

Consulta terapêutica pais-bebê: um modelo de prevenção¹ e intervenção precoce

*Tereza Marques de Oliveira*¹
Psicóloga

1. Introdução

Donald Woods Winnicott (1896- 1971) pediatra e psicanalista inglês, fez importantes contribuições teórico-clínicas à psicanálise. Uma delas é a Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, considerada por muitos analistas a espinha dorsal de seu pensamento. Nela, o autor traz para a psicanálise o conceito de “ambiente”, representado pelos cuidados maternos, que, embora não cause os processos do amadurecimento, pode favorecer, dificultar ou mesmo impedir que estes ocorram.

Como pediatra e psiquiatra infantil, acompanhou as crianças que foram institucionalizadas pela perda dos pais e/ou da família em consequência da Segunda Grande Guerra, quando Londres foi evacuada. Os sintomas apresentados por essas crianças comprovaram muitas de suas teses sobre a importância dos cuidados parentais e de sua manutenção nas etapas iniciais e nos três primeiros anos de vida. Estas etapas foram denominadas por ele de “dependência absoluta” e de “dependência relativa”, respectivamente.

Outros psicanalistas e pediatras da época, dentre eles John Bowlby (1951) e René Spitz, vivenciaram o sofrimento imposto aos bebês e crianças pequenas durante a Segunda Guerra e também puderam comprovar tanto o sofrimento psíquico no bebê e na criança pequena quanto as consequências patológicas causadas pela separação e perda da mãe ou cuidador precocemente.

O trabalho desses pioneiros da psicopatologia do bebê abriu portas tanto para um grande avanço no estudo do desenvolvimento psíquico inicial do ser humano quanto para a possibilidade de prevenção e intervenção precoce. Conforme diz Bernard Golse (2001): “não é possível mudar o mundo; mas é possível o mudar o bebê e este mudará o mundo”.

A seguir, apresento uma breve visão histórica do estudo do bebê e de sua clínica em alguns países, inclusive no Brasil, e ilustro esta modalidade de prevenção e intervenção precoce através de um caso atendido no modelo da Consulta Terapêutica Pais-Bebê.

2. Visão histórica

A partir dos anos 1940, observou-se um tremendo avanço no campo do conhecimento da infância precoce. Esse avanço se deu tanto na área do desenvolvimento e da psicopatologia quanto em relação aos métodos terapêuticos. Como resultado de tais estudos, atualmente, a maioria dos psicanalistas e psicoterapeutas, em geral, recomenda que os tratamentos com a criança envolvam os pais.

¹ Psicóloga Psicoterapeuta, Doutora em Psicologia Clínica pela USP, Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Mackenzie; formação em Psicanálise de Criança pelo Instituto Sedes Sapientiae; Especialização em Psicopatologia do Bebê pela Universidade Paris XIII/USP. Membro do Departamento de Psicanálise com Criança, do Espaço Potencial e Professora dos Cursos “Da Observação à Intervenção na Relação Pais-Bebê” e “Winnicott: Experiência e Pensamento” no Instituto Sedes Sapientiae; Professora convidada da Escola Paulista de Magistratura; Membro-fundador, Presidente e coordenadora geral do Centro Habitaré. Professora Aposentada pela Universidade Mackenzie.

Porém, cada país apresenta suas peculiaridades, não só em relação às técnicas adotadas pelos psicanalistas, como também em função das representações culturais do bebê.

Na Inglaterra, Esther Bick, em 1948, desenvolveu o Método de Observação de Bebê, utilizado inicialmente como parte da formação dos psicanalistas e, posteriormente, seu uso foi ampliado por seus discípulos, dentre eles Martha Harris, Alessandra Piontelli, Selma Fraiberg, Dilly Daws, entre outros.

No Brasil, temos as contribuições de Marisa Mélega, Edna Villete, Magali Marconato e Mariângela Pinheiro. Estas psicanalistas levaram adiante vários desdobramentos desse Método, ampliando sua utilização, com a inclusão da família no contexto terapêutico e a comunicação aos pais dos dados observados na dinâmica estabelecida na díade ou tríade em interação.

Destaco também o trabalho de Selma Fraiberg (1975), que introduziu nos países de língua inglesa o conceito de “fantasmas no quarto do bebê”, referindo-se às projeções das fantasias maternas no funcionamento do filho. O artigo em que desenvolve esse conceito tornou-se clássico, tendo sido re editado em 2003. Foi a autora quem introduziu a Consulta Terapêutica nos países de língua inglesa, embora tenha sido Winnicott quem criou a expressão (1955); porém, como se sabe, raramente ele intervinha nas interações pais-crianças (SILVA, 2002).

