

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM BEBÊS: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Laís Fireman Patury Accioly¹

Anna Paula Davidson Nobre Leão²

Mariana Medeiros Soares³

Thayana Oliveira Pereira de Souza⁴

WalleskaThaynná Vieira Silva de Andrade⁵

Raquel Lima Pedrosa⁶

Psicologia



ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

RESUMO

A relação mãe-bebê não é algo que existe naturalmente, é um laço que é criado no contato. A análise que se faz é que o bebê real é diferente do bebê que foi antes desejado e imaginado. Nos cuidados com o bebê é que a mãe cria a imagem desse ser, cria seu corpo, que nasce de uma relação simbólica e com o tempo vai se produzindo. A clínica psicanalítica com bebês coloca em primeiro plano a palavra e a simbolização do sofrimento. A intervenção se dá falando à criança o que perturba a relação entre ela e sua mãe (ou entre ela e ela mesma). Apesar de ainda não existir a palavra no bebê, o analista opera no campo da linguagem que já existe na criança. A atuação não está centrada na relação mãe-bebê, mas atribui papel de sujeito a esse bebê, este como sujeito de desejo. Essa prática tem caráter preventivo, visto que atua precocemente com o sujeito.

PALAVRAS-CHAVE

Psicanálise. Clínica Psicanalítica. Bebês.

ABSTRACT

The mother-baby relationship is not something that exists naturally, it is a bond that is created in contact. The analysis that is made is that the actual baby is different from the baby that was previously desired and imagined. In caring for the baby, the mother creates the image of this being, creates her body, which is born of a symbolic relationship and over time is produced. The psychoanalytic clinic with infants puts the word and the symbolization of suffering in the foreground. The intervention is given to the child, which disturbs the relationship between her and her mother (or between her and herself). Although there is still no word in the baby, the analyst operates in the field of language that already exists in the child. The performance is not centered on the mother-baby relationship, but attributes the role of subject to this baby, this as subject of desire. This practice has a preventive character, since it acts early with the subject.

KEYWORDS

Psychoanalysis. Psychoanalytic Clinic. Babies.

1 INTRODUÇÃO

O tempo é um fator muito valioso que não se pode dar ao luxo de ser desperdiçado. Em se tratando de bebês esse fator se mostra especialmente decisivo, tendo em vista o prejuízo que a passagem do tempo pode acarretar para a constituição psíquica e desenvolvimento desses bebês. Problemas relativos à falta de conhecimentos clínicos-teóricos essenciais à constatação precoce de problemas de constituição psíquica e desenvolvimento nos contextos nos quais os bebês são geralmente acompanhados, bem como a carência de serviços públicos especializados no atendimento a esses bebês que sejam aptos a realizar os encaminhamentos necessários podem reduzir significativamente, se não totalmente, sua sensibilidade às possibilidades de modificações pela intervenção, uma vez que os problemas encontram-se muito mais cristalizados (JERUSALINSKY, 2002).

Embora caiba primordialmente aos profissionais que lidam diretamente com os bebês (pediatras, neurologistas, orientadores educacionais e outros profissionais) o encaminhamento dos mesmos para avaliação ou tratamento, infelizmente a maior parte das crianças acaba sendo encaminhada tardiamente, na faixa etária de seis a nove anos, somente então é possível verificar, conforme o histórico clínico de cada criança, que há muito tempo os problemas por elas apresentados já vinham dando seus primeiros sinais e, conseqüentemente, se instalando e agravando. Toda essa demora se reverte em prejuízos irreparáveis (JERUSALINSKY, 2002).

É justamente nesse contexto que a clínica interdisciplinar em estimulação precoce vem se estabelecendo e favorecendo uma melhoria substancial no acompanhamento da infância, proporcionando ao bebê as condições necessárias para sua constituição psíquica e desenvolvimento ao invés de esperar que se configure plenamente um

quadro psicopatológico para que só depois se pense na intervenção. Assim, a detecção precoce e a pronta intervenção desempenham um papel fundamental e decisivo na evolução clínica de um bebê (JERUSALINSKY, 2002).

