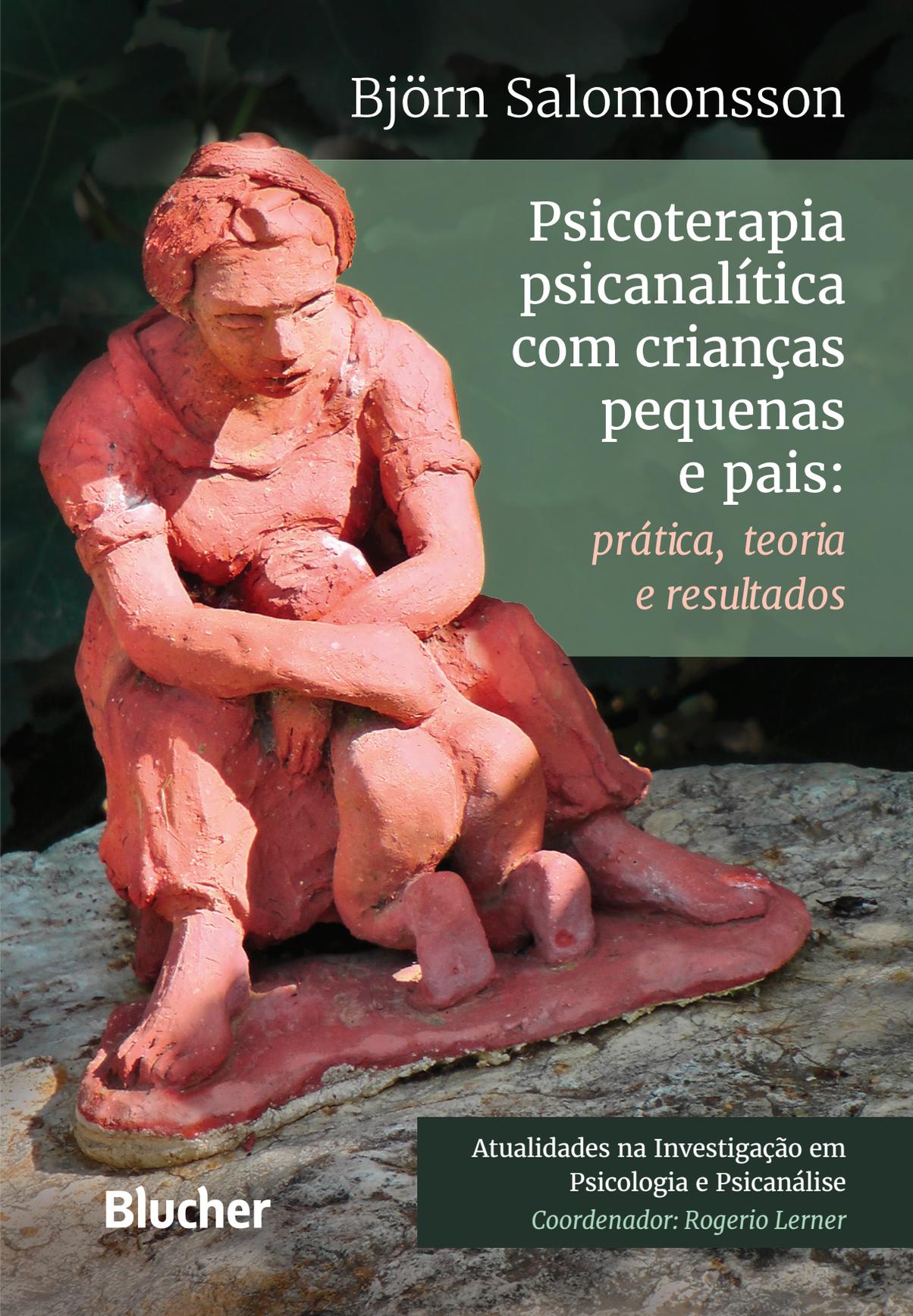


Björn Salomonsson

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



Blucher

Atualidades na Investigação em
Psicologia e Psicanálise
Coordenador: Rogerio Lerner

PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA
COM CRIANÇAS PEQUENAS E PAIS

Blucher

PSICOTERAPIA
PSICANALÍTICA
COM CRIANÇAS
PEQUENAS E PAIS

Prática, teoria e resultados

Björn Salomonsson

Tradução
Stephania A. R. Batista Geraldini

Psicoterapia psicanalítica com crianças pequenas e pais

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

© 2014 Björn Salomonsson

© 2017 Editora Edgard Blücher Ltda.

1ª edição digital – 2018

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

All rights reserved.

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

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico,
conforme 5. ed. do *Vocabulário
Ortográfico da Língua Portuguesa*,
Academia Brasileira de Letras,
março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial
por quaisquer meios sem autorização
escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora
Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação
na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Salomonsson, Björn
Psicoterapia psicanalítica com crianças
pequenas e pais : prática, teoria e resultados
[livro eletrônico] / Björn Salomonsson ;
tradução de Stephania A. R. Batista
Geraldini – São Paulo : Blucher, 2017.
344 p. ; PDF.

Bibliografia
ISBN 978-85-212-1123-5 (e-book)
Título original: *Psychoanalytic therapy
with infants and parents: practice, theory,
and results*

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

16-1128

CDD 618.928914

Índices para catálogo sistemático:
1. Psicanálise infantil – Pais e filhos

Prefácio à edição brasileira

É extremamente prazeroso ter meu livro traduzido para o português. É um sentimento especial para alguém da Suécia, no longínquo norte, saber que o seu trabalho atingiu o vasto país do Brasil, do outro lado do globo. O Brasil é um país que eu já visitei e adorei por sua intensidade, beleza, natureza e adoráveis pessoas. No Brasil, também sei que há um interesse importante em questões de pais e filhos e, principalmente, na psicoterapia com este grupo. Ajudar pais jovens tornou-se, naturalmente, tragicamente importante nestes dias, quando foram detectados os efeitos devastadores do vírus Zika em seu país e em outros lugares. Além disso, há uma importante e crescente percepção de que pais e bebês podem ter dificuldades em “se encontrar” entre si. Isso não implica apenas em um intenso sofrimento para o recém-nascido e/ou para os pais. Está também bem documentado hoje em dia que o sofrimento emocional inicial de bebês e pais pode ter efeitos negativos de longa duração.

Desenvolver técnicas psicológicas para ajudá-los e difundir tal conhecimento para o maior número possível de partes do mundo, é, portanto, uma importante missão. Este trabalho deveria, a meu ver, ser de alta qualidade e estar integrado com a atenção à saúde infantil de rotina. Psicoterapeutas deveriam trabalhar em conjunto com enfermeiros e médicos, às vezes também assistentes sociais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, de forma acessível e cotidiana para diminuir a turbulência e o sofrimento em torno dessas questões. Tal atenção à saúde infantil está, naturalmente, organizada de forma diferente

em vários países. Mas os problemas são os mesmos em todos os lugares, como bebês mais agitados, mães tristes, pais perplexos e irmãos ciumentos. Espero que este livro inspire os trabalhadores da atenção à saúde infantil a compreender melhor as pessoas que têm esses problemas para ajudá-las de uma forma mais completa, e a apreender mais profundamente as teorias psicológicas que podem ser aplicadas a tal trabalho.

Termino este prefácio expressando a minha gratidão ao professor Rogerio Lerner, que tomou a iniciativa de coordenar a tradução deste livro e que tem feito intensos esforços para promover a questão da atenção à saúde mental infantil no Brasil. Os meus sinceros agradecimentos vão também para Eduardo Blucher, que muito colaborou com a edição desta tradução.

