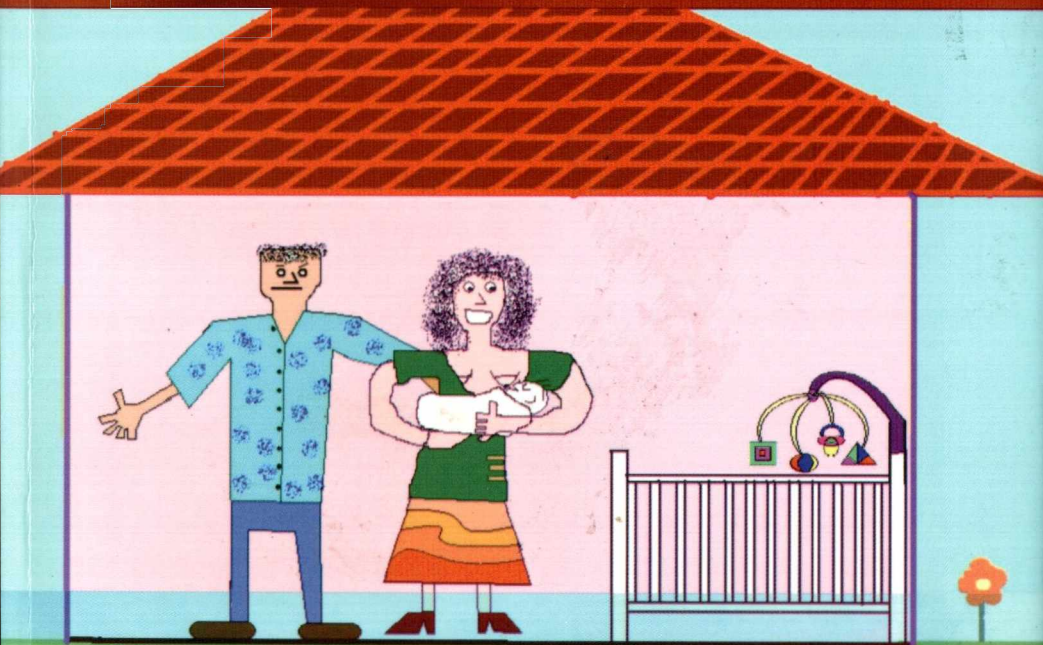


# O SOFRIMENTO NA PEQUENA INFÂNCIA

Uma introdução à psicopatologia do bebê



(Pedro Rohenkohl, 11 anos)

Segunda  
Edição

*Claudia Mascarenhas Fernandes*



**Claudia Mascarenhas  
Fernandes**

É Psicóloga e Psicanalista. Doutora em Psicologia clínica pela USPSP, Mestre em Filosofia pela UNICAMP SP, especialista em Psicopatologia do bebê, Université de Paris Nord, Faculdade de Medicina, FR. É presidente do Instituto Viva Infância, membro do Espaço Moebius, BA.

Publicou "A criança em cena: sobre o infantil em psicanálise", Ed Casa do Psicólogo, SP. "Psicanálise para aqueles que não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê", Ed Instituto Viva Infância, BA.

Foi supervisora de CAPSi, pelo Ministério da Saúde em Campina Grande e consultora em Saúde Mental pela coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Campina Grande. Atualmente é co-coordenadora nacional da pesquisa Preaut Brasil sobre capacitação de Sinais de Risco precoces de evolução do autismo e participa do GT autismo do Ministério da Saúde.



...em sua época Freud se perguntou o que queria uma mulher, devido ao enigma que essa posição subjetiva suscitava. Outras perguntas sempre fizeram da psicanálise uma prática essencialmente questionadora, eu diria, sempre subversiva.

Hoje para nossa discussão tenho uma pergunta:

O que se espera de uma criança?

Acredito que é uma pergunta que continua na linha da subversão que a psicanálise necessita para trabalhar, pois, do modo em que as crianças estão sendo consideradas, é preciso realmente perguntar: o que se espera de uma criança?

À constituição do sujeito deve sempre se agregar a idéia necessária de que é preciso que se crie um fantasma partindo dessa pergunta: "o que queres de mim?" Grosso modo resumindo, o sujeito será a invenção dessa resposta.

Mas como psicanalista que atende crianças, não deixo de me perguntar todos os dias, se não há algo um pouco estranho acontecendo com o que as crianças estão fazendo a partir dessa pergunta: o que queres de mim?

Atualmente considero que 9 dentre 10 crianças estão sempre preocupadas: com os pais, com a escola, com o colega, com o cachorro, com a gripe, por causa do ladrão, com as tarefas, com o tempo, ou mesmo com alguma coisa que nem sabem o que é. Pergunto-me: quando estão preocupadas com essas coisas com o que estão se ocupando?...



APOIO  
Secretaria de Saúde  
Coordenação de Saúde Mental  
Prefeitura Municipal de Campina Grande



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

ISBN 978-85-8001-051-0



9 788580 010510



*EDITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**EDITORIA DA UFCG - EDUFCG**

**Prof. Thompson Fernandes Mariz**  
**Reitor**

**Prof. Dr. José Edilson Amorim**  
**Vice-Reitor**

**Prof. Dr. Antonio Clarindo Barbosa de Souza**  
**Diretor Administrativo da EDUFCG**

**CONSELHO EDITORIAL**

|                                            |              |
|--------------------------------------------|--------------|
| Prof. Benedito Antonio Luciano             | CEEI         |
| Prof. Marcelo Bezerra Grilo                | CTRN         |
| Prof <sup>a</sup> . Consuelo Padilha Vilar | CCBS         |
| Prof. Edjane E. Dias da Silva              | CCJS (Sousa) |
| Prof. José Helder Pinheiro                 | CH           |
| Prof. Onaldo Guedes Rodrigues              | CSTR (Patos) |
| Prof. Erivaldo Moreira Barbosa             | CCJS (Sousa) |

# **O SOFRIMENTO NA PEQUENA INFÂNCIA**

Uma introdução à psicopatologia do bebê



*Claudia Mascarenhas Fernandes*



# **O SOFRIMENTO NA PEQUENA INFÂNCIA**

Uma introdução à psicopatologia do bebê



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE



Prefeitura Municipal  
de Campina Grande

**APOIO**

Secretaria de Saúde

Coordenação de Saúde Mental

Prefeitura Municipal de Campina Grande

Revisão:

Profa. M. Sc. Maria da Conceição G. P. Araújo

Psicanalista Ana Amélia Araújo Arruda

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Biblioteca Central de UFCG

F363s

Fernandes, Cláudia Mascarenhas.

O sofrimento na pequena infância: uma introdução  
à psicoterapia do bebê / Cláudia Mascarenhas Fernandes -  
Campina Grande: EDUFCG, 2012

100 p.

ISBN 978-85-8001-051-0

1. Psicopatologia. 2. Psicologia infantil. 3. Ciência da  
Saúde. I Título.

CDU-616.89-053.2



## **PROGRAMA DE PREVENÇÃO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL DE CAMPINA GRANDE: UMA REALIDADE**

Não me cabe fazer a apresentação do livro, até porque a própria autora já o fez. Entretanto antes de falar do programa que provocou o lançamento deste livro, não poderei deixar de tecer algumas considerações sobre o texto de Cláudia, que parece uma resposta aos profissionais com os quais dialogou durante seu trabalho em Campina Grande. O texto revela sua excepcional transferência com a questão da estruturação psíquica do bebê e da criança pequena assunto com o qual vem se preocupando desde a sua mais tenra infância (segundo ela própria o revelou). Aliás, escutar os seminários de Cláudia sempre produz um efeito sobre as pessoas: em mim, logo a convidei para nos assessorar em Campina Grande; em sua platéia campinense mobilizou muitas questões, uma insistente solicitação do texto em discussão, construído exatamente a partir destas solicitações, e que foi mais um efeito produzido pela sua agradável maneira de transmitir sobre sofrimento psíquico na pequena infância.

Falar sobre esta segunda edição do livro, revisada e ampliada pela autora, parece que também me renova e me enche de esperança que mais pessoas possam compreender a importância da identificação precoce do sofrimento psíquico, de modo que os tratamentos indicados para esses pequenos não sejam apenas instrumentais mas considerem a possibilidade de um sujeito psíquico em construção.

Entretanto minha tarefa é a apresentação do Programa de Prevenção Precoce em Saúde Mental na Atenção Básica de Campina Grande. Devo iniciar com a história do Grupo de Intervenção Precoce do Hospital

Universitário Alcides Carneiro - HUAC, Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA e Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, que teve seu início em 1999 quando nos reunimos para estudar sobre temas de intervenção precoce instigados que fomos pela clientela de criancinhas cada vez menores que nos procuravam nos ambulatórios do HU e do ISEA. Esse grupo de estudos fundou o Centro Campinense de Intervenção Precoce, mais tarde transformado em Caps infantil com o mesmo nome e a partir do qual foi possível iniciar o programa com o projeto Saúde na Escola. Todo o trabalho está voltado para a identificação precoce do sofrimento psíquico de bebês e crianças pequenas tanto na Estratégia Saúde da Família quanto nas Creches e Abrigos. Não se trata de predição mas da identificação de sinais de sofrimento psíquico antes que se instalem como transtorno. Tratamos de ajudar mãe e filho a ressignificar o laço-primordial de modo que uma modificação se produza na vida dessas crianças.

O Programa de Intervenção Precoce deverá ser estendido a outras Creches e Abrigos, possibilitando que mais crianças venham a ser beneficiadas, bem como criar mais espaços de discussão e aprimoramento para que os profissionais envolvidos no processo possam sempre contribuir para a reconstrução dos laços entre essas crianças e seus pais, permitindo assim um curso diferente de suas vidas.

*Ana Amélia Arruda*

*Coordenação de Saúde Mental*

*Campina Grande, abril de 2012*

## UMA HISTÓRIA A SER CONTADA

A ideia desse livro surgiu a partir do Seminário sobre Sinais de Risco que ministrei pela secretaria de Saúde Mental de Campina Grande. Assim que iniciei minha fala, para subsidiar e controlar meu tempo, acreditei ser necessário um esquema que ajudasse no meu compromisso comigo mesma de enfrentar, em apenas um dia, os principais sinais de risco que podem acometer um bebê, assim como ao mesmo tempo, poder transmitir a delicadeza desse importante olhar aos profissionais. Percebi a responsabilidade de mostrar aos profissionais que ali estavam um conjunto de slides extremamente esquemáticos, que poderia provocar um efeito desagradável: a crença de que esse esquema serviria como um “manual sobre psicopatologia”. Desagradável, não porque os manuais o sejam, mas pela minha preocupação de que um quadro tão esquemático reduziria a necessidade de um olhar atento em relação à criança.

Pois bem, todo o Seminário se dirigia para a necessidade da abertura da observação clínica e do olhar, da necessidade de mudanças nesses olhares cruzados sobre a infância. Foram em torno de setecentos profissionais das áreas de saúde e educação. Parecia-me então um pouco arriscado oferecer um material didático muito esquemático, como os slides, o que certamente não iria ajudar. Além do que a possibilidade da renda relativa à publicação do livro poderia ser revertida em doação para o trabalho desenvolvido no CAPSInho de Campina Grande. Tudo pronto. Agora era: mãos à obra!

O livro se dedica, inicialmente, a delimitar o campo dos estudos sobre o bebê e seu entorno. Sabemos que essa nomenclatura “bebê” não é óbvia, e por isso, há dois séculos nem existia, para falar sobre esse ser que



ainda não estava na condição de falar e andar. A existência de particularidades a respeito só poderia ser vislumbrada no instante que existisse como nome. Dada a nomeação, é a circunstância da guerra mundial que atizará a atenção dos profissionais sobre o sofrimento desses bebês. Uma vasta investigação e uma conseqüente grande literatura sobre o tema da separação brusca precoce e seus efeitos passam a ser publicadas. São psicanalistas que estão preocupados com esses efeitos sobre a constituição psíquica da criança. Ainda no capítulo dedicado à delimitação do campo, era preciso reconhecer o papel das pesquisas sobre as competências precoces dos bebês. São estudos que forçosamente vão modificar o olhar sobre aquele antigo bebê “tábula rasa”, descritos como mera conseqüência do seu meio ou dos seus pais. Estas pesquisas revelaram que esses pequenos seres já eram muito mais “sabidos” do que imaginávamos.

A partir de então foi possível pensar o quando e o como uma criança pequena está bem? Como IDENTIFICAR QUANDO PRECISA DE AJUDA? O segundo capítulo deve despertar o interesse dos profissionais de modo particular, assim como e serve para não nos acostumarmos a pensar uma psicopatologia sem termos algumas referências sobre os eixos básicos que permitem que a criança caminhe bem.

Quando uma criança sofre? Um bebê sofre? Isso é possível? Ainda tão indefeso e tão desamparado? A psicanálise nos ensina que a própria existência do psiquismo é marcada por circuitos de dor e satisfação, portanto, existir e se constituir provoca sofrimentos. Mas será então que tudo merece atenção especializada ou mesmo tratamentos? Se não desejamos para essa criança pequena uma infância repleta de profissionais em torno dela como objeto, então, temos que nos perguntar: Que tipo de sofrimento merece a atenção de profissionais? Esse terceiro capítulo está dedicado à questão do sofrimento, descreve a visão atual sobre a psicopatologia: uma patologia da relação. Acredito que podemos retirar daí a maior parte das dificuldades em relação aos que tentam uma semiologia mais objetiva. Escolhi quatro autores bastante representativos das teorizações semiológicas sobre a psicopatologia do bebê em torno das várias tentativas de escrever o conjunto desses sinais, dada a complexidade de considerar o bebê e seus cuidadores primordiais.

No decorrer desse caminho, espero então, nos três últimos capítulos apresentar três ensaios que levei a alguns congressos, um sobre as mães, mais especificamente o que faz de uma mulher uma mãe. O segundo ensaio sobre as mães psicóticas e o terceiro é uma compilação original sobre o debate do termo prevenção e a psicanálise. Em se tratando do resultado de um trabalho de política pública desenvolvido pela secretaria municipal de saúde de Campina Grande, dedico o último capítulo a algumas reflexões sobre o trabalho que gerou esse convite: *“uma mudança do olhar de profissionais em torno da criança pequena”*.

Compartilho, nas considerações finais, da ideia de favorecer que este debate e esses estudos que se seguem mantenham esse caráter aberto e crítico do trabalho com o bebê.

Agradeço a Ana Amélia pelo amável convite, pelo acolhimento e confiança, assim como a Vitória, Ângela e Ana Maria pelo trabalho em conjunto.

Espero que vocês todos possam aproveitar desse trabalho.

Claudia Mascarenhas Fernandes

Salvador, março de 2007

UNIVERSIDADE FF

## **APRESENTAÇÃO DA SEGUNDA EDIÇÃO**

**- Uma re-leitura acurada e precisa**

A idéia de revisar para uma segunda edição esse tão singelo livro me deixou muito contente, fez-me pensar sobre a importância que deve ter tido na época de seu primeiro lançamento. Um pensamento sobre a psicopatologia do bebê que não tome o bebê como objeto e o faça sujeito, mesmo em corpo de bebê. Uma forma, portanto, de desafiar concepções universalistas (tomam o geral como referência) ou psicologicistas (culpam os personagens, as mães ou os pais, como responsáveis pelo sofrimento do bebê). Esse livro se afasta dessas concepções de forma radical, e se cita em alguns autores algo que a isso de aproxime, é na intenção de historiar esse saber sobre a infância. Tive muita saudade dos seminários organizados em Campina Grande, por sua secretária de saúde mental, Anamélia Arruda, onde contávamos com setecentos, setecentos e cinquenta profissionais, das áreas de saúde, mas não só, também de educação e assistência social.

Atualmente algumas considerações sobre as dificuldades do bebê eu faria de forma diferente, mas optei por não mudar esse ponto de vista, pois, correria o risco de fazer outro livro, o que não era o caso. Por outro lado, fiquei extremamente contente em reler esses textos, por exemplo, sobre mães psicóticas e seus bebês, sobre a discussão da prevenção em psicanálise, tão atuais!!! O texto que teoriza sobre os efeitos nas mães da posição de seu filho, é mesmo inovador, sem vergonha de afirmar isso, o faço por constatar o quão penoso tem sido para a psicanálise pagar o preço das abordagens que culpabilizam os pais no tocante às dificuldades de um filho (mesmo quando justificam que se trata de manifestações inconscientes), e deixem de considerar o efeito dos filhos nos pais.

Acrescentei, isso é novidade nessa edição, no tocante aos bebês em risco de evolução autística, alguns sinais importantes para os profissionais que trabalham na área.

Tenham, como eu, aqueles que já leram, uma ótima re-leitura. Aos que não o fizeram, aproveitem desde o início, pois o tempo passa.

Claudia Mascarenhas Fernandes

Salvador fevereiro de 2012.



## *Reconhecimento*

*A Psicanalista Cláudia Mascarenhas é uma presença viva na impressionante travessia de desenvolvimento da Saúde Mental do Município de Campina Grande, Paraíba.*

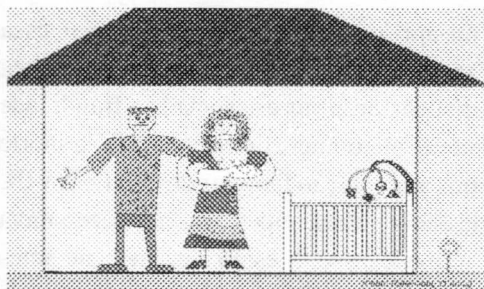
*Através de seus seminários, que foram tantos, se estabeleceu um despertar de estudos sérios e exercício competente do fazer profissional, onde o olhar clínico e humano se refinaram.*

*Com o apreço dos que fazem a  
Saúde Mental da  
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande*

## SUMÁRIO

|                                                                                                    |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Programa de prevenção precoce em saúde mental de Campina Grande: Uma realidade</b>              |           |
| Ana Amélia Arruda.....                                                                             | 05        |
| <b>Uma História a ser contada.....</b>                                                             | <b>07</b> |
| <b>Apresentação da segunda edição: Uma re-leitura acurada e precisa.....</b>                       | <b>11</b> |
| <b>Capítulo I</b>                                                                                  |           |
| Introdução: delimitação do campo.....                                                              | 17        |
| Quem foi esse bebê?.....                                                                           | 17        |
| Os primeiros estudos.....                                                                          | 19        |
| Contribuições de psicanalistas.....                                                                | 21        |
| Psicopatologia do bebê na história.....                                                            | 23        |
| <b>Capítulo II</b>                                                                                 |           |
| O corpo do bebê: quando um bebê está bem?.....                                                     | 27        |
| Competências precoces.....                                                                         | 29        |
| As primeiras relações.....                                                                         | 30        |
| O corpo do bebê: o que nos dar a ver.....                                                          | 31        |
| <b>Capítulo III</b>                                                                                |           |
| A psicopatologia do bebê: o sofrimento precoce.....                                                | 33        |
| Principais autores ( <i>Leon Kreisler, Philippe Gutton, Bernard Golse, Graciela Crespín</i> )..... | 35        |
| Considerações específicas em torno da psicopatologia do bebê.....                                  | 51        |
| O corpo do Outro.....                                                                              | 52        |
| As expressões de desorganizações do corpo do outro.....                                            | 53        |
| A depressão materna. O rosto sem vida.....                                                         | 55        |
| O corpo do outro: circunstância adversa .....                                                      | 56        |
| <b>Capítulo IV</b>                                                                                 |           |
| Considerações complementares.....                                                                  | 65        |
| Desvios em torno das mães.....                                                                     | 65        |
| O Amor na psicose.....                                                                             | 72        |
| Prevenção ou antecipação?.....                                                                     | 78        |

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Um Adendo: A criança e seu sofrimento na contemporaneidade..... | 91 |
| Referências Bibliográficas.....                                 | 97 |



## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO: DELIMITAÇÃO DO CAMPO

Um bebê não existe sozinho. Essa frase sobre o bebê, originada da clínica de Donald Winnicott<sup>1</sup>, é sem dúvida a melhor frase para começar esse livro sobre o tema das psicopatologias na pequena infância, mas especialmente a psicopatologia do bebê<sup>2</sup>. A frase tão complexa na sua simplicidade, é um feixe, uma espécie de grande resumo de tudo que desenvolveremos nessas próximas páginas. Indica, sobretudo, de forma brilhante, o mais atual olhar sobre o bebê e sobre a criança pequena: estes se constituem na sua relação com o outro em via dupla. Digamos que nem sempre se pensou o bebê dessa maneira e para chegarmos a atual possibilidade de teorizar sobre as diversas dificuldades do bebê ou da criança pequena, para isso muito se andou, muito se trabalhou. Vamos acompanhar resumidamente alguns passos desse caminho.

#### ♦ Quem foi esse bebê?

Em dois séculos, segundo Elizabeth Badinter, o estatuto do bebê evoluiu consideravelmente no ocidente. Durante muito tempo nossos

---

<sup>1</sup> Importante psicanalista, que também foi pediatra, a quem devemos grandes contribuições sobre a criança.

<sup>2</sup> A literatura francesa sobre o bebê o inscreve nos três primeiros anos de vida de uma criança. Acredito pessoalmente que, devamos usá-la para nos referirmos às crianças de até dois anos, prefiro reservar o termo pequena infância para abarcar o período marcante de zero a três anos de vida.

antepassados não tinham nem mesmo uma palavra para designar essa primeira etapa da vida caracterizada como falta da autonomia. A criança pequena era destituída de características próprias e associada à fragilidade e à precariedade. Desse mesmo modo, até o início do Século XIV, a morte rondava esses berços. Somente após a revolução familiar do Século XVIII, a imagem do bebê deixa de ser a de uma criatura imperfeita, que necessitava ter sua alma salva antes que a morte o levasse. Mesmo a criança até antes do século 18 se definia por uma certa ausência de especificidades: a criança era tomada como um pequeno adulto.