Mesmo quando não há um diagnóstico orgânico definido, a psicanálise vai atuar de forma a evidenciar de que forma aquela situação real é vivenciada pela criança e por aquela família, ou seja, qual o valor simbólico que é atribuído àquela situação específica e como isso ecoa naquele contexto familiar específico. Até porque, como muito bem ressalta Jerusalinsky (2002, p. 35), “a intervenção é com o bebê que apresenta um problema e não com a patologia”, então não é preciso, nem prudente, que se dependa de um fechamento diagnóstico, que pode custar um tempo indefinido ou até nunca ser concluído, para que se dê início à intervenção.

Segundo o recorte psicanalítico, acredita-se que a constituição psíquica do sujeito interfere diretamente no processo das suas aquisições instrumentais, ou seja, o desenvolvimento não ocorre por automatismos desencadeados pela mera passagem do tempo e seus efeitos na maturação do organismo. Tampouco é pelo mero encontro com o real que se desencadeiam estruturas epistêmicas de progressiva coordenação nas ações de um bebê. O desenvolvimento está atrelado à constituição psíquica e, portanto, ao laço que um bebê ou criança estabelece com o Outro (JERUSALINSKY, 2002, p. 30).

Portanto, favorecer e dar condições à constituição psíquica do bebê e ao exercício das funções materna e paterna aos seus pais, independentemente da patologia que esteja configurada ou que esteja dando seus primeiros sinais de configuração, é o que se objetiva por meio das operações clínicas propostas pela intervenção precoce. Indo ainda mais além, a detecção e intervenção precoces têm também o ousado intuito de evitar a plena instalação de uma patologia, permitindo uma “reinscrição do modo de funcionamento da estrutura psíquica do bebê ou pequena criança” (JERUSALINSKY, 2002, p. 36).

2 DISCUSSÃO TEÓRICA

A relação mãe-bebê não existe naturalmente, é algo que é criado no contato. Visto que o bebê real é diferente do bebê que foi antes desejado e imaginado. Nos cuidados com o bebê é que a mãe cria a imagem desse ser, cria seu corpo, que nasce de uma relação simbólica e com o tempo vai se produzindo. Não há uma relação natural mãe-bebê. A relação não é algo instintivo, por mais que a criança necessite desse cuidado, isso não significa que o laço já está previamente estabelecido (JERUSALINSKY, 2009).

A mãe, observando a questão de constituição de um corpo do outro ser, é considerada responsável pelo gozo do bebê a partir dos seus cuidados com a cria. Na medida em que existem os cuidados iniciais que a mãe tem com o bebê, esse corpo vai se constituindo, de modo que o bebê antes imaginado, hoje tem um corpo e entra como jogador no jogo psíquico. Então, nessa relação há dois jogadores construídos psicologicamente. Há a mãe, com seu “cenário fantasmático” que pode rejeitar ou aco-

lher esse bebê inconscientemente. E há o bebê com suas características presentes ao nascer que pode ou não ser obstáculo nessa relação (JERUSALINSKY, 2009).

[...] o segundo caso, o da mãe com o bebê, tampouco estão dadas – natural ou simbolicamente – as garantias de que venha a se constituir um laço mãe-filho a partir do encontro de uma mulher com o corpo real do neonato recém-parido [...] Ou seja, ela acolhe os aspectos constitucionais do bebê, fazendo desse real orgânico a suposta produção de um sujeito, articulando o gozo do vivo a uma estrutura linguageira. (JERUSALINSKY, 2009, p. 4).

As primeiras relações materno-infantis, vão se constituir a partir do nascimento do bebê até seus primeiros anos de vida. É uma relação na qual a dupla mãe-bebê se comunica por meio da relação bilateral que foi construída desde a concepção, passando pelo desenvolvimento do bebê no útero, até o momento do seu nascimento. A partir disso, é estabelecida uma relação de confiança, caso esse processo ocorra bem. O bebê irá reconhecer a voz de sua mãe e o calor do seu corpo. A mãe irá desenvolver uma relação simbiótica com seu bebê, estabelecendo uma comunicação com base em experiências não verbais, tornando-se o primeiro ambiente onde o bebê pode desenvolver-se emocionalmente. É por meio dessa relação que o psiquismo do bebê será construído, bem como seu mundo interno, seu interior e seu *self* (SILVA, 2016).

