PSICANÁLISE COM BEBÊS: UM GRITO DE SOCORRO ATRAVÉS DO CORPO

Talita Gomes Guedes[1]
Larissa Mar Nunes Lopes[2]
Mayara Cota Leonel Almeida[3]
Letícia Ferreira de Almeida[4]
Luiza de Souza Alves[5]
Monalisa Lauro[6]

Resumo

Há quem pense que a clínica psicanalítica com bebês começou com Freud, mas foi com Lacan, ao criar uma nova maneira de olhar o ser humano e introduzir a linguagem como estruturante do inconsciente. Depois, a estruturação teórico-prática da análise infantil reuniu esforços de diferentes psicanalistas, entre os quais destacam-se Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott, Françoise Dolto, Myrian Szejer, Catherine Mathelin, Caroline Eliacheff. Partindo do pressuposto de que os bebês passam por sofrimentos psíquicos e que seus corpos gritam por socorro através de sintomas, o presente trabalho objetivou discutir a análise com bebê, destacando as especificidades dessa escuta. Realizou-se uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa, a partir de referências clássicas e atuais, a fim de analisarmos alguns aspectos do desenvolvimento histórico da psicanálise com bebês, as demandas e os sintomas que levam o bebê ao tratamento psicanalítico, compreendendo, nesse processo, a função do psicanalista e o lugar dos pais, assim como a constituição psíquica dos bebês. Com base na literatura analisada, conclui-se que o psicanalista atua com o bebê em seu campo de linguagem já existente, enquanto este ainda não fala e que suas intervenções também devem considerar o lugar e a escuta dos pais. Considerando a pouca literatura nacional disponível, espera-se ampliar as pesquisas na área e contribuir com a formação daqueles interessados nessa prática.

Palavras-chave: Psicanálise. Clínica com bebês. Linguagem dos bebês. Sintomas.

GUEDES, Talita Gomes. Acadêmica de Psicologia pelo Centro UNIVERSO/ JF.
LOPES, Larissa Mar Nunes. Acadêmica de Psicologia pelo Centro UNIVERSO/ JF.
ALMEIDA, Mayara Cota Leonel. Acadêmica de Psicologia pelo Centro UNIVERSO/ JF.
ALMEIDA, Leticia Ferreira. Acadêmica de Psicologia pelo Centro UNIVERSO/ JF.
ALVES, Luiza de Souza. Acadêmica de Psicologia pelo Centro UNIVERSO/ JF.
LAURO, Monalisa Maria. Professora do curso de Psicologia do Centro UNIVERSO/ JF. Especialização em Filosofia Moderna e Contemporânea. Mestre em Ciência da Religião e em Psicologia

1 Introdução

Quando se trata de psicanálise com bebês há quem diga que foi Freud, o fundador da psicanálise, quem a inaugurou, porém, ele deu apenas o pontapé inicial para a análise infantil, apesar de demonstrar um interesse especial em seus escritos pelo psiquismo infantil. Em 1909, Freud publicou a *Análise da fobia de um menino de cinco anos*, que trata do conhecido caso do pequeno Hans. Apesar de não acreditar na possibilidade da análise infantil, Freud a realizou numa circunstância singular, pois observou o pequeno Hans apenas uma vez e depois apenas supervisionou o pai do menino, Max Graf, que foi quem realmente executou o tratamento (BARBOSA, 2012; PINHEIROS & MATOS, 2016). Com essa análise, Freud fundamentou seus princípios para a compreensão da linguagem pré-verbal, corroborando a possibilidade da análise infantil, além de confirmar seus descobrimentos acerca da sexualidade infantil. Com isso, desmitificou a criança como um ser puro e sem desejo e expôs uma nova concepção de infância, destacando a presença da pulsão sexual desde os primeiros meses de vida; sexualidade essa nomeada por ele de perverso-polimorfa, com pulsões parciais que emanam de zonas erógenas que se voltam para a satisfação autoerótica, ou seja, para o próprio corpo como fonte de prazer, como se observa no ato de sugar na amamentação (COSTA, 2007; PINHEIROS & MATOS, 2016). Assim, segundo Barbosa (2012), Freud deu os primeiros fundamentos para a psicanálise infantil, mas quem a desenvolveu foi Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott, Lacan − que revolucionou a interpretação da psicanálise trazendo contribuições fundamentais para o trabalho e à condução da clínica com bebês[2] −, e Françoise Dolto, que ofereceu uma nova perspectiva para a psicanálise infantil, ao afirmar que não existia idade mínima para o tratamento analítico.

