dias em seu lar. Seus sintomas, até mesmo como o não falar, escancaravam que lhe faltavam pessoas que o escutassem. O menino começou a descobrir para o que servia aquele espaço, desvendava os movimentos da tesoura, o que ela causava no papel e para que servia a casinha que ele montava e desmontava. Começava a ficar claro qual era o lugar que Napoleão passou a assumir na família: nasceu para trilhar caminhos pelos seus pais, primeiro para tentar unir o casal, instituí-los pai e mãe, e depois com seus sintomas o caminho do tratamento.

Contra um ambiente violador, o bebê desenvolve defesas específicas, defende-se do excesso de estímulos intrusivos, mostrando que não está disponível para atentar à realidade. A percepção dessas dificuldades contribui para a sua resolução. A compreensão dessas fantasias lhes possibilita um ajustamento mais feliz, pois permite que uma poderosa força nutriz, que existe no interior dos pais possa vir à tona, possibilitando que mães e pais aprendam a ajustar-se aos ritmos, aos

comportamentos e às necessidades do aparentemente novo, mas não tão novo integrante da família, o bebê (Bowlby, 1989; Brazelton & Cramer, 1992).

Maria não conseguia estabelecer nenhum tipo de contato afetivo com seu bebê, não tendo conseguido desenvolver uma sintonia que lhe possibilitasse entrar em contato com as necessidades de seu filho. Assim, a mãe do paciente revivia na situação com seu bebê o drama de sua infância, tentando elaborá-lo com Napoleão. Apresentava-se, então, a questão dos fantasmas dos pais, como uma questão transgeracional que invadia Napoleão, não permitindo que ele se desenvolvesse emocionalmente, no caminho da construção de sua subjetividade.

Maria repetiu sua história com João, sendo por vezes submissa a este, sendo maltratada e explorada. Ao mesmo tempo em que buscava nele um pai, um exemplo de homem que não tinha. Revivia a sua sensação da infância de não ser aceita, cuidada e entendida, sendo que ele acabou assumindo o papel de uma pessoa que não era confiável e nem constante.

O modelo de tratamento proposto foi o atendimento pais e bebês, onde Napoleão tinha um momento junto a seus pais. Com certa regularidade ocorriam sessões somente com os pais, em que era trabalhado a instabilidade, a ameaça de separação constante e a forte dependência emocional. Buscava-se certa continência até que conseguissem administrar de outra forma. Ao longo do atendimento, foi indicado ainda tratamento individual para ambos os pais com outros terapeutas.

Passados alguns meses, seus pais demonstram o desejo de finalizarem o tratamento, pois o motivo que os trazia a tratamento já não os incomodava mais. Napoleão fazia as mesmas coisas que as outras crianças de sua idade, estava bastante falante e não apresentava mais os episódios de agressividade como de início. Alegavam ainda dificuldades financeiras, pois Maria seguia com as contas da família. Nas consultas finais do tratamento, Napoleão conseguiu ajudar a guardar os brinquedos e organizar a sala, seus pais relataram que ele já conseguia fazer isso em casa também. Na hora de descer as escadas ele quis descer sozinho, o pai mostrava-se receoso, porém o acompanhava de perto, deixando o menino se aventurar na descoberta. O pai vai atrás dele e ele olha para terapeuta dizendo: *“quem vê, pensa que ele é independente!”* (sic.). Seus pais seguiriam em tratamento individual. Por volta de dois anos depois, a mãe do menino liga para a terapeuta contando que o casal está se separando.

Segundo Winnicott (2005), o casamento e a constituição de uma família nem sempre são sinal de maturidade parental. Espera-se que o casal esteja maduro suficiente para casar-se e ter filhos, porém não parece ser o caso destes dois adultos apresentados acima.