Estocolmo, julho de 2016

Björn Salomonsson

Psicanalista da Associação Internacional de Psicanálise (IPA),
médico e professor associado do Departamento de Saúde Feminina
e Infantil do Instituto Karolinska, em Estocolmo, Suécia

www.bjornsalomonsson.se

Apresentação

Psicanalista, membro didata da Sociedade Sueca de Psicanálise, docente e pesquisador do Instituto Karolinska (Suécia), Björn Salomonsson apresenta neste livro uma profunda reflexão sobre o trabalho clínico com pais e bebês que têm preocupações, sempre ilustrada por vinhetas. Seguindo a tradição do também sueco Joseph Norman, Salomonsson defende a importância da singularidade da contribuição psicanalítica para esse tipo de clínica. Aponta que pais e bebês com preocupações podem ter dificuldades de processar o significado de suas experiências emocionais, e acabam empobrecendo a sua comunicação e a qualidade de seu vínculo. Comumente, o resultado é o aumento da ansiedade e o uso de formas de relacionamento cada vez menos favoráveis para a compreensão mútua e para a transformação das situações de incômodo. Sentimento de culpa, de impotência, de medo, e até mesmo de raiva, podem passar a prevalecer e levar a quadros de distanciamento ou animosidade crescentes.

Considerando que hoje são conhecidos os possíveis efeitos duradouros de dificuldades vividas na primeira infância, esse assunto tem recebido especial atenção por formuladores e gestores de políticas públicas no mundo todo. No Brasil, merecem destaque a Lei n. 451, que visa a tornar obrigatória a avaliação, no Sistema Único de Saúde (SUS), da presença de sinais iniciais de sofrimento psíquico em bebês, e o Estatuto da Primeira Infância (Lei n. 13.257/16), que versa, entre outros assuntos, sobre a qualificação profissional necessária para a detecção de tais sinais, o que pode favorecer uma intervenção oportuna para transformar o quadro de sofrimento e diminuir a chance de cronificação futura.

Demonstrando a razão pela qual seu trabalho pode ser considerado plenamente psicanalítico, Salomonsson aponta que, na literatura, o conceito de transferência tem ficado restrito na abordagem da reação dos pais para com o profissional, sendo evitado quando se trata da reação emocional do bebê no vínculo com o clínico. Aos pequeninos, restaria ter sua reação com o clínico intensamente influenciada por aquela de seus pais. Com um estilo de argumentação elegante, porém sempre leve e coloquial, Salomonsson concorda que essa é uma situação clínica possível, mas não necessária: em diversas vinhetas, ilustra o que considera efeitos transferenciais *diretos* do bebê em relação ao analista, discriminando-os dos anteriormente citados, que nomeia como *indiretos*.

Para caracterizar o aparelho psíquico do bebê que torna possível considerar a existência de transferência direta com o analista, bem como para explicar a capacidade de entender a intencionalidade e a expressão emocional da voz e da gestualidade do profissional sem a compreensão do conteúdo de suas palavras, Salomonsson articula noções centrais da psicanálise, notadamente a de continência, com achados em psicologia do desenvolvimento e com a semiótica de Pierce. Como se estivesse conduzindo gentilmente seu leitor pela mão, Salomonsson afirma que os pais exercem sua função continente ao aumentar a complexidade dos níveis de representação mental dos estados de espírito neles mobilizados pelos estados de espírito do bebê. O relacionamento com o bebê, a partir dessa complexidade dos níveis de representação mental aumentada, contribui para que o bebê, pouco a pouco, aumente a complexidade dos níveis de representação mental dos seus próprios estados mentais.

Quando a ansiedade está aumentada, pode haver dificuldades tanto na função continente dos pais como na capacidade do bebê de se deixar transformar por tal função. Daí a frequência com que pais descrevem estados e bebês têm reações que parecem sem saída, rígidas ou sufocantes.

Além da discussão de diversos casos clínicos ao longo do texto, no final do livro Salomonsson apresenta e discute resultados de pesquisas feitas com um método que, embora seja de alto valor para contribuições voltadas à aplicação em escala populacional tais como as que visam à saúde pública, é muito pouco utilizado em psicanálise. Trata-se de um ensaio clínico randomizado.

O emprego deste método para avaliar um modelo de atendimento orientado pela psicanálise voltado a díade mãe-bebê foi de extrema originalidade e tem inspirado pesquisadores em vários países.

O trabalho de Björn Salomonsson tem sido muito importante para a minha clínica e pesquisa. Trata-se de um colega extremamente generoso que se dispôs a vir ao Brasil, a meu convite, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e da Universidade de São Paulo (USP), para contribuir com supervisões e discussões a partir dos resultados do grupo de pesquisa por mim coordenado, além de apresentar seu livro em diversos eventos científicos.

Este é o primeiro livro da série *Atualidades na Investigação em Psicologia e Psicanálise*, o que para mim, como seu coordenador, é uma honra. A série apresenta trabalhos oriundos de programas de pós-graduação brasileiros e estrangeiros situando produções psicanalíticas no quadro maior da atividade acadêmica nacional e internacional em psicologia. Com o delineamento de fronteiras entre tais campos, estabelecem-se possíveis articulações, bem como se evidenciam irredutibilidades teórico-metodológicas de cada um. Afirma-se a especificidade da perspectiva psicanalítica na sua abordagem do psiquismo, a proficuidade de seu debate com demais áreas do universo psicológico e a propriedade de sua pertinência ao quadro da produção acadêmica no Brasil e em outros países.

Finalmente, quero agradecer pelo delicado e belo trabalho de tradução realizado, a meu convite, por Stephania Aparecida Ribeiro Batista Geraldini, psicanalista filiada à Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), mestre em Psicologia pela Universidade East London/Tavistock Clinic e doutoranda no Instituto de Psicologia da USP (IPUSP). Stephania foi muito bem sucedida em conseguir verter as ideias de Salomonsson ao português preservando o estilo narrativo característico do autor. A ela credito as virtudes, e a mim, as imperfeições, como revisor científico deste trabalho.

Rogério Lerner

Psicanalista, professor associado livre-docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os pais que me inspiraram, junto com seus bebês, no meu trabalho e que permitiram a publicação deste material clínico, no qual a identificação de cada pessoa se manteve em sigilo. Dentre os meus companheiros de trabalho, gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a Johan Norman, que despertou o meu interesse adormecido pelo mundo interno dos bebês por meio do seu trabalho criativo e corajoso. Outras fontes de inspiração ao longo dos anos são os coautores deste trabalho, Michelle Sleed e Rolf Sandell. Rolf, que me ensinou muito sobre estatística e metodologia de pesquisa em psicoterapia, também foi meu orientador no doutorado. Também me inspiraram os professores Per-Anders Rydelius e Andrzej Werbart. O professor Peter Fonagy, do Centro Anna Freud (AFC), em Londres, ofereceu-me uma inestimável ajuda com os trabalhos de ECR. Agradeço a todos eles, bem como a muitos outros pesquisadores e psicoterapeutas clínicos: Christine Anzieu-Premmereur e Talia Hatzor, do Programa de Pais-Bebê do Centro de Formação em Psicanálise e Pesquisa da Universidade de Columbia em Nova York; Tessa Baradon e Angela Joyce, da equipe do PIP; Mary Target, da AFC de Londres; Bernard Golse; James Grotstein; Alexandra Harrison; Miri Keren; Kai von Klitzing; Françoise Moggio e sua equipe, do Centro Alfred Binet em Paris; Eva Nissen e Monica Hedenbro, da divisão de saúde reprodutiva do Instituto Karolinska; e, finalmente, René Roussillon e Edward Tronick. Escrever um livro exige muito tempo de concentração, então, gostaria de agradecer à minha

esposa, colega e companheira de pesquisa, Majlis Winberg Salomonsson, por suportar a minha ausência em todos os sentidos.