Quando pensamos em clínica psicanalítica com bebês logo nos vem à mente questões sobre como isso é possível, já que a psicanálise trabalha com associação livre? O fato é que a psicanálise também atua com uma escuta, que proporciona a compreensão das reações, tanto de crianças pequenas quanto dos bebês, através de suas manifestações corporais. E é por meio de uma linguagem simbólica que se apresentam formas específicas de se comunicar com o outro desde seu nascimento (p.ex., distúrbios funcionais específicos no sono, na alimentação,

[2] Embora Lacan não tenha analisado crianças e bebês, ele introduziu novos conceitos (p.ex., objeto a, gozo etc.) na compreensão do campo psíquico, ao entender a linguagem como estruturante do inconsciente, e viabilizou o desenvolvimento da análise infantil. Mais detalhes sobre isso ver em Costa (2012) e Barbosa (2012).

no estabelecimento psicomotor etc.). Assim, o psicanalista atua com o bebê em seu campo de linguagem já existente, mas não necessariamente centrado na relação mãe-bebê. Parte-se do princípio de que o bebê é um sujeito do desejo, que tem suas próprias necessidades, proporcionando-lhe a possibilidade de habitar seu próprio corpo (TEPERMAN, 2005; ACCIOLY *et al.*, 2019, ELIACHEFF, 1995).

2 Metodologia

Partindo do pressuposto de que os bebês passam por sofrimentos psíquicos e de que seus corpos gritam por socorro através dos sintomas, é papel do analista aprender a ler estes sinais, significando-os e interpretando suas perturbações. Nesse sentido, o presente trabalho objetiva discutir a clínica psicanalítica com bebês. Para atingir nosso objetivo, realizamos uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa, priorizando referências clássicas e atuais. Primeiramente, enfatizamos alguns aspectos históricos da psicanálise com bebês. Em seguida, discutimos algumas especificidades dessa clínica, analisando as demandas e os sintomas dos bebês, assim como a escuta dos bebês e de seus pais, destacando aí a função do psicanalista. Ao final, analisamos a concepção do bebê como sujeito em constituição.

3 Desenvolvimento

3.1 A psicanálise com bebês: o início do atendimento

Antes de mencionarmos os principais conceitos e princípios da clínica psicanalítica com bebês, faz-se necessário citar aqueles que deram início à psicanálise infantil entre os anos de 1920 e 1940. Nesse sentido, Hermine von Hug-Hellmuth destaca-se com atendimentos através de jogos e desenhos, usados como meio de elaboração de traumas e situações difíceis (COSTA, 2007; CAMAROTTI, 2010). Em Anna Freud, encontramos outra importante referência inicial para a psicanálise infantil. Influenciada por Hug-Hellmuth, ela recomendava a prática de análise pedagógica, onde buscava fortalecer o eu através do controle do recalque, mas na prática só atendia crianças após a fase do Complexo de Édipo (COSTA, 2007; PINHEIRO & MATOS, 2016).

Bem diferente de Anna Freud, Melanie Klein desenvolveu um trabalho de atendimento infantil baseado em princípios rigorosamente psicanalíticos. Para ela, a diferença principal da análise infantil não está em seus princípios básicos, mas no método, sendo que o brincar

substitui a associação livre. É importante salientar que, em sua prática, Klein enfatizava o mundo interno do bebê, que se estabelece a partir do nascimento, e a relação mãe-bebê. Como método, interpretava as ações da criança, nomeando suas angústias e trazendo à tona suas fantasias edípicas, elevando-a à condição de analisando (COSTA, 2007; PINHEIRO & MATOS, 2016).

De fato, o pioneiro na prática clínica com bebês foi Donald Woods Winnicott com seu método de observação de bebês em uma "situação estabelecida"[3], que consistia em um instrumento de pesquisa e de intervenção terapêutica. Para ele, a inexistência de linguagem verbal não cria qualquer obstáculo ao interesse do bebê pelo jogo da espátula (pegar e deixar cair repetidas vezes), que o permite experimentar o prazer, desaparecendo os sintomas que o levaram ao atendimento (TEPERMAN, 2005; COSTA, 2007). Além disso, Costa (2007) destaca que, para Winnicott, o meio ambiente é sinônimo de cuidados maternos, que favorecerem ou dificultam o processo de desenvolvimento psíquico do bebê.

Outras psicanalistas que se destacaram no atendimento bebê-mãe foram Esther Bick, que criou um importante método psicanalítico de observação da relação mãe-bebê, porém sem intervenção, e, Rosine Debray, que se dedicou ao atendimento conjunto de mães e bebês que sofriam de distúrbios psicossomáticos precoces. Para Debray, a manifestação de uma doença grave no bebê se deve a uma multifatorialidade que a mesma intitula de "conjunção explosiva", por entender que constantemente os distúrbios apresentados pelos bebês e crianças entram num jogo de aspectos trangeracionais, que são herdados do pai e da mãe a partir da reativação de suas problemáticas infantis. Para ela, o sentido dos sintomas só pode ser compreendido levando em consideração o lugar que o bebê ou a criança ocupa na economia psicossomática dos pais e do próprio bebê. Além dessas autoras, Cramer e Palacio-Espasa se destacam no atendimento de bebês até dois anos de idade através da psicoterapia breve orientada para a relação mãe-bebê, tendo como foco a modificação das estruturas inconscientes (TEPERMAN, 2005).