Na França, vamos encontrar o trabalho de Serge Lebovici, que, a exemplo de Winnicott, era pediatra, psiquiatra e psicanalista de crianças. Juntamente com seus discípulos, entre os quais Bernard Golse, Rose Marie Moro, Phillipe Mazet, Serge Stolero e Antoine Guedeney, fundou a Escola de Bobigny, ligada à Universidade Paris XIII. Esse grupo ampliou enormemente o uso dessa técnica de intervenção, incluindo, além da abordagem transgeracional familiar e transcultural, conceitos da abordagem sistêmica e a dimensão fantasmática, desenvolvidos por Serge Lebovici, Leon Kreisler e Bertrand Cramer. Cramer pertence à Escola de Genebra e seu modelo de consulta terapêutica apresenta algumas diferenças com relação ao que é proposto pela Escola de Bobigny.

Todos esses autores sinalizam a importância das dimensões fantasmática, imaginária e inconsciente, presentes na interação pais/bebês, as quais são observadas durante as Consultas Terapêuticas, quando os pais induzem na criança o comportamento do qual se queixam (SILVA, 2002).

Atualmente, na França, a Consulta Terapêutica está sendo utilizada em diferentes contextos, tais como: no atendimento a diferentes setores do hospital e nos domicílios. Guedeney (2001) nos conta que a Consulta Terapêutica nos domicílios é realizada, em especial, com a população de risco, os imigrantes, e ocorre, em geral na cozinha, sem qualquer alteração do ritmo familiar: a TV permanece ligada e os moradores entram e saem.

Nos Estados Unidos, destaco o trabalho de Terry Brazeiton, pediatra que, embora não seja terapeuta, faz da primeira consulta pediátrica uma experiência terapêutica. O autor desenvolveu a Escala de Avaliação do Comportamento do Recém-Nascido, que tem para ele um duplo objetivo: avaliar as competências do bebê e seduzir os pais, facilitando os investimentos narcísicos, a empatia com o bebê e, conseqüentemente, favorecendo o vínculo.

No campo da Psicopatologia, também observamos grandes avanços. Na verdade, a Psiquiatria Infantil é inaugurada com o trabalho de Leo Kanner, desenvolvido nos EUA. Ele descreveu, em 1943, a síndrome do Autismo Infantil Precoce. Na mesma época, na Inglaterra, Winnicott, René Spitz, John Bowlby, Anna Freud e outros trabalhavam com crianças institucionalizadas por terem perdido suas famílias em consequência da guerra.

Esses autores trazem contribuições de grande porte, tanto em relação ao desenvolvimento quanto à psicopatologia.

Spitz descreve a depressão anaclítica do bebê e os quadros de hospitalismo. Bowlby, incorporando as contribuições da etologia à psicanálise, desenvolve a teoria da formação dos vínculos e do apego. A pesquisa clínica com esses bebês mostrou, de forma incontestável, os efeitos patológicos da separação precoce do objeto de apego e da carência de cuidados maternos nos três primeiros anos de vida. A carência e/ou a qualidade desses cuidados impedem o estabelecimento da base segura, necessária para o desenvolvimento saudável.

Em 1945, Winnicott, que também trabalhava com as crianças dos abrigos, desenvolveu a teoria do Comportamento Anti-Social, publicada no livro *Privação e delinquência*, cuja etiologia se encontra na experiência de privação, vivida no período de dependência relativa. Essa teoria baseia-se na concepção do desenvolvimento emocional primitivo, em que os processos de maturação são vistos como resultantes da tendência à maturação, que é inata e depende do ambiente, representado pela função da mãe suficientemente boa. A mãe não é a única responsável por esse desenvolvimento, mas pode favorecê-lo, impedi-lo ou dificultá-lo.

Assim, cada um desses estudiosos, como resultado de suas formações, experiências clínicas e personalidades, criou teorias diferentes; entretanto são unânimes em relacionar cuidados maternos e saúde mental.

A Psiquiatria Perinatal e do Bebê parece ser a mais recente contribuição nesse sentido, e representa os esforços dirigidos ao estudo do bebê.

Segundo Golse (2002, 2003), essa área não é apenas uma fatia da psiquiatria. Ela tem por objetivo o estudo dos mecanismos que permitem ao adulto influenciar o bebê, e também os que permitem influenciar o adulto, em alguns casos, a entrar junto com o bebê em círculos viciosos patológicos. Trata-se, portanto, de um campo em que se trabalha de forma interdisciplinar, abrangendo o desenvolvimento precoce, a psicopatologia do bebê e da criança e os métodos psicoterapêuticos com pais/bebê. A Psiquiatria Perinatal e do Bebê aborda os processos inerentes à espécie humana, que são: a subjetivação, a simbolização, a semiótica e a semântica. Por isso, Golse a denomina de abordagem dos 4 “Ss”.