Portanto, considerado uma criatura imperfeita, o bebê na idade clássica sustentava ambivalências em relação ao investimento familiar, verdadeiramente descrito como uma “pequena criatura imperfeita entre a vida e a morte”, afirma Badinter. No fim da idade média, por exemplo, o bebê tinha que ser batizado até os três primeiros dias para exorcizar todo o demônio antes da sua possível morte. Para apaziguar as necessidades dos cuidados com o corpo do bebê era necessário enrolá-lo como uma múmia, da cabeça aos pés, tornando mais fácil as tarefas maternas, pois não se tinha que “perder” muito tempo com seus cuidados e a alma contava mais que o corpo. Em geral eram vistos como um fardo, um peso<sup>3</sup>. No século 17, as mulheres da aristocracia serão imitadas pelas mulheres da burguesia, e a colocação em guarda dos bebês com babás, torna-se uma prática de toda sociedade urbana. Em 1780, apenas 1.000 dentre 20.000 que nasciam, eram criados por suas mães. As mães de classes populares são obrigadas a trabalhar, as de classes mais favorecidas temiam deformar seu corpo. Enfim, para estas, não era “chique” cuidar do seu bebê. E se havia a crença de que era preciso se abster de qualquer relação sexual durante o aleitamento, dado que o esperma estragava o leite materno e que era nocivo para o bebê, tínhamos aí o favorecimento de um desmame precoce e por isso a prática das amas de leite. Mesmo os médicos desaconselhavam as mães a amamentar. Durante 2 ou 3 anos a babá cuidava dos bebês. Muitos morriam e muitos pais passavam tempos e tempos sem ver os filhos.

<sup>3</sup> Seria possível considerarmos aqui que ante a iminência de mortes precoces tão constantes, era de fato mais do que esperado que os bebês fossem sentidos como um fardo?



A partir da segunda metade do século XVIII, a imagem do bebê começa a se modificar e a ser visto como um ser único, e por isso, era preciso respeitar a espontaneidade e as necessidades. Começa-se uma preocupação com sua saúde e sua higiene. Torna-se um imperativo que a mãe amamente seu bebê à sua demanda.

No Século 19 o bebê torna-se o centro da célula familiar. As regras do “bebê majestade” começam a governar. Se a maternidade torna-se a glória da mulher, todos os problemas daí derivados são por sua culpa e sua responsabilidade. A morte do bebê começa a ser ressentida como uma perda irreparável.

#### ♦ Os primeiros estudos

Os estudos sobre as primeiras relações do bebê com os pais e com outros cuidadores foram se desenvolvendo ao longo dos anos e hoje não podemos ignorá-los, principalmente quando se pensa em trabalhos de saúde pública e clínica com a criança. O histórico desses estudos nos leva a crer na atual importância do tema.

Foi nos animais que primeiro se estudou o fenômeno do *attachement*, (apego), porém, mesmo que o bebê humano se diferencie dos bebês animais por uma série de razões, principalmente sua relação com a linguagem, não há dúvidas que essas pesquisas com animais incitaram o desenvolvimento de estudos sobre o comportamento recíproco mãe-bebê na espécie humana.

Cameron em 1919 revelou uma série de fatores que interferiam no processo de desenvolvimento durante o primeiro ano de vida. Desenvolveu observações sobre o que chamou: “bebê nervoso por hereditariedade”, onde detalha os sintomas que conduzem as mães a se afastarem dos seus filhos. Orientava-lhes sugestões pertinentes para ajudar essas mães nas suas relações com seus filhos.

Mais tarde, Rochford, descreveu sobre as diferenças individuais nas crianças pequenas, que eram etiquetadas como portadoras da “atividade nervosa excessiva” e de “imaturidade funcional do sistema nervoso”.

No início dos anos 30, durante a “terceira conferência da Maison Blanche sobre a saúde e a proteção da criança”, já eram mencionados os problemas inerentes ao *attachement*.

O diretor da revista *Pediatrics*, em 1932, Bronson Coters, dedica-se a desvendar o conflito entre os que defendiam que as crianças deviam ficar em suas famílias com a ajuda de especialistas e os que achavam que elas deveriam ser criadas pelos profissionais, como nos Kibuts. Como pode ser observada, a separação da criança dos seus cuidadores primários é alvo de estudos há bastante tempo.

Em 1940, é iniciada a primeira grande leva de estudos sobre crianças institucionalizadas. Lowrey e Hunt descrevem os resultados desastrosos das internações em hospitais por longos períodos nos órfãos de N. Y. Backwin. Publica uma revista sobre o tema a partir de 1949, e introduz o termo “hospitalismo”. Esse termo teve seu auge quando foi usado por René Spitz em seus estudos sobre crianças que com todas as condições médicas e hospitalares chegavam a óbito.

Em 1962 é publicado o estudo sobre as fases críticas do desenvolvimento precoce da criança, de Provace e Lipton. A partir daí Bender e Erikson apontaram um aspecto essencial no desenvolvimento do tema: a criança apresenta perturbações nas suas expectativas relacionais se as experiências vividas na relação com os pais não lhe conferem uma íntima certeza de que suas necessidades de dependência são satisfeitas.

São descritos modelos de relações mórbidas entre a mãe e seu filho: superproteção, síndrome da criança vulnerável, conceito de mãe esquizofrenizante, que incita a Kanner escrever “*défense des mères*”.

Importa aqui comentar que certamente um dos efeitos da popularização dessas idéias promove uma grande culpabilização dos pais em relação às dificuldades da criança, o que atualmente precisa ser revisto e muito bem criticado. Sabe-se hoje que os pais são personagens que também sofrem muito com as dificuldades que seus filhos enfrentam.

Foi, com certeza, o pedido da Organização Mundial de Saúde (OMS) para J. Bowlby, de iniciar um estudo sobre a privação do vínculo entre a mãe e seu bebê e sua conseqüente prevenção, que teve conseqüências

globais na tomada de consciência sobre os efeitos deploráveis para a criança da falta da possibilidade de *attachement*. Assim como se evidenciam nesse estudo os diversos tipos de carências precoces e os seus diversos efeitos para o desenvolvimento da criança.

Quanto às contribuições epidemiológicas: Polansky, Earls e Rutter, estudaram os conceitos de base e metodologia, e, tornando os dados analisáveis, contribuíram e modificaram decisões políticas, assim como planejaram programas, com o objetivo de definir novas diretrizes de pesquisa.

Brazelton e Pamelles trouxeram contribuições na área da pediatria. Apontaram a necessidade da atenção às crianças *handcaps* (déficit) na construção de um *attachement* adequado e observaram que quando este é ausente deixa seqüelas psicossomáticas graves, mesmo que ainda curáveis. Importantes psiquiatras de crianças estabeleceram classificações para a psicopatologia do bebê: Greenspan, Kreisler, Cramer. O que certamente foi fundamental para o avanço do tema.

#### ♦ Contribuições de psicanalistas

O primeiro aporte expressivo sobre essas primeiras relações foi certamente Freud, ou seja, a psicanálise desde sua invenção, ao se ater com questões ligadas ao psiquismo, podemos dizer que se interessa, também, pelo bebê. As noções de zonas erógenas, narcisismo e pulsão, por exemplo, tornaram-se imprescindíveis aos estudos sobre o bebê. A descrição sobre o aparelho psíquico que realiza no texto “Projeto para uma psicologia científica” em 1895, abre as portas para entendermos como ocorre a satisfação das necessidades básicas do corpo e conseqüentemente suas inscrições psíquicas. Foi ao se referir, nesse mesmo texto, à função secundária da comunicação que o grito do bebê possui, retirando-o da categoria de uma simples descarga motora, e elevando-o à categoria de um sinal de comunicação, que ele aponta para nós o importante circuito da significação do cuidador (agente prestativo) aos apelos do bebê. Esse cuidador, essa pessoa atenta aos chamados do bebê realizaria uma ação específica para atender às suas necessidades a partir da

comunicação desses sinais pelo bebê o que denominou de importantíssima função secundária de comunicação.

Winnicott, a partir de 1931, escreve um grande número de artigos sobre o papel chave da mãe nos esquemas de estabelecimentos da relação. Suas noções, de preocupação materna primária<sup>4</sup> e objeto transicional<sup>5</sup>, foram fundamentais para uma maior compreensão desses primeiro momentos do bebê.

Doroth Burlligam e Anna Freud (EM LEBOVICI E WALL-HALPERN, 1992) realizaram estudos que tiveram grande impacto sobre o tema das separações bruscas precoces de crianças abrigadas no pós-guerra. Observaram crianças pequenas que tiveram suas famílias desaparecidas com os bombardeios da guerra em Londres e notificaram os efeitos danosos dessas separações precoces.

Foram ainda Anna Freud e Doroth Burlligam que estudaram as diferenças individuais mostrando que existem crianças dotadas de um "poder específico" de se ligarem a pessoas disponíveis e se tornarem suas favoritas. Outras desenvolviam nas próprias relações crianças/crianças mecanismos de separação. Porém existiam algumas, já mais passivas, mais largadas, mais descuidadas, que não despertavam grandes interesses dos adultos que as cercavam.

Ainda no pós-guerra Spitz reconhece os efeitos das privações maternas e desenvolve teses sobre o "hospitalismo"<sup>6</sup> e "depressão anaclítica". Segundo ele, bastam apenas três meses sem investimentos maternos para que os bebês corram riscos de morte. Os filmes dele tiveram como consequência uma lei que interditava o internamento de bebês em

---

<sup>4</sup> Estado "patológico normal" que antecede certo tempo antes do parto e que acompanha a mãe ainda no primeiro mês de vida do bebê, é caracterizado por grande labilidade emocional e regressão.

<sup>5</sup> Objeto com determinadas características que a criança carrega com ela para facilitar a separação com a mãe, pode ser um ursinho velho, paninho, travesseiro velho, enfim...

<sup>6</sup> Estado gravíssimo que pode levar à morte certas crianças hospitalizadas, que possuem todas as condições materiais e ambientais, mas não possuem investimentos libidinais em relação a ela.

instituições, e provocou o fechamento de muitas destas, mesmo algumas que eram consideradas “boas instituições”.

Uma vasta literatura sobre mães de “alto risco”, portanto, começa a ser explorada, mostrando outro aspecto dos fatores de risco que estes bebês poderiam ser vítimas, não só da separação física de sua mãe, mas casos onde a mãe é presente fisicamente, mas não tem condições psicológicas de cuidar de seu filho. Estes casos apontavam à necessidade de se trabalhar a diade para que esta mãe pudesse ter a possibilidade de se relacionar com seu bebê. Gostaria de marcar o deslocamento do aspecto físico da separação para o aspecto mais subjetivo desta, pois, abre-se aí certa virada no olhar sobre a relação, passa-se também a uma preocupação para além do comportamento.

Mais recentemente o interesse se colocou sobre o pai e como ele pode ajudar nestas situações. Uma separação necessária apontada pela psicanálise entre a figura do pai e função paterna foi marcante para passarmos para um outro registro a importância das primeiras relações. A pessoa do pai pode e deve ser um agente muitíssimo importante desde a gestação da mãe, ele é fundamental no apoio à mãe e nas estratégias inconscientes para que ela não seja fisgada unicamente pelo seu bebê.

### ♦ Psicopatologia do bebê na história

No passado o bebê preocupava por suas enfermidades cerebrais ou cerebrais motoras, conseqüentes de encefalopatias congênitas ou adquiridas, ou do parto. Preocupava-se muito com o retardo provocado no desenvolvimento psicomotor. Outras enfermidades eram mais difíceis de detectar, em particular as sensoriais, visuais e auditivas.

Atualmente a psicopatologia do bebê é definida como uma perturbação dos laços relacionais deste com quem dele cuida. A ligação entre a mãe (ou de um cuidador primordial) e o bebê começou a ser detectada de suma importância para o entendimento do próprio bebê nos serviços hospitalares e institucionais. Foi aí que se começou a perceber o que acontecia para além das infecções das crianças; mesmo com todo

cuidado médico, por exemplo, este bebê ou criança poderia apresentar problemas ou dificuldade em ter alta médica.

Depois da segunda guerra mundial, como citado anteriormente, as separações e privações precoces maternas foram sendo alvo de preocupação por parte dos profissionais, principalmente na área hospitalar e institucional. Isso tudo contribuiu para a política de favorecimento no prolongamento dos cuidados maternos.

Esses trabalhos vinham a confirmar a teoria de Freud, sobre a gênese da representação mental: tese da total dependência do bebê aos cuidados maternos. O cuidador primordial não podendo estar todo o tempo alimentando essa dependência, o bebê iria alucinar suas experiências de satisfações e de representar o “objeto materno” que lhe foi fornecido: “o seio nasce da ausência do seio” (Lebovici). A ausência do seio materno nasce da sua privação. O bebê conseqüentemente investe em sua mãe antes de percebê-la.

Atualmente a psicanálise tem como mostrar através de sua clínica que o lugar materno pode ser ocupado por outras pessoas, porém estas têm que estar em condições psíquicas de assim proceder. É preciso, segundo Winnicott, o desenvolvimento da preocupação materna primária, estado emocional da mulher que favorece a regressão e, portanto, a capacidade da mãe de cuidar de um bebê.

A antecipação materna, de realizar uma leitura dos sinais dos apelos do bebê é rapidamente retomada por este que, desde antes dos 3 meses, antecipa sobre a conduta materna. Neste sentido uma mãe que esteja comprometida psiquicamente ou socialmente não poderia exercer de forma satisfatória sua função de decodificadora do seu bebê, necessitando atendimento, juntamente com seu filho.

As interações precoces são o foco de todo trabalho clínico e preventivo, mas para que isso se dê de forma séria é necessário levar em consideração alguns tipos de interações que não somente as comportamentais. Além da antecipação entre a mãe e seu bebê, existem trocas imaginárias e fantasmáticas. A mãe introduz na sua prática de criação do seu filho, um outro imaginário que nasceu no seu desejo de gravidez, o



que favorece a relação imaginária desta com seu filho. A interação fantasmática é aquela do seu desejo de maternidade, que existe desde sua infância: nascido da criança que a mãe quis dar ao seu próprio pai.

Portanto, a patologia psíquica precoce é uma patologia das relações e suas vicissitudes. Estudada através da morfologia e do decorrer das interações. Pode manifestar-se através de distúrbios funcionais do sono e do apetite. Ela comporta as irregularidades do desenvolvimento. Pode dar lugar a organizações depressivas. É inseparável do que ela provoca nos pais e na família do bebê.

Mas dado o atendimento ao bebê em estado inicial de desamparo, não seria instigante pensarmos que essa atenção pode ser elevada à categoria de uma prevenção?

O tema da prevenção começa a instigar inclusive os psicanalistas. Definida por Dolto como: atender a criança no momento em que ela sofre, faz com que a noção de prevenção seja revista. Realizar a prevenção, nesses casos, significa tratar dos laços entre a criança e seus cuidadores, sendo as síndromes psíquicas precoces indicadoras de um problema no estabelecimento deste laço.

E aqui se torna importante esclarecer que a intervenção no laço pais - bebê é bastante diferente de uma ação educativa que evitaria os “traumas” ou “erros educativos”, dado que a ação onde os mecanismos são conscientes não leva em consideração os investimentos ambivalentes que o adulto faz de seu bebê e, portanto, a tentativa de prever o que pode indicar o inconsciente estará sempre fadada ao insucesso.

Conforme nos aponta Lebovici e M. Soulé a ação preventiva no laço pais - criança procede do valor dos processos de identificação, ou seja, os “modelos” de funcionamento psíquico que os pais ou cuidadores propõem à criança agem muito mais em função de suas constituições, de sua própria infância, das gerações precedentes, do que o que podem expressar conscientemente.

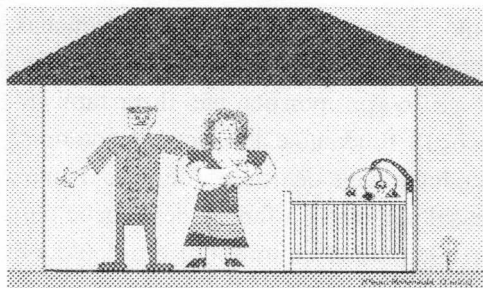
Assim, desde os primeiros dias de vida o recém-nascido sofre as identificações primárias propostas pela mãe através das quais exprime ou desenvolve não só seu “funcionamento psíquico”, mas também, a maneira

pela qual são influenciadas pelos rituais culturais. Tais identificações são consideradas fundamentais em qualquer ação preventiva.

A interdisciplinaridade se apresenta como um segundo aspecto que passa a ser inerente ao estudo sobre os bebês, além de necessária principalmente em instituições de atendimento. Hoje não se duvida mais da necessidade de atender alguém quando este apresenta um sinal de sofrimento independente de sua idade cronológica, como já se faz possível no caso dos bebês. Mas a grande tarefa é a forma de realizar essa intervenção, que dado ao enigma que o corpo do bebê propõe ao profissional, o risco de “interpretações selvagens” ou de “intrusões” por parte desse profissional é também um efeito a ser evitado.

Nos nossos dias, a partir dos estudos e da clínica com crianças pequenas, não podemos mais deixar para mais tarde o atendimento de uma situação que se apresenta como perturbação ou dificuldade na constituição desses candidatos a sujeito, assim como também, não podemos sair procurando patologias em todos os lugares, em todas as crianças, podendo provocar não uma prevenção, mas uma “perversão” precoce primária.

Nesse resumido aporte histórico torna-se, também, claro que em várias áreas do conhecimento, estudos se desenvolveram provando desse modo, a necessidade e importância do aprofundamento sobre o tema das primeiras relações do bebê com quem cuida dele e do caráter interdisciplinar no trabalho com a pequena infância, numa exigência do próprio trabalho a não se clivar ante as possíveis separações: psiquismo e organismo.



## CAPÍTULO II

### O CORPO DO BEBÊ: QUANDO UM BEBÊ ESTÁ BEM?

O adágio Winnicottiano, “*um bebê sozinho não existe*”, desdobra-se em outra premissa que muito insisto também: o bebê já nasce inserido numa cultura, insere-se em determinadas circunstâncias da ordem do acontecimento e já é portador de uma história. Todo bebê, não importa o seu tempo de vida, possui história. Mesmo um bebê que por sortilégios da vida fora abandonado, ou mesmo um bebê que veio a falecer durante seus primeiros minutos de vida, possui história. Costumo indicar para quem se dedica a trabalhar com crianças pequenas que é preciso estar atento a algumas camadas, por assim dizer, de aspectos que envolve a vida do bebê. A história familiar que concebe o bebê antes do seu nascimento, assim como, a história da qual ele é narrado, começam a sustentar e lhe dar corpo como humano. As circunstâncias que delimitam sua vida: acontecimentos. Dado que estes também se inscrevem na trama de suas relações e muitas vezes escrevem traços de sofrimento no próprio corpo do bebê, como é o caso de bebês que sofrem muitas dores em hospitalizações prolongadas. Há que pensar em, pelo menos, três aspectos: o corpo do bebê, seu aspecto de “mostração”, de visibilidade, assim como de escritura e ruptura. O corpo dos seus cuidadores principais. E o corpo formado pelo laço entre cuidadores e bebê.

Temos então uma rede a ser trabalhada formada pelo organismo do bebê, as falas sobre o bebê, a história que o precede bem como a que continua após seu nascimento. Entretanto os trâmites das circunstâncias e os acontecimentos devem também estar contemplados. Tratando-se de uma

situação de desamparo inicial, como é o caso das crianças ainda pequenas, claro que os cuidadores vão comparecer nessa rede com suas intenções, os cuidados, suas interpretações, seu corpo, por que não dizer também. Observem que a aposta numa criança é fundante e deve ser contada nessa rede: o que se fala dela, mas qual o lugar a ela dedicado. A função daquele determinado nascimento para o casal parental e a função desse bebê para a família. São itens que não podem faltar numa leitura sobre as dificuldades do bebê ou as psicopatologias a ele relacionadas.

Um bebê está bem quando podemos entender o que ele nos mostra ou nos pede. Assim como quando suas funções da ordem das necessidades se mostram cumpridoras dos seus objetivos: alimentar e dormir. Um bebê está bem quando ele se mostra interessado pelas pessoas que o cercam, sobretudo, pelos rostos das pessoas a quem ele tem apego; isso deve prevalecer ao interesse pelos objetos. Um bebê está bem quando seu choro serve de indicador para a mãe e ao respondê-lo, ele se acalma. A condição de provocar o interesse do outro e ter prazer com essa provocação é imprescindível para afirmarmos que o bebê está bem. Ter prazer com o próprio corpo como uma maneira de se acalmar sozinho também é um sinal de bem estar para os bebês, assim ele pode agüentar melhor as possíveis demoras nos atendimentos às suas necessidades.

Alguns fenômenos também indicam quando um bebê está bem: habitação (capacidade de se desligar dos estímulos externos para se organizar internamente, por exemplo, pode pegar no sono num lugar barulhento), antecipação (capacidade de “indicar ou demonstrar” o que sabe que irá ocorrer na sua rotina ou momento seguinte, por exemplo: lambear os lábios ao perceber a mãe se preparar para amamentar).

*Resumo:* Quando um bebê está bem?

- Capaz de interagir e provocar a atenção do outro
- Capaz de criar elementos novos e ser ativo na interação
- É fácil de se fazer entender
- Acompanha com olhar interessado as pessoas e os objetos
- Até certo ponto pode se auto-acalmar

- Sustenta por certo tempo a capacidade de estar só
- Tem prazer com o próprio corpo (brincadeiras)
- Coordena esquemas: olhar e mão, escuta e olha...
- Capaz de ANTECIPAR
- Porta suas funções básicas, alimentação e sono, com regularidade e satisfação.