Apesar das contribuições desses primeiros trabalhos, a clínica psicanalítica com bebês inovou-se mesmo como trabalho de Françoise Dolto, a partir de 1937, ao deixar os métodos de observação do bebê e a psicoterapia voltada para a relação mãe-bebê, adotando uma prática psicanalítica que enfatiza a palavra e a simbolização do sofrimento. Dolto (2018) se preocupou em demonstrar que o sintoma da criança era um sintoma da estrutura familiar.

[3] Situação em que o analista solicita à mãe que se sente com o bebê em sua frente, de maneira que o bebê tenha acesso a uma espátula reluzente que se encontra sobre a mesa sem auxílio da mãe. Por esse meio, verifica-se como a mãe age em casa: se é ansiosa, se permite que o bebê experimente situações novas etc.

Portanto, em sua prática, inseria a criança na estrutura desejante da família; uma estrutura do desejo: o desejo do Outro. Para Dolto, a criança é fruto dos desejos dos pais e de si própria, e é através da relação com o Outro que ela se humaniza, se constrói. Desde o início de sua vida, o bebê se liga à mãe pelos sentidos do olfato, da visão, da audição e do tato, sendo a fala da mãe que organiza o mundo do bebê e nomeia suas sensações. Por isso, para ela, o corpo, desde o princípio, é uma construção simbólica, dotada de atividade representativa. Sua técnica se baseava na escuta do bebê, ao invés de falar dele ou por ele. O trabalho do analista, em sua perspectiva, é o de observar a criança, nomear suas angústias, ações e sentimentos, verbalizando seus desejos inconscientes. Ou seja, para Dolto, o bebê tem linguagem, na verdade, tudo nele é linguagem e é totalmente capaz de compreender o que lhe é falado, além de encontrar meios de expressar o que sente necessário.

Seguindo o trabalho de Dolto, Caroline Eliacheff iniciou seu atendimento aos bebês em 1987. Para ela, não existe diferença entre o psicanalista de adulto e o infantil, pois o bebê é um sujeito do desejo. Assim, Eliacheff entende que a interpretação psicanalítica deve ser feita no campo de fala e escuta clínica, antes que por informações oferecidas por terceiros. Em sua prática, destaca que os bebês se expressam através de sintomas, distúrbios funcionais, cabendo ao tratamento psicanalítico por em palavras aquilo que o bebê está vivendo e não consegue verbalizar (TEPERMAN, 2005).

Myrian Szejer também seguiu os ensinamentos de Dolto em seu trabalho dentro da maternidade. Seu interesse principal era a psicanálise com recém-nascidos. Partindo do princípio de que todo ser humano é um sujeito de desejo independentemente da idade, ela entende que a própria vida uterina pode deixar traços na história do sujeito, e está convencida de que o sintoma do recém-nascido pode ser uma demanda anterior ao nascimento. Nesse contexto, cabe ao analista nomear as memórias traumáticas (pré-natal) ou simplesmente dispor palavras, onde só há um sentido não enunciado, um “buraco de linguagem” (TEPERMAN apud SZEJER, 2005, p.49; SZEJER, 2016, p.116).

Por fim, outra referência histórica importante no trabalho psicanalítico com bebês é Catherine Mathelin, que discute a prática clínica com bebês prematuros e seus progenitores. Segundo ela, para além de auxiliar a equipe de saúde e familiares, é preciso que toda a equipe pense o bebê como um sujeito, um ser que possui uma história que antecede sua hospitalização, tomando-o como interlocutor, sendo necessário não apenas falar com ele, mas dar-lhe tempo para que responda (MATHELIN, 1999; TEPERMAN, 2005).

Ao mencionarmos como esses autores estruturaram teorica e praticamente a psicanálise com bebês e crianças, podemos observar que a psicanálise infantil tem suas especificidades. Destacaremos algumas dessas especificidades nas próximas seções.