Certa vez ouvi a seguinte frase de um estudioso do tema: “A psiquiatria perinatal não muda o mundo, mas pode mudar o bebê, e este sim pode mudar o mundo”.

Assim, utilizando a teoria psicanalítica como ferramenta, buscamos recursos teórico-práticos para tratar os novos quadros clínicos, sem, contudo, nos afastarmos da teoria que lhe confere identidade.

Concluindo essa breve perspectiva histórica, que de forma alguma pretendeu ser exaustiva, trago aqui, para a nossa reflexão, os argumentos de Golse para explicar o crescente interesse pelo estudo do bebê. Para o autor, a necessidade de colocá-lo no centro se deve a dois fatores. O primeiro seria uma forma de reparar o sofrimento imposto ao bebê durante a Segunda Guerra; já o segundo relaciona-se à atmosfera que domina a comunidade científica na contemporaneidade, que é a da busca das origens, do tempo, do universo, da vida psíquica. Então, podemos dizer que o bebê está verdadeiramente na moda...

As características da consulta terapêutica

Trata-se de uma modalidade de intervenção que visa explorar e ampliar o sintoma da criança.

Mesmo no seu início, Winnicott (1955) já reconhecia o seu grande valor, e a respeito dessa modalidade de atendimento disse:

existe uma vasta demanda clínica por psicoterapia que não se acha relacionada de maneira alguma à oferta de psicanalistas e, portanto, se houver um tipo de caso que pode ser ajudado por uma ou três visitas a um psicanalista isso amplia imensamente o valor social do analista e ajuda a justificar sua necessidade de efetuar análise em plena escala, a fim de aprender seu ofício.

Como já disse anteriormente, psicanalistas franceses como Lebovici, Mazet, Moro e outros ampliaram o uso da Consulta Terapêutica, incluindo no atendimento bebês de diferentes culturas que apresentam distúrbios funcionais, cujos sintomas ameaçam a vida deles, como: insônia, anorexia primária, mericismo, dentre outros. Dada a natureza dos sintomas, a intervenção deve produzir efeitos imediatos, como afirma Lebovici: “é preciso que o bebê durma nos quinze dias que se seguem à consulta” (LEBOVICI, 1999).

De fato, essa estratégia de intervenção precoce possui características e objetivos bastante específicos e se configura como um espaço privilegiado para a observação da interação mãe-pai-bebê. O analista se oferece como continente, e através da empatia, estabelece uma profunda identificação com a família, possibilitando uma transferência positiva, desde o início. Nesse ambiente de *holding*, os pais sentem confiança em falar sobre sua história, seu passado, suas famílias e da repetição de suas condutas. Os conteúdos inconscientes e conscientes emergem dos pais, e os terapeutas se sentem autorizados por eles a compreender, explicitando a relação que estabelecem com os sintomas do bebê.

Nesse trabalho, o terapeuta conta com sua experiência clínica, com seu percurso analítico e, naturalmente, com sua formação teórica. A partir dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, utiliza a enação (*enactment*) e a empatia metaforizante. É importante esclarecer o termo enação, que é empregado tanto por psicanalistas como por cognitivistas. Para os primeiros, enação ou *enactment* é a expressão de uma transferência percebida através do corpo do terapeuta, mas sem atuação, pois esta impediria qualquer elaboração (GOLSE, 2003, p. 61). Para os segundos, é a realização de uma ação em um clima emocional, a partir da aplicação de vários módulos cognitivos.

O terapeuta faz o que a criança pré-verbal não pode fazer, isto é, dá um sentido ao afeto, representa-o, indo além do significado intelectual.

Na Consulta Terapêutica, o analista adota uma postura ativa, já que faz pontuações, interpretações que funcionam como “disparadores”, fazendo circular os conteúdos inconscientes, favorecendo as associações. Para tanto, Lebovici sugere o uso de colocações incisivas, interpretações, explicações, reformulações. Ao contrário da atuação do analista clássico, Lebovici e seus seguidores colocam problemas, deixando as palavras do bebê, da mãe, do pai reverberarem em seu corpo, experimenta a desorganização e reorganiza-se com um gesto exemplo, segurando o bebê ou através de uma fala. Essa “experiência de self”, a partir da qual cada um comunica em seu corpo o que ele atua, é, segundo Lebovici, o que lhe permite “intervir... co-perceber e co-criar”.

Assinala-se, aqui, o limite de atuação de cada terapeuta, uma vez que não podemos nos permitir viver experiências que não conhecemos. O processo de auto conhecimento é o limite do trabalho terapêutico. Portanto, não se trata de mágica. Os resultados obtidos são frutos de um longo percurso teórico, clínico e de vivência pessoal. *Enactment*, empatia

metaforizante e manejo no setting só podem ocorrer num analista verdadeiramente vivo e conciliado com o bebê que existe em cada um de nós.