A intervenção com bebês enfatiza a palavra e a simbolização do sofrimento. A intervenção se dá falando à criança o que perturba a relação entre ela e sua mãe (ou cuidador principal) ou entre ela e ela mesma. Até que a criança não fale, o analista opera no campo da linguagem que já existe no bebê. Não está centrada na interação mãe-bebê, mas no bebê como sujeito de desejo. Atua muito precocemente, na perspectiva da prevenção (TEPERMAN, 2005).

A essência mais íntima do trabalho analítico é a reconstrução da história do sujeito, a qual se funda sobre o amor, seus fracassos e se elabora na dimensão da transferência. É importante que no primeiro momento o bebê venha acompanhado de alguém como a mãe, pai ou o cuidador, pois inicialmente a sessão se dá com a presença dos pais, que são convocados pelo analista a falar o que eles visualizam de “problema, dificuldade que a criança está passando”, após esse momento inicia-se o trabalho com o bebê. É importante salientar que é no desmame que o infante ganha autonomia na aquisição de agilidade motora, após este desmame o bebê já poderá participar da sessão sozinho. O analista vai trabalhar com ele não a realidade concreta, mas, sim, os efeitos que esta realidade tem sobre essa criança (MARTINS, 2018).

O trabalho depende algumas vezes da participação dos pais, o quanto esses pais suportam alterar suas realidades. É comum na clínica surgirem pais que, quando necessitam alterar a dinâmica familiar em benefício do sofrimento psíquico do seu filho, abandonam o tratamento, levando seu filho embora como mero objeto que teria que ser ajustado (MARTINS, 2018).

A atuação clínica com bebês implica considerar uma intervenção na relação destes com seu entorno familiar. Destarte a importância que estes outros assumem na vida da pequena criança vai além do simples fato de serem pessoas atentas as suas necessidades vitais e que a colocam em uma posição de real dependência do suporte alheio. Por esse motivo, o cuidador não tem apenas a função de oferecer um objeto que satisfaz ou frustra, mas de colocar o bebê em rede com um saber simbólico acerca do que lhe convém (JERUSALINSKY, 2005).

Em conformidade com os princípios defendidos por Lacan Bernardino (2004) sintetiza os efeitos do tratamento psicanalítico sobre a família e o bebê. Segundo o autor o que a clínica revela é que o bebê atua – com seu corpo, suas funções e suas manifestações – como uma formação do inconsciente dos pais, principalmente da mãe. O bebê colocaria em ato um retorno do recalado, ou, avançando um pouco mais, ele teria o papel de suporte de algo não simbolizado que marcou seu grupo familiar.

A escuta psicanalítica pode permitir que a mãe e/ou o pai se posicione de uma maneira nova perante a criança. As pontuações do analista na clínica, por meio de sua fala, dirigidas tanto ao bebê como aos membros da família ali presentes, fazem a função de terceiro termo, representando a linguagem e a palavra em uma relação que se mostra ainda predominantemente corporal (BERNARDINO, 2004).

A clínica com bebês exige do analista uma compreensão da primeira infância que só se torna possível pelo retorno a Freud defendido por Lacan. Na atualidade tal retorno fundamental é feito por Lévy (2008 apud GOMES, 2009), que qualifica de infantil o período durante o qual o recalque não completou ainda seu papel, sendo função do analista permitir ao infante o desalojamento de seu lugar de objeto para poder ocupar, posteriormente, o lugar de sujeito.

Tal função implica o trabalho com a angústia e a recusa de qualquer tentativa de sua conversão em figura paternal ideal. De maneira geral, as colocações do autor Lévy (2008 apud GOMES, 2009) são igualmente válidas para intervenções analíticas na primeira infância, visto que não se deve atender um bebê sem tomar em consideração os discursos proferidos por aqueles que participam intensamente de seu cotidiano. Isso se explica pela relação que a criança estabelece como o campo do outro, mesmo antes de nascer, isto é, pelo fato de já se encontrar imersa na configuração fantasmática de seu entorno familiar em um tempo lógico, anterior a sua própria concepção (LÉVY, 2008 apud GOMES, 2009).