O ECR só foi possível por meio do financiamento generoso das fundações Ahrén, Ax:son Johnson, Engkvist, Groschinsky, Golden Wedding Memorial of Oscar II and Queen Sophia, Jerring, Kempe-Carlgrén, Mayflower Charity e Wennborg, e do comitê de pesquisa da IPA. O atual projeto de *follow-up* é sustentado pela Children's Welfare Foundation e pelas fundações Signe e Ane Gyllenberg. A fundação Wennborg também me concedeu uma verba que me permitiu terminar este livro. Eu os agradeço profundamente.

Conteúdo

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

Introdução

Aqui está a essência deste livro em dois parágrafos: às vezes, os bebês e os seus pais passam por momentos difíceis. Os pais podem estar ansiosos porque o bebê não dorme, não se acalma, não consegue mamar ao seio – ou porque não conseguem amar o bebê ou a si próprios, ou estão ansiosos demais para aproveitar a parentalidade. Se nos aventurarmos a pôr em palavras o que imaginamos a respeito da experiência dos bebês, talvez digamos: “O bebê se preocupa porque as coisas não vão bem com a mamãe”. Este livro, portanto, lida com “preocupações de bebê” nos dois sentidos do termo: quando pais se preocupam com seus filhos e quando os pequeninos têm experiências ruins ou aflitivas. Portanto, parte-se do princípio de que bebês têm coisas na sua mente. Psicanalistas¹, usualmente, se referem a essas coisas como “representações” – imaginações mentais que contêm afeto e alguma ideia conectada com este, sejam primitivas ou elaboradas. Este livro enfatiza que a teoria psicanalítica sempre pensou que bebês formam representações sobre si mesmos e sobre seus pais. Não temos como comprovar seu conteúdo, mas podemos, por meio da psicoterapia pais-bebê, construir suposições sobre elas. Para que isso seja feito, precisamos, também, nos dirigir ao bebê. Não acreditamos que ele possa nos entender literalmente, mas que ele apreende o que

1. Muitas vezes, o autor utilizou os termos terapeuta, psicoterapeuta, psicanalista e analista como sinônimos, bem como terapia, psicoterapia psicanalítica e psicanálise. Em todos os casos ele está se referindo a psicanalista e à psicoterapia psicanalítica [N.T.].

comunicamos a ele além do nível verbal. Nosso objetivo ao nos comunicarmos com o bebê é conter as suas ansiedades e as preocupações e os sentimentos de inutilidade, culpa e raiva por parte dos pais.

Se algumas díades mãe-bebê não são ajudadas logo, talvez o bebê desenvolva traços de caráter rígidos e alguns sintomas. Algumas preocupações dos bebês podem passar a ser escondidas ou, como costumamos dizer, sucumbir à repressão primária. Uma vez que iniciamos a psicoterapia pais-bebê, este último, às vezes, desenvolve uma relação específica com o analista que merece ser nomeada de transferência. Este livro, portanto, argumenta que conceitos psicanalíticos clássicos se aplicam a esse tipo de psicoterapia. Outro exemplo é a sexualidade infantil que, como argumentarei, pode estar envolvida em problemas com a amamentação. O objetivo final deste livro é sustentar que a psicoterapia pais-bebê, como outros tratamentos, pode ser submetida a avaliações quantitativas e qualitativas sistemáticas. Tais ensaios clínicos não servem apenas para comparar diferentes modelos terapêuticos, mas também podem indicar qual modelo é mais eficaz para cada bebê, pai e mãe. Eles também podem nos ensinar como sistematizar uma psicoterapia para as famílias com “preocupações de bebê”.

* * *

A psicoterapia pais-bebê está lentamente se espalhado ao redor de todo o mundo. Podemos ver isso pelo aumento no número de publicações e de participantes em congressos internacionais, como, por exemplo, o World Association of Infant Mental Health (WAIMH, Associação Mundial de Saúde Mental Infantil – AMSMI). Jornais e programas de televisão também mostram um aumento no interesse pela psicologia da parentalidade. Uma busca no Google rende mais de quatro milhões de trabalhos e reportagens sobre “depressão pós-parto”. No Youtube, encontramos diversos vídeos de bebês extraordinários divulgados por pais orgulhosos, bem como vídeos científicos sobre a interação pais-bebê observada em laboratórios espalhados pelo mundo. Não resta dúvida de que a saúde mental de pais e bebê, como os tratamentos nessa área, se encontram em pauta.

Este livro transmite minhas experiências de trabalho como psicanalista com pais e bebês. Eu o escrevi para psicoterapeutas e psicanalistas que têm interesse, ou apenas curiosidade, sobre uma perspectiva psicanalítica a respeito

de pais e bebês. Tenho, também, outro grupo-alvo em mente: psicoterapeutas trabalhando com outras idades e *settings*, por exemplo, casais, grupos e mesmo psicoterapia individual. Há uma razão especial para convidar esse último grupo. Todo psicoterapeuta que trabalha com um paciente adulto, às vezes, tem a impressão de estar falando com uma criança, ou mesmo com um bebê. Por trás das explicações racionais e das teorias elaboradas dos adultos, o psicoterapeuta ouve a voz de uma criança humilhada ou de um bebê em luto. O trabalho com pais e bebês pode oferecer uma nova perspectiva para essas psicoterapias. Finalmente, este livro é para qualquer um que já tenha pensado a respeito do mundo interno dos bebês, seja com fascinação, alegria, dúvida ou preocupação.

Vamos começar com uma vinheta do dia a dia. Logo descobriremos que ela merece uma reflexão mais profunda: Andy, com um mês de vida, e sua mãe estão na cozinha. Enquanto ela está ocupada, ele está deitado próximo a ela e parece feliz. De repente, ele começa a chorar. A mãe termina de fazer suas coisas e o pega no colo, um minuto depois. Enquanto o segura, ela o conforta dizendo “Calma, Andy! Você está com fome” e começa a amamentá-lo. Dado que o garoto conseguiu o que queria, se poderia esperar que ele se acalmasse imediatamente. Porém, como todo pai e mãe sabe, isso pode levar algum tempo. Ele continua chorando e parece irritado com sua mãe, que responde dizendo “Vamos, Andy, você não está bravo com a boba da sua mãe por não lhe pegar de uma vez!?”.

Por que Andrew não se acalma imediatamente? Por que sua mãe lhe diz que ele está bravo e que pensa que ela é boba? Essas questões poderiam ser tratadas como irrelevantes e desinteressantes. Bebês têm chutado e chorado desde sempre sem que alguém conheça os motivos para tal. Alternativamente, pais têm explicado esses fenômenos alegando que “ele está com dor de barriga de novo” ou “ele não dormiu o suficiente na noite passada”. Assim, estes eventos diários não mereceriam reflexões de um clínico. Para ser sincero, os pais que me procuram raramente se queixam desses momentos triviais – “pequenas manhas de criança”, como chamou o poeta britânico William Blake (1994). Eles me procuram quando as coisas ficam piores e preocupantes. No entanto, quando ouvimos as histórias que contam, aprendemos que as preocupações começaram um dia como “manhas de criança” cotidianas, como a que relatei entre Andy e sua mãe.

O que se passa com Andy? Este livro trará evidências, oriundas de consultórios e pesquisas, de que bebês rapidamente desenvolvem uma vida mental complexa. Eles possuem capacidade para observar, pensar, se emocionar e se comunicar e têm intenções. Eu argumentarei que podemos considerar um bebê de um mês de vida como um participante ativo num processo psicoterapêutico. Devemos, imediatamente, introduzir as seguintes ressalvas a essa afirmação, acrescentando o óbvio: as habilidades emocionais e cognitivas do bebê são restritas e ele não entende e nem se expressa por meio de palavras. Porém, ele é capaz de expressar a sua vida mental que desperta por meio de um sorriso, de uma careta, de um tremor, de um olhar esquivo etc. Ele também percebe e experimenta os nossos modos de comunicação não verbal, como a forma de segurá-lo em nossos braços, de falar com ele e de ouvi-lo. Essas habilidades, que se desenvolvem em constante interação com pessoas próximas e amadas, fazem dele uma *pessoa* que desperta. Ele está prestes a desenvolver uma mente única e tenta comunicar o que deseja, teme, aprecia e abomina. Colocando de uma forma mais cuidadosa e simples, o que faz com que ele se sinta bem ou mal. E o bebê não comunica isso apenas para os seus pais, mas, de vez em quando, também para o psicoterapeuta que entra em diálogo com ele.