A postura do terapeuta não é de neutralidade, no sentido de deixar de lado suas convicções. Ele **empatiza com a família, adentrando as representações dela**. A aliança terapêutica permite o manejo dos aspectos de **filiação**, isto é, “o pertencer” a uma determinada família, e de **afiliação**, o pertencer levando-se em conta as relações que se dão entre seus membros. Assim, é possível conhecer o particular e o específico de cada família, como diz Lebovici, co-sentir, co-criar, fundir-se, refundir-se. O terapeuta deve, entretanto, manter uma outra parte observando cuidadosamente o que se passa.

Os objetivos da consulta terapêutica

Num espaço de continência e de caráter integrador (função materna e paterna), o terapeuta aprofunda os dados sobre a relação entre o bebê e a mãe; o bebê e o pai; e entre o bebê, a mãe e o pai. A investigação versa tanto sobre as descrições que os pais trazem, cada um de seu lugar, do bebê atual, que seria a pesquisa sincrônica, quanto da própria história e da história que eles construíram do bebê, **denominada de pesquisa diacrônica**.

São relevantes as observações sobre a maneira de descrever as reações e hábitos do bebê, de qualificá-lo, de evocar semelhanças de caráter com outros membros da família, da escolha do nome. O terapeuta observa, fundamentalmente, se os pais criaram um espaço lúdico com seu filho, onde podem também brincar, co-criar, ou se fazem dessa interação um jogo com regras rígidas, fixas, impedindo-o de sonhar/simbolizar, não lhe oferecendo um espaço de narração.

Pode-se avaliar o **investimento** feito sobre o filho, sua natureza e a capacidade da mãe de empatizar-se com ele, compreendendo, nomeando e satisfazendo as necessidades dele, as do Id, mas principalmente a s do ego. Observa-se, também, o lugar ocupado pelo bebê na economia familiar.

Já na investigação diacrônica, obtemos dados sobre a **gestação**, o nascimento e as gerações anteriores, ou seja, essa investigação permite ao terapeuta conhecer o que ocorreu no passado da família em questão, a história dos pais.

O primeiro processo refere-se à história e o segundo à pré-história. Daí a importância que Lebovici atribui a ambas as investigações, sincrônica e diacrônica, para compor a história do bebê e inscrevê-lo na árvore da vida.

Durante a consulta, o terapeuta procura conhecer o bebê no discurso dos pais, recolhendo os dados fornecidos tanto na entrevista quanto na observação direta, no que diz respeito a: **lembranças** de acontecimentos com carga emocional intensa; escolha do prenome; modelos educativos adotados; fontes de **referência**; como o pai é introduzido na relação da mãe com o bebê; como é a relação do pai com a mãe e de ambos com o mundo e como as relações extra familiares são apresentadas ao filho. Ganha importância também a forma pela qual a mãe lida com as intercorrências naturais da vida de um bebê.

A investigação diacrônica permite conhecer o que ocorreu no passado, enquanto a sincrônica permite observar a interação. A partir dos dados observados na interação dos pais com o bebê real, no presente, são levantadas hipóteses que dirigem a historicização.

O legado psíquico recebido de uma geração para outra é chamado intergeracional. Elas estão em contato: pais e crianças, essencialmente utilizando as vias de comunicação verbal e não verbal. Pode ser observada de forma direta, podendo ser estudada pelos psicanalistas, psicólogos do desenvolvimento e psiquiatras perinatais. Já a transmissão

transgeracional vem dos ancestrais, além da segunda geração, no sentido descendente. Utiliza, sobretudo, as vias da linguagem: interditos, segredos e enigmas. É algo que se fixa ali, é um fantasma que ronda o quarto do bebê, como diz Selma Fraiberg.

No dizer de Kaës, são “objetos perdidos por aqueles que nos precederam e que nos são transmitidos enlutados” (KAËS, 1999). Ainda segundo esse autor, a transmissão do psiquismo entre gerações é patológica quando envolve experiências traumáticas não elaboradas psiquicamente: “os significantes pré-formados, congelados, enigmáticos, brutos sobre os quais não foi realizado um trabalho de simbolização” (KAËS, p. 7).

A análise dos dados compõe a história do bebê e permite avaliar a distância entre o bebê real, objeto da observação, e aquele pertencente às representações parentais: bebê imaginário e fantasmático (LEBOVICI, 1990).

O bebê imaginário é aquele elaborado durante a gravidez por um processo de *reverie* diurno. É essencialmente pré-consciente, podendo ou não ser compartilhado entre os pais. A mãe pensa no prenome, em características de personalidade. Em geral, cria-se um bebê idealizado. O bebê fantasmático diferencia-se do imaginário por ser essencialmente inconsciente. Origina-se nos desejos infantis incestuosos. É o “filho do Édipo”, sendo que os conflitos não elaborados dessa etapa da vida podem retornar com muita força, impedindo uma boa maternagem (temor do incesto).