### ♦ Competências Precoces

Competências precoces são atitudes, ações empreendidas por bebês muito pequenos ainda, que nos mostram o quanto eles já são extremamente desenvolvidos em suas capacidades perceptivas e relacionais, muito diferente do que se observava antigamente. Esses estudos não possuem muito mais do que 30/40 anos. Apontam de forma concreta em alguns casos, o que as mães já sentiam em relação aos filhos, mas que não tinham as comprovações da pesquisa científica. As mães de modo geral sempre acreditavam que seus bebês olhavam para elas e os profissionais pensavam que eles não enxergavam ainda nos primeiros três primeiros meses.

- Vejamos os resultados de algumas dessas pesquisas:

- Logo após o nascimento acompanham o objeto em até 180°, numa distância de 20 cm. Interessante comentar esse aspecto que é justamente a distância entre o rosto materno e o corpo do bebê em seu colo. Observamos claramente isso quando uma mãe amamenta seu filho, a troca possível de olhar entre eles;

- Preferem o rosto do adulto. A necessidade de provarmos que o bebê prefere formas mais parecidas com o rosto humano às outras formas mais abstratas, também importa no que se refere à capacidade dele de ser ativo nas suas interações. Ele tem preferências. É mais interessado por sua língua materna em relação há outras muito antes de sua capacidade de falar;

- Enxerga objetos a dois metros de distância aos 03 meses. Esse ponto merece atenção dos adultos em não subestimar o que esses bebês já podem ver e conseqüentemente se interessar;

- A capacidade de permanecer em alerta é correlata ao estágio de maturidade do bebê. À medida que vai crescendo, pode ir diferenciando o sono da vigília;

- Dirige a cabeça em direção a um som, se for voz feminina mais ainda. Sincroniza movimentos de acordo com a voz da mãe. E a voz materna ou outra muito conhecida é um verdadeiro acalanto para ele, fazendo-o se acalmar.

Sobretudo, é o olhar de reconhecimento que pode captar essas competências. Se antes, era considerada uma criatura imperfeita, esse olhar oferecia uma aposta ainda pouco estimulante para os bebês. Agora sabemos que um olhar “empreendedor” em relação ao bebê, “provoca” a possibilidade de se fazer mais capaz. Portanto, é verdade que os bebês “falam”, mas somente se os escutamos, caso contrário, permanecem “calados” e pouco “competentes”.

#### ◆ As Primeiras Relações

Algumas características foram estudadas sobre as primeiras relações do bebê com seus cuidadores que chamaram a atenção dos clínicos de forma geral:

- Controle homeostático: uma das primeiras tarefas a ser cumprida pelos bebês é a de adquirir controle sobre a entrada e saída de informações (desenvolvimento da atenção);

- Prolongamento da atenção: prolongam ativamente sua atenção com um adulto importante;

- Testando limites (4 meses): forçar limites na própria relação, retraindo-se ou absorvendo informações;

Surgimento da autonomia: quebra o ritmo da relação, “pede” atenção, época de grande amadurecimento.

- Portanto as primeiras relações do bebê com seu entorno se faz de modo extremamente ativo e eficaz. Ele consegue envolver as pessoas que estão à sua volta, chamar atenção delas, e pedir ajuda quando necessário.



A presença importante dos cuidadores principais em momentos de intensidade nas trocas com o bebê (banho, alimentação, adormecer, passeios e brincadeiras) determina a capacidade deste poder sustentar ficar só e inclusive de forma criativa, realizando pequenas atividades de entretenimento com ele próprio. Atividades como chupar dedo, olhar as mãos, perseguir um movimento, interessar-se por um brinquedo, pegar nos pés, brincar com os sons que já pode emitir.

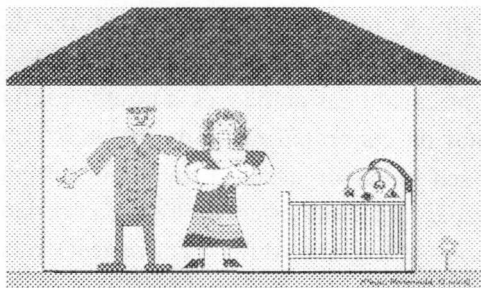
### ♦ O CORPO DO BEBÊ: o que nos dar a ver

Todo bebê que está bem provoca a impressão num observador qualquer que todo seu desenvolvimento é natural.

As marcas no corpo do bebê e seus gestos fazem apelo ao olhar do outro.

- As funções de sono e alimentação do bebê provocam o investimento materno: as dificuldades podem ser de um impedimento desse investimento materno e da capacidade do bebê de físgar esse investimento;
- O corpo do bebê deve servir de limite ao outro: as dificuldades aqui são o ultrapassamento materno em relação às necessidades e imaturidades do corpo do bebê;
- O Corpo é fonte de tensões/apaziguamentos, atividade/passividade. Jogos de presença/ausência. As dificuldades aqui são da ordem das funções reguladoras do bebê que dependem do Outro.

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CARIACI



## CAPÍTULO III

### A PSICOPATOLOGIA DO BEBÊ: O SOFRIMENTO PRECOCE

É uma perturbação do laço entre o bebê e seu cuidador primordial. Um desencontro no enlaçamento do corpo do bebê ao corpo do outro, assim como, uma inadequação do corpo do outro ao corpo do bebê.

Vários autores se referiram a uma espécie de “desarmonia”<sup>7</sup>, fenomenologicamente observada, entre o cuidador principal e seu bebê. A unanimidade na definição de uma psicopatologia do bebê, como a patologia do laço do bebê e seu cuidador, permite, no entanto, várias e distintas sustentações teóricas. Apontaremos quatro autores e suas contribuições no estudo das psicopatologias entre o bebê e seu entorno, todos bastante representativos e originais nas suas leituras sobre a clínica e a teoria que os embasam. Desta forma é de grande dificuldade a formalização, nas mais diversas perspectivas, desse dado clínico sobre a prematuridade do bebê e a necessidade do outro para a sua constituição.

Apresentarei aqui autores que já abordaram esse tema, tais como: Leon Kreisler, Philippe Gutton, Bernard Golse, Graciela Crespin. Depois, alguns aspectos e estruturações que considero centrais, estarão aí para um diálogo sobre semiologia e diagnóstico. Sempre a partir da premissa que um sujeito se constitui a partir da sua relação ao outro.

<sup>7</sup> *Esse não é do meu ponto de vista um termo interessante, apesar de muito usado pelos autores que estudam os bebês em suas relações. Desarmonia pressupõe um ideal de harmonia que não corresponde realmente à construção do laço do bebê e seus cuidadores, sabe-se que esse não se faz sem desconhecimentos, falhas, sobressaltos e até mesmo com certa dose de angústia.*

O trabalho de elaborar sinais, marcadores ou indicadores de dificuldades ou patologias no trabalho com os bebês tem suas implicações. Nas mais diferentes abordagens, psicanalíticas ou não, essa tarefa desafia os profissionais, por ter que tratar da conceitualização da interação, do vínculo, ou do laço do bebê e seu cuidador. Dada a unanimidade em considerar a psicopatologia do bebê, como uma psicopatologia da relação do bebê com quem dele cuida, torna-se de grande dificuldade as tentativas nosográficas para essa clínica.

A caracterização de sinais sintomáticos, que se apresentam nos bebês, não indica uma caracterização diagnóstica, é preciso deixar isso claro, pois, nessa clínica, um sinal no bebê ou mesmo um conjunto deles, não consegue classificar em termos nosográficos o que se passa na constituição desse bebê com o outro. Além do que, como bem aponta Bernardino, sobre as psicoses não decididas na infância, o tempo na estruturação do sujeito favorece uma mudança de direção em relação “às psicopatologias da infância”. Os cuidados na detecção de diagnósticos devem ser redobrados nesse tempo entre constituição e desenvolvimento, que é a infância.

Se a dificuldade em classificar os sinais de dificuldades pode promover uma dificuldade em sua transmissão, isso também não aponta para uma simplificação ante a complexidade da questão. Dada a premissa da constituição do bebê a partir do outro, tem-se de início no debate que uma lista com sinais não pode dizer mesmo muita coisa, a não ser que: aquele bebê não está bem na sua relação. Vejamos aqui, antes da entrada dos autores principais, uma pequena mostra desses sinais de forma isolada<sup>8</sup>:

- Sinais relacionados com a função do sono: insônia, dificuldade de dormir, hipersonia, sono agitado;
- Quanto à alimentação podem ser observados: dificuldade de se alimentar, vômitos constantes, anorexia e bulimia;

---

<sup>8</sup> Trata-se aqui de um resumo dos sinais encontrados na *Unité des Petits*, Paris, numa pesquisa por mim realizada no ano de 1991. A organização em seis itens distintos também fez parte desse trabalho num âmbito maior. “*La recherche de la singularité dans un centre des soins pour les bébés*”.

- No âmbito da linguagem encontramos: ausência de fala, atraso na fala, choro fraco, choro constante;
- Quanto ao desenvolvimento motor: parada no crescimento, retardo global, ausência de preensão, desarmonia, retardo motor, ritmo lento, hipertonía, hiperknesia, hipermotricidade e auto-controle, jogo de mãos diante dos olhos, tiques de se arranhar, jogos de mimetismo;
- No âmbito do relacionamento com o semelhante: inibição, expressão de ansiedade, comportamento “apegado”, dificuldade de separação, indiferença da criança, dificuldade de contato, agressividade, apatia, movimentos de retração, hipervigilância, aparência agitada e excitada, aspecto depressivo, cólera, humor lábil, não suporta frustrações, recusa do olhar, defesas e fobias, crises constantes;
- Os sinais inscritos no corpo: eczema, asma, problemas respiratórios, estrabismo, face tensa, cólicas constantes.

Como podemos observar, esses sinais de dificuldades não descrevem a complexidade das dificuldades das relações iniciais da vida. O desamparo inicial do bebê e sua relação com o outro, não são considerados. Trata-se apenas de colocar o bebê numa posição radical de objeto para o pesquisador.

Abaixo estão alguns clínicos que tentaram traduzir os dados brutos de seus atendimentos às essas situações complexas, sobretudo por uma necessidade de transmissão dessa clínica.

### ◆ Principais autores

#### - Leon Kreisler

Define Kreisler que a patologia psicossomática designa as desordens orgânicas – lesionais ou funcionais – onde a gênese e evolução reconhecem uma participação psicológica prevalente (excluindo danos acidentais ou auto-agressivos e violências). O exemplo nosográfico que descreve situa quatro eixos classificatórios:

- Expressão somática (desvios de funções fundamentais);

- Expressão do desenvolvimento (se exterioriza pelo fracasso das aquisições);
- Expressão motora (comportamentos anormais ou condutas motoras desviantes);
- Expressões mentalizadas (depressões, fobias, autismo).

Essa classificação é realizada a partir da análise do desenvolvimento, e pretende contemplar a interação entre o bebê e sua mãe (principalmente).

A qualidade da análise leva em conta três aspectos:

- plenitude: riqueza afetiva;
- leveza: adequação da mãe às necessidades do filho;
- estabilidade: continuidade e coerência espaço/temporal (regularidade).

Para a análise dos fenômenos geradores de desordens é preciso considerar:

- insuficiência, falta de relações e estímulos;
- carência libidinal, descontinuidade da relação;
- sobrecarga, super estimulação na relação (aparece em patologias funcionais: cólicas, insônia, espasmos de soluços, potencial de descarga funcional);
- incoerência da relação (distorções), irregularidades quantitativas do vínculo que influem globalmente.

O autor considera que a depressão do bebê seria o mecanismo mental da desorganização somática, por excelência.

Aqui encontramos uma organização das desordens somáticas, porém, sempre com a preocupação de ser pensada dentro de um quadro quantitativo e qualitativo para as relações. A depressão do bebê é considerada uma síndrome pelo autor, inclusive contemplando, nos casos mais agudos (síndrome da depressão vazia) as quatro expressões: somática, motora, do desenvolvimento e mentalizada. As desordens somáticas devem estar sempre relacionadas ao formato e tipo de relação (qualidade) e ao

quantum energético envolvido nas trocas entre o bebê e sua mãe (quantidade).

**- Phillipe Gutton**

Acredita que o desenvolvimento do corpo erógeno da criança se faz a partir da relação, na realização do desejo materno. A criança é objeto do desejo materno e os cuidados maternos devem ser entendidos como o protocolo da realização desse desejo, que ele chama de sedução primária. O desejo materno inscreve uma erogeneidade no corpo do bebê durante os cuidados maternos que por sua vez instaura uma excitabilidade no corpo da criança. A tópica dessas zonas erógenas se situa nos lugares de intercâmbio, nas regiões do corpo do bebê dedicadas às trocas cotidianas, entre o somático do bebê e o desejo materno. A unidade mãe-filho da gravidez, que foi perdida com o parto, procura se restabelecer por ocasião desses cuidados maternos, a sedução primária se inscreve então na dinâmica desta recuperação, por parte da mãe, do objeto perdido. A finalidade dos cuidados maternos consiste em reparar. O filho é o exterior necessário para o funcionamento libidinal materno. O corpo biológico e erógeno da criança tem uma função no desenvolvimento do desejo materno, o bebê cria sua mãe. A onipotência materna está limitada pela anatomia do filho.

A partir desses fundamentos teóricos desenvolve um quadro de desarmonias entre a mãe e seu bebê. Essas desarmonias são definidas como inadequações entre a sedução primária e a ordem das necessidades do filho. Todo signo (sintoma) é a formação de um compromisso entre as demandas do bebê e as dos cuidados maternos, é resultado de uma busca de adequação.

Os cuidados maternos constituem desde os primeiros dias o maior canal de proteção anti-estímulo para o bebê. A função materna é contraditória: por vezes calmante, por vezes excitante.

Uma mãe que deseja satisfazer as primeiras necessidades de seu filho nas primeiras demandas, restringe o tempo de vigília e os apelos da criança, essa mãe é calmante. Ao contrário, existe a mãe excitante, que demora para satisfazer as necessidades do filho, ou imprime estimulações inadequadas intensas.

Esses cuidados maternos podem ser:

- Os cuidados maternos podem em grande parte estar desprovidos do caráter operatório, podem ter como objetivo principal a realização do desejo materno, sem busca da adequação às necessidades do filho. A agudização disto pode trazer problemas perigosos para as crianças: há uma dinâmica perversa dos cuidados maternos que não conseguem decodificar os apelos do bebê. O bebê não é considerado pelas tarefas maternas;

- Os cuidados maternos podem ser essencialmente operatórios: são carentes de atividade libidinal. Caracterizam-se pela pobreza de investimentos libidinais com o filho. Mostram uma certa “indiferença”, ainda que estejam corretos do ponto de vista biológico. O filho não é objeto de desejo e sim da pura atividade.

Existem, portanto, hiperfuncionamentos ou hipofuncionamentos diádicos. Os hiperfuncionamentos da díade mãe-filho são perturbações funcionais ou disritmias precoces sempre no sentido da provocação de uma excitação. A insônia precoce, por exemplo, é o centro dessa clínica já nas primeiras semanas. Tensões elevadas no corpo do bebê e a forma de descargas motoras descoordenadas, assim como gritos, são também indicadores de dificuldades. Não é raro que a anorexia se instale desde os primeiros dias de vida. As regurgitações apesar de benignas se são muito precoces, podem se tornar graves mais tarde. A bulimia é sintoma frequente nesse quadro, porém, o que mais complica é um sintoma que agrada profundamente à mãe.

Todos esses sintomas aparecem em crianças muito vigilantes, hipersensíveis às estimulações sensoriais e sensitivas, que apresentam uma hipertonia global, com hiperatividade dos reflexos arcaicos: é a clínica do estado de alarme. Limitado por sua hipertonia, a criança vive em um tipo de espacialidade reduzido: parece fechada em um círculo tônico, do qual só sai com fases de distensão muito breves. Esse quadro define a angústia primária.

A posição materna nestes funcionamentos diádicos corresponde à solicitação primária excessiva e ansiosa, constitui uma designação especial da super proteção materna. A angústia primária do recém-nascido, desenrolada



espetacularmente, provoca na mãe evitamentos neuróticos e ainda faz esta pensar que a angústia dele é devida a um desconforto, que se pode reduzir por meio de respostas biológicas adequadas.

Já no quadro das hipoatividades da díade mãe-filho, o bebê se apresenta tranqüilo e apático, pobre nas suas atividades eróticas. O fenômeno dominante é em geral, atraso no desenvolvimento. Trata-se de um quadro de depressão, o que gera erros de diagnóstico. É em geral hipotônico e hipersônico. Pode existir uma insônia com apatia, por exemplo, a criança dorme com olhos abertos. A anorexia primária é quase constante, os ritmos de sucção e degustação são pobres e débeis, estes transtornos alimentares podem ser acompanhados de regurgitação passiva importante. Podem provocar atraso de peso e altura. Os cuidados satisfazem a apelos tomando-os como puramente biológicos, não exibem riqueza libidinal. Trata-se aqui da mãe calmante.

Nelas o bebê não funciona como regulador dos cuidados maternos, de sorte que a onipotência da mãe não conhece limites e sua variabilidade não tem mediações. Ou a mãe persegue a realização do seu desejo sem ter em conta as necessidades do filho, ou sua própria demanda libidinal frente ao bebê é muito pobre.

A proposição teórica de Philippe Gutton se mostra interessante por contemplar na própria caracterização semiológica a interação como propõe que seja realizada. Podemos acompanhar um delineamento psicanalítico nessa teorização do autor que não se restringe a uma análise puramente fenomenológica, mas constata aspectos estruturais e inconscientes. Apesar de muito interessante na sua vertente objetiva, é preciso certo cuidado para não estratificar tipologias maternas, e certamente não foi essa a intenção do autor.

### - Bernard Golse

Em seu livro escrito juntamente com Christelle Bénony<sup>9</sup>, ambos os autores consideram que a atitude fundamental ante os sinais de sofrimento

<sup>9</sup> *Psychopathologie du bébé*, editons éres.

do bebê é descrever com o máximo de detalhes o quadro que se apresenta para o clínico, por apresentarem postura descritiva bastante clara e objetiva desses sinais de dificuldades. Para cumprir com tal objetivo dividem em três eixos de referências as possíveis perturbações que podem envolver pais e bebês: as grandes situações clínicas em torno do bebê, as perturbações do laço e o funcionamento parental. São três pilares de referência para considerarmos a psicopatologia do bebê.

### ◆ As grandes situações clínicas em torno do bebê

A dupla função da alimentação (nutrir e dar prazer) na relação de uma mãe e seu bebê, compõe-se do sugar o seio materno, da deglutição do leite na boca, e em fazer funcionar todo o aparelho digestivo, ao mesmo tempo em que o prazer da sociedade se associa à visão do rosto da mãe, seu contato físico, seus carinhos. A alimentação se confunde, então, com a mãe para o bebê e as perturbações da alimentação descrevem as perturbações da relação.

#### – *Perturbações alimentares*

• Anorexia mental: recusa da alimentação sem causa orgânica primária;

• Anorexia primária: instaura-se desde os primeiros dias, é uma inapetência do lactente, não pega o seio ou desvia deste, permanece numa situação passiva mesmo estando bem acordado. É uma anorexia rara, mas muito grave, normalmente é mascarada como afecção orgânica necessitando reanimação intensiva. Não se deve forçar a alimentação;

• Anorexia do período neo-natal: Existe a ativa e a por inércia. Na primeira, a reação do bebê é de desvio do seio ou mamadeira, às vezes se associa um desvio do olhar. A segunda caracteriza-se pela passividade, como se o bebê estivesse privado da sensação de fome, pode dar a impressão de não saber se servir do seio ou mamadeira;

- Anorexia comum do segundo semestre: É a mais freqüente. Mesmo com a criança viva, alegre, com um bom contato, essas crianças são descritas pelos pais com recusas categóricas e acabam tendo a última palavra apesar dos esforços maternos. A hora da alimentação se torna uma luta. É também chamada de anorexia de oposição, e pode começar com o desmame, episódios infecciosos, vacinação, mudanças nas circunstâncias alimentares. Normalmente um acompanhamento psicoterapêutico provoca uma modificação da situação, sendo que os tratamentos medicamentosos podem ter conseqüências nefastas, pois atacam pura e simplesmente a fenomenologia do sintoma e não as causas relacionais.

- Merecismo: é uma conduta de ruminação aberrante e provoca um prazer insólito. A criança parece imóvel e com olhar vago no momento da ruminação, pode ocorrer desnutrição e desidratação. São ávidos por contato. Normalmente ocorre por carência afetiva e cuidados descontínuos, é uma atividade auto-erótica compulsiva e repetitiva. Pode vir a ser letal. Necessita de atendimento psicoterapêutico e pediátrico;

- Vômitos psicogênicos: quando as causas orgânicas são excluídas, englobam bebês que vomitam quando estão nervosos, excitados, ou quando expostos a situações tensas. Relacionam-se a uma hipersensibilidade, hiperatividade e hiperexcitabilidade. As relações do bebê com sua mãe ou seu pai são marcadas por uma super estimulação repleta de irregularidades nos cuidados e investimentos afetivos.

### *- Perturbações alimentares em famílias desfavorecidas*

- Nanismo de frustração: ingestão desmedida de alimentos sem discriminação qualitativa. Aparece muitas vezes junto com o andar. Estão sempre em busca de alimentos e bebidas, e absorvem em grandes quantidades. Esses retardos de crescimento combinam frustração e maus-tratos

- Pica: ingestão repetida de produtos não alimentícios, como terra, areia, parede. Contexto depressivo, auto-destrutivo e auto-agressivo. Falta de investimento dos cuidadores.