O segundo caso clínico é de um menino chamado Uriel que consultou pela primeira vez com dois anos e oito meses. Quem decidiu procurar o atendimento para o menino foi a mãe, pois ele não obedecia a ninguém, respondia para mãe de forma agressiva, apresentava episódios de agressividade, batia na mãe e nos colegas e mostrava-se opositor. Chamava atenção que a mãe, quando contava as coisas que o filho fazia ou dizia, ela o imitava, nas suas expressões faciais, vozes e tons, demonstrando por vezes identificação com o menino e ao mesmo tempo muita raiva deste.

Uriel foi concebido em um momento de crise e separação do casal. Nenhum dos dois via-se satisfeito com a relação, sendo que Ana queria separar-se e Marcos não. Ambos se encontravam em um episódio depressivo, sentiam-se tristes, sozinhos, infelizes na vida que estavam construindo, com uma sensação de que um projeto de vida não tinha dado certo, depois de tanto investimento. A gravidez fez com que voltassem atrás na decisão de separação.

As primeiras consultas foram com a mãe. Esta achava que algo se passava quando o Uriel e o pai se encontravam, pois o menino voltava mais agressivo. Nos contatos com o pai ficava claro que ainda estava muito incomodado com a separação, culpando-a de todos os seus problemas e do menino. Referia, também, que por muito tempo, evitou ter contato com seu filho, pois este lembrava-o de momentos muito tristes.

Uriel não foi planejado e nem desejado por seus pais, pelo contrário ele significava uma união que Ana não desejava mais ter com o Marcos. Ana referia que eles estabeleciam uma relação em que um era pai e mãe do outro. Ela sentia-se sozinha, triste, infeliz, cobrada, intimidada para não se separar. Ficava claro que os pais de Uriel não tinham conseguido ainda constituírem-se como um casal.

Ana teve um quadro de depressão pós-parto durante todo o primeiro ano de vida da criança. Era ela quem atendia as necessidades do menino. Neste ano, Uriel não dormia à noite, chorava muito, não se consolava com nada. Provavelmente, ele passava muito tempo sozinho. Ana colocava que, desde aquela época até o momento do tratamento, não conseguia responder as necessidades emocionais do filho. Às vezes, entendendo erroneamente os seus sinais, fazendo com que não conseguissem se aproximar de forma afetiva.

Segundo Guedeney e Lebovici (1999), mães com sintomas depressivos, quando lidam com problemas de comportamento da criança, sente-se menos capazes para entendê-la e ajudá-la. Elas podem apresentar esses sentimentos de incapacidade que identificamos em Ana, assim como, uma grande dificuldade de ler os sinais de que o filho passa, podendo interpretá-los e vivenciá-los, muitas vezes, como uma rejeição, empobrecendo a interação.

Desde os primeiros encontros, Uriel parecia um menino esperto, bonito e bem cuidado. Não desgrudava de sua mãe, não conseguindo brincar ou construir uma brincadeira sozinho. Quando não sentia a atenção diretamente para ele, chorava, batia, jogava brinquedos pela sala, demonstrando sua irritação e descontentamento com a situação. Ana referia um cansaço muito grande, uma solidão importante e um sentimento pesado, de que tudo estava sob sua responsabilidade.

Ana, a mãe do Uriel, era de uma cidade pequena do interior. Seus pais eram vivos, porém muito distantes do ponto de vista físico e afetivo. Assim, ela sentia-se muito sozinha na capital. Saiu de casa para estudar, cursar sua faculdade e acabou conseguindo emprego e estabelecendo residência, não apresentando o desejo de retornar as suas origens.

O pai de Uriel, Marcos, também tinha sua origem no interior. Sua família possuía bastante recursos financeiros, porém apresentava dificuldades de relacionamento com seus pais, o que culminava em que, por vezes, não recebia ajuda financeira para sobreviver na cidade onde residiam.

Ana contava que nos últimos anos tinha passado por uma época muito difícil em sua vida, não se relacionava bem com o marido, sentia-se totalmente só e não conseguia cuidar de seu filho da forma como ele necessitava. A depressão permanecia escondida atrás de um forte sistema de defesas operatórias, com muitos momentos de interação, mas, geralmente, mecânicas e desvitalizadas.