A narcisização do bebê na saúde ocorre porque os pais, em especial a mãe, nas etapas precoces, fazem do bebê o depositário de seus sonhos, de suas esperanças e de seus desejos, transmissão saudável. Como diz Winnicott, a mãe está tão mergulhada no bebê, sua mente tão ocupada por ele que, ao olhá-la, o bebê vê a si mesmo no olhar da mãe (WINNICOTT, 1967).

Pode ocorrer um processo patológico de identificação, denominado por Penrot de “identificação alienante”, quando o bebê é depositário do mandato transgeracional. Nestas condições o processo anterior não ocorre, o bebê se torna um objeto persecutório e, portanto, ameaça a mãe.

Diante desses aspectos, Lebovici acredita que, na Consulta Terapêutica, a explicitação, a formulação, a conscientização desses diferentes mandatos transgeracionais permitirão a modificação do funcionamento do bebê. O trabalho ocorre na transferência e con transferências, ferramentas do psicanalista, e aumenta a possibilidade de co-criar e co-participar, através da enação e da empatia metaforizante.

Alguns aspectos do enquadre característico da consulta terapêutica

No modelo proposto, faz parte do enquadre terapêutico a presença de mais de um terapeuta para oferecer continência, dividir as transferências e partilhar as diferentes percepções.

Moro, estudiosa da e tropsicanálise, inclusive, sugere a inclusão de terapeutas que pertençam ao mesmo grupo cultural ou étnico dos pacientes, o que favorece muito o desenvolvimento do trabalho, em função das identificações e dos movimentos transferenciais e contratransferenciais.

Também é proposta a filmagem das sessões, com o consentimento prévio dos pais. Após cada consulta, uma cópia do vídeo é oferecida aos pais para que possam observar-se em interação com seu bebê. O vídeo é também analisado pelos terapeutas, para que levantem hipóteses sobre os conteúdos inconscientes não elaborados, transmitidos ao longo das gerações da família em questão, e que são projetados nas interações com a criança.

Esses conteúdos se manifestam nos sintomas e constituem o mandato transgeracional, a ser desvelado durante as Consultas Terapêuticas.

No caso que relatarei a seguir, Aline, uma bebê de 1 ano e 8 meses, e seus pais foram atendidos por três terapeutas, sendo uma delas responsável pelas filmagens. Ocorreram três consultas, com duração média de 1h15, num período de quatro meses.

Na primeira Consulta, os pais nos contaram que procuraram ajuda psicológica porque Aline, única filha do casal, acordava cerca de cinco vezes durante a noite, chorando muito, sintoma que teve início no primeiro ano de vida da bebê e vinha se intensificando nos últimos tempos. Para acalmá-la, a mãe oferecia-lhe uma mamadeira de leite, ainda que isso contrariasse a orientação do pediatra.

Os pais também nos contaram que Aline fora desejada, embora tivessem outro dado importante para o entendimento do caso. É que, um mês antes do início do tratamento, a mãe havia sofrido um aborto espontâneo.

Ainda nesse primeiro encontro, soubemos que o pai era engenheiro e frequentemente viajava durante a semana. A mãe era professora de Educação Física e trabalhava todos os dias, embora tivesse diminuído suas atividades profissionais em função de Aline. Eles contavam, ainda, com a ajuda cotidiana da avó materna.

Nessa ocasião, a rotina do casal era a seguinte: até quatro meses antes do atendimento, a mãe acordava Aline por volta das 6h00 e a levava para a casa da avó materna. Mas, nos últimos tempos, a bebê vinha permanecendo com o pai, que só acordava por volta das 8h30, enquanto Aline continuava acordando mais cedo. A mãe preocupava-se com essa situação, pois temia que a filha não fosse ouvida em suas solicitações. Mas o pai dizia não haver motivos para preocupações, já que, enquanto dormia, a bebê permanecia no berço.

Nesse primeiro encontro, nosso objetivo foi explorar os sintomas de Aline, conhecer as representações mentais que os pais tinham deles e do bebê, bem como a maneira como o descreviam, isto é, o “bebê do discurso dos pais”; ou seja, realizamos a investigação sincrônica.

Pudemos observar que se referiam a ela como sendo agitada, impedindo-os de dormir. O pai dizia que Aline, em sua agitação, parecia-se com a mãe. Ambos afirmavam que a bebê gostava muito da avó materna, que, por sinal, também achava a neta agitada. A mãe justificava o apego de Aline pela avó dizendo que esta fazia “todas as coisas erradas” que a bebê queria.