- Anorexia mental do KWASHIORKOR: mal-nutrição proto calórica, caso haja uma descompensação depressiva materna, a criança pode responder com uma anorexia depressiva.

- Refluxo gastro esofágico: caracteriza-se pela volta anormal e freqüente do conteúdo gástrico do esôfago sem esforço de vômito.

- Refluxo Gastro esofágico fisiológico: emissão do leite pelo gôto<sup>10</sup>.

- Refluxo Gastro esofágico patológico: regurgitações anormais freqüentes<sup>11</sup>, dolorosas, seguidas de complicações como esofagite, dores em torno da alimentação, choros, hipertonia, vômitos com sangue, otites, bronquites<sup>12</sup>.

- Vômitos Psicogênicos: Formas correntes: funcionais, sem causas orgânicas ou secundárias. São ativos, e reativos, regurgitam quando excitados ou enervados. Situações de super excitação. São relações de grandes estimulações com irregularidades de investimentos. Em alguns casos podem responder a uma situação de passividade: preenchimento excessivo.

### *– Perturbações do Sono*

Enquanto o recém-nascido precisa em torno de dezenove horas de sono, no fim do segundo semestre quinze horas diárias são suficientes, com duas dormidas diurnas. O sono não é uma condição somente neurofisiológica, mas depende dos cuidados maternos, a mãe é a verdadeira guardiã do sono do seu bebê.

- Insônias precoces: desde o nascimento ou primeiras semanas. Descrevem um sinal de alarme entre um ajustamento materno difícil, mãe

---

<sup>10</sup> É o que chamamos em português de gofada, normal em qualquer mamada. N.A.

<sup>11</sup> Acrescento aqui que um sinal importante nos refluxos patológicos é a perda de peso. N.A.

<sup>12</sup> O grupo de Kreisler afirma ser fundamental considerar no refluxo gastro-esofágico uma síndrome relacional, são mães ansiosas, pouco confiantes e suas competências. Na minha experiência, essas observações do grupo de Kreisler também acontecem, além de serem mães com uma extremada preocupação com uma possível morte do bebê, que normalmente as acompanha desde a gestação.

pouco segura, e um bebê sensível. Períodos de sono breves, acordadas e choros freqüentes. Podem se apresentar com gritos infundáveis, com descargas motoras e ou pode ser silenciosa;

- Formas graves de Insônias: não dormem mais do que duas horas seguidas. Podem se apresentar com gritos e atividade motora excessiva.

- Insônia calma: silenciosa (dormir de olhos abertos);

- Insônia do segundo ou terceiro ano: revela desejo de autonomia e necessidade de dependência. Angústia de separação normal nessa fase;

- Problemas do sono por excitação psíquica: difícil de pegar no sono e sempre acorda rápido, sono agitado;

- Problemas do sono ligados a uma hiperatividade motora: de 09 a 30 meses, alternância de períodos de sono profundo e leve com despertadas freqüentes e imediatas. Seguidos de necessidade de atividades motoras durante a noite. Há uma hiper estimulação materna;

- Terror noturno e pesadelos: do segundo semestre a 4/5 anos. Gritos durante o sono, olhar de terror, agitado, debatendo contra sujeitos invisíveis, demora para retomar o contato, reações neuro vegetativas. Separação brutal do pai ou mãe.

### *– Perturbações de expressão motora*

É importante avaliar a maturidade, a expressão motora e o desenvolvimento da criança. As relações com espaço e tempo, assim como a postura da criança. A observação do tônus da criança é fundamental, pois é daí que emerge o movimento.<sup>13</sup>

- A hipotonia: ausência de sustentação da cabeça, retardo da posição sentada, não instalação de reações posturais e motoras. Características como extrema passividade, ausência de exploração no tocar dos objetos, precariedade da tonicidade, incluindo que os autores insistem na incapacidade do tônus axial de ser estimulado;

<sup>13</sup> Assim como indica o diálogo corporal entre o bebê e sua mãe. N.A.

- O retardo psicomotor: reenvia normalmente a um estado de retardo maturativo em relação à escala genética validada estatisticamente. Não deve ser confundido com inibição motora, lentidão do movimento, que podem revelar um retardo mental, uma psicose ou estado depressivo;

- Instabilidade motora<sup>14</sup>: existe nesses casos uma espécie de defeito no sistema de para-excitação, com uma incapacidade de permanecer só na presença de um outro. Mesmo que não descartemos uma origem neurofisiológica, podemos verificar aí um certo modo de defesa contra a depressão. Podem necessitar de tratamentos em conjunto: medicamentoso e psicoterápico.

#### *– Outras perturbações somáticas*

- Cólicas do primeiro ano: caracterizam-se por gritos no final da tarde depois de um dia calmo, e podem se prolongar até à noite. Normalmente decrescem depois do terceiro mês de vida. O sistema imaturo do bebê pode ser responsável pela dificuldade apresentada, porém não devemos descartar falhas no sistema de para-excitação parental.

- Bronquites asmáticas e eczemas são também perturbações psicossomáticas importantes.

#### *– Perturbações da linguagem*

Perturbações da linguagem e da fala: na aquisição (dificuldade na aquisição da fala e da comunicação), articulatórias (afetam a produção da fala oral), retardos simples.

#### *– Depressões do bebê*

- Depressões anaclíticas: reação à separação materna, pode ser entendida como um retorno sobre si mesmo das pulsões agressivas, aparece

---

<sup>14</sup> Os autores preferem usar o termo *instabilidade motora* quando outros usam: *hiperatividade*, *agitação* ou mesmo *hiperquinético*.

como consequência de um desapego brutal, verdadeira privação de necessidade primária;

- Depressão branca: bebês confrontados a rupturas ou fracassos no holding materno depois de já ter anteriormente funcionado calorosamente e carinhosamente. Atonia tímica (carências sem choros, nem lágrimas, prazer de desejar é alterado), inércia motora (lentidão e monotonia do gesto, mímica pobre, retraimento interativo (empobrecimento da comunicação, queda das iniciativas e respostas, fixação do olhar, desordens psicossomáticas);

- Síndrome do comportamento vazio: se inscreve no quadro das carências relacionais qualitativas, bebês que vivem muito tempo ou cronicamente em ambientes deprimidos, comportam semblante de tédio e vazio, além de apresentarem morosidade. É uma situação muito grave: o estado agudo da inércia depressiva. Podem chegar a situações de alarme: parada respiratória e cianose. Quadro de carências relacionais durante muito tempo e de forma crônica. "Relação desértica habitual".

### – *Autismo*

Quando Leo Kanner o definiu apresentou as características: falta de atitude antecipatória, defeito de ajustamento postural, perturbações nas condutas alimentares, perturbações do comportamento, retraimento e indiferença ao mundo exterior. Existem formas vizinhas: síndrome do X frágil (retardo mental com dismorfia facial e perturbações do comportamento), síndrome de Asperger (melhor desenvolvimento da linguagem, pensamentos rígidos, podem apresentar auto-nível intelectual). Síndrome de Rett (acontece somente em meninas apresenta uma regressão da motricidade, da linguagem e algumas características do autismo como o olhar vago e pouco interesse pelos objetos ou pessoas).



### - *Perturbações do laço*

As perturbações do laço formam o que há de vivo na psicopatologia do bebê, afirmam os autores, na medida em que este bebê só pode ser pensado na relação com seu cuidador. Chama atenção para o impacto das perturbações do laço e as situações de carências. Além das carências qualitativas e quantitativas, existe um tipo muito significativo: as carências provocadas por uma descontinuidade interativa, que fazem o bebê sofrer pelo caráter de imprevisibilidade e pela desorganização das interações.

### ♦ *O funcionamento parental*

#### - *Psiquiatria perinatal*

- Depressões maternas: pós-parto *blues* é uma síndrome aguda, transitória, fisiológica, mais intensa entre o terceiro e quinto dia após o parto. Trata-se de um sentimento de tristeza, irritabilidade ou abandono. Porém, é um estado normal que inclusive ajuda a mãe a construir seu laço com o bebê. Já as depressões maternas pós-natais, merecem nossa atenção, pois, essas mães com depressão têm pouco prazer nos cuidados com seu bebê, se desvalorizam, sentem-se incompetentes e se acusam de não saber cuidar deles. As interações comportamentais são muito pobres e marcadas por uma grande descontinuidade. Essas mães estão presentes fisicamente, mas não psicologicamente.

- Psicoses maternas: Apresentam-se de forma aguda, quando ocorre uma crise do pós-parto, mas podem se apresentar de forma crônica, quando a mãe antes de engravidar já é diagnosticada. As formas agudas são mais importantes em termos psicopatológicos, pois, põem em risco os cuidados com o bebê.

### - Graciela Crespin

A autora define a clínica precoce como “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*” .

Ela nos traz um interessante ensaio semiológico, pois, tenta conjugar funções, paterna e materna, ao mesmo tempo com objetos pulsionais (olhar, voz, oralidade) e indicadores de troca entre o bebê e seu cuidador ( sono e registro tônico-postural).

Parte do pressuposto que a prematuração da espécie humana oferece ao bebê uma condição de dependência e desamparo inicial em sua vida. Uma dependência a algum outro humano que possa cuidar do bebê, portanto, a necessidade do ser humano de um outro está ligada à sua condição de prematuridade. É dessa dependência inicial que guardamos uma cicatriz que chamamos de AMOR (força incrível que liga uns aos outros). Na concepção da autora, a humanização só pode ser assim denominada, se transmitida por um semelhante a um semelhante, por um ser de linguagem. Esse semelhante precisa ler os sinais do que o bebê necessita, ele é sustentador do *desejo*. E é por essa leitura dos sinais de dificuldades do bebê que os cuidados maternos devem ser pensados como um sistema de linguagem.

Quando a mãe cuida do seu bebê ela lhe transmite os signos culturais e familiares da sua história, pois, lerá esses sinais do bebê a partir de seu repertório de vida. As marcas inconscientes maternas (quando foi criança) fazem parte dos registros que irá usar para cuidar do seu bebê. O instinto materno pode ser definido como a reativação dos traços mnésicos inconscientes da maternagem pela mãe recebida.

As funções paternas e maternas são duas vertentes do laço primordial:

- Materna: é uma função atributiva, de natureza transitiva (como o bebê foi parte da mãe ela assume melhor essa função). A mãe *sabe sobre o seu bebê como ela sabe sobre ela mesma*;

• Paterna: operador psíquico da separação. Traduz um corte na relação onipotente da mãe (o homem assume mais facilmente essa função porque o bebê não é pensado por ele como uma parte sua);

O bebê apresenta sinais que podem ser organizados em:

• Sinais positivos do desenvolvimento: testemunham que os processos psíquicos subjacentes se desenrolam como previstos.

• Sinais de sofrimento que se subdividem em duas séries:

• Série barulhenta, que tem a qualidade de alertar o meio, na maior parte do tempo exemplifica um excesso de mãe. É como se o bebê tivesse que sozinho assegurar a função paterna, impor limite ao poder materno;

• Série silenciosa: em que os signos podem passar despercebidos, correspondem ao momento que o bebê pára de lutar para colocar um limite na mãe, quer dizer uma ausência radical de pai.

É na confrontação do bebê ao funcionamento dialético dessas duas funções (maternas e paternas) que poderemos identificar os sinais positivos e os sinais de sofrimento.

### *– No Registro da Oralidade (o alimentar)*

O sentido das trocas alimentares será dado pelo desejo inconsciente da mãe e o que ela atribui como desejo do bebê. É a metáfora do AMOR que suporta a relação alimentar. (ela dá porque ama, ela aceita porque ama).

• Sinais positivos do desenvolvimento:

Tudo vai bem quando o bebê tem prazer em ser alimentado. Importa para a sua satisfação, não só o leite, mas a presença daquele que o alimenta.

• Sinais de sofrimento da série barulhenta:

Conjunto das recusas alimentares: o bebê lembra brutalmente que ele é outro, colocando um limite ao poder materno.

• Signos de sofrimento da série silenciosa:

Preenchimento passivo: aqueles que se deixam “encher” de comida. Pode descrever uma indiferenciação do laço. Em instituição devem ser

tratados estando com o bebê fora dos horários de alimentação, manter uma continuidade dos cuidados independente da alimentação.

### *- No Registro da Especularidade (o olhar)*

O olhar deve ser distinguido da visão. A segunda é o funcionamento de um órgão e o olhar é uma função psíquica, implica a representação. Relaciona-se a imagem do corpo: “parecer com o semelhante, aquisições do desenvolvimento motor, investimento e reconhecimento”.

- Sinais positivos de desenvolvimento:

Após a vacilação inicial do olhar, este vai ser instalado como sinal de um diálogo. O olhar é um indicador de presença.

- Signos de sofrimento da série barulhenta:

Evitamento seletivo do olhar: é ativo e é uma recusa do olhar e não uma falta de olhar. É uma defesa do bebê, começando com o cuidador e podendo se generalizar.

- Sinais de sofrimento da série silenciosa:

Não fixação do olhar, olhar vago ou que se agarra em pontos luminosos. Outras formas de fixação podem aí se conjugar: estrabismo fisiológico ou nistagmos. A sedação da angústia materna favorece ao término do agarramento do olhar.

### *- O Registro Vocal (fala e voz)*

A voz recobre uma série de fenômenos, vamos isolar dois: a instituição do apelo e a introdução ao código da linguagem. Um bebê que vai bem é um bebê “lisível”. Signos positivos de desenvolvimento: há uma diversificação do registro vocal, a mãe atribui sentidos aos sons e recortes da cadeia do bebê.

Mais os sons se diversificam, mais os gritos inarticulados se interrompem e o bebê se torna capaz de se deixar consolar pela palavra.

- Sinais de sofrimento na série barulhenta:

Persistência de gritos inarticulados e inconsolabilidade. Os gritos continuam como pura descarga, não se torna apelo. Os sinais dessa série são tentativas desesperadas de se fazer escutar.

- Sinais de sofrimento na série silenciosa:

Silenciamento do apelo corresponde ao abandono da tentativa de estabelecer contato. Atenção aos bebês ditos “muito fáceis de cuidar”.

### *– O Registro do Sono*

Estes são indicadores preciosos da qualidade do laço. A capacidade de dormir, de encontrar no sono o repouso, parece correlata à capacidade de se separar do outro. A representação da presença na ausência deve ser suficientemente elaborada no bebê para que possa se separar ao dormir.

- Sinais positivos do desenvolvimento:

Diferenciação cada vez mais clara entre sono e vigília. O bebê deve encontrar no sono um bom repouso, assim como, o seu estado de vigília deve estar em boa qualidade;

- Sinais de sofrimento na série barulhenta:

Tentativas ativas do bebê para lutar contra o momento de se confrontar com a separação.

Não é indicado atacar o problema em si mesmo, se a criança tem limites durante o dia é possível que isso o problema se resolva.

- Sinais de sofrimento na série silenciosa:

Hipersonia (pode ser encontrada no período de adaptação em creche) e insônia calma (são aqueles bebês que após a mamada, colocados no berço, duas horas depois estão acordados, com os olhos para o teto, não dormem e nem brincam, não chamam por ninguém).

### ***- Registro tônico postural***

- Sinais positivos do desenvolvimento:

As grandes aquisições motoras e diálogo tônico são indicadores de qualidade da relação.

- Sinais de sofrimento na série barulhenta:

Hipotonias, hipertonias e retardos psicomotores. Aqui a qualidade do “carregar” ao colo é determinante (normalmente são bebês difíceis de carregar).

- Sinais de sofrimento na série silenciosa:

Balancesios: auto-balanceamentos. São realizados para assegurar uma continuidade psíquica;

Estereotípias: instalada no segundo ano, podem aparecer desde o primeiro ano de vida.

### ***- Considerações específicas em torno da psicopatologia do bebê***

Considerar uma psicopatologia do bebê implica constatar o sofrimento. Seria um sofrimento precoce? Porque a nomeação de precoce? Essa palavra certamente se refere ao que vem antes, e se a usamos como sofrimento precoce, esse seu uso corresponde a um ideal relativo às aquisições da criança, ou seja, é um sofrimento precoce por antecipar que um sofrimento supostamente só se daria através da sua possibilidade dessas aquisições. O que a psicopatologia do bebê trouxe de contribuição é mostrar que outras formas de expressar o sofrimento no humano que não somente a fala ou outras aquisições poderiam anteceder-las.

Freud ao descrever em 1985 um esboço de aparelho psíquico, indicou que existiam dois circuitos que marcam o psiquismo: o da dor e o da satisfação. O sofrimento não estava, necessariamente, ligado somente ao circuito da dor, mas a ambos. No circuito da dor o sofrimento ocorre a partir da tensão da falta do objeto e, ao ser registrada a necessidade do

objeto, no da satisfação o sofrimento se dá no registro das associações necessárias para buscar a próxima cadeia que leve à satisfação. Tanto a dor como prazer se refere às variações nas tensões e apaziguamentos dessas tensões corpóreas. Em outras palavras, existindo psiquismo há sofrimento, o sujeito sofre para existir porque marcar o psiquismo é sofrer daquela memória, tanto para lembrar, como para recalcar.

A pergunta que Freud sempre formulou e que retomo agora no debate sobre a psicopatologia do bebê é: se o sofrimento faz parte da constituição do psiquismo, qual o sofrimento que impede a constituição do sujeito, ou o seu desenvolvimento, ou as suas relações?

Qual o sofrimento que significa um risco para o bebê em sua existência?

O sofrimento que afeta a capacidade do bebê em se constituir na sua relação com o outro. Nem todo sofrimento é patológico, nem todo sinal de risco é uma ameaça à existência, alguns podem ser entraves e podem afetar o bebê no âmbito do seu desenvolvimento, das interações, do seu corpo somático, das suas funções, além do constitutivo.

Os bebês nos ensinaram que não podemos opor sofrimento psíquico e físico, a dor física pode se exprimir por perturbações afetivas e relacionais, assim como seu corpo nos fala do sofrimento afetivo e psíquico (GOLSE, 2003).

Nos primeiros tempos da vida o bebê está totalmente aberto ao meio que o circunda. As inscrições psíquicas ainda não têm defesas na direção fora – dentro, normalmente o mundo entra direto no bebê, se assim podemos expressar. É aos poucos através de operações e mecanismos psíquicos que o sujeito desse bebê poderá se tornar único, um, diferente do mundo, do outro.

### **– O Corpo do Outro**

O trabalho inicial para existir e se constituir como humano não é simples. Corpo e psiquismo precisam do Outro para tal empreitada. Vejamos quais aspectos são importantes nessa empreitada do candidato a sujeito.



- Lugar do bebê no discurso dos cuidadores;
- A função do bebê na família e no casal;
- O imaginário dos cuidadores sobre o bebê;
- Cuidados com o bebê;
- O que planejam para o bebê;
- Como se dirigem ao bebê;
- Possibilidades de sofrerem o limite pelo corpo do bebê e suportar isso;
- Codificações e decodificações aos apelos do bebê;
- Outros interesses na vida deles para além do bebê;
- Ausência/presença do bebê para eles;
- Transitivam e antecipam em relação ao bebê;
- Capacidade para ler os sinais do bebê, transformando-os em apelos para si. Sentindo-se preocupado pelo bebê;
- Possibilidade para encarnar as funções paternas e maternas.

– *As expressões de desorganizações do corpo do outro*

Os cuidadores primordiais na vida de um bebê inscrevem aí não só a possibilidade de sua existência simbólica, mas podem também entrar com o seu corpo na relação das mais diversas formas, e muitas vezes, com perturbações que somarão dificuldades no laço de um ao Outro. Aqui aponto as impossibilidades para encarnar as funções paternas e maternas. Outro modo um tanto quanto difícil é o “inchaço” nas projeções parentais em relação ao filho, colocando este em outro lugar (por exemplo, de um morto, de um parente com patologias etc.). Quando as projeções parentais em relação ao bebê ultrapassam o bebê propriamente dito, quando se desloca ou se transfere para o bebê projeções inconscientes de outras situações (por exemplo, ver no bebê traços de algum morto, de uma pessoa da família doente, enfim diversas são as circunstâncias que favorecem esse “inchaço” projetado em relação ao bebê).

*- A Psicose nos pais*

Descrevem cuidados maternos que necessitam serem apoiados ou secretariados. Apesar de serem muito cuidadosos com o filho nem sempre conseguem sozinhos referenciais para os cuidados cotidianos do seu bebê. E se estão em momentos de surto ou crises persecutórias, os cuidados com o bebê podem se inviabilizar circunstancialmente.

Como se mostra a fenomenologia dos pais?

- A mãe fala bastante sobre seu bebê, e com afeição, mas pouco fala com ele;

- Os profissionais ficam mais preocupados com o que vêem e não com o que escutam;

- Alternam comportamentos fusionais ou grandes distâncias em seqüências muito rápidas;

- O carregar do bebê é, muitas vezes mal adaptado, pouco protegido. É como se o corpo da mãe não conseguisse se adaptar ao do filho;

- Falam muito pouco com o bebê e lhes respondem mais raramente;

- Interações vocais pobres. Ausência de mamanhês;

- Mímica facial pobre, indiferente ou rígida. Mímica em desacordo com o que sentem;

- Grande dificuldade de se adaptar às necessidades do bebê: aberrações alimentares, de vestimenta, ritmo sono/vigília, segurança do bebê;

- Maus-tratos físicos são raros por parte das mães psicóticas;

- Preocupam-se em transmitir sua doença, ou prejudicar o bebê com sua doença;

- Dificilmente conseguem dizer não;

- O pai, se presente, não assume lugar de terceiro;

- Não suportam o choro do bebê.