3.2 A análise dos sintomas nos bebês

A primeira característica da clínica infantil diz respeito às demandas e aos sintomas que levam um bebê a ser encaminhado ao psicanalista. A esse respeito, devemos observar que os bebês se expressam através de distúrbios funcionais específicos, que podem ser percebidos no sono, na alimentação, no estabelecimento psicomotor, entre outros (JERUSALINSKY, 2002; ELIACHEFF, 1995). Ou seja, podemos constatar que no bebê os sintomas se manifestam em seu corpo, que é constituído e subvertido pelas implicações da captura simbólica (JERUSALINSKY, 2005). Trata-se de uma "linguagem orgânica", tão bem expressa por Vasse (*apud* ELIACHEFF, 1995, p.17): "só é orgânica porque não é linguagem". Eliacheff (1995) acredita que o organismo pode ser ouvido da mesma forma que as palavras de um analisando ou a produção gráfica de uma criança, pois são produtos do inconsciente e se referem às experiências do sujeito. Por isso, o tratamento psicanalítico permite a reestruturação da história do indivíduo, colocando em palavras aquilo que o bebê está vivendo e não consegue verbalizar, mas que provoca uma falha no processo de simbolização, expressa através dos sintomas. Portanto, a escuta clínica de um bebê implica deixar todos os seus sentidos em alerta, para que eles ressoem no próprio silêncio. Tal ressonância, como atenção flutuante, precisa se desprover de julgamento, o que não impede a atividade fantasmática. É simplesmente pela liberação que se permite a "tradução" de um sentimento inacessível na primeira abordagem, assim como nas sessões iniciais de análise de um adulto, num desenho infantil ou no sonho relatado. Colocar em palavras é dar sentido, um significado ao que o bebê está sentindo.

Esses sintomas se relacionam tanto à normalização corporal (perturbações respiratórias, infecções recorrentes, problemas digestivos, doenças de pele, atraso motor etc.) quanto aos processos comportamentais (falta de dinamismo, problemas de relacionamento, retração autista, violência, mutismo etc.). Além disso, como destaca Jerusalinsky (2002), os bebês podem ser levados à clínica em função de síndrome genética, lesão neurológica, atraso global de desenvolvimento, problemas na relação mãe-bebê, bem como por conta de sintomas restritos a um determinado aspecto da vida, (distúrbios do sono, da alimentação, da deglutição, do controle dos esfíncteres, da respiração etc.). Em geral, os bebês são levados

para o tratamento quando em algum momento falham em relação ao que se espera deles ou quando o exercício da maternidade ou paternidade produz neles um sintoma, um obstáculo, um sofrimento no ciclo de realizações de ideais sociais e parentais. Por isso, as palavras precisam ser dirigidas diretamente ao bebê, designando-o como sujeito e oferecendo-lhe a oportunidade de habitar seu corpo, simbolizando o sofrimento através da reordenação de sua história, assegurando sua identidade através de sua origem e deixando-o assumir-se como sujeito.

Ainda sobre os sintomas, Jerusalinsky (2002) traz uma discussão importante, quando afirma que o bebê chega para o tratamento ou avaliação com um "suposto problema", e que nesse primeiro momento o que se ouve é a queixa pela qual foi trazido. Porém, no decorrer das entrevistas iniciais precisamos discernir se tal queixa corresponde ou não a um sintoma real do bebê, pois as vezes a queixa apresentada como do bebê pode ser de fato um padecimento próprio da mãe, do pai ou do casal. Por isso, o tratamento não pode ser iniciado somente por solicitação dos pais. O sintoma precisa produzir um obstáculo à constituição do bebê como sujeito e/ou às suas diferentes aquisições instrumentais. Nesse sentido, é necessário realizarmos um meticuloso trabalho de desdobramento da demanda, pois se o sofrimento é próprio dos pais e o tomamos para tratamento, podemos expor o bebê a realmente encarnar o sintoma em seu corpo, obstruindo as falas dos pais que, uma vez ouvidas, poderiam deslocar o foco da queixa do bebê.

Em outro momento, a mesma autora afirma que quando não há correspondência entre o sujeito e o corpo é necessário que se leve em consideração a interseção entre o discurso parental, o corpo e a produção do bebê. Por isso, a autora destaca que escutar o que se diz acerca do bebê não é o bastante, sendo essencial ler nas produções do bebê o discurso que o Outro provoca nele. Portanto, ao se tratar os sintomas dos bebês, constatamos que esses se apresentam no corpo do bebê, porém sua representação se sustenta pela fala da mãe ou dos pais – como aqueles que representam o Outro para o bebê. Assim, os sintomas no bebê não são uma consequência de sua própria simbolização, mas sim da simbolização do Outro que recai sobre o seu corpo. Mas, quem é o Outro para bebê? Responderemos mais detalhadamente essa questão no próximo tópico ao abordarmos a linguagem dos bebês.