Percebemos que Aline não podia ser vista, pois seus pais ainda traziam a representação do bebê ideal (imaginário), cujo luto não havia sido elaborado. Também observamos em relação ao bebê cultural que a mãe de Aline não seguia as orientações do pediatra.

Procuramos então conversar sobre os hábitos dessa família, a rotina do casal (que, por sinal, parecia investir pouco na vida a dois) e como a bebê se inseria nela. Os pais mostraram-se atentos às perguntas por nós formuladas, procurando respondê-las objetivamente. Essa forma de relacionar-se conosco, que nos pareceu muito “eficiente”, também foi se configurando na relação com a criança.

Conjeturamos que, naquela família, parecia não haver espaço mental para ninguém, nem mesmo para um novo bebê. As terapeutas viveram sentimentos contratransferenciais de grande desconforto, paralisia mental, falta de espontaneidade, observados tanto no discurso dos pais quanto na quase ausência do brincar de Aline.

Já com relação à bebê, a percepção que tínhamos parecia não estar de acordo com a dos pais, embora, nesse momento, ainda não pudéssemos nomear esse descompasso. Apenas víamos que aquela menina doce e bonita que nos observava nada tinha da bebê

“chata” que não deixava seus pais dormirem. Em relação ao casal, tocou-nos os sentimentos por eles vividos de que não eram bons pais e de que faziam coisas erradas com a filha.

Desse primeiro encontro, ficou para nós o seguinte questionamento: qual a relação entre os sentimentos contrartransferenciais e o sintoma de Aline?

A segunda consulta

Nela, os pais contaram que Aline estava dormindo mais, porém isso não estava associado a mudanças em seus manejos com ela.

A partir da indagação colocada na primeira consulta, levantamos hipóteses sobre a relação dos pais com Aline, o lugar dela na família nuclear e o lugar ocupado pelos pais na família de origem. Na verdade, indagávamos a respeito da relação dos pais com o bebê que vivia em cada um deles e como eles, enquanto bebês, foram vividos por seus pais.

Inúmeras vezes a mãe se referia ao choro de Aline como algo que incomodava tanto que chegava a atravessar os limites da casa, invadindo a vizinhança. Também por conta desse incômodo o casal não aceitava mais convites para viajar com os amigos, e nem tinha mais espaço para uma vida a dois, pois a avó materna se recusava a receber Aline para dormir em sua casa, alegando que a neta chorava muito e sofria com a ausência da mãe, algo que para essa avó era insuportável.

Num clima de confiança, sustentado por uma transferência positiva, e com uma empatia em relação aos pais que ia guiando nossas ações terapêuticas dentro do modelo proposto, fomos buscando então os aspectos transgeracionais, conforme a conceituação de Lebovici, presentes nessa família, ou seja, qual o fantasma que rondava o quarto de Aline assustando-a, impedindo-a de dormir. O discurso dos pais apontava o bebê do imaginário, idealizado, que foi sendo confrontado por nós com o bebê real.

Começamos a delinear a hipótese de que, para esses pais, no geral, as crianças incomodam, pois eles não se sentiam livres para amar a bebê deles com ambivalência. Aqui, lembro de Winnicott (1947), quando aponta 18 motivos que justificam o ódio da mãe por seu bebê.

Num dado momento desse segundo encontro, uma das terapeutas questionou: *Estou percebendo um ponto em comum: está difícil para Aline dormir em sua casa, pois pode acordar e incomodar os vizinhos, assim como a avó também acha que ela incomoda. Será que a Aline incomoda?*

Tanto a mãe quanto o pai se recusaram a percebê-la como incômodo, a não ser pelo fato de ser criança, e pensamos que ela também os fazia sentir que não eram bons pais. A mãe “fazia” tudo para acalmá-la e consolá-la, mas sem sucesso.

Essa hipótese foi confirmada pela fala da mãe, em resposta à seguinte indagação de uma das terapeutas, quando procuramos ajudá-la a pensar, voltando-se para a sua angústia: *O que você sente quando ela chora?*

A mãe respondeu: *Eu penso: vai começar tudo de novo... Não fico pensando que é uma dor, acho que é vício dela.*

Essa fala da mãe teve uma grande repercussão interna, e nos levou a pensar em um bebê “viciado em leite”. Ao ser indagada sobre o motivo pelo qual Aline chorava, a mãe de fato respondeu: *é um vício de tomar leite.*

Aos poucos, percebemos que a mãe foi se permitindo olhar para Aline como alguém que tinha necessidades que seriam supridas com o leite quando este alimentava a sua

pessoa e não somente seu estômago. Quer dizer, a mãe foi se dando conta de que, às vezes, não compreendia o pedido de Aline; em certo momento, ela revelou: *por vezes percebo que Aline queria dormir no meu colo, e aí, quando chorava, eu lhe dava a mamadeira...* A família toda e ainda a empregada que ficava com a menina também procediam dessa forma; sendo assim, Aline não passava de uma lactente, de um tubo digestivo, sem direito à vida psíquica, portanto, sem sofrimento psíquico, sem desorganização (GOLSE, 2003, p. 25).