Pais psicóticos são pouco perigosos fisicamente para seus filhos, mas o são em potencial nos casos agudos. Pois podem provocar passagens

ao ato, fobias de impulsão, durante um acesso delirante. É importante verificar se o bebê ocupa o lugar de algum personagem perseguidor no delírio, nestes casos temos uma situação de perigo iminente para o bebê. É comum serem fisgados pelos órgãos genitais dos bebês, pelo enigma e atração que esse orifícios podem provocar, esse é o segundo fator de risco para a relação. Nestes dois casos é preciso pensar alternativas circunstanciais de cuidadores para uma maior segurança.

### *- A depressão materna. O rosto sem vida*

Depressão pós-parto *blues*: breve período fisiológico depressão e euforia (disforia), que ocorre durante alguns dias após o parto e tem seu pico entre o terceiro e o quinto dia.

Depressões do pós-parto: perturbação depressiva importante, que tem seu início no segundo mês, ou mesmo quando ultrapassa a depressão blues e permanece até ao final do primeiro ano de vida. Perturbação do humor, tristeza ou disforia estáveis que independem dos acontecimentos externos, que persistem mesmo quando a mãe fala de seu bebê. (outros sintomas: perda de interesse, cansaço constante, impossibilidade de encontrar prazer). Quero me permitir levantar um detalhe importante para discernir a depressão grave de uma mãe no seu pós-parto: quando ela se desinteressa pelo seu bebê. Dado que perder um pouco o interesse pelo mundo exterior, pelas notícias, pelos acontecimentos diários do dia a dia fazem parte do recolhimento necessário de uma mãe para se colocar disponível ao seu bebê, para se identificar com ele e poder aprender a dar significações aos seus chamados. O grave é quando esse desinteresse ou falta de vontade chega até o seu filho (alguns cuidados mecanizados podem falar do esforço materno em driblar a depressão sem sucesso).

## ♦ O corpo do Outro: circunstâncias adversa

### – O bebê hospitalizado

Essa circunstância de hospitalização pode dificultar alguns setores da vida do bebê: seu corpo, suas relações com o outro e com seu entorno. Modifica-se o sistema perceptivo-sensorial com as manipulações e a permanência numa incubadora. É manipulado ou mesmo privado de algumas alternâncias: fome/saciedade, sono/vigília, presença/ausência. Possui um projeto psico-motor muito restrito além de seus gestos e movimentos não modularem a intensidade de possíveis dores ou incômodos. Quando emite um grito esse muitas vezes não é elevado à categoria de apelo e se está entubado nem ouve seus próprios gritos. Submetidos às hipo e hiper estimulações que ultrapassam suas capacidades psíquicas integradas podem deixar de reagir e iniciarem um processo de retraimento. O lugar dos aparelhos merece uma exaustiva pesquisa, assim como os bebês ainda não desenvolveram operações psíquicas de separação, estes podem ser sentidos como partes do próprio corpo do bebê.

### – O bebê abrigado

A alteração dos cuidados maternos caso haja rotatividade de profissionais, Põe em risco a antecipação. Maior dificuldade para adaptar-se ao corpo do outro. O apelo ao outro pode ser empobrecido. Menor diversidade da paleta vocal dado à carência de cuidadores permanentes para significá-los e ressignificá-los. Se ocorre atividades de auto-balanceios é porque, talvez, já não contam com o outro. Começam a usar alguns mecanismos para se protegerem: isolamento e retraimento ou relação “colada” ao cuidador.

Nas duas circunstâncias o trabalho em rede interdisciplinar de profissionais e a tentativa de permanência constante de algumas variáveis nos cuidados de maternagem favorecem a construção de outro caminho, um desvio nesse início de vida a partir do sofrimento.

**– O que pode ajudar na direção do tratamento do bebê e detecção precoce de sofrimento?**

Tomemos aqui a sugestão de Bernard Golse em se descrever ao máximo e com a maior riqueza de detalhes os sinais apresentados tanto pelo bebê, como nas relações do bebê ao Outro. Proponho, entretanto, que esses sinais possam realmente ser lidos considerando de forma radical o enlaçamento do bebê aos seus outros, contando aí circunstâncias de vida e história de vida. Um terceiro aspecto que me aparece importante como referência para os sinais de dificuldades é a condição do organismo em desenvolvimento na estruturação do sujeito. Minha proposta é que tomemos sempre essa direção para fazermos leituras sobre a psicopatologia do bebê em nossas clínicas ou em nosso trabalho:

- Descrição detalhada do cenário do bebê (seus sinais);
- Leitura refinada de enlaçamento do bebê ao Outro;
- Observação dos fenômenos de transitivismo e antecipação;
- Os tempos de estruturação interpelados pelo desenvolvimento do organismo.

Todos esses aspectos são essenciais para o dia a dia de qualquer profissional que esteja trabalhando com bebê. Acrescento um pouco mais:

- Do lado do cuidador:
  - Materialidade das palavras e o sistema dos cuidados primários somam um sistema de linguagem. Significação dada aos sinais do bebê. Função de codificação e decodificação.
- Do lado do bebê:
  - Seu corpo, seus gritos, suas vocalizações. O bebê apela, interpela aquele que cuida dele. O bebê, também, através do seu corpo e da sua voz, interpela seu cuidador, fisga sua atenção e suas respostas.

## ♦ Parâmetros para análise de sinais psicopatológicos da relação

### • *Sinais de dificuldades que se materializam no corpo do bebê:*

Inscrições, marcas no corpo do bebê como apelo ao olhar do Outro. Quando o seu grito não consegue se fazer de apelo ao seu cuidador primordial, o bebê tem que se utilizar de outros artifícios para tentar fugar o gozo desse Outro materno. O investimento do cuidador primordial pode, por exemplo, se fazer em relação a essa marca no corpo. Outra possibilidade é que essa marca apareça como um enigma que não consegue ser decifrado pelo olhar do cuidador primordial em situações de extremo transativismo. A função dessa inscrição sintomática, nesse caso, é barrar um excesso de transativismo materno (BERGÈS E BALBO, 1999). Quando o cuidador primordial “sente” diretamente o que o corpo do bebê sofre, pode se apresentar como uma certeza do saber materno sobre o filho.

### • *Sinais que apontam para uma função que foi transbordada:*

Diretamente relacionados à função do tempo e do cuidado do agente materno. O que o candidato a sujeito provoca para antecipar a leitura do desejo do cuidador. O jogo entre demanda e desejo aqui é tentar ler do cuidador primordial o que pode atizar o seu investimento. Quando uma “preocupação” ou “receio” do cuidador primordial pode ser lido pelo sujeito como sendo distúrbio do sono (insônia), da alimentação (anorexia) e da respiração. Parece aqui que, como afirmava Freud no Projeto em 1895, que ao fazer um caminho que fogue o agente materno ou um cuidador primordial, uma facilitação se traça no psiquismo: há que se repetir nessa espécie de retroalimentação ao Outro: preciso dar a ele o que ele me pede, o que lhe preocupa.

• *Sinais que apontam para uma perturbação do laço entre o bebê e seu cuidador primordial, os efeitos dos seus gestos e interesse, nos eixos olhar e voz:*

O olhar do cuidador primordial “previamente” desviado e os efeitos dos gestos do bebê tendem a encontrar ou desviar desse olhar. A resposta depressiva do bebê pode aparecer aí como falta de interesse pelo mundo das pessoas e dos objetos. Logo, a depressão do bebê é uma resposta possível a leitura que o bebê pode fazer sobre o desejo do Outro. No caso da voz, todas as sutilezas da não entonação vocal no despertar do bebê:

• *Sinais que apontam para não instauração das operações básicas de constituição do sujeito:*

O que podemos considerar é que os sinais, acima apontados, indicam formas distintas de entrelaçar demanda e desejo, seja em dificuldades ou mesmo em fracassos desse laço inicial, dado que está considerado, nesse caso, que se trata de três lugares, que podemos nomear aqui de: sujeito, Outro e um espaço entre eles. O importante é marcar que o lugar do sujeito se instaura em relação ao lugar do Outro.

Mas mesmo que exista para o sujeito a impossibilidade de deciframento do desejo desse representante do Outro lugar, pois o desejo é enigmático, existe para o sujeito a necessidade de ser para o Outro. É preciso para o sujeito aparecer nesse Outro lugar como um representante do vivo, que ele acredite viver por sua causa. Esse outro lado a ser considerado, o do narcisismo e do amor, realiza a ilusão necessária à sobrevivência do bebê a partir de seu cuidador. É preciso que o bebê acredite que o abismo que o separa do seu cuidador primordial, em relação à realização do desejo, possa ser recoberto e tenha condição de ser decifrado. Para o cuidador é preciso que acredite ser esse bebê sua satisfação narcísica. Para o bebê, é necessário que o cuidador primordial faça tudo isso por amor a ele. Nesse impossível há que se abrir, nessa ordem de enganos entre o sujeito e seu cuidador, um espaço de Dom.



Acredito que não é por acaso que os casos que atendemos de bebês em dificuldades, são situações que remontam, nas relações entre a demanda e o desejo, às vicissitudes do amor.

Consequência para o trabalho com o bebê: se os sinais ou sintomas só podem ser decifrados através de uma leitura do laço, bebê- cuidador primordial, imperativamente, o trabalho com o bebê há que ser realizado com o bebê e seus cuidadores primordiais.

Alguns temas ainda precisam ser elaborados no que se refere à relação do bebê com seus cuidadores, nos próximos capítulos veremos mais detalhadamente:

- sobre as mães,
- os pais psicóticos e
- sobre possíveis políticas em saúde mental precoce.

♦ **Para ajudar os profissionais: diferenças sutis entre ricos de evolução autísticas e as desorganizações depressivas no bebê:**

A definição de desordens depressivas ou respostas depressivas já indicam que não se trata de uma depressão estruturada, no caso da criança. Existem alguns sinais fenomenológicos que podem estar presentes tanto numa como noutra.

- A apatia que priva o bebê de suas apetências afetivas.
- Atonia afetiva: revelam uma indiferença morna, sem lágrimas ou queixas.
- Inércia motora: monotonia do movimento e lentidão, com uma mímica pobre.
- Tendência repetitiva, atividades lúdicas monótonas e repetidas também.
- Pobreza interativa, retraimento: queda das iniciativas e das respostas às solicitações. Pode ocorrer o desaparecimento da angústia do oitavo mês. Evolução: angústia e apelo ativo, mecanismos de luta desaparecem, ocorre o retraimento.

• Depressão Anaclítica (significa se apoiar em): Refere-se a uma forma de ruptura da relação objetal. Reação à separação da mãe, de seu cuidador primordial. Após uma ruptura do laço com o cuidador primordial se sucede um desespero dramático da angústia do oitavo mês, gritos e choros, perturbações do sono e apetite, retraimento, gemidos privados de vocalizações de protestos, ausência de resposta ao estímulo, isolamento numa indiferença grande, queda do desenvolvimento e multiplicações de problemas psicossomáticos.

Leo Kanner descreveu em sua época, a Síndrome Autística através dos seguintes sinais:

- Inabilidade em ter relações normais com pessoas e situações da vida desde uma idade muito precoce;
- As crianças são descritas por seus pais como: “auto-suficientes”; “parecem mais felizes quando deixados a sós”; “agem como se não houvesse ninguém por perto”.
- Incapacidade de condutas antecipatórias;
- Dificuldades em ajustes posturais;
- Perturbações em condutas alimentares;
- Comportamento repetitivo

Ele resume em duas características que se tornaram condições sempre presentes para o diagnóstico de autismo:

- Necessidade de manutenção do mesmo (Sameness)
- Preferência em ficar sozinho

Atualmente é considerado portador de autismo aquela criança que tem dificuldades específicas de:

- se comunicar,
- se socializar,
- e apresenta interesses restritos e comportamentos estereotipados,

tendo iniciado com essas dificuldades antes dos 3 anos”.(HOCCHMAN, 2009).

Bernard Golse aposta que é preciso ter a transferência como referência essencial para um diagnóstico diferencial. A contratransferência: considerar o que sente no *setting* em relação ao paciente.

Mas já existem pesquisas que apontam:

| <i>Bebê em risco de evolução autística</i>                                        | <i>Bebê com respostas depressivas</i>                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Se interessam mais pelos objetos, se mostram interesse, é repetitivo.</i>      | <i>Interesse pobre pelos objetos, mas têm pelas pessoas também.</i>                           |
| <i>Se estimulados, não respondem ou não sustentam por longo tempo a interação</i> | <i>Se estimulados começam a responder mais rapidamente e em menos tempo, e cada vez mais.</i> |
| <i>Exame físico dentro do esperado.</i>                                           | <i>Podem apresentar: baixo peso, parada no crescimento, lentidão motora, apatia.</i>          |

Evolução da resposta ao tratamento: a resposta depressiva tem uma evolução mais linear durante o tratamento e mais rápida, à medida que o paciente vai sendo investido pelo terapeuta e pelos pais, a criança vai saindo da situação de inibição. Seu evitamento de olhar é normalmente uma recusa ativa. No tratamento com hipóteses autísticas, um avanço numa sessão do trabalho não traz garantias a uma continuidade desta evolução nas próximas sessões, podem evoluir e parar, podem crescer e continuar, podem demorar muito a manifestar qualquer sinal de melhora, apresentam um ritmo pouco previsível de evolução. Aqui o evitamento de olhar nos faz sentir uma indiferença, muito mais que uma recusa ativa.

Diferenciar a recusa ativa da indiferença: diferença entre defesa ativa e indiferença pode determinar nossa direção no tratamento. O primeiro caso pode indicar uma possibilidade maior de intervenções e deve haver cautela para levantar hipóteses mais graves, pois pode ser passageiro. No segundo caso, deve-se ter muita delicadeza, pois, podem se referir às situações mais intensas de invasão que podem ser difíceis da criança suportar.

Portanto é preciso verificar se a criança se sente invadida pelo profissional.

- Verificar se consegue brincadeiras de ausência/presença
- Verificar o que pode suscitar o olhar da criança.
- Procurar o que pode despertar o interesse da criança.

Em ambas as situações se tratam de crianças atentas e sensíveis ao que se passa ao redor, é preciso trabalhar com a aposta que toda criança é extremamente atenta à aposta do adulto. Como muito bem me ensinou uma mãe de uma criança autista que atendi no Instituto Viva Infância<sup>15</sup> “o problema não é que ele não responde, o problema é que ele responde apenas quando ele quer”.

– Resumo dos sinais no bebê de evolução autística:

- Apresentam pouco interesse pelas pessoas;
- Se no início há algum interesse pelas pessoas, a preferência pelos objetos vai aumentando durante o primeiro ano de vida;
- Vai diminuindo a intersubjetividade (interação, sincronia, protoconversação) durante o primeiro semestre;
- Mais difícil a passagem para alimentos sólidos (não suporta mudanças, inclusive as alimentares);
- Se interage em protoconversações, olha mais para boca do que para os olhos, e entre rosto e objetos, prefere olhar os objetos;
- Pode até responder ao manhês, mas há uma tendência a diminuir sua resposta. Seja com um tempo de resposta mais curto, seja uma diminuição importante durante o primeiro semestre;
- Em geral não respondem quando chamados pelo nome, e se isso ocorre, qualquer coisa interfere em sua atenção. (após os sete meses já é esperado que se virem em direção à voz materna quando solicitados).
- Em relação às dificuldades da motricidade, apresentam assimetrias, não possuem reflexos (freio de queda) quando em posição sentada, reflexos

<sup>15</sup> Instituto Viva Infância, OSCIP, que atende crianças de 0 a 12 anos em Salvador (Bahia).

arcaicos podem não estar inibidos. O mais importante: isso dificulta mais ainda a interação:

- Hipoatividade: reagem pouco;
- Mímica facial pobre: pouco demonstram seus estados de humor;
- Falta de iniciativa: nunca tomam iniciativa nas interações;
- São bebês muito silenciosos;
- Não apresentam balbucios significativos, mesmo após 6 meses;
- ESTIMULAÇÃO UP<sup>16</sup> durante todo primeiro ano de vida<sup>17</sup>. Fazem

mais toque no bebê no primeiro semestre comparado aos pais de bebês que respondem facilmente. Quanto ao manhês, vão diminuindo o durante o primeiro ano de vida do bebê. Pai aparece mais nos filmes que a mãe no segundo semestre.

Porém existem dois sinais, teorizados por Marie Christine Laznik, que precisam ser citados, pois contemplam indicadores fenomenológicos de um aporte estrutural. São os sinais Preaut, S1 e S2, estes que são objetos de pesquisa desde 1996.

Os dois sinais, que podem ser identificados no curso de uma consulta, são:

- Sinal comunicativo 1 (S1):

O bebê **NÃO** busca **se fazer olhar** por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela

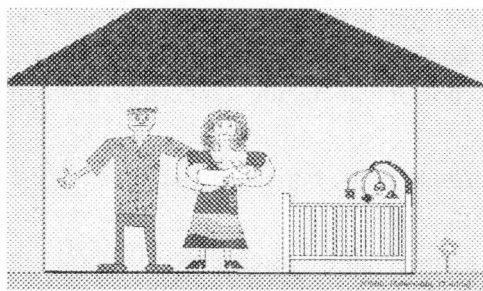
- Sinal comunicativo 2 (S2):

O bebê **NÃO** busca **suscitar uma troca prazerosa** com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela.

---

<sup>16</sup> Cohen e Muratori, em comunicação de congresso, Congresso internacional psicanálise e autismo, Curitiba, 2011.

<sup>17</sup> A estimulação up é definida como as estimulações "super estimulantes" que os pais intuitivamente começam a ter diante de seu bebê em risco de evolução autística. Encontrada em todos os casos de filmes caseiros que foram feitos pelos familiares desses bebês.



## CAPÍTULO IV

### CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES

#### ♦ Desvios em torno das mães<sup>18</sup>

O recorte que trarei nesse trabalho indica, de fato, a **desnaturalização** dos deslocamentos necessários a uma mulher para ocupar o lugar de agente materno. Temos dois deslocamentos interligados: o primeiro entre mulher e mãe e o segundo entre o lugar de um simples semelhante ou o primordial lugar nas relações com o bebê.

Assim como do lado do filho, desse pequeno homem, existe um grande trabalho para se constituir como sujeito, do lado dessa mulher ocorrerá também, não sem certo esforço, um bom trabalho para aceder e poder ocupar esse lugar primordial que estamos denominando de lugar materno.

Costumeiramente ao retratarmos a constituição desse pequeno homem, nos centramos em articulações teórico/clínicas, que indicam operações<sup>19</sup> necessárias aí para esse início de vida psíquica. Porém, a “inseminação do organismo”<sup>20</sup> pelo simbólico, a passagem da carne para

---

<sup>18</sup> Dedicado a Maria Auxiliadora Mascarenhas Fernandes que tanto ensinou sobre a psicanálise e sobre as mães. Minha mãe.

<sup>19</sup> Operações que me refiro são as de alienação e separação que Lacan se refere principalmente no Seminário sobre os quatro elementos fundamentais da psicanálise.

<sup>20</sup> Termo usado no projeto Sema soma por Nina Leite.

o corpo nesse ser, não se faz sem que *alguém* se encontre, para este pequeno homem em constituição, em posição de agente materno. No início da vida psíquica tem que existir a encarnação por alguém, um semelhante, do lugar de um agente materno.

Portanto, interessa-me interrogar o que faz alguém se fazer mãe, e, mais especificamente, uma mulher.

A função materna poderá, assim sempre a psicanálise se referiu, ser encarnada por alguém que tenha relações importantes com o pequeno homem, mas gostaria de me dedicar sobre a ocupação dessa função por uma mulher. Permitam-me, aqui, uma pequena digressão para apenas apontar relação particular entre a mulher e o gozo<sup>21</sup>, conseqüentemente entre a mulher e seu corpo, e a mulher e seu filho, dado que “*a mulher permite ao gozo usar a máscara da repetição*”, o que nos leva a pensar que, para que um filho venha a ser um preenchimento desse gozo, como uma “*rolha de gozo*”<sup>22</sup> (que satisfaça essa mãe), teria que existir uma dominância da mulher nessa condição de mãe. Dado que a condição da mulher na sua relação com o gozo, com o que pode estar para além das satisfações, se rende de forma muito precisa ao que um filho poderá alimentar disso, vamos pensar no que um filho pode provocar esse semelhante que está ao lado, para que se torne prestativo e fundamental na sua existência<sup>23</sup>. Tem sido bastante comum, por exemplo, evocarmos a necessidade de a criança suscitar o gozo de sua mãe, se fazer de objeto para ela (no terceiro tempo pulsional), mas desejo chamar atenção para a necessidade de se considerar a relação da mulher com esse gozo, condição inicial essencial para que o filho venha aí se encontrar logo após o seu nascimento, para que ele se torne uma magestade, para que ele possa se “*exibir*”<sup>24</sup> para sua mãe.

<sup>21</sup> Leite N. “*Sema soma*”, apresentado no Encontro Internacional sobre psicanálise e clínica de bebês. 2001.

<sup>22</sup> Expressão usada por Lacan no Seminário relação de objeto.

<sup>23</sup> Importante realmente considerarmos o que um bebê suscita, provoca ou influencia a uma mãe poder ser mãe. Não há mais como pensar em um bebê apenas como conseqüência de queres ou desejos maternos, mesmo que inconscientes.

<sup>24</sup> Leite N. *Sema soma*, *idem*.

Logo, existiriam duas condições interligadas de partida para que uma mulher encarne o lugar de agente materno: as relações entre a mulher e o gozo e as vicissitudes atravessadas na passagem ou não pelos três tempos do Édipo. Para a mulher se deslocar de um simples semelhante para representante privilegiado da existência do bebê, é necessário que nessa luta entre o imaginário materno e o real do corpo do bebê se faça um laço, que produz efeitos tanto na constituição do sujeito em questão, quanto no exercício maternante da mãe.

Vamos entender melhor isso quando relatarmos os fragmentos clínicos.