3.3 A linguagem dos bebês

Segundo Ribeiro (2007), a clínica psicanalítica com bebês recebe muitas críticas pelo fato de a psicanálise trabalhar com a fala e os bebês serem não falantes e incapazes de fazer

associações livres, transferência ou serem tocados por uma interpretação. Mas, como já ficou claro até aqui, o que torna a clínica psicanalítica com bebês possível é o fato de o psicanalista atuar não somente com a fala, mas também com a escuta. Escuta essa que proporciona a compreensão de reações de crianças pequenas e bebês através de manifestações corporais. O fato de o bebê não poder se comunicar verbalmente não significa que ele não tenha uma linguagem, pois, conforme falamos anteriormente ele se expressa através de sintomas que se manifestam em seu corpo. Assim, o psicanalista atua com o bebê em seu campo de linguagem já existente, enquanto este ainda não fala. Seu trabalho não é, portanto, simplesmente escutar, é também "ler" o que está escrito inconscientemente na fala, no sonho, no texto escrito, no desenho e no corpo. Ou seja, no caso da clínica com bebê lê-se aquilo que o Outro vem escrevendo no corpo do bebê (RIBEIRO, 2007; TEPERMAN, 2005). Isso corrobora com Dolto (2018) que, em seu livro, *Tudo é linguagem*, demonstra como a criança pode expressar no corpo e por intermédio do corpo aquilo que não pode expressar de outra forma. No decorrer desse livro, Dolto enfatiza que é necessário falar com o bebê sobre o drama, no qual foi gestado, e destaca que a partir do momento em que se fala com o bebê, colocando em palavras o que perturba sua relação com a mãe ou com ele mesmo, pode-se prevenir o agravamento de seu estado de sofrimento e, às vezes, evitar sua entrada nesse estado. Dolto (2018, p.26) ainda afirma que os psicanalistas precisam "decodificar uma linguagem que perturbou o andamento do desenvolvimento linguagem-corpo da criança antes da fala". Trata-se assim de escutar o Outro do bebê, para que possamos ler as palavras desse Outro, projetadas em seu corpo (BARBOSA, 2012). Ou seja, a habilidade de olhar o bebê requer reconhecer as marcas do Outro em seu corpo para que se consiga ler esta escrita e intervir, levando em consideração os protagonistas dessas marcas.

A esse respeito, Lacan (apud JERUSALINSK, 2005, p.4) "diz que é justamente a mãe (enquanto agente que exerce a função materna, seja esse ser coincidente ou não com a mãe biológica, seja ou não do sexo feminino) quem é primeiramente arrastada a ocupar realmente o lugar do Outro". Ou seja, o Outro para bebê é aquele que cuida dele, suprindo suas necessidades básicas para a sua sobrevivência e seu desenvolvimento psíquico. A relação entre o bebê e sua mãe não existe de forma natural, sendo criada através do contato, uma vez que o bebê, que antes fora desejado e imaginado por seus pais, se difere do bebê real. Através dos cuidados com o bebê, a mãe cria a imagem desse ser, cria seu corpo, nascendo assim uma relação simbólica produzida através do tempo. Mesmo que o bebê necessite desses cuidados não significa que tal laço já está previamente estabelecido, ou seja, não é uma relação instintiva (JERUSALINSKY apud ACCIOLLY et al., 2019). Eliacheff (2005) complementa

isso ao afirmar que é fundamental que alguém exerça tal função e garanta sua inscrição na linguagem. E por isso mesmo, não se trata de intervir na relação mãe-bebê ou no vínculo entre eles, nem de descobrir se existe amor pelo bebê ou não, mas sim de intervir na estrutura simbólica em que o bebê está inserido.

3.4 A escuta dos pais e o papel do psicanalista

Segundo Jerusalinsky (2005), a clínica com bebês demanda considerar a relação do bebê com seus cuidadores. Ou seja, o bebê chega ao consultório acompanhado por alguém, e a sessão ocorre com a presença deste que é convidado a falar sobre o que acredita ser o "problema, a dificuldade pela qual ele está passando", em seguida dá-se início ao trabalho com o bebê. Mas o psicanalista não irá trabalhar com a realidade concreta, mas sim com os efeitos que esta realidade tem sobre o bebê (ACCIOLY et al., 2019). Nesse contexto, a participação dos pais é necessária em alguns momentos, porém não é incomum que, devido ao fato de precisarem alterar a dinâmica familiar em benefício do sofrimento psíquico do filho, alguns abandonem o tratamento, levando consigo o bebê como se ele fosse um simples objeto que precisava de ajustamento. Nesse sentido, Acciolly et al. (2019) e Jerusalinsky (2005) afirmam que, para atuar com o bebê, é necessário considerar a intervenção em relação àqueles que o rodeiam, ou seja, seus familiares, devido à importância que assumem na sua vida. Sendo assim, necessita-se levar em consideração a fala daqueles que fazem parte de seu dia a dia, o que nos leva a considerar o lugar e a escuta dos pais.