O manejo oferecido por essa mãe a sua filha nos fez lembrar a dinâmica que mães de pacientes com queixa psicossomática estabelecem com os filhos: cuidam do corpo, não se dando conta do mundo psíquico deles.

Outro aspecto trabalhado na segunda consulta foi a libidinização de uma das terapeutas sobre a bebê – verdadeiramente, ela era adorável. Certa vez, essa terapeuta apontou: *Mas veja, nessa situação agora, ela está mexendo na cortina, está brincando, mas vocês estão incomodados... Com o quê?*

Através da enação, comunicamos aos pais o desejo de Aline explorar, conhecer, crescer, separar-se deles utilizando-se da capacidade de brincar, sonhar. O fragmento seguinte ilustra essa percepção.

Uma das terapeutas disse: *Ela está apenas brincando, conhecendo, explorando; as crianças fazem essas coisas, vocês não se lembram? E essa brincadeira parece ser muito importante para ela. Então, como atraí-la para algo que também possa ser prazeroso para vocês?*

A consulta prosseguiu, favorecendo a reflexão dos pais sobre as suas representações, na tentativa de modificá-las. Os movimentos afetivos profundos foram sendo intensificados, como podemos observar na seguinte sequência:

Eu acho que... porque ela acorda de madrugada... então é alguma coisa que acontece na hora de dormir, disse a mãe. E uma das terapeutas fez a seguinte intervenção:... Você já se perguntou mais de uma vez o que faz de errado ou o que não deveria fazer

As duas terapeutas iam trabalhando em parceria; enquanto uma conduzia o processo introduzindo o pai na dinâmica entre o bebê e a mãe, a outra oferecia *holding* à mãe, e numa intensa empatia, reconhecia e legitimava seu sofrimento, levando-a a compreender que era preciso ser contida em seus aspectos infantis “para poder cuidar de sua filha, oferecendo-se como continente para ela; isto é, escutando o bebê que habitava dentro dela e que, um dia, também não fora escutado”.

Quando indagamos se o pai dividia a tarefa de fazer Aline adormecer, ele relatou que a esposa ficava atenta a qualquer indício de vigília da bebê, correndo prontamente para atendê-la; diante disso, ele nem chegava a ouvir a filha e dormia a noite toda. A mãe justificava sua conduta alegando que, assim, evitava que Aline iniciasse um choro muito intenso, a ponto de incomodar o sono do pai. Este, porém, afirmava que poderia participar mais nesses momentos, desde que a esposa o permitisse. Mas ela insistia em sua postura, argumentando o seguinte: *uma vez, deixei que ele fosse atender Aline, e ele chegou correndo, berrando, gritando, e eu acho que ela se assusta e chora mais!*

Diante dessa colocação, a mãe resgatou uma lembrança de sua infância, dizendo que seu pai a repreendia porque era “chorona”, agitada e mexia em tudo. Emocionou-se ao dizer que se assustava quando seu pai a chamava, pois sempre pensava tratar-se de uma repreensão.

Ainda ajudando a refletir sobre os motivos que impediam Aline de dormir, a mãe indagava, preocupada, se acontecia algo de ruim na hora de colocar a filha no berço. Uma das terapeutas lhe disse então: *Imagino o que você deve sentir quando não consegue*

fazê-la dormir. Você, que faz tudo certinho... A mãe, com os olhos marejados, respondeu, dando-se conta de sua tristeza: *Isso é uma coisa muito ruim, muito triste, de incapacidade...*

A mãe deprimiu quando foi se dando conta do sentimento de impotência que vivia por não conseguir fazer a filha adormecer. Essa experiência de tristeza foi possível a partir da empatia profunda e verdadeira com seu sofrimento por não conseguir acalmar sua filha. Aline fez a mãe reviver o bebê que cada de um nós conservamos, e que nunca morre. No caso dessa mãe, faltou-lhe alguém que a escutasse. Golse (2003, p. 23) lembra que “para cuidar do bebê com o mínimo de riscos iatrogênicos, é preciso estar verdadeiramente consciente e levar em conta essa parte hostil que é inelutável. Hostil porque fomos um bebê, e o bebê que fomos não morre jamais”.