Olhando a questão de Andy por outro ângulo, alguém poderia retrucar que sua mãe só imagina coisas quando fala de braveza e bobeira. Pais sempre foram desafiados a diferenciar suas próprias imaginações de observações corretas e, então, chegarem a conclusões razoáveis – agora o bebê está *realmente* com frio, calor, enjoo ou fome. Essa é uma tarefa difícil. Todo pai atribui ao bebê emoções, traços de personalidade e possibilidades ou apreensões futuras. Quando lidamos com bebês, a linha entre observação e imaginação é tênue. Esta última, às vezes, é atordoante e estranha, pois tem as suas raízes no inconsciente dos pais. Um aspecto da arte da parentalidade é acalmar-se e conter-se diante das imaginações. Uma vez que os pais intuem que estão prestes a projetar na criança o que lhes é inconsciente, eles se dão conta: “Acho que minhas fantasias fizeram com que eu perdesse a cabeça”. Esse processo de aprender a “andar na corda bamba” entre observações sóbrias e projeções fantasiosas e manter o equilíbrio é um grande desafio, principalmente para os pais de primeira viagem.

A mãe de Andy parece dominar a situação. Seu tom com ele é bem-humorado e relaxado e não ficaríamos surpresos se Andy se acalmasse rapidamente.

A situação é diferente quando uma mãe sente que o seu bebê *nunca* se acalma e está *sempre* chorando. Então, estaríamos entrando numa tristeza especial entre jovens pais chamada depressão pós-parto – ou, como vem sendo chamada ultimamente, depressão perinatal. Retornarei, em breve, para o duvidoso valor heurístico desse termo. Por ora, vamos deixar essa questão de lado e apenas afirmar que a estrutura da mente dos pais é importante para entender como eles se sentem em relação ao bebê e como o enxergam.

Tenho procurado um sistema diagnóstico para detalhar os motivos pelos quais os pais de bebês buscam ajuda profissional. Para crianças e adultos, temos o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) (DSM-IV-TR, 2000), além da terminologia psicanalítica que dá conta de emoções, conflitos, defesas e relações de objeto. Para as crianças pequenas, existe “a classificação diagnóstica da saúde mental e dos distúrbios de comportamento da infância” (DC 0-3:R) (ZERO-TO-THREE, 2005). Baseada no DSM-IV, ela descreve os distúrbios do bebê e as qualidades da relação pais-bebê. Essa classificação pode ser usada para pesquisa e é especialmente valiosa para crianças um pouco mais velhas que aquelas nas quais me focarei. O desafio de descrever distúrbios emocionais durante a infância é que eles são voláteis e envolvem duas ou mais pessoas. Nas palavras de Winnicott: “Não existe tal coisa como o bebê. Sempre que alguém encontra um bebê, encontra também os cuidados maternos e, sem esses cuidados, não existiria o bebê” (1975, p. XXXVII). Para ele, os aspectos observáveis e inconscientes da mãe e do bebê estão entrelaçados.

A preocupação materna primária (Winnicott, 1956), geralmente, é descrita de um jeito vago ou variável. Portanto, escolhi um termo mais simples, “preocupações de bebê”, para dar conta de qualquer apreensão dos pais em relação ao papel que têm como tais, ao comportamento do bebê e ao contato que têm com o pequeno. E, como dito anteriormente, esse termo também pode ser lido como uma afirmação do bebê, sugerindo que *ele* também está preocupado. Ele demonstra isso por meio de alguns comportamentos que preocupam os seus pais ou por meio de dificuldades que parecem ser um incômodo emocional. Se combinarmos a ideia de que os bebês têm uma mente e são pessoas comunicativas com a de que os pais, às vezes, observam seus bebês por meio de lentes coloridas por suas próprias dificuldades emocionais, talvez

possamos concluir, com segurança, que as preocupações de bebê devem ser levadas a sério e precisam de ajuda profissional.

Isso implica que todo impulso de uma mãe preocupada precisa ser atendido profissionalmente? Não mesmo, apenas significa que, quando ela demonstra esses sinais, precisamos ouvir com cuidado. O mesmo é válido quando ela nega qualquer problema com o seu bebê, mas sentimos que há algo ali por meio da nossa contratransferência. Se intuirmos, por meio da nossa identificação passageira com o bebê, que há “preocupações de bebê, que ele não se sente bem”, devemos ouvi-lo. Oferecer um atendimento com um psicoterapeuta pode ser sentido pela mãe como algo que vai ajudá-la e proporcionar a ela algum suporte – especialmente se trabalharmos em parceria e de forma cuidadosa com o serviço de saúde no qual o bebê é atendido. Durante um atendimento como esse, a mãe pode decidir se deseja seguir no trabalho pais-bebê ou se um encontro foi o suficiente para ajudá-la a colocar as coisas nos eixos.

Este livro descreve o meu trabalho como psicanalista em minha clínica particular e como psicoterapeuta no centro de saúde infantil Mama Mia, em Estocolmo. Os pais que me procuram em meu consultório sabem do meu interesse em “preocupações de bebê”. Eles já têm um palpite de que algum problema psicológico está por trás da angústia que estão sentindo. Eu atendo a essas mães (às vezes pais) e seus bebês no meu consultório que, além do divã, onde muitas fraldas são trocadas, tem duas cadeiras para adultos e uma para crianças, com uma mesinha de tamanho proporcional, e uma caixa na qual os bebês podem encontrar um ursinho de pelúcia, um sapo, uma bola e alguns outros brinquedos.

Os outros casos eu atendo no centro de saúde infantil Mama Mia, que está localizado no centro de Estocolmo e é uma instituição privada totalmente subsidiada pelo serviço público. Nós, suecos, temos muito orgulho do longo histórico de serviços de saúde de alta qualidade oferecidos para bebês e crianças. Os centros de saúde infantil (CHC, em inglês, ou BVC, em sueco) oferecem *check-ups* até os 6 anos de vida. Os contatos de enfermagem seguem um calendário: semanalmente no primeiro mês, mensalmente até quatro meses e a cada dois meses durante o resto do primeiro ano, seguido de *check-ups* aos 18 meses, 3, 4 e 5 anos. Eles compreendem os seguintes serviços: pesagem e medição do bebê, vacinação, conselhos sobre nutrição e visitas pediátricas.

Em Estocolmo, quase todas as mães e os seus bebês vão regularmente aos centros de saúde infantil.

Mudanças em urbanização, meios de transporte e padrões familiares fizeram com que muitos pais vivessem longe, geográfica e emocionalmente falando, da sua família de origem. Assim, as enfermeiras dos centros de saúde infantil se tornaram centrais na ajuda a pais com preocupações de bebê. Sua orientação desenvolvimental (Lojkasek, Cohen, & Muir, 1994) segue o modelo usual de trabalho com pais que têm essas preocupações, que se dá por meio de contato individual e/ou em grupos de pais (Mittag, 2009). Ela busca promover uma relação de apego segura e identificar sinais de depressão, geralmente por meio da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Se acredita que os problemas apresentados pelas famílias precisam de maior atenção, ela pode oferecer uma consulta com o pediatra ou o psicólogo que fazem parte do time de psiquiatria infantil. Em alguns centros, é oferecida massagem (Field, 2000), bem como programas de desenvolvimento para os bebês (Hundeide, 2007).