Ainda segundo Teperman citando Oliveira (2005), o trabalho com os pais não se configura como uma orientação, nem terapia ou análise, mas sim como um trabalho clínico, constituído pela escuta analítica, por manejos transferenciais e por intervenções específicas que objetivam identificar a posição do bebê na estrutura discursiva familiar e atingir deslocamentos nas posições subjetivas dos mesmos com relação à problemática do bebê. Teperman (2005) ainda propõe que um grupo de pais seja constituído por meio de entrevistas preliminares, para que possam dispor para si mesmos sua questão e envolverem-se com aquilo que seu bebê traz. Mesmo sendo importante que se tenha uma demanda e uma transferência inicial dos pais, é fundamental que se estabeleça que esta demanda dos pais não implica, pelo menos não essencialmente, numa demanda de análise. As entrevistas com os pais procuram reconstruir a história da família e do bebê, proporcionando uma abertura para que situem o filho em outra posição no simbólico. Tal trabalho não é orientação e tampouco análise, é, na verdade, uma escuta psicanalítica no modelo de entrevistas preliminares. Em outras palavras,

escutamos os pais, pois possuem um saber sobre o bebê e podem nos falar sobre as marcas que ele carrega e suas primeiras inscrições. Tudo isso são informações essenciais para a direção do tratamento.

Além do lugar dos pais na análise com bebês, é necessário explicar o lugar do psicanalista. Como mencionamos anteriormente, o trabalho do analista na clínica com bebês é um trabalho de escuta, mas também de leitura. Trabalha-se com "a leitura das inscrições do Outro em seu corpo" (RIBEIRO, 2007. s.p). Nas intervenções desse tipo são evidenciadas a palavra e a simbolização do sofrimento do bebê. Estas se dão pronunciando para o bebê o que o está perturbando em suas relações, sejam com sua mãe (ou com aquele que cuida) ou consigo mesmo. Assim, o psicanalista atua com o bebê em seu campo de linguagem já existente, enquanto este ainda não fala. Portanto, não se deve centrar na relação entre mãe-bebê, mas, sim no bebê como sujeito do desejo e, por conta disso, a intervenção se dá de forma precoce, na perspectiva da prevenção[4] (TEPERMAN, 2005). Segundo Ribeiro (2007, s.p.), o analista deve se voltar para o bebê e estabelecer com ele uma comunicação, "emprestando sua voz para que ele fale algo, traduzindo suas expressões, nomeando aquele ser".

Em concordância Eliacheff (1995) e Teperman (2005) nos dizem que o psicanalista deve dirigir suas palavras diretamente ao bebê, tratando-o como sujeito que tem suas próprias necessidades, proporcionando-lhe a possibilidade de habitar seu próprio corpo. As palavras proferidas ao bebê têm efeito, pois ele é capaz de compreender, e, por isso, é importante sempre falar-lhe a verdade. Nesse sentido, Coriat (apud TEPERMAN, 2005) diz que os seguidores de Françoise Dolto verificaram o desaparecimento dos sintomas de um bebê após escutarem sobre sua problemática ou história familiar. Segundo Eliacheff (1995), não é papel do psicanalista se compadecer do sofrimento do bebê, no sentido de consolar ou reparar, mas sim, de propiciar a simbolização desse sofrimento, pois não se pode modificar o passado nem tentar transformar efetivamente o futuro. A autora ainda observa o efeito da linguagem no corpo do bebê e afirma que sua atividade simbólica se traduz em funções corporais que não dependem da aprendizagem, como ocorre na respiração, digestão, sistema imunológico, percepções sensoriais etc. Portanto, o corpo pode expressar muito mais do que manifestações biológicas, sendo importante dar um sentido simbólico à disfunção que ele manifesta, mesmo que não saibamos muito bem a que dimensão do psiquismo devemos nos dirigir, e nos

[4] Esse termo não é parte do corpo teórico da psicanálise (TEPERMAN, 2005). Portanto, falar de prevenção na clínica psicanalítica é algo bastante complicado e questionável, pois não há prevenção primária na clínica com bebês. Quando há alguma prevenção, esta é apenas secundária.

surpreenda o desaparecimento da disfunção, “como se a linguagem fosse ‘o organizador’ capaz de instalar, modificar e deslocar as condições do funcionamento do corpo biológico e do psiquismo” (ELIACHEFF (1995, p.143).

Por fim, cabe ressaltar que essas especificidades da clínica com bebê não implicam, contudo, uma formação diferenciada e exclusiva, pois o ocupa-se aqui a posição de um psicanalista, e isso se dá de antemão, pois alguém em sua dor nos convoca a sê-lo, antes mesmo de qualquer referência a Freud e seus sucessores (SZEJER, 1999).

3.4 Bebês: sujeitos em constituição

Agora que apresentamos as especificidades da clínica psicanalítica com bebê, resta-nos abordar um pressuposto fundamental, segundo o qual o bebê é um sujeito em constituição. A esse respeito, Ribeiro (2007) destaca que são inúmeras as sensações trazidas junto à imagem de um bebê ao nascer e que estas podem ser agradáveis ou não. Além disso, medos e alegrias, inseguranças e fantasias acompanham uma gestação perpassando o universo simbólico da criança. É de conhecimento geral o fato de que o bebê humano nasce inacabado, desemparado fisiologicamente, necessitando de cuidados do Outro para a sua sobrevivência e satisfação de necessidades fisiológicas, como, por exemplo, fome e sede. Porém, para a psicanálise, este também nasce mergulhado num desamparo psíquico, sôfrego por palavras que o tirem desta posição e por vínculos afetivos que nutram sua constituição de sujeito. Mas, o que vem a ser esse sujeito? Para a psicanálise, não basta nascer, não basta ter um corpo biológico e tampouco ser um indivíduo nomeado para se constituir como sujeito. Conforme a autora “o sujeito é algo construído, constituído no campo do Outro, da linguagem, da palavra que antecede seu nascimento e que é tomada pela criança, apropriada por ela pela operação da alienação.” (RIBEIRO, 2007, s.p.)