Seu pai parecia também estar em um processo depressivo. Não queria separar-se da esposa, nem conseguia tomar nenhum tipo de atitude referente a cuidados com o menino. Ele não trabalhava e era praticamente sustentado por ela.

Começava-se a perceber então que os pais de Uriel tinham tido relações instáveis e ocasionais com seus pais desde a sua tenra infância. Parecia que o significado da separação e da perda estava sepultado em suas memórias, pois não tinham elaborado a maneira como ocorreu a separação dos seus pais.

Com um ano de vida do menino, Ana pediu novamente a separação. Marcos passou muito tempo sem procurá-los, alegava que a amava muito, que não aceitava a separação e, por isso, também não queria ver o menino. A. conta que sua vida melhorou, Uriel começou a conseguir dormir melhor à noite.

Na primeira sessão, Uriel parecia estar se adaptando ao ambiente, brincava, explorando todos os brinquedos, brincando um pouco com cada um. Porém, no término da sessão, para guardar os brinquedos, Uriel teve uma crise choro, não querendo ir embora gritando alto, jogando-se no chão e não aceitando ser pego no colo por sua mãe.

Uriel: “*eu não vou...eu não quero... NÃAOO!*” (sic)– chorando. Esta respondia da mesma forma, arredia, agressiva ameaçando-o deixá-lo ali. Mãe: “*eu tô indo embora, se tu quer ficar aí então fica, tchau!*” (sic). Ele sai correndo chorando, segura a mão de sua mãe e puxa-a segurando-a onde estava. O bebê mostra-se capaz de identificar as mudanças de humor, atitude, tons da fala que a sua mãe interage com ele. E isto, no caso de Uriel, mostra-se claro quando percebe as mudanças na mãe, inclusive com relação aos seus cuidados. Nessa situação parece que os dois reagem como crianças sozinhas, abandonadas e indefesas.

A mãe que não é suficientemente boa, não é capaz de instrumentalizar a onipotência do bebê e, por isso, sempre fracassa em reconhecer os gestos do bebê, em vez disso, ela modifica seus próprios gestos a fim de dar sentido a submissão do bebê. Essa submissão é o estágio mais precoce do falso self, e faz parte da incapacidade da mãe de perceber as necessidades de seu filho (Winnicott, 1956).

Em seu retorno a psicoterapia, Uriel estava mais quieto, pediu as folhas e a tesoura e começou a construir um brinquedo em que existia uma folha em branco que era da terapeuta, outra dele, ambos cortavam um pedaço de cada folha e colavam em outra folha os pedaços juntos. Com essa brincadeira Uriel demonstrava que fica em pedaços com as separações e que é como se sentisse que ele e a mãe fossem um só. Nesse momento, foi possível entender também por que a mãe, no início do tratamento, falava igual a ele, talvez por ela considerá-lo como uma parte dela.

A depressão de Ana parece que produziu efeitos para o Uriel, tanto no que tange a construção de autoestima, e seu jeito de se ver e de ser. Este fator, também interferiu de forma significativa na formação do laço mãe e filho, pois nos sonhos de Ana, Uriel seria um anjo salvador, que salvaria o casamento e conseqüentemente seu sentimento de solidão, e não alguém que traria a tona toda sua sensação de vazio. Ana possuía sentimentos de incapacidade e de falta de confiança em si, além de sentir-se fragilizada e hiperemotiva, acarretando um importante retraimento materno para o desempenho de sua função.

As histórias parentais foram sendo trazidas a cena e ressignificadas para esses pais. Uriel, também, começou a conseguir brincar com mais tranquilidade, construindo brincadeiras de massinha de modelar com sua mãe. Isso começou a possibilitar inscrições necessárias ali onde elas inexistiam (tanto na direção do bebê quanto, muitas vezes, na direção da mãe), e procurando garantir a construção do laço bebê-pais. Ao mesmo tempo, as visitas a casa do pai começavam a tornarem-se mais frequentes.