O quadro de funcionários do centro de saúde Mama Mia é composto por nove enfermeiras e dois pediatras. As enfermeiras são treinadas em medicina pediátrica e preventiva e têm, também, um interesse especial em psicologia de pais e bebês. Eu as supervisiono uma hora por semana e, posteriormente, encontro os pais e os bebês em consultas de orientação psicanalítica de breve duração ou em psicoterapias mais longas. Minha sala de consultas é próxima à de uma das enfermeiras. É diferente fazer psicoterapia em meio a balanças, estetoscópios e fraldas, porém funciona muito bem. A vizinhança entre as salas torna mais fácil para mães que se sentem envergonhadas, amedrontadas ou descrentes vencerem essas barreiras para chegar até mim e começar a falar sobre as suas preocupações de bebê.

Este livro trata, principalmente, de casos nos quais eu usei uma técnica que presta especial atenção ao bebê: o tratamento psicanalítico mãe-bebê (em inglês, *mother-infant psychoanalytic treatment* – MIP) (Norman, 2001, 2004). Muitas vezes, isso implica trabalhar de forma profunda e longa. Minha ideia *não* é recomendar MIP para todos os casos de preocupações de bebê, mas propor que ele nos ajude a entender os mundos internos do bebê e da mãe e como eles interagem. O MIP também é uma ferramenta que nos ajuda a

abordar questões teóricas essenciais. Ao final do livro, apresentarei um ensaio clínico randomizado controlado (ERC) que avalia os tratamentos em MIP. Um segundo volume focará nas consultas psicanalíticas de curta duração e nas supervisões para as enfermeiras no centro de saúde infantil.

Alguns detalhes sobre o texto: eu usarei aspas (“xxx”) quando citar um autor ou um paciente. Quando eu quiser transmitir o que o bebê talvez esteja pensando, usarei apóstrofo (‘yyy’). Para me manter neutro em relação ao gênero, às vezes vou me referir ao terapeuta como “ele/a”. Porém, isso pode nos levar a uma leitura entediante, então, usarei “ele” para o psicoterapeuta na maioria das vezes, simplesmente porque sou um homem. E se tendo a me referir aos pais usando o pronome “ela” mais que “ele”, é porque vejo mais mães que pais.

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

A psicoterapia pais-bebê nos confronta com importantes questões teóricas e técnicas. Algumas delas se aplicam a Andy. Sua mãe lhe atribui pensamentos e sentimentos. Os Capítulos 1 e 2 examinam as questões lógicas e clínicas para tais hipóteses. No primeiro capítulo, apresento *Nicholas (Nic)*, que tinha apenas duas semanas de vida quando iniciou a psicoterapia pais-bebê com a sua mãe, *Theresa (Tessie)*. Ela tinha um dolorido machucado em um mamilo. Embora tenha cicatrizado rápido, ele continuava inquieto durante a amamentação. Ela se encontrava sem esperanças diante das imensas mudanças que vieram com a maternidade.

Eu tinha a hipótese de que Nic nutria diferentes representações acerca do seio de sua mãe. Com um não havia problemas, mas com o outro a amamentação havia sido problemática por causa da dor de Theresa. Eu presumi que Nic também tinha duas imagens a respeito da mente de sua mãe: uma benevolente e receptiva, e outra perturbada, que rejeitava. Ele parecia estender essa dicotomia a si mesmo – Nic bom e Nic mau. Pode ser que os leitores pensem que estou reproduzindo os clichês kleinianos. Entretanto, a ideia de representações para os bebês era natural para Freud e, de fato, toda a psicanálise se baseia nessa hipótese. No Capítulo 1, comparo as ideias de Freud sobre o que acontece dentro da mente de um bebê com as de Daniel Stern, que advertia

sobre a atribuição de qualquer conteúdo ideacional aos afetos dos bebês. Este capítulo termina em um aparente beco sem saída, já que não podemos saber o que se passa na mente de um bebê. Porém, enquanto clínicos, assumimos uma posição estranha e ineficaz se apenas balançarmos os nossos ombros e dissermos “OK, o bebê está chorando enquanto olha a sua mãe, mas não faço ideia do que está se passando dentro dele”.

2. Representações primárias – Tina, 3 meses de vida

O Capítulo 2 sugere um caminho para fora do beco sem saída, que é supor que o bebê produz e usa representações psíquicas – deixando claro que temos como base para as nossas hipóteses uma visão “adultomórfica qualificada”. Observamos o bebê e sua mãe com muito cuidado – e deixamos que as nossas próprias experiências inspirem a nossa imaginação a respeito do que se passa dentro do bebê. Também checamos a validade de nossas fantasias e nossa contratransferência comparando-as com observações e respostas a intervenções. A possibilidade de checar continuamente o dentro e o fora torna o encontro psicanalítico frutífero para o estudo das representações dos bebês.

Todos os pais se utilizam da visão adultomórfica para entender o seu bebê. A psicoterapia que realizamos nos desafia a entender *como* isso acontece. Isso levanta uma profunda questão filosófica: como adquirimos o conhecimento? Em um modelo ingênuo de pensamento, o conhecimento é algo escondido dentro do objeto. Nosso trabalho é desenterrar esse conhecimento, olhar para ele e tentar compreender o seu significado. A palavra *insight* é uma notável metáfora dessa teoria essencialista da mente. A ciência da semiótica vê esse processo de forma diferente. Não sabemos sobre uma *coisa*, mas sobre *signos* que se referem a algo e para os quais existem os respectivos *interpretantes*. Assim, criamos o conhecimento computando vários sinais mentais. Em outras palavras, não alcançamos uma certeza “comparando *crenças* com a forma como as coisas *são* [...] [mas] mostrando que elas são necessárias se o nosso conjunto de crenças precisa ser totalmente consistente e coerente” (Cooper, 1999, p. 8). Se a mãe de Andy dissesse: “Eu sei o que se passa na mente dele. Ele está bravo comigo”, balançaríamos a nossa cabeça em desacordo. Porém, se ela dissesse:

“Eu suponho que ele esteja bravo. Isso se encaixa em minhas outras observações a respeito de como ele reagiu quando eu falei com ele e o segurei de forma similar à de agora”, estaríamos inclinados a acreditar nela.

Uma perspectiva psicanalítica semiótica implica considerar o indivíduo não como alguém governado por impulsos internos, mas por signos que emergem a partir da relação com o outro. O Capítulo 2 introduz dois conceitos psicanalíticos da escola francesa, a mensagem enigmática (Laplanche, 1999a) e o pictograma (Aulagnier, 2001). Este último me leva a sugerir um termo para o que se passa na mente do bebê: *representações primárias*. Eu ilustrarei esse conceito com o caso de uma menina de 3 meses de vida cuja mãe não conseguia decidir se queria chamá-la de *Tina* ou *Christina*. Isso refletia a sua ambivalência. Eu também concluí que as representações primárias *desta garotinha* a respeito da sua mãe eram ambivalentes. Eu localizo essas representações primárias entre o que Stern chamou de afeto de vitalidade e o que a psicanálise tradicional considera uma representação. Durante o primeiro ano de vida, elas se tornarão fundidas ao mundo de representações que lhe é correspondente. Paradoxalmente, isso diminui as nossas chances de ajudar a criança em psicoterapia. Assim que ela começa a usar a linguagem, as representações se tornam mais rígidas e menos permeáveis às influências desse trabalho.

3. *Continência – música materna e palavras paternas com Frida, 3 meses de vida*

O termo *continência* resume o trabalho do analista de entender o que se passa na mente do seu paciente e comunicar-lhe isso. Bion (1962a) referia-se à mãe que percebe e “metaboliza” as angústias do seu bebê – e ao analista que dá conta da dor psíquica dos seus pacientes. Ele não trabalhou com bebês, mas suas intuições e suas experiências com pacientes psicóticos o levaram a teorizar sobre como dois mundos internos interagem: mãe e bebê, paciente e analista. O Capítulo 3 fala sobre como eu contive uma bebê que parecia bem, mas que se mostrou um pouco agitada em uma determinada ocasião. A mãe de *Frida, Kate*, iniciou a sua psicoterapia durante a gestação. Um dia, Frida, então com três meses de idade, entrou em pânico no intervalo entre duas sessões de análise. No dia

anterior, Kate teve dificuldades em reconhecer a raiva que estava sentindo em relação a mim. Isso bloqueou a sua capacidade de conter a filha, o que, penso eu, resultou no pânico de Frida, que agora eu podia observar. Eu pude conter a garotinha e falar sobre a ira e a humilhação que a sua mãe parecia sentir.