Mathelin (1999) em sua prática psicanalista em UTI neonatal, também afirma que precisamos pensar o bebê como um sujeito, e não somente como um corpo que necessita ser posto em marcha novamente, pois ele tem uma história precedente ao momento de sua hospitalização. Em outras palavras, para se desenvolver física e psiquicamente, os bebês necessitam de contato, de toque e vínculo afetivo (RIBEIRO, 2007). Tomado assim, o bebê é um interlocutor, sendo preciso garantir um lugar simbólico para ele. Assim, compete à equipe hospitalar ir até o bebê, ler e traduzir o menor de seus apelos, objetivando respondê-los. Não cabe somente observar do exterior, mas sim, prender-se na relação com ele, intervir, deixar-se surpreender, dar algo ao bebê. Por fim, “não basta falar com o bebê, é preciso ainda dar-lhe

tempo para responder" (MATHELIN apud TEPERMAN, 2005, p. 53). Portanto, é importante localizarmos o bebê numa história familiar, no fantasma parental. Para Mathelin, a captura do bebê pelo desejo enigmático da mãe é instauradora de seu aparelho psíquico.

Em concordância com essas discussões, pode-se depreender que, na psicanálise, o sujeito se constitui e não é dado desde o início. E esta constituição não é espontânea, não "brota" de dentro, não vem pronta e nem amadurece com a passagem do tempo, sendo necessário um Outro, que, segundo Jerusalinsky (2002), estabelece um laço com o bebê e lhe atribui significado, atrelando o seu desenvolvimento à constituição psíquica e, por conseguinte, ao laço estabelecido com o Outro. A autora ainda destaca que intervir com a primeira infância requer situar o bebê, mesmo que tenha problemas orgânicos de base, em relação aos ideais de seus pais. É necessário que o bebê seja remetido a estes ideais simbólicos para se constituir nele um referencial, um ideal do eu, a partir do qual percorra um caminho para a singularidade de sujeito do desejo, produzindo ao mesmo tempo laços com o social. É, portanto, pela fala do Outro que o bebê se subjetiva, pois sozinho ele não tem meios para isso. Ele se constrói na relação com o Outro e a comunicação ocorre de inconsciente para inconsciente, ou seja, se a mãe está angustiada, triste ou em sofrimento, o bebê é sensível a este não dito. Consequentemente, elaborar as palavras sobre os sentimentos do bebê auxilia-o a suportar e a não adoecer (PINHEIRO & MATOS, 2016).

Nesse sentido, Teperman (2005) destaca que, embora a clínica psicanalítica com bebês objetive a simbolização do sofrimento, os efeitos do tratamento, que diminuem os sintomas funcionais, se estendem até a constituição subjetiva do bebê, que não ocorre de maneira paralela e independente dos processos de simbolização, sendo efeito destes processos.

Essa condição de prematuridade simbólica no nascimento levou Lacan a situar o bebê como "libra de carne"[5], para ele o bebê vem ao mundo como um corpo que se estruturará como um sujeito através do Outro, tomando-o como um objeto de investimento do desejo do Outro, como se o bebê apresentasse competências ao nascer, mas tais competências poderiam deixar de funcionar sem o Outro para lhes atribuir significado. O envolvimento pela rede de linguagem se dá de modo rápido, preciso e espontâneo, evidenciando-se nos gestos, falas e escolhas, cujas marcas se dão pelos pais no corpo do bebê. Entretanto, é na clínica que podemos constar que o bebê pode continuar por um tempo indefinido como "meia libra de carne", se houver algum fracasso no laço com o Outro. Assim, a função materna é fundamental para a constituição do sujeito por implicar algumas operações que marcam o

[5] Termo lacaniano apresentado no Seminário Livro 10: A angústia de 1962-1963 de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005

bebê na linguagem (TEPERMAN, 2005). Mathelin (1999) complementa isso ao dizer que se não houver uma adequação entre mãe-bebê, esse desaba. O bebê procura o desejo de sua mãe e esta procura o desejo de seu filho. Como que um espelho à prova de sua existência, a mãe lhe remete e sem isso o bebê não pode "ser" e acaba por mergulhar no desespero e desamparo.