Num dado momento desse segundo encontro, ocorreu, por fim, o **desvelamento do mandato transgeracional, que descrevo a seguir.**

Continuando na narrativa diacrônica da história dos pais, a mãe nos contou que o marido era tido pela sogra como uma pessoa difícil. Concordando com a esposa, ele disse que realmente fora uma criança birrenta. Quando perguntamos sobre o relacionamento que tivera com seus pais na infância, contou-nos que eles sempre trabalharam fora, e que por isso os encontros familiares só se davam à noite, mas eles tinham uma empregada que cuidava muito bem dele e de seus irmãos. Falou também de sua timidez. Certa vez, quando tinha sete anos, urinou nas calças por não conseguiu pedir à professora para ir ao banheiro.

Nesse momento, a mãe contou de uma brincadeira que circulava na família do marido: cada vez que um filho se casava, a sogra dizia à nora que dava seis meses de garantia para o filho; depois disso, não o aceitaria mais de volta. No caso do seu marido, porém, a sogra dizia: “com ele não, é diferente; levou, não tem volta”.

A terapeuta, nesse momento, disse: *Ah descobrimos de onde vem o estorvo...*

É, tem um pouquinho, Aline tem o mesmo signo do pai não sei se isso também tem a ver..., concordou a mãe.

A terapeuta fez então a seguinte intervenção: *Então, Aline puxou você na agitação, e no gênio, ao pai.*

E a mãe concordou: *Pode ser....*

A sessão prosseguiu e, em consequência dos movimentos psíquicos provocados nos pais, os membros da tríade foram adquirindo vida, capacidade de brincar: começaram a sorrir mais pois estavam mais livres.

O bebê real ia ganhando espaço, o que foi pontuado por uma das terapeutas na seguinte fala: *Bem, na verdade, estou vendo dois casais aqui: um que acha que criança incomoda, mas, na verdade, delicia-se com suas brincadeiras. O que vocês estão vivendo com a Aline que incomoda, cuja imagem dela fica tão forte para vocês, normalmente, impede que vocês a vejam com este outro olhar que estão vendo agora.*

A terceira consulta, realizada um mês após a segunda

O sintoma da criança havia quase desaparecido, em função da mudança na psicodinâmica familiar, que estabeleceu um novo equilíbrio, uma melhor distribuição do afeto: os pais como casal, e a bebê como criança.

Os pais se permitiram brincar (como adultos, desfrutando a sexualidade), quando se diferenciaram da bebê, e esta ficou livre para ser criança. As mudanças foram observadas

no discurso dos pais, na postura física, na maior espontaneidade e também no desejo que expressaram de ter um outro bebê.

De fato, cerca de três meses após esse encontro, fomos informadas por telefone pela mãe que o casal havia realizado uma viagem longa, deixando Aline com a avó materna, e também que a mãe estava grávida de dois meses.

Todos estavam, de fato, mais felizes.

Considerações finais

De fato, o caso ilustra a eficácia da Consulta Terapêutica como intervenção de caráter preventivo.

Através dos conceitos teóricos propostos por Lebovici e psicanalistas da escola francesa, foi possível desfazer o mandato transgeracional, através de sua explicitação, formulação e conscientização, permitindo a modificação do funcionamento do bebê, num trabalho utilizando a transferência e contratransferência, a enação e a empatia metaforizante.

O atendimento estimulou movimentos afetivos profundos nos pais e, ao oferecer continência para seus aspectos infantis, permitiu a diminuição das projeções parentais sobre a bebê. Investigamos os mandatos transgeracionais e oferecemos espaço para os pais refletirem sobre seus comportamentos, modificando-os a partir das mudanças nas representações inconscientes.

Referências bibliográficas

- EIGER, Alberto A. *Transmissão do psiquismo entre gerações*. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.
- GOLSE, Bernard. *Sobre a psicoterapia pais -bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2003.
- LEBOVICI, Serge; GOLSE, B. *É éléments de la psychopa thologie du bébé*. Paris: Érès, 1999. (Collection L'aube de la vie).
- MAZET, P.; STOLERU, S. *Manual de psicopatologia do recém- nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- PINHEIRO, M. A. *Problemas de alimentação infantil: investigação e intervenção clínica a partir da observação psicanalítica da relação mãe- bebê -família*. 1993. Dissertação (Mestrado) – Tavistock Clinic, University of East London, Londres, 1993.
- SAPRIZA, S. O transgeracional e as identificações alienantes. In: OUTEIRAL, José. (org.). *Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes: desenvolvimento, psicopatologia e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 392.
- SILVA, M. C. P. *A transmissão psíquica na clínica psicanalítica*. 2002. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.
- WAISTEIN, A. L. Reflexiones sobre psicossomática. In: ENCUESTRO LATINOAMERICANO, 8., 1999, Buenos Aires. *Anais* []. Instituto Winnicott: São Paulo, 1999.
- WINNICOTT, Donald Woods. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- WINNICOTT, Donald Woods. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1955.