O Capítulo 3 discute por que precisamos falar com o bebê sobre as suas angústias e não só falar sobre elas com a mãe. O termo *música de continência* refere-se a um tipo de comunicação não verbal: gestos, tom de voz, som das palavras, expressões faciais, movimentos corporais, cheiros etc. Stern (1985, p. 56) faz uso da dança e da música para retratar a vida emocional do bebê. Golse (2006) utiliza metáforas do mundo da ópera. Sou um clarinetista amador, portanto, interação sempre foi importante para mim. Na verdade, “interação” dá conta de apenas metade da história do que é fazer música. A outra parte é “interescutar” a voz de um companheiro músico. A psicoterapia pais-bebê pode ser pensada como um trio em que cada “frase musical” pode ser um comentário em relação ao que foi expresso pelo(s) outro(s).

Em psicoterapia, os comentários são construídos de acordo com diferentes “linguagens musicais”. O analista se dirige ao bebê por meio de palavras, um tom de voz grave e um olhar sincero. O bebê responde em outra linguagem, como quando Frida chorou bastante e evitou os meus olhos. A nossa interação teve um importante impacto na mãe, que se deu conta de que a sua braveza comigo a havia levado a não conter Frida. Kate me contou sobre isso usando palavras, olhares angustiados e bochechas vermelhas, e eu expliquei a Frida que a raiva havia feito sua mãe se sentir estranha e a levado a não cuidar dela. O choro de Frida veio à tona à medida que ela me escutou e me olhou com cuidado. Isso é um exemplo de “música de câmara de continência”.

Eu nomeio este aspecto da continência seu componente *materno*: ter uma compreensão intuitiva de comunicação não verbal, como inflexões de voz, mudanças de temperatura, rugas faciais, tensões etc. No componente *paterno*, fornecemos palavras que indicam o que se passa na mente de um bebê. Essa função se apoia no que os psicanalistas franceses chamam de “lei” ou ordem simbólica. O aspecto materno tem suas raízes na ilusão de que o bebê e a mãe têm uma união perfeita, em que um entende o outro sem precisar usar palavras. O paterno faz um corte nessa ilusão: todo desejo deve ser transposto em uma aspiração, que deve ser expressa de forma inequívoca. Se o refrão do

componente materno é empatia, o do paterno é clareza. A psicoterapia deve se apoiar em ambos os princípios.

4. *O que um bebê entende? – Karen, 8 meses de vida*

Neste capítulo, faço o oposto dos Capítulos 1 e 2. Agora, me concentro no que *o bebê* pode entender das nossas mensagens. Sugiro que o bebê compreende bastante do que dizemos e não dizemos, de como olhamos, da impressão que damos, do que cheiro temos, de como o seguramos e deixamos de segurá-lo etc. Em vez de entender a importância *léxica* da nossa comunicação, ele é sensível às suas correntes *emocionais*.

O bebê também é alguém ativo. O seu desafio é lidar com aquelas porções das mensagens do adulto que são inconscientes ou enigmáticas (Laplanche, 1999a) – até mesmo para o adulto. Ilustrarei isso com o caso de *Karen*, de 8 meses de vida, e sua mãe *Miranda*. Karen resmunga e Miranda lhe oferece o seio imediatamente, pois, para ela, a filha está “terrivelmente triste”. Eu, entretanto, descobri outras emoções: elas estavam bravas uma com a outra, embora esse sentimento lhes fosse inconsciente. Elas estavam aprisionadas num nebuloso modo de se relacionar que ocultava a raiva e o desapontamento que sentiam. As vinhetas mostram que Karen compreendeu a importância de algumas intervenções que fiz. Apresentarei um aparato conceitual que nos ajudará a entender diferentes níveis de comunicação em tratamentos psicanalíticos.

Nos Capítulos 1 e 2, argumentei que a verdade não é algo que está escondido atrás de uma cortina esperando para ser revelado. O Capítulo 4 se aproxima de outro erro epistemológico: bebês não se comunicam porque não entendem e não usam palavras. Esse erro está ancorado na ideia de que as palavras são a única forma de comunicação. Não nos surpreende o fato de que os nossos conceitos de comunicação não verbal são poucos, quase escassos. Além disso, discussões científicas devem usar palavras para descrever a comunicação não verbal. Isso parece tão desesperador quanto verbalizar uma sonata, uma pintura ou uma dança! A competência dos bebês reside nos modelos de comunicação não verbal. Conseqüentemente, as pessoas duvidam que as letras ou as palavras possam fazer justiça ao seu mundo

interno. Felizmente, a semiótica, ou a ciência dos signos, oferece conceitos que nos ajudam a aprimorar o estado de comunicação não verbal. Eles explicam por que o suspiro, o sorriso e o gemido são mensagens que merecem uma interpretação psicanalítica.

5. A experiência de um bebê em relação à depressão materna – Beate, 16 meses de vida

É hora de apresentar um caso clínico mais extenso. Conheceremos *Beate*, de 16 meses, e sua mãe *Nadya*. Ela era uma menina inquieta e angustiada, que sempre procurava pelo seio materno quando alguma coisa a incomodava. Elas foram atendidas em psicoterapia pais-bebê por oito meses, depois Beate seguiu em sessões de psicanálise infantil. O tratamento focou na relação conturbada que ela tinha com o seio materno e em seu medo de buracos e fantasmas. A história de depressão pós-parto de *Nadya* permitiu que reconstruíssemos as primeiras experiências de Beate. Suas presentes inquietação e fobias pareciam estar conectadas com a experiência primária de estar com uma mãe triste que não podia conter as suas angústias.

A depressão perinatal ou pós-parto é, frequentemente, retratada como algo que atinge a mulher inesperadamente. Entretanto, nunca encontrei uma mãe deprimida que não tenha relatado, após sondarmos mais a fundo a sua história, problemas emocionais anteriores, como depressão, estado de exaustão ou de angústia, traços de personalidade narcísica, transtornos alimentares etc. Isso está de acordo com os estudos populacionais que indicam que depressões prévias aumentam o risco de depressão pós-parto (Misri & Joe, 2008). Quando se tornam mães, essas mulheres encontram a reorientação psicológica necessária por meio de padrões de defesas estabelecidos muito antes da maternidade. Para uma mulher narcisista, é extremamente difícil amar o seu bebê. Uma mulher com um superego severo sente-se culpada ao menor sinal de contratempo com o seu filho. Uma mulher angustiada acordará inúmeras vezes durante a noite para checar se o seu bebê continua respirando. Assim, os prefixos “peri” e “pós” somente refletem que a depressão está conectada com os reajustes psicológicos em torno do parto. Vejo isso como a expressão de um novo desafio para ela como ser sexual, companheira, cuidadora e filha, especialmente para sua mãe.

A depressão perinatal se aplica a toda mulher que não pôde resolver esses desafios de forma satisfatória para ela própria ou para seu bebê e seu companheiro. Algumas demonstram o seu descontentamento por meio de um questionário sobre depressão. Outras talvez alcancem uma boa pontuação, mas parecem ignorar o seu sofrimento – ou se sentem envergonhadas e querem alcançar um “melhor resultado”. A menos que as entrevistemos, corremos o risco de não entender que algo está errado e o que isso pode ser.