Uriel começou a gostar muito de brincar de massinha de modelar, sua mãe comentava que esta brincadeira lembrava a sua infância, demonstrando habilidade para fazer muitas coisas com a massinha. Uriel parece descobrir sua mãe, ficando encantado com o que ela conseguia construir. No final das sessões Uriel queria levar as massinhas para casa.

Segundo Rodolfo (1990), essa vontade de levar o que foi produzido na sessão pode ter muitas significações, uma possível é que esteja em jogo o que produziu com seu analista, tenha o valor de representá-lo como sujeito, alguma coisa que ele possa apegar-se para viver. Talvez um jogo que lhes dá lugar próprio de mãe e de filho, onde cada um pode representar seus desejos.

A circulação de afeto entre o bebê e seus pais e as diversas formas de apelo do bebê em direção aos seus pais, permitem-nos situar a posição que o bebê vem ocupando. Quando algo dificulta ou fragiliza a relação dos pais com seu bebê, os apelos deste podem não ser ouvidos/escutados, fazendo com que ele precise aumentar, e muito, os sinais endereçados aos seus cuidadores.

Marcos, não parecia uma figura masculina paterna forte que conseguia realizar sua função como um terceiro na relação. Pelo contrário, foi colocado e deixou-se colocar num lugar distante e sem atribuições. Não conseguia fornecer o apoio e afeto necessário que o filho precisava, pelo contrário preocupava-se em estar perdendo sua companheira cuidadora. Assim, tornava-se difícil ele se aproximar da mulher e do seu bebê para realizar o seu papel, que era de estar mais voltado a poder sustentar essa mãe na sua nova função.

Nesta ilustração, as incompatibilidades surgiam em função de que os pais se tornaram incapazes de perceber e reagir aos sinais do bebê. O bebê teve um papel de coadjuvante, enquanto os pais reviviam cenas típicas de sua saudosa infância. A intromissão do fantasma e os problemas da criança revelavam os conflitos que precisavam ser resolvidos pelos pais (Brazelton & Cramer, 1992; Fraiberg et al., 1994).

Neste caso, mãe e bebê foram atendidos juntos, Uriel demonstrava desorganizar-se muito quando ficava sozinho, o que acarretava a desorganização da mãe e conseqüentemente uma ameaça ao tratamento, já que esta começava a sentir-se exposta na instituição e incomodada com as atitudes do filho. O pai começou a ser mais convidado a participar. Eles seguiram em tratamento.

Nestes dois casos apresentados, à medida que o trabalho progredia, estas famílias e seus bebês ofereceu melhores possibilidades para compreender o passado e o presente. Bem como nos permitiu tentar entender porque o passado se repetia no presente.

Considerações Finais

Neste estudo, através dos casos apresentados, pode-se entender como o desejo inconsciente e os fantasmas dos pais podem interferir no vínculo que se cria com o bebê. Nas duas ilustrações clínicas, ficou demonstrado que esses fantasmas estão relacionados a infância de cada um dos pais e como estes provavelmente foram cuidados. Confirmando também, como as questões transgeracionais mostram-se importantes neste tema.

Desde que nasce, o bebê humano vai adquirindo a noção do lugar que ocupa, em função do que lhe é transmitido sobre o lugar por ele ocupado, no desejo de quem o cuida (os pais). Dessa forma, com o nascimento de um filho, ocorre uma atualização e uma reedição da experiência constitutiva infantil dos pais. Por essa questão, a história dos pais é considerada muito importante para que se consiga entender o momento atual desse bebê e de seus pais.

Sublinha-se a importância de um olhar especial e cuidadoso no tratamento de crianças pequenas. Assim como, a maneira como acontece o investimento emocional dos pais com seus filhos. Sendo este, um processo que é construído e se desenvolve com repetidas experiências significativas e prazerosas, mas também geradoras de angústia, sintomas e marcas precoces na personalidade.