Nesse sentido, na perspectiva lacaniana, é possível analisar o sofrimento psíquico de um bebê. Essa análise se dará, em linhas gerais, pela identificação das articulações entre suas manifestações corporais e as fantasias de seus cuidadores principais. Ao final, o que se busca, é a delimitação, em profundidade, dos principais impasses existentes na constituição do laço pais-bebê.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a relação mãe-bebê sob a ótica da Psicanálise envolve analisar diversos quesitos, desde a constituição de sujeito da mãe e todo seu processo anterior ao momento em que ela se imagina, primeiramente, e depois, se torna mãe. Há também que analisar os desejos envolvidos na maternidade e na construção desse bebê simbólico, para que haja constituição positiva desse bebê que tem um corpo real, mas que ainda não é real, não é sujeito. Ainda pensando a relação, viu-se que não é algo intrínseco entre os membros do contato, mas que se constrói justamente na criação do afeto e manutenção dos cuidados básicos com o bebê.

Além disso podemos perceber que a chegada desse bebê para o tratamento, é um dos fatores que mais impacta nessa área de atuação do psicanalista já que a percepção dos pais perante a necessidade do seu filho, ainda bebê, precisar de um acompanhamento é quase nula. Na sua maioria, essa percepção acontece por parte de um outro profissional que esteja acompanhando o bebê e a partir disso, os responsáveis do mesmo recorrem a esse tipo de intervenção.

Conclui-se que essa área de trabalho do psicanalista se faz muito importante para o processo de desenvolvimento das crianças, já que esse profissional tem foco na prevenção, visto que com esse acompanhamento logo no início da vida poderá acarretar muitos benefícios tanto em relação ao seu desenvolvimento quanto na sua constituição psíquica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. S. F. C.; LEGNANI, V. N.; SANTOS, A. C. **A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico.** Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v19n3/a03v19n3.pdf>. Acesso em: 8 maio 2018.

BERNARDINO, L. M. F. **Um retorno a Freud para fundamentar a clínica psicanalítica com bebês e seus pais.** São Paulo: Estilo da clínica, 2004.

GOMES, A. A. O bebê e o outro na clínica psicanalítica. **Portal dos Psicólogos**, 2009. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0513.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2005.

JERUSALINSKY, J. **A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo.** 2009. Tese (Doutorado) – PUC-SP, 2009.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês.** Salvador-BA: Álgama, 2002.

LÉVY, R. **O infantil na psicanálise**: o que entendemos por sintoma na criança. Petrópolis: Vozes, 2008.

MARTINS, M. B. **Clínica psicanalítica com bebês**: A emergência de um pequeno com sintomas. Disponível em: <https://www.amipsicanalise.com/single-post/2015/10/01/C1%C3%ADnica-Psicanal%C3%ADtica-com-beb%C3%AAs-A-emerg%C3%AAncia-de-um-pequeno-com-sintomas>. Acesso em: 10 maio 2018.

SILVA, S. G. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. **Psicol.clin.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 29-54, 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000200003&lng=pt&rm=iso. Acesso em: 10 maio 2018.

TEPERMAN, D. W. **Clínica psicanalítica com bebês**: uma intervenção a tempo. São Paulo: Casa do Psicólogo/ Fapesp, 2005.

Data do recebimento: 2 de setembro de 2018

Data da avaliação: 5 de outubro de 2018

Data de aceite: 5 de outubro de 2018

1 Graduada em Psicologia pela Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: lais_fpaccioly@hotmail.com

2 Graduada em Psicologia pela Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: paulanobreleao@hotmail.com

3 Graduada em Psicologia pela Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: marismedeiros1@outlook.com

4 Graduada em Psicologia pela Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: thayop.souza@hotmail.com

5 Graduada em Psicologia pela Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: walleskathaynna@gmail.com

6 Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco; Professora adjunta do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: Raquel.tpedrosa@gmail.com