Entretanto quero me deter mais especificamente, além dessas duas condições iniciais para a encarnação pela mulher do lugar de agente materno, *no que* o bebê participa disso.

Temos algumas questões que direcionam nosso esquema:

O que a presença/ausência do filho provoca na mãe?

O que permite a uma mulher poder se fazer de leitora, codificadora e decodificadora dos sinais de um bebê?

Vamos iniciar nosso diálogo examinando o que se passa em relação ao corpo do agente materno: 1- como bascula do corpo objeto (seio, voz, olhar, cheiro, motricidade, excitação) por parte da mãe ao corpo da mulher como objeto de gozo e desejo de um homem; 2- como corpo limitado pelo ritmo imprimido pelos apelos do bebê.

Sabemos em nossa clínica que não é sem trabalho que o corpo materno, objeto de alimentação, cuidados e atenção dedicados à relação mãe e filho, é o mesmo corpo da mulher desejada por um homem. Mas esse segundo aspecto se encontra recalcado durante algum tempo, até que este homem venha aí despertar a concupiscência dessa mulher. É por isso que dizemos que nesse campo aparentemente fechado entre mãe e filho, a mãe é também objeto de um outro gozo, o que lhe permitirá gozar desse filho fora do corpo, na linguagem, na sua condição de leitora e tradutora do corpo desse filho.

Dados os apelos vindos por parte do bebê a incitar os cuidados maternos e suas intervenções, podemos supor que o corpo do filho e suas



necessidades limitam os desejos maternos. A contaminação do corpo do agente materno pelos efeitos das necessidades do filho pode abrigar uma situação de desamparo, também, para a mulher nesse lugar e não só para o filho em constituição.

E por último, a imagem do filho é especular do desejo materno, de certa forma apontando a direção do desejo do agente materno. Ela pode ver, a partir da imagem do filho, a sua imagem sonhada, a do narcisismo perdido da infância, diria Freud.

Para sustentar esse lugar de agente materno, é necessário, portanto, uma re-arrumação psíquica importante, o que não se faz sem um grande esforço, esforço necessário a essa mulher e a uma arbitrariedade necessária à função de porta voz da existência do *infans* na sua relação com um filho.

Já o corpo do bebê na relação com seu agente prestativo, agente materno encontramos:

O corpo do bebê será suporte de respostas mais ou menos satisfatórias para a mãe. Será receptáculo, como afirma Berges<sup>25</sup>, das manobras da mãe, seus cuidados, fantasias eróticas e intervenções. Este corpo do bebê será também campo de acordo/desacordo entre tensões e relaxamentos dessa relação. Servirá de instrumento antecipador para a mãe quando inicia um jogo de surpresas e equívocos nas trocas entre ambos.

O que gostaria de indicar é que o real do corpo do bebê é incitador e limitante da condição previamente articulada à ocupação do lugar de agente materno em todas as suas dimensões.

Do mesmo modo que a presença/ausência da mãe insere no bebê a possibilidade de simbolizar a falta, a diferença entre estar e não estar, a ausência/presença do bebê para a mãe já indica um terceiro limitador e fundamental para a mulher ao encarnar o lugar de agente materno.

Só poderá estar no lugar desse agente materno se esse limite lhe for inserido desde o início da vida desse bebê.

A presença/ausência da criança para a mãe é a possibilidade para este filho de ultrapassar, em seu próprio corpo, o desamparo da sua função

<sup>25</sup> Bergés J., *La mère pré-speculaire*, site Association Freudienne Internationale.

imatura pelo funcionamento, e ser ao mesmo tempo liberado da motricidade e postura da mãe: para poder funcionar em certos momentos sem esse agente materno. A mãe precisa suportar tanto a extrema dependência desse bebê, quanto o funcionamento do corpo do bebê sem a presença dela como mãe.

Se durante a gravidez o inchaço imaginário sobre esse possível filho, (tudo que pode imaginar sobre ele), e as irrupções do real no corpo da mulher, (barriga, pés inchados, enjôos e outros), são os condutores do laço estabelecido, após o nascimento, é a luta entre o imaginário da mãe e o real do corpo do bebê que abrigará a problemática que estou articulando nesse trabalho.

O que a clínica com o bebê nos ensina é que à presença do corpo de um bebê o lugar do agente materno é pressionado a ser ocupado. O real do corpo do bebê provoca, para além das condições prévias das vicissitudes edípicas ou não, a condição para que uma mãe possa aceder a esse lugar privilegiado de interpretante e leitor primeiro dos registros nesse corpo do *infans*.

Caso, por exemplo, a mulher tenha perdido o seu filho, essa mãe tentará manter vivo nela a fantasia da imagem de um filho vivo. Essa condição aparece em mulheres que perdem o bebê muito precocemente. Manter a imagem do filho vivo nela, pode manter um imaginário de mãe também, porém isso não faz uma mãe se fazer de elemento primordial para existência de um filho. O corpo real do filho e seus apelos provocam numa mãe a premência de leituras, significações, codificações e decodificações.

Para uma mãe acolher, aconchegar, cuidar, é necessário que ela possa codificar e decodificar, realizar uma leitura sobre esses apelos do filho, e é certo que é uma leitura fundada a partir de uma hipótese inconsciente, mas também pelo real do corpo do bebê, ali em sua frente. E essa é a realidade da nossa clínica nesse início da vida inseminada pelo psiquismo.

O recorte que trago para vocês escolhe realizar a leitura da direção do tratamento pelo lado das vicissitudes desse inseminar-se de mãe pela mulher. Vejamos três fragmentos:

• A primeira situação trata de uma mulher adolescente e grávida que vem trazida por outras mulheres da família. Batia na barriga e manifestava grande empenho em dar sua filha quando nascesse. Deprimida, sem vontade generalizada para realizar qualquer tarefa deixava essas mulheres da família em estado de alarme.

• A segunda situação clínica refere-se a uma mulher que chegou grávida com preocupações grandes em relação à cabeça da filha, dado que a sua doença, nomeada por ela de esquizofrenia poderia afetar a filha.

• O terceiro caso aparece aqui como mais um nos desfiladeiros do torna-se mãe. Encontrava-se há muito tempo na condição idealizada de ser mãe, pegava crianças fim de semana para passar dias, sempre quis adotar uma. Enfim, essa criança, também idealizada, apareceu juntamente como um transtorno enorme para essa mulher se fazer mãe.

Nestas três situações totalmente distintas, tanto fenomenologicamente quanto estruturalmente, quero apontar o quanto a presença de um bebê provoca um grande desamparo por parte dessas mulheres, o que dificulta ocuparem um lugar privilegiado para existência e sustentação da constituição desse sujeito. Somente a partir do trabalho de escuta analítica essas posições puderam ser reorganizadas.

Na primeira delas, após o nascimento, logo nas primeiras sessões que coincidiam com os primeiros dias daquele bebê, tínhamos um bebê que parecia a todo instante estar prestes a cair daquele colo. Conjeturava a genitora como iria dar a menina. O bebê não ganhava um nome. Sem saber, como um analista, o que seria melhor para aquelas duas pessoas, propunha na direção do tratamento ir separando: projeções, os lugares, os personagens daquela história, como se tivesse que instaurar cada coisa no seu lugar. Ao menor sinal de movimento do bebê acolhia com minha voz: nossa levantou a cabeça!!! Posteriormente a esse primeiro momento muito difícil, iniciou-se claramente um período de verbalização das recusas por parte da genitora em realizar os cuidados maternos. A leitura que foi tirada desse movimento foi que nesse momento, por mais paradoxal que fosse, essa mãe, iniciava através da recusa em ser mãe, a constituição do lugar de agente materno. Não dar banho na menina, não amamentar a menina,

não botar para dormir, já falava de um “início” no esforço de dar significações aos apelos e limites daquele corpo. Não dar banho protegia a menina das suas fantasias mortíferas, de fantasias de maus tratos, mas para que essa proteção ocorresse dessa forma enviesada, a menina já deveria existir para a mãe. As inscrições de existência começaram a ser realizadas até o dia em que registrou a filha, começou a amamentar, dar o banho, achar semelhanças ente elas....

No segundo caso, logo após o nascimento da filha a mãe teve um surto psicótico muito importante que as separou fisicamente. Digo marcadamente fisicamente porque a filha ficava pendurada em seus pensamentos, se ela andasse muito rápido, a filha podia cair. Como poderia ir daqui até ali se a filha estava pendurada em seus pensamentos, na sua cabeça? Dessa forma era difícil falar no telefone com quem estava cuidando da filha, não podia realizar nada que representasse um espaço entre as duas. Foi esse espaço que aos poucos foi sendo tratado, falado, e passou a existir. Visitas à filha foram sendo possíveis. Planos de vida, planos de como se pode ser mãe sem morar junto. Hipóteses foram sendo construídas: mãe pode ser levar ao berçário, mãe pode ser levar ao pediatra. Mãe estava ligada ainda nesse momento a situações de deslocamentos e não mais de impedimentos. O surto teria sido o início desse desvio necessário para ela ser mãe de alguma forma? Certamente. O surto foi necessário para que pudesse abrir um espaço entre ela e a filha e assim a filha passar a existir.

No terceiro fragmento encontramos uma mulher que parecia já ser mãe antes de ter uma filha. Já estava tudo pronto só faltava encontrar a filha para adotá-la. Logo no início dessa empreitada ficou claro que apesar dela se achar mãe, ela não era mãe daquela criança. Trazem nas sessões, junto com a filha, as decepções provocadas por essa menina, as decepções e a vontade de devolvê-la. Pude ver naquele momento o quanto ser mãe não era uma escolha tão simples e o quanto ser tão repleta de idealizações narcísicas estava atrapalhando a essas duas pessoas. Mas uma vez podemos ler o quanto seria necessário um limite para essas fantasias maternas e a criança assumiu a função de dar limites: não sou isso, não te satisfaço, não conte comigo. Porém nesse caso, assim como em todos os casos que as crianças assumem a função de limitar o gozo dos pais, o preço pode ser

alto para a criança. Nesse caso realmente, caso não estivessem em atendimento, mesmo que em tão curto prazo, essa menina cumpriria mais uma repetição em sua vida: ser devolvida, ser abandonada. Meses depois recebi um e-mail da dona do lar abrigo com a foto da criança e um bilhete da mãe: “ela está ótima. Mais feliz. Fala muito. Brinca o tempo todo. Na escolinha, está se relacionando melhor com as outras crianças. Nosso relacionamento está melhorando gradativamente. Com paciência, persistência e amor chegaremos lá”.

Nos três fragmentos encontro as sutilezas da inseminação necessária para se fazer uma mãe a partir de um filho. E nos três fragmentos a intervenção do analista foi fundamental para as escolhas realizadas por essas mães e suas filhas nesse início da vida.

#### ♦ O amor da psicose

O trabalho do *Infans*<sup>26</sup> em relação aos pais psicóticos e seus bebês, para além do tratamento individual analítico com cada um desses pacientes, se constrói também relativo à noção de “cuidar”, a meu ver, intrínseca a questão da psicose, e daí então, pelo fato de apostar em possibilidades para maternidade e paternidade a partir de um trabalho de rede e de constituição de lugares.

As reflexões desse trabalho foram elaboradas a partir da experiência no *Infans* das situações em que ambos os pais são psicóticos, o que em alguns aspectos se diferencia da literatura que temos notícia.

Inicialmente os pacientes são indicados por alguma instituição psiquiátrica, seja hospital dia ou ambulatório psiquiátrico. É também nessa

---

<sup>26</sup> *INFANS* unidade de atendimento ao bebê, ONG fundada por mim, inicialmente, em São Paulo, seis anos depois em Salvador. Ali era realizado um trabalho de atendimento ao casal psicótico que tem um bebê. Essa instituição funcionou de 1999 até 2009. Estive na presidência, de 1999 até 2005. E de 2005 até seu término sob a presidência de Iris Franco. Em Salvador, o *Infans*, teve continuidade como Instituto Viva Infância, numa proposta ampliada em relação à faixa etária das crianças atendidas e à inclusão da cultura como mais um vertente possível no trabalho.

instituição, que esses pacientes se conhecem, se apaixonam, e se encontram. Acredito que após a retirada das hospitalizações como signos da exclusão social, outra exclusão se configura: a dificuldade de apostas possíveis para o sujeito psicótico. Como inserir quem a própria sociedade trata como seu rebotalho, impedido e desacreditado de suas possibilidades amorosas e parentais? Será que a preocupação atual de inserção social se verifica como abertura de possibilidades para um sujeito ou comporta atividades de “passa tempo” que apenas os fazem passar as horas de seus dias? Como, por exemplo, inserir, socialmente, um casal que nenhuma igreja aceitou casar? Ou mesmo um pai que não pode responder juridicamente como cidadão ?

Meu trabalho vai tratar de três pontos que acredito essenciais para essas situações: a relação do psicótico com o “cuidar”, o estudo de possíveis riscos para o bebê e seus pais em cada caso e a construção do trabalho da equipe do *Infans* nessas circunstâncias.

A partir da minha experiência no *Infans* posso dizer que o “cuidar”, para os psicóticos, que trabalhamos, em relação à sua vida e às pessoas próximas, se bifurca em dois aspectos. Um relativo às atividades ditas dos cuidados, e esse é um ponto fundamental para o bebê que vai nascer. Outro relativo a componentes do delírio ou das alucinações que aparecem como protetores em situações difíceis de enfrentar.

Na primeira forma de “cuidar” é interessante ver como cada um do casal se cuida, como ambos se ajudam em suas dificuldades, se orgulham das conquistas. O amor na psicose tem uma fidelidade com o cuidar de forma muito clara. Eles traduzem o que o outro precisa, incentivam o outro no que este tenta realizar. Nesse aspecto o bebê, também, é tratado com “cuidados” atentos: segue-se a risca o que o pediatra indica, preocupam-se com a educação, o que pode fazer bem ou poderá fazer mal etc.

No segundo aspecto desse cuidar, proteção vinda a partir dos componentes do delírio ou dos fenômenos de alucinação, encontramos construções compostas de “truques” ou “pensamentos” que ajudam a lidar com momentos em que uma exigência fálica se apresenta. Quando por exemplo precisam fumar para queimar a raiva presumida da avó ou os conselhos maternos que a madrinha dá à mãe através das vozes que escuta.

Aqui pode aparecer, inclusive, o uso do delírio ou da alucinação como possibilidade parental de inscrição do filho numa linhagem de parentesco e geracional, quando o bebê faz algum gesto que a mãe descreve como “parecido” ao que ela mesma faz ao alucinar uma forma boa de alma. O bebê pode ter os mesmos poderes dela, assim como o parentesco pode se inscrever pela via delirante.

Acreditamos que um diagnóstico psiquiátrico não deve ser o único parâmetro para a avaliação de riscos nessas situações. E em termos de risco, não posso deixar de apontar, que nesses casos que atendemos, a falta de condições financeiras, normalmente, agravam os riscos e restringem as possibilidades de manejo.

Para pensar sobre os riscos que esses pais e bebês podem, em algum momento, passar, é preciso separar esses dois tipos de “cuidar” que os psicóticos inscrevem nas suas relações.

Quanto aos cuidados maternos cotidianos, por exemplo, estes se dão de forma normalmente carinhosa e atenta. Apesar de inicialmente pouco conversarem e se dirigirem muito pouco ao bebê, o sentimento de “cuidado” implicado na relação pode favorecer ao bebê. A dificuldade de separações entre a mãe e o bebê nos primeiros meses de vida deste, muitas vezes indica, aqui também, ser muito delicada qualquer quebra brusca na relação, e um acompanhamento cuidadoso de uma equipe especializada se torna fundamental. Acredito, pela nossa experiência, que os dois/ três primeiros meses de vida do bebê são os mais delicados e propícios à eclosão de surtos, falando de forma simplificada, dada a injunção provocada pela mudança de lugar e inscrição que um nascimento de um filho provoca.

A situação pode ficar complicada para o bebê quando esses cuidados se tornam muito operatórios, quando são realizados apenas como autômatos, sem investimento libidinal, sem considerar as necessidades do filho. Aqui é interessante que o bebê possa ter outras possibilidades de cuidadores concomitantemente aos pais, porém na nossa experiência, isso não impede que os pais se façam cargo de possibilidades de maternidades e paternidades.

Quanto ao segundo aspecto do cuidar, relativo a forma de organização delirante e alucinatória inicialmente protetora para si e para o bebê,



é extremamente necessário verificar se o bebê pode se tornar um perseguidor para os pais. Essa situação pode ocorrer principalmente num surto e indica claramente a necessidade de um afastamento do bebê, afastamento que pode ser inclusive temporário, pois, além da dificuldade em relação à satisfação das necessidades básicas do bebê, poderá também complicar o risco de maltrato para com ele. Os pais, nessas circunstâncias, também são protegidos com o afastamento do bebê, para eles é muito difícil que seu estado possa provocar algum mal ao filho.

Eles, apesar da situação do surto, preservam a necessidade de serem protegidos para protegerem o bebê e um afastamento pontual nesse momento, se bem trabalhado, só favorece ao restabelecimento do pai ou mãe e também ao restabelecimento dos laços, dada a situação de ruptura que provavelmente o surto psicótico provoca.

Para o bebê esse restabelecimento das relações é também importante, pois, de outro modo este sentiria que ele é o provocador do surto dos pais. É preciso um bom trabalho com o bebê e o trabalho de restabelecimento dos laços também se faz necessário para que não recaia sobre o bebê o imaginário de que ele causa tais rupturas. No caso dos pais é fundamental o restabelecimento dos laços, pois, além do todo peso que a psicose traz para eles, o sentido de mais uma ruptura provoca efeitos danosos nas suas relações de forma geral, agravadas quando invadidos por esse real.

Esse trabalho, portanto, comporta certamente um desapego grande ao senso comum sobre a loucura, tida normalmente como “perigosa” ou “sem razão”. Se for verdade que a psicose suscita nas pessoas certo afastamento, descrédito ou mesmo angústia, dado que estamos diante de pessoas que mudam as relações euclidianas do tempo e do espaço, (quando, por exemplo, ouvem sua própria voz sair de um rádio, ou escutam a mãe que mora em outro estado lhe falar constantemente), é verdade também que o preconceito suscitado a partir de um diagnóstico de psicose impede o seu próprio tratamento.

Portanto, o trabalho nesses casos há de comportar o tratamento individual a partir da psicanálise e também um acompanhamento aos aspectos do “cuidar”. Ambos compõem uma rede necessária para o tratamento do bebê e seus cuidadores.



– Recorto, a partir da nossa experiência no *Infans*, alguns eixos desse trabalho:

- Tempo de escuta: o analista irá realizar esse primeiro tempo de escuta da situação que esse paciente traz. É preciso trabalhar no paciente o “querer” se tratar e o se deixar cuidar, fator fundamental para pensar a direção do trabalho e a avaliação de risco possível. Caso haja, por exemplo, uma recusa (pois isso não ocorreu nesses casos que acompanhamos), imagino que ficaria difícil apostar em possibilidades maternas e paternas. Faz parte desse tempo também o contato com profissionais que já trabalham no caso, além da instituição que encaminhou. Dessa forma já se inicia a construção de uma história e de uma rede importante para a continuidade do trabalho, pois, a construção da figura da continuidade é também fundamental para o paciente. Uma costura simbólica numa história de descontinuidades e das rupturas reais.

- Tempo de planejamento do trabalho: acreditamos que é essencial para o tratamento a constituição de uma rede de atendimentos, dado que assim abriremos mais possibilidades de inscrições, identificações e, por que não, de ideais para esse bebê nas suas relações com seus pais. O trabalho irá se constituir sempre num eixo que permanece constante e em outros eixos variáveis que favorecem, do lado do bebê as formas de presença/ausência necessárias para sua constituição, e do lado dos pais a abertura de possibilidades nos exercícios da paternidade e maternidade.

- Tempo de entrada de outros profissionais fazendo funcionar uma equipe: esses casos exigem normalmente um acompanhante terapêutico para o bebê, além do analista da mãe, do analista para o pai, psiquiatra para o pai e outro psiquiatra para a mãe. Esse quadro pode ser modificado em cada etapa do trabalho. Lidamos sempre com a singularidade de cada situação e montamos para isso um projeto terapêutico para cada caso. Estamos querendo fazer mais uma parceria: com o direito público. Podem entrar aí também a creche do bebê, e seria bom se no setor público tivéssemos um acompanhamento fixo com um único pediatra, mas isso ainda é difícil. O que é preciso ter nessa direção é que a intervenção pode se dar nos eixos simbólico/imaginário, real/simbólico, imaginário / real e

assim por diante, e em momentos pontuais mais confusos, trabalhamos jogando com as modalidades de atendimento.

Acreditamos que a direção do cuidar também é transmitida pela rede de atendimento no próprio ato do trabalho. As duas dimensões do “cuidar” do psicótico são redimensionadas pela rede de trabalho da equipe: a do “cuidar” nas atividades cotidianas, principalmente no acompanhamento terapêutico, e o “cuidar” referente aos componentes delirantes que protegem o cuidador e seu bebê secretariados mais especificamente no trabalho analítico. O trabalho psiquiátrico nessa rede é fundamental: a atenção e o manejo com a medicação também funcionam como apoio ao “cuidar”. Do lado do bebê, ele precisa perceber que seus pais estão sendo “cuidados” e os pais necessitam da transferência ao profissional também para “cuidarem” do seu bebê (exemplo radical da “transferência para bastidores”, relatado pelo psicanalista Erik Porge).

Dois pontos básicos na direção da constituição de uma rede de trabalho nessas circunstâncias são, portanto, a quebra na lógica do puro diagnóstico como fator de risco e o “cuidar” em suas várias dimensões para o psicótico.