Foram apresentadas aqui, ideias que demonstram importância crucial de um cuidado amoroso adequado nos primeiros anos de vida para a constituição psíquica do sujeito e como isso pode ser atravessado pelas experiências infantis dos pais e pelos fantasmas que rondam cada família. A qualidade acolhedora e não intrusiva do cuidador possibilita a condição de saúde mental ao bebê. De outra forma, as condições adversas e hostis às necessidades corporais e afetivas do bebê determinam grande fragilidade psíquica e as correspondentes vulnerabilidades às doenças mentais.

Nas ilustrações clínicas apresentadas, percebe-se desde cedo que ocorre uma atenção dos bebês com relação às expectativas dos pais, do que estes esperam, fazem e imaginam. Repercutindo desde muito nas atitudes e comportamentos do bebê. Pode-se pensar também na ideia de que os vínculos antigos sendo revividos possibilitam-se serem elaborados. Os dois meninos então desempenham um papel de “curadores” dos pais, no sentido de favorecem que seus pais revivam esses relacionamentos latentes do passado e possam fazer um novo reordenamento.

Nessa tarefa, a intervenção psicanalítica deve ir ao encontro dos cuidadores e do bebê, não sendo possível pensá-las separadamente. Não são poucas as dificuldades e os desafios com os quais um analista se depara ao atender esses casos, na qual é impossível se trabalhar sem se considerar o

laço que se instaura até mesmo antes do nascimento e pode ou não manter de forma adequada a circulação do afeto na família.

Referências

- Albornoz, A.C.G. (2006). Fantasmas no berço e o psiquismo do bebê. *Barbarói*, 5, 165-173. Retrieved from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/735/611>.
<http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.735>
- Aulagnier, P. (1994). Diálogo com Piera Aulagnier. In: Horstein, L. (org). *Cuerpo, historia, interpretación – Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador* (360-379). Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, E.D. (2007). *Manual de Psicoterapia de la Relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bollas, Christopher. (1992). *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não-pensado*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bowlby, John. (1989). *Uma base segura*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, B.; & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São João: Martins Fontes.
- Dipp, C. C. S.; D’Incao, D. B., Driemeier, F. M., Recktenvald, K., Bortoncello, L., Spizzirri, R., & Rossi, V. M. (2015). Pensar pais-bebê: uma proposta construída pelo Departamento de Intervenção Precoce do Contemporâneo. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 16, 72-87.
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1994). Fantasmas no quarto do bebê. *Revista do CEAPIA*, 7, 12-34.
- Freud, S. (1938). Esboço de Psicanálise. In: In J. Salomão (Ed.) *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1937).
- Golse, B. (2002). Depressão do Bebê, Depressão da Mãe e conceito de Perinatalidade. In: Filho, L.C. e col.(org). *Novos Olhares sobre a gestação e a Criança até os 3 anos*(p.232). Brasília, L.G.E. Editora.
- Guedeney, A.; & Lebovici, S. (1999). *Intervenções Psicoterápicas pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Rodulfo, R. (1990). *O Brincar e O Significante: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39, 507-514. Retrieved from: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
- Winnicott, D.W. (1950). A agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional. In: Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria a Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Winnicott, D.W. (1952). Psicoses e Cuidados Maternos. In: Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria a Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed.

- Winnicott, D.W. (1956). Preocupação Materna Primária. In: Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria a Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Winnicott, D.W. (2005). *A Família e o Desenvolvimento individual*. São João: Martins Fontes.
- Winnicott, Donald. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zornig, Silvia Abu-Jamra, Morsch, Denise Streit, & Braga, Nina Almeida. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(4), 135-143. Retrieved from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-47142004000400135&lng=pt&nrm=isso&tlng=pt. <https://doi.org/10.1590/1415-471420040004009>