O Capítulo 5 pensa a depressão do ponto de vista do bebê: como deve ter sido a experiência de Beate com uma mãe deprimida? Argumentarei que o que afeta uma criança não é a depressão materna em si, mas que a tristeza da mãe, a sua baixa autoestima, a sua culpa e as suas preocupações consigo mesma não deixam espaço para que ela contenha as angústias do seu bebê. Isso terá dois efeitos. Primeiro, o bebê é deixado só com as suas confusões e angústias, uma vez que não há ninguém “lá fora” que possa conter as suas emoções. O segundo, é que ele experimentará a mãe continente como alguém que não está presente e que está centrado em si mesmo, ou como alguém intrusivo e insensível, e isso transformará a mãe continente numa figura assustadora. O caso de Beate permitiu que eu me desse conta da importância de um tratamento no início da relação pais-bebê e do que pode acontecer com as representações primárias se elas não são reguladas. Retornaremos a este ponto no Capítulo 8, sobre repressões primárias.

6. A criança “dentro” do adulto – interagindo com Monica

Espero que este livro seja relevante para os psicoterapeutas, independentemente de idade, gênero ou categoria diagnóstica com que eles trabalham. Ele tem a ver com uma visão da mente que chamo de “perspectiva *matrioshka*”. Refiro-me àquelas bonecas de madeira que têm cópias menores de si mesmas umas dentro das outras e que terminam com uma pequenina versão. Essa boneca representa uma metáfora que está de acordo com as formulações kleinianas de que há um mundo interno habitado por objetos internos (Hinshelwood, 1989). A menor bonequinha de madeira corresponde ao núcleo infantil da mente, seja no adulto, na criança ou no bebê.

Trabalhar com pais e crianças pequenas me levou a ficar mais familiarizado com essas “bonecas de madeira” mais íntimas existentes em adultos

que estão em análise. Elas atuam como forças silenciosas, mas poderosas, ocultas em sintomas difusos, traços rígidos de caráter e visões pessimistas de mundo. O Capítulo 6 aborda um impasse da psicoterapia. Uma jovem mulher, *Monica*, travava uma guerra no início de cada sessão analítica. Ela me menosprezava enquanto descrevia a si mesma como inútil. Ela alegava que não podia falar comigo, mas apenas balançar o seu corpo enquanto suspirava, transpirava e gemia no divã. Ela me lembrava um bebê infeliz, que se revirava e chorava em frente a uma mãe impotente. Quando eu a disse isso, ela me ridicularizou.

Nessa época, eu trabalhava com o pequeno Nic e sua mãe, dos quais falei no Capítulo 1. Eles me permitiram observar, diretamente como acontecia, a interação entre continente e contido. A prática pais-bebê nos aproxima do entendimento de como esses conceitos abstratos ganham forma na relação da mãe com o seu bebê. Nic e sua mãe me levaram a perceber a minha relação com Monica. Como ela e eu não entendíamos como nos víamos, ficávamos presos num impasse. Eu considerava as minhas intervenções bem fundamentadas e significativas, mas Monica as via como uma verdade imposta por uma autoridade que relutava em admitir as suas fraquezas. Nas palavras de Bion, a nossa relação estava longe de ser camarada (1970, p. 95). Cada intervenção pode ser entendida de forma diferente dependendo dos níveis de comunicação. O analista espera oferecer uma tradução razoavelmente precisa – de um nível mais primitivo para um nível mais avançado – dos desejos e dos medos aprisionados na “boneca de madeira” de cada paciente.

7. *O fóssil vivo – Urvergessen de Tristão*

Richard Wagner foi uma figura controversa em virtude de seu antissemitismo e seu jeito despreocupado com benfeitores e amantes. Este defeito de caráter andava de mãos dadas com uma capacidade perspicaz de retratar seus personagens de ópera com grande profundidade psicológica e credibilidade. Muitos deles foram atingidos pela perda dos pais durante a infância: Siegmund e Sieglinde, seu filho Siegfried e Parsifal. O exemplo mais rico de como um trauma de infância permanece congelado para, finalmente, acabar com a vida do indivíduo é o herói de *Tristão e Isolda*.

O jovem Tristão é atraído rumo à destruição, arrastando consigo Isolda e seu próprio pai adotivo, o rei Marcos. Enquanto tenta entender a sua paixão por Isolda, ele se dá conta de que, por toda a sua vida, buscou em vão por seus pais biológicos. O pai morreu antes de ele nascer e a mãe morreu no parto. Durante a sua autoanálise, Tristão assinala um conceito, *das Urvergessen* ou esquecimento primário. Ele se refere a um estado emocional enigmático, caracterizado de *Ahnungen* ou intuição. Tristão percebe que nunca teve consigo a lembrança dos seus pais. A sua paixão por Isolda é um substituto da sua mãe perdida. Não é preciso dizer que essa projeção está fadada ao fracasso, pois um objeto não pode ser substituído por outro sem consequências desastrosas. Mais importante que isso, Tristão ignora um ponto que considero principal para o seu fracasso: uma imensa raiva escondida atrás das idealizações que tem de Isolda e Marke. Ele tem uma vaga *Ahnung* disso, mas não pode evitar a sua atuação por meio de um terrível suicídio em frente a uma Isolda devastada.

Este capítulo é uma introdução para a discussão a respeito da repressão primária no Capítulo 8. Tristão inspirou os meus pensamentos sobre como os bebês lidam com os eventos traumáticos. Minha hipótese é que eles são registrados, mas de formas tão primitivas de significado que o bebê, e posteriormente o adulto, pode ter apenas uma *Ahnung*, uma intuição ou pressentimento deles. Como Monica, no Capítulo 6, Tristão continua sendo afetado por um trauma da infância. Porém, em contraste com ela, ele não é ajudado no processo de preencher essas intuições com signos mais avançados, a saber, as palavras de continência e reconstrução do analista.

8. Conceitos clássicos revisitados I – repressão primária

Às vezes, ouço enfermeiras e pais dizerem: “A mãe vai superar as suas preocupações de bebê”. Entretanto, vejo que há boas razões para não postergarmos uma consulta terapêutica frente a essa situação. Primeiro, um sofrimento desnecessário deve ser evitado. Segundo, como argumentei no Capítulo 2, as representações primárias do bebê ainda são flexíveis e passíveis de intervenção psicoterapêutica.

O Capítulo 8 compara dois casos. *Tom* iniciou o seu atendimento junto com sua mãe, *Nina*, quando tinha 8 meses de vida. Beate e a sua mãe, *Nadya*, apresentadas no Capítulo 5, estavam em apuros havia quase um ano e meio.

Freud (1915b) usou o conceito de *repressão primária* para justificar o que talvez aconteça com as nossas mais remotas memórias de infância, aquelas que não registramos no momento e das quais não podemos nos lembrar posteriormente. No entanto, elas desempenham um papel importante na formação do nosso caráter. Não poder lembrar-se de algo que nunca foi registrado – e que permanece central para o seu bem-estar – soa sem lógica! Por isso, não surpreende o fato de a repressão primária ter se tornado um conceito desacreditado, mas gostaria de reformulá-lo de forma a torná-lo um conceito clínico útil. Na minha leitura, ele dá conta das experiências emocionais que o bebê significou de forma atrofiada e não muito desenvolvida e que, logo em seguida, foram deixadas de lado durante o seu desenvolvimento semiótico. Assim, acredito que aquelas experiências que, posteriormente, se transformam na repressão primária foram registradas no momento em que ocorreram, embora de forma pouco acessível para o bebê. É precisamente por isso que essas *Ahnungen* podem influenciar a criança, como “as profundas águas debaixo da terra... que nunca viram a luz do dia, mas que, mesmo assim, refletem um brilho opaco de cuja origem nada sabemos”, nas palavras do escritor francês Albert Camus (1994, p. 300).