Em relação ao bebê ou a criança pequena, não só na nossa experiência, mas também na literatura aparece que os efeitos aí experimentados são os de se depararem com uma grande dificuldade: serem realmente bebês e crianças. São crianças hipermaturas, extremamente precoces, cuidadoras de seus pais e muito sérias. É enganoso acreditar que a pura separação física da criança de seus pais a “protegeria” de riscos psíquicos, dado que somente isso não restabelece esse direito à infância. Se existe transmissão da loucura, esta não se faz só pelo espaço físico e sim pelos ditos, malditos e não-ditos, assim como pelo olhar pouco confiante de quem cerca essa criança e esses pais.

Esse tipo de trabalho que o *Infans* de “relance” aponta, na verdade, a necessidade de reenviar à criança o seu direito à infância.

É preciso estar perto, tratar e acompanhar essas situações para que as rupturas que aí ocorram não precisem atingir de forma tão radical e abrupta o bebê no seu início de vida e seus pais no início de suas

maternidades e paternidades possíveis. Escutamos, por exemplo, desses pacientes que não podem ser pais e mães sozinhos, mas afinal quem pode? Acrescentaria à frase de Winnicott “se um bebê não existe sozinho, muito menos um pai e uma mãe”.

### ♦ *Prevenção ou Antecipação?* <sup>27</sup>

A prevenção é uma demanda social insistente. Esta demanda desvela o fantasma: *intervir a tempo do evitar o indesejável*. Essa característica “futurologista” da prevenção a distancia da psicanálise. Seria possível, do ponto de vista da psicanálise, falar em prevenção? Em caso afirmativo, como poderia a psicanálise realizar parcerias com profissionais de outras áreas que trabalham com a prevenção?

O tema da prevenção abordado por psicanalistas advém, sobretudo, a partir da possibilidade para a psicanálise de realizar atendimento aos bebês e seus pais. A atenção ao bebê e seus cuidadores mantém a linha de frente no estudo sobre a prevenção.

Por que a criança ou o bebê mais especificamente impele nos profissionais o tema da prevenção? Não é por acaso que o atendimento aos bebês pelos psicanalistas suscitou a hipótese de que a psicanálise também pode falar em prevenção. Se existe uma idéia no imaginário dos profissionais que para prevenir é bom que “se chegue cedo”, esse “mais cedo” foi cada vez mais se aproximando do bebê e suas dificuldades: o *mal a ser cortado pela raiz*. Deveriam se inibir as causas que certamente aparecem no bebê, num tempo inicial de vida. Logo, se existe uma população pronta para prevenção de caráter futurologista, esta seria genuinamente a infância. Existe, portanto, uma relação aparentemente intrínseca, sobre a prevenção com o ideal, como bem aponta Vorcaro<sup>28</sup>, retratando o incômodo social gerado pela infância quando esta não encarna o ideal de uma promessa.

<sup>27</sup> Nova versão do texto que foi apresentado no Encontro Latino Americano de Psicologia Social e nos Estados gerais da psicanálise, São Paulo, 2002.

<sup>28</sup> Vorcaro, *A criança na clínica psicanalítica*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

Do meu ponto de vista, existe um equívoco em pensar que é por se tratar de bebês que uma prevenção *de imediato* ocorre, pois, mesmo neste trabalho, não existe garantia nenhuma que essa intervenção seja “preventiva”. O conceito de prevenção parece, deste modo, naturalizado como garantia. Inicialmente vemos que temos que realizar para tratar da prevenção uma separação entre a “garantia” e a “intervenção”. Ou melhor, não se tem como garantir sobre uma intervenção em psicanálise, o psicanalista realiza sim uma **aposta**: “aí existe inconsciente”<sup>29</sup>, ou no caso específico dos bebês, um sujeito que daí poderá advir.

Este trabalho pretende investigar se existe um conceito analítico para tratar de um tipo de intervenção em outro tempo diferente do só-depois, pois a prevenção não é um conceito analítico e veremos o porquê. Deste modo pretende-se apontar seus equívocos e suas possibilidades numa intervenção junto a profissionais de outras áreas. Para conseguirmos tal objetivo iremos articular dois caminhos. O primeiro deles de que forma os psicanalistas estão falando de prevenção e, a segunda é a noção de tempo para a psicanálise.

### ♦ A prevenção e a Psicanálise

Os psicanalistas estão sendo solicitados cada vez mais para trabalhar junto a profissionais que atuam em projetos ou intervenções em prevenção. Não há como negar que o grande embate para a psicanálise criada por Freud em relação à prevenção é a noção de tempo e de causalidade. Como a psicanálise pode falar em pre-venir se o tempo com o qual trabalha é do *só-depois*?

A ação de pre-venir é a de “chegar antes”, é querer mirar o futuro, mas se apoiando no passado. Levam em consideração as noções de previsão e probabilidade e está inseparável de uma dimensão política. Podemos dizer que a partir desta rápida definição, tanto a previsão, a probabilidade ou a dimensão de uma política em saúde mental não se enquadram num trabalho com o inconsciente, com o “imprevisível, impossível de conjecturar”.

<sup>29</sup> Lacan, *Os quatro conceitos da psicanálise*, Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

Porém a prática da psicanálise é o próprio limite da prevenção. A “ideologia da prevenção” crê controlar um Outro suposto fora do sujeito, deste modo todo o trabalho analítico de responsabilizar o sujeito pelo seu engano em relação ao Outro, fica excluído.

Freud, a seu modo, não se eleva contra uma profilaxia e por diversas vezes questionou a possibilidade da psicanálise ajudar neste campo. Porém, falava disso remetendo os educadores a fazerem análise.

A prevenção para a psicanálise seria então uma prevenção ao *avesso*?

É possível conjecturar também que a psicanálise tem algo a fazer com a prevenção no sentido de levar os profissionais a se darem conta, num encontro inédito, de um gozo que ainda não se tornou sintoma. Poderá contribuir com a prevenção questionando-lhe seu caráter de “toda poderosa”, que faz uma “caridade moralista”. Tornar a prevenção uma questão, interrogar sobre seus ideais, o poder e a tentativa de controle evocadas na prevenção, pode ser uma contribuição da psicanálise. Portanto, este mal entendido também não impede que os trabalhadores da prevenção sejam tocados pela lógica do inconsciente.

Deste modo um analista há que se “se deixar fazer”, abrindo um espaço de possibilidades para a escuta das repetições, das atuações, e das “decepções” instigadas pela não apreensão completa do real, que podem por ventura ocorrer num trabalho preventivo. Mas de que forma? Qual o conceito psicanalítico que embasaria essa *prevenção ao avesso*?

A prática analítica ensina que existe um agente subjetivo, por que não dizer subversivo, à prevenção. Por mais planejado e calculado que seja a estratégia de uma prevenção existirá sempre um ponto, uma questão, um aspecto que irá escapar, já que o real, o impossível de acedermos e que insiste em se repetir, trará sempre a dimensão de que nenhuma prevenção dará conta deste real. A prevenção aparece como uma modalidade de resposta ao real. Ou seja, tentamos a cada dia nos proteger e nos prevenir das contingências das irrupções do real. Complementa a autora que mesmo que os objetivos da psicanálise não sejam preventivos, o homem tenta se prevenir a cada instante do real e isso o sujeito trás em análise, mesmo que a posição do analista não seja a de tranquilizar e nem de consolar.

Mas porque achamos que seria ofício do analista pre-venir? Somente por que existe uma demanda do campo social insistente para que responda?

Acredito que o psicanalista em seu lugar de analista não se encontra aí para prevenir, mas pode trabalhar num projeto de prevenção, por exemplo, trabalhando junto aos profissionais da prevenção. Tornar a prevenção uma questão, interrogar sobre seus ideais, sobre o poder e a tentativa de controle evocada na prevenção. Portanto este “mal entendido” também não impede que os trabalhadores da prevenção sejam tocados pela lógica do inconsciente.

O termo “prevenção ao avesso” é um termo feliz por tratar a questão do tempo para a psicanálise: o seu maior impasse em relação à prevenção. E do mesmo modo ainda precisamos de um conceito analítico que dê conta da noção de tempo para pensar essa *prevenção ao avesso*.

Poderemos, no entanto, como analistas não recuarmos ante uma demanda que insiste também porque trás uma faceta desta dimensão do real. Orientados por uma ética de um discurso que não se pode ceder, os analistas estão trabalhando em instituições e em políticas públicas de saúde. E desta forma têm que se responsabilizar, ou seja, têm que responder, por uma prática fora do *setting* analítico, e a prevenção entra neste sentido, como mais uma reflexão a ser realizada pelos analistas que aí se debruçam.

### ♦ A prevenção e a pequena infância

Uma das primeiras psicanalistas a falar em prevenção com a pequena infância foi Francoise Dolto<sup>30</sup>. Após trabalhar com crianças psicóticas e autistas, inventou a Maison Verte que tem como um dos seus objetivos a prevenção. É uma espécie de creche, onde os pais ou acompanhantes podem também frequentar. Existe um psicanalista sempre para escutar os pais e seus bebês. Dolto deu uma definição simples e importante de prevenção em psicanálise: “prevenir é atender alguém quando este precisa”. Porém, deste modo ela não fundamenta a razão de se falar em prevenção com os

<sup>30</sup> Seminário de psicanálise com crianças, versão radiofônica Radio France.

bebês. Ou melhor, “prevenir é atender alguém quando este necessita”, como propõe com a *Maison Verte*, não justifica a necessidade de uma ação preventiva na pequena infância, pois, esse “necessitar” poderá ocorrer em qualquer época da vida. Essa definição, apesar de atraente pela coerência com um pensar analítico, não expõe a problemática que a prevenção aponta para a psicanálise: a de um “saber prévio” sobre um mal a ser tratado “a tempo”.

Outra definição de prevenção em psicanálise com bebês vem de Laznik<sup>31</sup>. A autora preconiza uma prevenção do autismo através da detecção precoce de dois sinais: um não olhar da mãe ao seu bebê, sobretudo, se esta não se dá conta disso e a não instauração do terceiro tempo do circuito pulsional. Define a autora: “Fazer prevenção, neste caso, quer dizer intervir na relação do Outro com a criança. Eu considero que a síndrome autística clássica é uma consequência de uma falha no estabelecimento desta relação, neste laço sem o qual nenhum sujeito pode advir”.

São duas situações distintas, mas que confirmam a insistente necessidade do corpo social em demandar uma prevenção, a primeira trabalhando com educadores e a segunda com médicos. Em ambas as definições da prevenção, que são extremamente justas por terem sido advindas da clínica de cada uma das autoras, o que intriga é que continuamos sem uma noção psicanalítica que dê conta deste aspecto de uma intervenção que subverta a própria noção de tempo normalmente trabalhada pela psicanálise. Acredito, portanto, que o cerne da polêmica sobre a prevenção em psicanálise está agregado à noção do tempo, pois, o tempo do só-depois se tornaria incompatível com uma visão preventiva em psicanálise, mesmo, em se tratando de crianças.

Bernard Golse<sup>32</sup> interpela a necessidade de se separar a noção de predição da de prevenção. Para o autor a predição faz parte da ciência moderna quando esta cai em tentação na tentativa de dar conta de certos fenômenos. A teoria do Caos (processo não aleatório e não previsível), por

<sup>31</sup> Laznik, Marie Christine. *Os psicanalistas que trabalham em saúde pública. Apresentação para o congresso Trata-se uma criança*, Rio de Janeiro 1998.

<sup>32</sup> Golse, B. *A propos de prévention et prédiction: l'avenir des souvenirs*, *Revue "La Psychiatrie de l'enfant"*, março 2001.

exemplo, na meteorologia, mostra que uma catástrofe não está ligada ao acaso, porém, mesmo assim ela não se torna previsível. E citando Meltzer (GOLSE, 2002) aponta: “a primeira previsão meteorológica se vê no olhar da mãe: mãe calma com tendência a agitação”. Continua afirmando que o ponto zero da predição, único ponto confiável, seria o futuro anterior: amanhã, o hoje será ontem. A diferença entre predição e prevenção tornaria mais ético o trabalho de anúncio de uma má notícia, por exemplo, dado que no primeiro caso – da predição – ela se torna alienante e condenável, tanto tecnicamente quanto eticamente. Enquanto que a segunda – a prevenção – mesmo que tenha como alvo os bebês em risco, é prometedora e portadora de esperança. Finaliza que a questão não é tudo prevenir, mas estar pronto para o imprevisto. Assistimos aqui o autor permanecer dentro de certos princípios éticos da psicanálise ao diferenciar predição e prevenção, porém, ainda ficamos sem uma contribuição da psicanálise a esse debate.

Crespin<sup>33</sup> em sua última publicação sobre o andamento da pesquisa Preaut, sobre o ensino aos pediatras dos sinais de riscos precoces sobre autismo, constata após cinco anos de pesquisa, que a divulgação dos riscos e o ensino dos sinais desse risco não induziram a uma super estimação da incidência das perturbações graves da comunicação. Dado que essa era uma crítica preocupante: seriam os profissionais induzidos pelos indicadores de risco e poderiam dessa forma produzir, introduzir, esses mesmos sinais nos bebês?

Portanto, a tendência dos psicanalistas que realizam a prática clínica com bebês é usar o termo prevenção, salvando aspectos que lhes servem nos seus trabalhos. A tentativa tem sido a de incluir, ante a demanda social sobre a prevenção, esses parâmetros no campo da psicanálise, numa forma interessante de inclusão, de incorporação de outros campos. Chama-nos muita atenção, também, o fato de serem todos autores que são convocados a partir de suas práticas, portanto, essas questões não devem ser aleatórias. Esse tipo de demanda toca a psicanálise em algum ponto.

---

<sup>33</sup> Crespin, G. *Recherches Preaut, em Psychanalyse et neurociences face à la clinique de l'autisme t du bébé. Cahier Preaut, Paris: l'harmattan, 2005.*



A antecipação é um tempo que marca claramente a clínica com as crianças pequenas. É um tempo que deve ser provocado para a instauração do psiquismo, mas também para a própria direção do tratamento: uma criança que tem condições de antecipar ou não, marca como iremos encaminhar as intervenções e nossas hipóteses diagnósticas. A antecipação, portanto, é um tempo sugerido pela constituição do sujeito no trabalho com a pequena infância. No trabalho com o adulto o tempo é do só depois, no trabalho com a criança o tempo é o do presente, ou o do futuro anterior. A partir da nossa prática clínica e dos trabalhos de prevenção em saúde mental, fazemos a hipótese de que o tempo das crianças em risco de constituição ou bebês o tempo é o da antecipação. Antecipação diferente de predição, mas se constrói como uma aposta possível: dada a provocação de algumas condições mínimas, um sujeito poderá daí advir.

#### ♦ Em Psicanálise a noção de antecipação

É importante, entretanto, retornarmos a noção do tempo para dizer que este não se restringiria em psicanálise, segundo Porge<sup>34</sup>, a um tempo do só-depois<sup>35</sup>. Além das dimensões da sincronia e da sucessão, Lacan acrescenta a *pressa*. Unindo lógica e tempo, ele aponta duas escansões que tem o “valor de significantes e que verificam a precipitação do sujeito em concluir na pressa, num momento de eclipse em que, percebendo um tempo de atraso de seu raciocínio em relação aos outros, ele tem medo, caso não conclua imediatamente, caso se deixe ultrapassar pelos outros, de não mais ter sua certeza. A certeza do sujeito é impelida por um ato de asserção de certeza antecipada. No só-depois verifica alguma coisa que é atingida antes mesmo de poder ser verificada: é a verificação da antecipação da verdade”. Conclui o autor: “há um hiato irredutível entre a verdade e sua verificação, hiato que se reduz à dimensão temporal da pressa”.

<sup>34</sup> Porge, verbete sobre o tempo, em dicionário de psicanálise, Rio de Janeiro: Imago, Kauffman (org.), 2001.

<sup>35</sup> O início de uma frase só encontra sua significação quando ela se encerra.

No estádio do espelho, Lacan se refere ao termo de antecipação, ele relata: “o estádio do espelho é um drama onde o impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação”. Mas é preciso chegar até o texto “uma resposta a Daniel Lagache” para que ele possa veicular a este esquema imaginário e ilusório da formação do Eu na antecipação de sua imagem pelo outro, um simbólico. Ou melhor, se inicialmente a antecipação é da ordem do imaginário, realizada pela *gestalt* de uma ilusão da imagem do corpo fragmentado, neste segundo momento existe também uma antecipação simbólica. Ou seja: “este ser coloca, portanto, com a anterioridade de uma borda o que lhe assegura o discurso”.

A função da *pressa* no estágio do espelho é decisiva<sup>36</sup>. Quando o sujeito antecipa aquele que designa como eu, há uma relação do sujeito com o Outro através deste tempo: “ele terá querido”. Uma *pressa* que se constitui neste tempo de adiantamento possível em que o sujeito se precipita em concluir para compensar seu atraso eventual, existindo uma falha entre o que é supostamente vista pelo outro e o que o sujeito afirma na sua suposição.

O que diferencia a prevenção definida como uma resposta técnica, suposição da promoção de um conhecimento, um *savoir faire* de especialista, é esse tempo que a psicanálise pode conceitualizar de uma antecipação que instaura a *pressa* diante da falha entre as escansões: o que supostamente outro vê e a afirmação da suposição do sujeito relativa a esse “ele terá querido” assim.

A antecipação marcada pela *pressa* do sujeito ante a possível falha na suposição do Outro instaura um outro tempo para a psicanálise: o tempo do espaço entre a suposição e sua verificação. Assim os profissionais da prevenção podem, através da psicanálise, trabalhar com esse tempo da “*pressa*”, sem que este se torne o tempo de uma adivinhação, o tempo de uma concordância generalizada, ou mesmo, o risco maior da predestinação da realização do seu próprio imaginário.

No *só-depois*, verifica-se alguma coisa que é atingida antes mesmo de poder ser verificada: é a verificação da antecipação da verdade. A certeza

---

<sup>36</sup> Porge, *idem*...

do sujeito é impelida por um ato de asserção de certeza antecipada. Conclui Lacan<sup>37</sup>: “há um hiato irreduzível entre a verdade e sua verificação, hiato que se reduz à dimensão temporal da pressa”.

No estádio do espelho, onde Lacan<sup>38</sup> se refere ao termo de antecipação, ele relata: “o estádio do espelho é um drama onde o impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação”. Mas é preciso chegar até o texto “Uma resposta a Daniel Lagache” para que ele possa veicular neste esquema imaginário e ilusório da formação do Eu na antecipação de sua imagem pelo outro, um simbólico. Ou melhor, se inicialmente na obra de Lacan, a antecipação é da ordem do imaginário, realizada pela *gestalt* de uma ilusão da imagem do corpo fragmentado, neste segundo momento existe, também, uma antecipação simbólica. A função da *pressa* no estágio do espelho é decisiva<sup>39</sup>. Quando o sujeito antecipa aquele que designa como eu, há uma relação do sujeito com o Outro através deste tempo: “ele terá querido”. Essa *pressa* se constitui neste tempo de adiantamento possível em que o sujeito se precipita em concluir para compensar seu atraso eventual. É um cálculo, porém, sem a lógica da certeza formal.

No momento de concluir o objeto “apressado” toma o lugar do objeto “a” (olhar) do qual o sujeito dependia. O objeto “a” cai na falha entre o que é supostamente visto pelo outro e o que o sujeito afirma, despreendendo-se dessa suposição<sup>40</sup>.

Desenhar o agir entre *sua suposição* diante do que outro vê e o que *afirmam como resposta* deste outro. A psicanálise, portanto, ajudaria a uma ação preventiva disseminando sua praga: uma admissibilidade do real e uma constatação do furo no Outro, tanto no trabalho com os bebês (como suporte e precipitação do “transitivismo à antecipação”<sup>41</sup>), quanto em relação aos profissionais (instigando a pressa de uma certeza antecipada,

---

<sup>37</sup> Lacan, *O tempo lógico e a certeza antecipada*, *Écrits*, Paris: Seuil, 1992.

<sup>38</sup> Lacan, *Écrits*, Paris: Seuil, 1992.

<sup>39</sup> Porge, *idem*...

<sup>40</sup> Porge *idem*...

<sup>41</sup> C. Mascarenhas Fernandes Rohenkohl. *Publicação em A clínica com o bebê*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

que o trabalho psicanalítico com o real propõe). E é isso que propicia uma ação, uma deliberação desvinculada do olhar do Outro.

### ♦ Programa de Prevenção Precoce em Saúde Mental

Convocada pela necessidade de uma política pública em Saúde Mental com crianças, iniciei o que chamei Programa de Prevenção Precoce em Saúde Mental<sup>42</sup>. O primeiro objetivo do programa seria provocar uma mudança de olhar em relação à criança e a premissa que sustenta esse objetivo é que o sujeito se constitui a partir das suas relações. Relações inseridas nesse campo conceitualizado como todas as circunstâncias da cultura que envolve o sujeito, e ainda a sua encarnação por pessoas que lhe são primordiais. Os objetivos secundários nesse programa seriam as intervenções dirigidas aos cuidadores que estariam em volta da criança nos seus primeiros anos de vida, portanto numa creche e em sua família, além, da observação direta das crianças com vistas a promover modificações em relação às dificuldades que elas apresentavam e fomentar elementos para o trabalho de modificação do olhar dos cuidadores.

Os procedimentos foram sendo criados a partir das necessidades enfrentadas pelo trabalho. Iniciamos com reuniões com as professoras das creches para levantarmos as dificuldades de cada uma na sua relação com a criança assim como o recolhimento do que elas consideravam como “patológico” nas crianças.