Para concluir essa seção, cabe ainda destacar mais uma vez a fala de Jerusalinsky (2002), que afirma que não existe a possibilidade de criar um bebê ou pelo menos de constituir um sujeito do desejo sem lhe dirigir a fala ou simplesmente pedir que fale. É necessário situá-lo com sujeito introduzindo atos significantes que amarrem as significações. Em suas palavras: "para que um bebê se constitua como sujeito é preciso que façam marcas nele as arbitrariedades simbólicas da cultura" (p.71). Na clínica, muitas vezes, são produzidas tais intervenções, possibilitando aos pais se autorizarem a exercer seus saberes conscientes e inconscientes com seu bebê. Porém, é necessário, emprestarmos significantes, sustentarmos a significação que um gesto do bebê assume como aquisição instrumental de seu desenvolvimento para que a posteriori ele mesmo se articule à rede de significantes trazidas pelo discurso parental.

4. Conclusão

Ao longo deste trabalho abordamos as especificidades da clínica psicanalítica com bebês, procurando destacar o desenvolvimento histórico dessa prática e as principais concepções psicanalíticas sobre o bebê. Nesse sentido, destacamos que essa clínica não é apenas uma clínica da fala, mas também da escuta e da leitura atenta às reações manifestas através de seu corpo, já que os bebês se expressam através de distúrbios funcionais específicos. Assim, o trabalho do analista não é simplesmente escutar, mas ler as marcas do Outro presente no corpo bebê que são criadas a partir da relação com aqueles que o rodeiam. Por fim, observou-se que o bebê é um sujeito em constituição, que esse se constitui no campo do Outro, da linguagem, da palavra que antecede seu nascimento. Portanto, precisamos pensar nele como um sujeito do desejo, com sua singularidade histórica, familiar e social, um sujeito que tem suas próprias necessidades e não como um simples objeto.

Referências

ACCIOLY, Laís Fireman Patury; LEÃO, Anna Paula Davidson Nobre; SOARES, Mariana Medeiros; et. al. A clínica psicanalítica com bebês: uma reflexão teórica. **Ciências Humanas e Sociais**. Aracaju. v.5, n.2, p.167-174, 2019. Disponível em:<https://periodicos.set.edu.br › cadernohumanas › article › download>. Acesso em: 30 de ago de 2019.

BARBOSA, Denise Carvalho. A clínica psicanalítica: de crianças a bebês, uma especificidade. **Estilos da clínica**. São Paulo. v.17, n.2, p. 262-277, 2012. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200006>. Acesso em: 30 de ago de 2019.

CAMAROTTI, Maria do Carmo. O nascimento da psicanálise da criança – uma história para contar. **Reverso.** Belo Horizonte. v. 32, n.60, p.49-53, 2010. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v32n60/v32n60a07.pdf> Acesso em: 10 de abr de 2020.

CARLONI, Paola. A história e a constituição da Psicanálise: introdução aos principais conceitos freudianos para entender a subjetividade humana**. Revista Eletrônica de Educação da Faculdade Araguaia.** v.1, n.1, p.1-12, 2011. Disponível em:< https://www.fara.edu.br/sipe/index.php/renefara/article/view/27> Acesso em: 01 de abr de 2020.

COSTA, Marcelo Pio da. **Rumo ao Fantasma**: Do Outro ao a. 2012.174 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

COSTA, Teresinha. **Psicanálise com crianças.** Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

DOLTO, Françoise. **Tudo é linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 2018.

ELIACHEFF, Caroline. **Corpos que gritam:** A psicanálise com bebês. São Paulo: Ática. 1995.

JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o futuro não vem**: psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, Julieta. **Quem é o Outro do sujeito na primeira infância?** Considerações sobre o lugar da família na clínica com bebês. 2005. Disponível em:<http://www.machadosobrinho.com.br/2011/arquivos/material_dos_professores/LLM_PSITTPI/Material_didatico/QuemoOutrodosujeitona1uinf..pdf>. Acesso em: 30 de ago de 2019.

MATHELIN, Catherine. **O sorriso da Gioconda**: clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

PINHEIRO, Francisco Lamartine Guedes; MATOS, Letícia Maria Teixeira. A influência de Françoise Dolto na clínica psicanalítica com crianças na atualidade. **Psicanálise & Barroco.** v.14, n.2, p.65-90, 2016. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/7295>. Acesso em: 31 de ago de 2019.

RIBEIRO, Anna Costa Pinto**.** Prematuramente mãe de um bebê prematuro: a psicanálise na clínica com bebês**. Psicanálise & Barroco**, v. 9, 2007.

SZEJER, Myrian. **Se os bebês falassem.** São Paulo: Instituto Language, 2016.

TEPERMAN, Daniela Waldman. Modelos de atendimento. In.: _____. **Clínica Psicanalítica com bebês:** uma intervenção a tempo. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005, p. 20-54.