Tom, um bebê de 8 meses de vida, oscilava entre agarrar sua mãe, *Nina*, e tentar se separar e encontrar um espaço para si além do corpo dela. O trabalho analítico os ajudou a cortar algumas cordas pegajosas que os amarravam juntos. As representações primárias de Tom continuavam suficientemente flexíveis para evoluírem quando interpretei a sua ambivalência entre o desejo e o medo de se separar de sua mãe. Opostamente, Beate tinha 16 meses quando iniciou um trabalho analítico. Alcançamos resultados importantes no seu primeiro ano de tratamento, mas parte de sua inquietação permaneceu intocada. Atribuí isso ao fato de que as representações primárias haviam começado a sucumbir à repressão primária durante o seu primeiro ano de vida, quando ela e sua mãe não estavam em psicoterapia. A minha hipótese é que se o trabalho psicoterápico tivesse iniciado mais cedo, talvez tivéssemos uma maior chance de alcançar essas representações primárias e, assim, permitir que Beate as dissolvesse.

9. Conceitos clássicos revisitados II – sexualidade infantil

A principal questão teórica deste livro é se a psicoterapia pais-bebê pode ser integrada à teoria freudiana clássica. Atualmente, médicos especializados em crianças se apoiam, principalmente, na teoria do apego, enquanto psicanalistas raramente aplicam a teoria clássica aos bebês em psicoterapia. Isso é paradoxal, uma vez que, como afirmei no Capítulo 1, a teoria freudiana se baseia em inferências sobre a mente do bebê. Por exemplo, o conceito de sexualidade infantil dificilmente é usado por médicos de crianças, enquanto psicanalistas o aplicam aos pacientes de qualquer idade – com exceção dos bebês! Entretanto, argumentarei que isso é vital para o entendimento dos transtornos emocionais dos bebês.

Cheguei a este tópico a partir de várias fontes. Uma vez, a pequena Frida (Capítulo 3), inesperadamente, sorriu para mim em meio aos seus gritos. Espontaneamente, exclamei: “Estou totalmente encantado”. Retrospectivamente, dei-me conta de que “encantado”, com sua conotação sexual, reflete a minha própria sexualidade infantil recalçada, que emergiu nesse encontro terapêutico. A segunda fonte foram os atendimentos mãe-bebê nos quais prossegui longamente em psicoterapia com as mães após o fim da participação da criança. Esses tratamentos expuseram as conexões entre as sexualidades adulta e infantil. A terceira fonte foram os vídeos de partos (Widström, Ransjö-Arvidsson, & Christensson, 2007) feitos pelo departamento de reprodução assistida do Instituto Karolinska, em Estocolmo, que capturam os primeiros momentos sensíveis ou, como defenderei, de contato sexual entre mãe e bebê. Integrei essas impressões às especulações feitas por Jean Laplanche (1989, 2002) a respeito de como as mensagens da mãe estão permeadas por cumprimentos de onda que são inconscientes tanto para elas quanto para os bebês.

Quando a mãe não está tão desconfortável com os seus desejos inconscientes, as mensagens enigmáticas alimentarão a estima do bebê por seu próprio corpo e sua *joie de vivre*, isto é, por sua *própria* sexualidade infantil. Porém, quando a mãe está deprimida, a situação é diferente. Os naturais toques e gargalhadas, risadas e olhares amáveis são substituídos por um rosto franzido, um irritado tom de voz ou um jeito brusco ou passivo de segurar o bebê. Uma ambivalência não reconhecida pode, então, impedir o desenvolvimento do

contato sexual infantil entre mãe e bebê. Essa é uma boa razão para não postergar uma consulta psicoterapêutica uma vez que a mãe procurou ajuda.

10. *Conceitos clássicos revisitados III – transferência*

Qualquer pessoa familiarizada com psicoterapia sabe que o paciente pode perceber o analista de diferentes formas, coloridas por suas emoções. Frequentemente, o analista parece imaturo, exagerado e irracional, pois o paciente transfere para esse profissional emoções que têm origem em épocas distantes da sua vida. Neste capítulo, questiono se o termo usado para definir esse fenômeno, *transferência*, pode ser usado no caso de bebês em psicoterapia. Argumentarei que um bebê angustiado, por vezes, pode evidenciar transferência em relação ao analista – desde que ele se enderece diretamente ao bebê. Somente tais técnicas permitem que o analista conclua que o bebê, por exemplo, o está evitando porque o vê como um objeto interno temido. Esse era o caso de *Jennifer*, um bebê de 18 meses de vida, e *David*, de 7 meses de vida. Eles evidenciaram o que chamo de transferência *direta*. Antes do trabalho psicoterapêutico, as emoções de ambos estavam disfarçadas sob diversos sintomas angustiantes. Durante as nossas sessões, a minha atenção permitiu que as suas emoções não integradas se conectassem comigo. Na mente do bebê, a fórmula é: ‘Esta pessoa me faz entrar em contato com – ou é a portadora de – sentimentos que eu temo. Se eu evitá-la, não sentirei mais medo’.

Em contraste, a transferência *indireta* tem origem na transferência não reconhecida dos pais em relação ao analista. A criança intui que seus pais temem o analista e, assim, passam a temê-lo. A fórmula é: ‘Meu pai se comporta de forma diferente em relação a este homem desconhecido. Eu não reconheço meu pai. Este homem deve ser perigoso e tenho medo dele’. O caso de *Vance*, de 9 meses de vida, em psicoterapia com seu pai, *Henry*, nos mostrará isso. O medo do bebê em relação a mim era, no início, resultado do medo inconsciente do pai em relação a mim. O medo do menino era, assim, indireto. Porém, a realidade clínica é sempre complicada. Quando o temor de Henry foi interpretado, o temor de Vance permaneceu, mas por meio de um mecanismo diferente. Os efeitos emocionais de uma separação prematura de sua mãe não foram reconhecidos por seus pais. Agora, essas experiências reprimidas primariamente

vieram à tona e eu passei a representar esse trauma. Neste estágio, o medo do menino não era influenciado pelo estado mais relaxado do pai e ele, agora, estabelecia uma transferência negativa direta.

Eu *não* defendo que toda reação emocional do bebê em relação a um adulto representa uma transferência. Então, diferencio *transferências de fenômenos similares à transferência*. Transferências são os exemplos que acabei de dar. Só podemos encontrá-los na situação analítica, já que este é o único lugar em que o nosso instrumento investigatório é totalmente válido. Em contraste, fenômenos similares à transferência podem ocorrer em uma visita à enfermeira ou ao vizinho. Similarmente, quando a mãe de Andy afirmou que ele estava bravo com ela, estava descrevendo – correta ou incorretamente – um fenômeno similar à transferência.

11. Tratamento psicanalítico mãe-bebê – isso funciona?

Psicanalistas e pesquisadores que realizam ensaios clínicos sistemáticos nem sempre estiveram em clima de diálogo. Psicanalistas, geralmente, afirmam que esse processo é muito complicado e os seus resultados são complexos demais para que qualquer validação sistemática seja possível ou desejável. Pesquisadores alegam que os psicanalistas deveriam submeter seus trabalhos a uma avaliação, como em qualquer outra área. Os psicanalistas, então, dizem que avaliações quantitativas apenas alcançam a superfície do vasto e complexo campo de resultados do trabalho analítico. Os pesquisadores, em contrapartida, afirmam que elas são, ainda assim, a melhor opção se quisermos comparar objetivamente diferentes métodos. Os psicanalistas respondem que objetividade, tanto no processo psicoterapêutico como na sua validação, é uma ilusão.

Trabalhando como psicanalista por muitos anos, compartilhei das diversas objeções a avaliações sistemáticas quantitativas. Entretanto, comecei a mudar de ideia. Uma das razões foi a crescente demanda por provas por parte daqueles que nunca tiveram nenhuma experiência analítica. Penso que esse pedido “de fora” por avaliação é justo. Em segundo lugar, defensores de outras modalidades de psicoterapia baseiam suas afirmações em avaliação sistemática. Isso aumentou o meu apetite por comparações científicas de diferentes