Talvez seja preciso já enfatizar aqui que o intuito era provocar uma mudança em relação à forma de como olhavam as crianças, como as consideravam, mas, como efeito secundário, estávamos propiciando uma modificação das concepções arraigadas sobre o que era patológico numa

---

<sup>42</sup> O trabalho durou 11 meses e atingiu 600 crianças que freqüentavam as 5 creches do governo do estado da Bahia no distrito da Liberdade. Desse número de 600, 68 crianças estavam sendo encaminhadas para serem medicadas ou para atendimento em psiquiatria, após o trabalho apenas 5 foram indicadas para uma psicoterapia individual e três mães encaminhadas para serviço de atendimento a adultos.

criança. Esse aspecto é de grande importância, dado que as crianças estão sendo diagnosticadas e medicadas muito cedo: é o diagnóstico que leva à medicação. Então se conseguíssemos modificar as concepções sobre normalidade e patologia, estaríamos certamente implementando uma política de Saúde Mental.

As observações diretas das crianças nas creches foram, também, iniciadas porque elas complementariam essa mudança de olhar e de concepção, dado que serviriam para discutirmos com as cuidadoras o que era observado em relação àquela criança que fora indicada como patológica.

O segundo aspecto dessas observações estava ligado ao fato propriamente dito das observações com as crianças, pois promoviam, nas próprias crianças efeitos de mudanças. Fossem mudanças imediatamente conscientes pelas crianças, como nos foi relatado pela professora:

*Perguntei à criança – “porque quando a moça, que vem aqui na sala semanalmente, observar a turma, você não bagunça? Não briga e nem provoca os colegas?”*

*“Você acha que vou fazer isso na frente dela?”, respondeu a criança.*

O interessante desse exemplo, é que sendo uma criança que a professora tinha como insuportável, prestes a ser indicada para ser medicada, essa decisão da criança em não “provocar” na frente da observadora, indicou para a professora que não se tratava ali de uma criança insuportável ou mesmo “hiperativa”, mas se tratava de questões relativas às relações dessa criança com seus cuidadores, que puderam ser trabalhadas com a professora posteriormente.

Também poderiam ser mudanças que se davam apenas por colocar a criança num circuito de atenção, de cuidados, de importância. Como foi o caso de uma criança muito pequena que se encontrava num estado depressivo importante, não falava com ninguém, não se alimentava na creche (a comida ficava em sua boca sem ser engolida), não interagia com os coleguinhas, que facilmente lhe tomavam os brinquedos. Sentada estava, sentada ficava na sala, repetia a professora. O conjunto das observações, as conversas sobre estas com as professoras, e as conversas com a mãe, foram implementando uma modificação nessa criança que passou a se alimentar, brincar, se

interessar e disputar com os colegas. Passou a falar e interagir. E esse caso nos chamou especialmente a atenção. A mãe inicialmente não achava que sua filha estivesse precisando de um trabalho de observação, pois, ela não via nada de problemático aí, em casa estava tudo bem, ela comia, falava, se relacionava etc. Propus então que já que na creche, isso ocorria, que pudéssemos fazer um trabalho para ajudar a creche a lidar com sua filha. Ela concordou. Mas somente a terceira e última conversa com essa mãe que fui saber a sua real preocupação. Contou-me que num momento de desespero, há meses atrás, preparou veneno para ratos, para ela e as duas filhas e foi ante o olhar dessa menininha que estávamos observando que ela desistiu do seu plano.

Outras situações nos chamaram a atenção, em que a criança era tida na creche como impossível, todas as professoras de todas as salas falavam e se queixavam da criança, um passo apenas da expulsão (acompanhamos casos que as crianças tinham sido expulsas com 3 anos!), via sua condição ser modificada a partir das observações, da mudança do olhar das professoras e das conversas com os pais.

O que temos de psicanálise aí? Como a psicanálise se encontrou com o tema da prevenção? Qual a participação da psicanálise aí?

Podemos afirmar que toda a base do trabalho estava centrada na psicanálise. A premissa de que um sujeito só de constitui a partir das suas relações, como diz Winnicott: um bebê sozinho: isso não existe, e que a modificação do olhar desses cuidadores provocaria modificações no corpo da própria criança, pois, o corpo desta se constitui a partir desse olhar. Além disso, a palavra que começava a circular entre os atores dessas cenas e os efeitos que isso provocava era literalmente uma concepção da psicanálise. A possibilidade de instaurar a escuta modificava as relações entre os profissionais, os cuidadores das crianças. Como diria Freud, as representações em associação livre poderiam se articular e permitir um movimento pulsional diferente. Além do que promoviam modificações de lugares nas funções maternas e paternas, fundamentais para a constituição dos sujeitos em questão. O lugar que cada criança ocupava na família e na creche podia ser reorganizado para que a criança propriamente dita pudesse ser encontrada. Num tempo da antecipação, uma aposta era realizada.

Se se puder considerar que a modificação do olhar sobre a criança e todos os efeitos advindos daí, a interrogação de saberes cristalizados sobre ela, favoreceu uma outra direção (nas concepções de patologias, de laços familiares e cuidadores) em suas vidas, o que fizemos foi da ordem de uma prevenção?

Certamente não sabíamos, antecipadamente, o conteúdo dessas intervenções, dessas possíveis modificações, que foram ocorrendo à medida que o trabalho se desenvolvia, mas a psicanálise nos ofereceu a possibilidade de intervir sem pré-julgar, sem pre-venir, sem premeditar e sem predizer. E podemos agora afirmar, após o trabalho, num tempo de *só-depois*, que de 600 crianças acompanhadas indiretamente e 58 diagnosticadas para serem medicadas, apenas 5 delas tiveram uma indicação para psicoterapia individual.

Assim os profissionais da prevenção podem, através da psicanálise, trabalhar com esse tempo da “antecipação”, sem que este se torne o tempo de uma adivinhação, o tempo de uma concordância generalizada, ou mesmo, o risco maior da predestinação da realização do seu próprio imaginário.

A psicanálise, portanto, pode ser parceira numa ação preventiva: disseminando ações de interrogação da predição, das defesas em relação ao que se tenta adivinhar, além de inscrever esse tempo da antecipação como uma aposta na constituição do sujeito e no trabalho com os profissionais.

## UM ADENDO

*Aula Inaugural do Instituto Viva Infância  
Claudia Mascarenhas Fernandes*

### A criança e seu sofrimento na contemporaneidade

Em sua época Freud se perguntou o que queria uma mulher, devido ao enigma que essa posição subjetiva suscitava. Outras perguntas sempre fizeram da psicanálise uma prática essencialmente questionadora, eu diria, sempre subversiva.

Hoje para nossa discussão tenho uma pergunta:

O que se espera de uma criança?

Acredito que é uma pergunta que continua na linha da subversão que a psicanálise necessita para trabalhar, pois, do modo em que as crianças estão sendo consideradas, é preciso realmente perguntar: o que se espera de uma criança?

À constituição do sujeito deve sempre se agregar a idéia necessária de que é preciso que se crie um fantasma partindo dessa pergunta: “o que queres de mim?” grosso modo resumindo, o sujeito será a invenção dessa resposta.

Mas como psicanalista que atende crianças, não deixo de me perguntar todos os dias, se não há algo um pouco estranho acontecendo com o que as crianças estão fazendo a partir dessa pergunta: o que queres de mim?

Atualmente considero que 9 dentre 10 crianças estão sempre preocupadas: com os pais, com a escola, com o colega, com o cachorro,



com a gripe, por causa do ladrão, com as tarefas, com o tempo, ou mesmo com alguma coisa que nem sabem o que é. Pergunto-me: quando estão preocupadas com essas coisas com o que estão se ocupando?

Tenho um sentimento de que se sentem desprotegidas, sozinhas, perdidas, sem entender o que ocorre, mesmo que tenham pais muito presentes e comprometidos.

No dicionário *preocupar quer dizer prender a atenção, ocupar fortemente o espírito, inquietar, afligir-se, deixar-se absorver*. Mas o que esta acontecendo que, mesmo em situações de familiares presentes e escolas tão comprometidas, as crianças tem se queixado de estarem preocupadas?

As crianças estão angustiadas.

Tenho observado um fato curioso.

Existem pelo menos duas realidades que acompanham as situações em que crianças ficam preocupadas ou que se deixam absorver por assuntos que não são temas da infância.

A primeira delas são essas situações em que, a partir de toda boa intenção dos pais, estes acabam colocando a criança como aquela a qual há que satisfazer todos os quereres e que, portanto, elas terminam por mandarem nas opções e escolhas da casa. Elas escolhem tudo, os brinquedos, a roupa, a empregada, o restaurante, a escola em que vão estudar.

A segunda situação, muito freqüente também, são essas em que é preciso dar tudo ou fazer tudo para que a criança seja feliz. A criança tem que ser feliz não importa o que acontecer, tudo é preciso ser feito para que se cumpra esse ideal de felicidade. Precisam inclusive ser mais felizes do que os pais foram.

Ora essa matemática da classe media e alta tem um denominador: uma exigência sem limites para a criança. No primeiro caso, daquelas crianças que precisam ser tão independentes e autônomas que passam a escolher e a opinar sobre todos os acontecimentos da casa, ela se depara com uma questão muito simples: será que o que eles esperam de mim é que eu resolva todos os problemas da família? Portanto, se ela tiver alguma dificuldade ninguém poderá ajudá-la, ela é mais forte do que todos.

No segundo caso, dessas que precisam ser felizes a toda prova, pois

a família faz tudo para que ela seja feliz, é óbvio que na primeira topada que ela der, o chão vai desabar, pois não vai cumprir com o ideal de felicidade esperado, portanto, pode deprimir, vai se achar sempre aquém daquilo que esperavam dela. Esses são dois exemplos extremamente comuns de crianças que estão aflitas, estão com o espírito fortemente ocupado com questões que não conseguem resolver.

Na classe menos favorecida, também há respostas para essa pergunta: o que se espera de mim? São situações em que se deparam com a idéia que precisam distrair seus pais, dão trabalho ou ficam “pirraçando”, como as mães costuma se queixar “esse menino me pirraça o dia inteiro”. Ou em outras situações que estão preocupadas com o que vão fazer para ajudar a família. São crianças que precisam ocupar o lugar vazio da falta de condição, da falta de dinheiro, da falta de algum bem material.

Existe uma unanimidade em todas as classes socais: todas as nossas crianças estão preocupadas com a violência do nosso dia a dia. As que têm dinheiro, preocupadas em serem assaltadas (são ladrões que podem subir pelas paredes de um prédio de nove andares, que podem entrar pelo ar condicionado central da casa), as que não têm dinheiro, preocupadas em levar um tiro na rua, no irmão que o traficante matou, no pai que cai nos fins de semana de bebedeira e ela que tem que carregar para casa.

Os pais, por sua vez, também têm os mesmo medos e preocupações, como podem dar segurança para os filhos? Eles também estão com medo de serem assaltados, mortos, pegos por algum traficante....

A preocupação é a grande angústia da atualidade. E é uma angústia do nosso cotidiano, não estou ainda falando de situações de perturbações da saúde mental.

Nessas situações corriqueiras que respostas podem dar as crianças ao que elas imaginam que se espera delas?

As crianças estão se queixando de cansaço, de muito medo, de falta de vontade, de não conseguirem aprender tudo, de não poderem dormir, não querem comer, estão tristes com os colegas, tem pesadelos, não querem sair de casa, não agüentam escutar um “não”.

Os pais tentando resolver os problemas terminam por desviar deles. Para resolver a empregada que não confiam, colocam o dia inteiro na escola.

Acham que precisam ajudar nas tarefas da escola, fazem por elas ou pagam alguém para “ensinar”, isso para o filho não levar nada errado para a professora. Para não atrapalharem o filho comer, não vem mais almoçar em casa. Caso não tem tempo de ir passear no shopping e nem dinheiro para comprar naquele momento, não se divertem com os filhos.

Os pais também estão cansados, precisam de mais tempo, precisam de espaço, não vivem mais como casal já que o filho com todas essas questões tomou toda atenção da casa. Os pais não namoram mais ...

Essas são as questões que as crianças levam atualmente ao pediatra, que afirmam que as queixas de dor de garganta, inflamações etc. foram substituídas pelas queixas de comportamento e relacionamento.

Não há receita, mesmo porque do jeito que as exigências vão, facilmente toda e qualquer orientação se torna rapidamente mais uma exigência para essas famílias tão desesperadas para que no final das contas tudo dê certo.

E nós profissionais nisso tudo? De que forma colaboramos com isso? O que se pode fazer aí?

Em primeiro lugar a idéia de buscar culpados em nada ajuda, e a culpa não permite que todos concernidos na questão possam andar, sair desse lugar. A culpa imobiliza. Na verdade todos estão tentando fazer o melhor, o problema é que esse melhor não está tranquilo para ninguém pois é sempre um melhor derivado de um grande ideal.

Em segundo lugar precisamos na nossa prática do dia a dia acolher essas questões mas não se conformar com elas. A criança sempre vai estar inserida num lugar de linguagem, num contexto e com determinadas circunstâncias da vida, não estão isoladas do seu entorno. nem sempre essas crianças estão precisando de psicanalista e se estão, talvez seja por muito pouco tempo. Trabalhamos aqui no viva infância, e eu no meu consultório particular, com a idéia de que assim que os pais possam retomar a transferência da criança para eles, pode já ser a hora de encerramos o trabalho com a criança.

Quanto às situações em que as crianças recebem diagnósticos já estabelecidos precisamos ter muita habilidade. Habilidade de escutar, acolher a transferência, e lidar com questões que muitas vezes discordamos

como pessoas, mas que é importante encontrar junto com essa criança um lugar para ela. Isso merece um outro trabalho...

Toda criança precisa de um lugar, uma história, tempo para pensar e desenvolver, brincar com amigos, cumprir uma rotina, regras para se sentir segura, espaço e tempo com aqueles que gostam dela e que elas gostam. Seus pensamentos mágicos, suas idéias secretas, seus planos precisam de um lugar. Certamente passar o dia fazendo tudo correndo, cheio de tarefas a cumprir, sem tempo para conversar ou ouvir histórias, sem tempo para ser escutada, não para fazer o que ela quer, mas para ter alguém que se interesse pelo que ela diz.

Outro dia fui levar meu sobrinho na escola dele. Ele tinha uma mochila, uma lancheira, ainda levava na mão um barco que ele tinha feito, na outra um bleibleide e um boneco de borracha. Pensei ...oh meu deus quanta coisa na mão, mas por acaso, ao invés de pegar e já colocar na mochila, perguntei: porque você não bota essas coisas na mochila? Ele disse apenas: não. Também por acaso, ao invés de dizer, não.. você vai colocar na mochila porque não vai dar certo tanta coisa na mão, resolvi “pagar par ver”. Entramos na escola e assim que ele entrou na sala de aula, eu vi qual tinha sido seu plano: todos os colegas viram imediatamente o que ele tinha na mão, pararam de fazer o que estavam fazendo e foram em direção a ele.... ai eu entendi tudo.

O que esse pequeno fragmento me ensinou foi que precisamos de um pouco mais de tolerância e um pouco mais de tempo com as crianças. Um pouco que seja.

Precisamos deixar um pouco de lado o que não precisamos de verdade e isso só cada um sabe do seu.

E para uma criança ser criança ela precisa parar de se preocupar, ter a capacidade de se desligar dos problemas ou assuntos de adultos.

Assim como é interessante que saibam que os adultos decidem as coisas importantes da vida dela, pois assim eles a protegem. É preciso que suportem qualquer falha, qualquer erro. É preciso errar e não esconder das crianças que se erra. Não escondam também se estiverem tristes, mas digam a ela que vocês vão tentar resolver. Compartilhem o tempinho que tiverem para fazer algo simples, como ir na esquina a pé e comprar revistinha. Mas decidam qual será a melhor escola. Não queiram dar tudo

e se não dão tudo, não pensem que queriam dar, que seria melhor para ela ter tudo. Não há coisa mais angustiante do que pensar que se pode tudo, pois quem ganha tudo, pode tudo. Sem se exigir demais fica mais tranqüilo, e se trabalham para dar tudo, nada fica muito bem. Se querem trabalhar muito é porque gostam mesmo de trabalho, não porque vão comprar coisas para os filhos. Não deixem de namorar, e para isso a cama dos pais precisa ser só deles.

As crianças precisam saber que há coisas de adultos e há coisas de crianças. E por isso preocupações de adultos e não delas.

No final ficou parecendo um conselho sentimental, mas é um desabafo diante de tanta preocupação, em outras palavras, tanta angústia, que eu digo: desnecessária.

Afinal a pergunta: o que esperamos de uma criança pode se transformar em o que nós queremos para elas e para nós.

Data: 21 de março de 2012 23:24

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAZELTON e CRAMER. *As primeiras relações*, Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1997.

BERGÉS e BALBO, *Jeu des places entre la mère et son enfant, essai sur le transactivisme*, Paris : Eres 1999.

CRESPIN, G. *Recherches Preaut, em Psychanalyse et neurociences face 'a la clinique de l'autisme t du bébé*. Cahier Preaut, Paris: l'harmattan 2005.

CRESPIN, C. *A clínica precoce: o nascimento do humano*, São Paulo: Casa do Psicólogo, col. Primeira infância 2005.

DOLTO, F. GNT. Filme sobre Françoise Dolto, capítulo: *a palavra verdade*. Editora GNT, 1996.

DOLTO, F. *Emissão radiofônica*. Radio France, 1998.

FREUD A. *O ego e os mecanismos de defesas*. Rio de Janeiro: A civilização brasileira, s/d.

FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica*. Trad., Rio de Janeiro, Osmir Gabbi jr. Imago, 1985-1995.

FREUD, S. *Bate-se numa criança, Obras completas*, Col. Standart Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. *Cinco lições de psicanálise*, Quarta lição. *Obras completas*, Col. Standart, Rio de Janeiro: Imago, 1910.

FREUD, S. *Três ensaios sobre a sexualidade*, *Obras completas*, Col. Standart, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. *Análise de uma Fobia de um Menino de Cinco Anos*. *Obras Completas*, Col. Standart, vol. XI, Rio de Janeiro: Imago 1969.

GEISSEMAN, G. e P. *L'histoire de la Psychanalyse de l'enfant*, Paris: Puf, 1991.

GOLSE, B. *Sobre as psicoterapias pais-bebês: narratividade, filiação e transmissão*. Col. Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GOLSE, B. *A propos de prévention et prédiction: l'avenir des souvenirs*, Revue « La Psychiatrie de l'enfant », mars 2001.

GUTTON, P. *Lê bébé du psychanalyste*, Paris: Puf 1992.

HOCCHMAN, J. *L'histoire de l'autisme*. Paris : Odile Jacob, 2009.

KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*, São Paulo: Mestre Jou 1970.

KREISLER, L. *Le nouveau enfant du desordre psicossomatique*, Paris: Puf, 1992.

LEBOVICI et WAIL-HALPERN (ORG.), em *Psychopatologie du bébé*, Paris: Puf 1992.

LACAN, J. *Remarques sur le rapport de Daniel Lagache: « Psychanalyse et structure de la personnalité »*, in *Écrits*, Paris: Éditions du Seuil. 1966.

LACAN J. *Seminário Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

\_\_\_\_\_ *Seminário De um Outro ao outro*, versão não estabelecida.

\_\_\_\_\_ *Position du inconscient*, *Ecrits*, Paris: Seuil, 1966.

*Science et vérité, Écrits*, Paris: Seul, 1966.

LACAN, J. Seminário: *A ética em psicanálise*, Zahar, Rio de Janeiro, 1988

LACAN, J. Seminário: *Os escritos técnicos de Freud*. Zahar: Rio de Janeiro, 1996.

LAZNIK, M. C. *Os psicanalistas que trabalham em saúde pública*. Apresentação para o congresso: Trata-se uma criança, Rio de Janeiro. 1998.

LAZNIK, M.C. *Rumo à palavra, escuta*, São Paulo. 1997.

LAZNIK, M.C. *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador Agalma. 1991.

PORGE, E. *Des faits de presentation dans la psychanalyse avec les enfants*. Colloque du CIRRPC: le symptome et l'infantile. 1986.

PORGE, E. verbete “Tempo”, em Dicionário Enciclopédico de Psicanálise, Rio de Janeiro: Zahar. 1996.

PORGE, E. *A transferência para bastidores, Littoral a criança e a psicanálise*, Companhia de Freud, Rio de Janeiro. 1998.

ROHENKOHL, C. M. F. *O trabalho com as bordas ou a preocupação com os olhos de Lisa. Em O bebê e a modernidade*, São Paulo: Casa do psicólogo. 2002.

ROHENKOHL, C. M. F. O lugar dos sentidos e dos gestos na interpretação da clínica com o bebê”, in *Atendimento ao bebê uma abordagem interdisciplinar*, org. Maria do Carmo Camarotti, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 179-185.

ROHENKOHL, C.M.F. (org.) Do transitivismo à Antecipação, In *A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, 131-141 .

ROHENKOHL C.M.F. & GONSALVES, D. Algumas considerações sobre a operação da frustração em bebê portador de refluxo. *Revista de Psicanálise*, Curitiba, Vol. Psicanálise e Clínica de bebês, 2000, 38-55.



ROHENKOHL, C.M.F. *Prevenção ou Antecipação?* SITE DOS Estados Gerais da psicanálise, São Paulo, 2000.

ROHENKOHL C.M.F. É possível uma nosografia para os sinais psicopatológicos no bebê ? *Site dos Estados Gerais da Psicanálise*, São Paulo, 2001.

ROHENKOHL C.M.F. A demanda na Clínica com os bebês. *Revista Virtual Zeele*, Ceará, n. 07, 1999.

WINNICOTT, D. *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

VORCARO, A. *A criança e a psicanálise*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

---

Composição Impressão e Acabamento  
por RG Editora

Rua: Manoel de Freitas Ramos, 201,  
Jd Paulistano Campina Grande/PB  
Fone 3335-5108/9971-8516  
e-mail:rgeditora@yahoo.com.br