

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

O PAPEL DO PSICOTERAPEUTA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA
DE BEBÊS COM TRANSTORNOS GRAVES DE SUBJETIVAÇÃO

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS), como requisito para a colação de
grau.

Orientadora: Professora Dra. Milena da Rosa
Silva

Paula Gruman Martins

Porto Alegre, 2016

Agradecimentos

Neste trabalho de conclusão de curso, gostaria de dedicar um espaço para agradecer àqueles que colaboraram de alguma forma para o meu percurso acadêmico. Minha formação teria sido muito menos rica se não fosse pelos encontros que tive a sorte de ter com pessoas que tornaram meu caminho tão pleno até esse momento. Durante a graduação, conheci pessoas inspiradoras, cheias de vida e de coisas novas a me ensinar. Por essa alegria, serei sempre grata.

Assim, primeiramente, gostaria de agradecer à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por oferecer a tantos alunos e professores um espaço em que o debate é estimulado e em que a liberdade de pensamento e, conseqüentemente, as diferenças são celebradas, ao invés de apagadas. Essa qualidade própria de nossa universidade é algo a enaltecer e a defender, cada vez mais. Eu agradeço à UFRGS por ter me dado as ferramentas que eu precisava e por sempre me permitir toda autonomia possível para o meu desenvolvimento – autonomia essa que fui muito feliz ao desfrutar. Também agradeço à UFRGS por ser a sede e a proporcionadora de alguns dos momentos de maior crescimento de minha vida, sempre coloridos pelas pessoas que pude lá conhecer.

Gostaria de agradecer a ambos os meus pais, por nunca terem a menor dúvida da minha capacidade de alcançar qualquer objetivo que eu achasse desejável ou estimulante. A confiança que vocês têm em mim sempre me impulsionou a me lançar aos mais diferentes desafios e foi o motor que me fez chegar até aqui. Por essa inabalável certeza e por todo o amor, agradeço muito. Amo vocês.

À minha irmã, por compartilhar comigo essa característica (às vezes um pouco temerária) de se lançar aos desafios, mas a qual, de alguma forma, pelo menos até agora, tem nos levado aos nossos objetivos. Por todos os sonhos que compartilhamos juntas, todo cuidado e amizade, sou muito grata.

Ao Ricardo, parceiro de anos, agradeço por todo o amor, toda a confiança em mim e em meu trabalho, todas as vezes que me escutou, todo o cuidado e paciência que tem e por toda a dedicação sem fim que confere a me fazer feliz. Quero dedicar ainda muitos trabalhos a ti.

À Milena, orientadora desse trabalho e, posso dizer, da minha graduação, que me pegou pela mão e me levou com ela durante quase todo meu tempo na UFRGS. Não há palavras para expressar minha gratidão, carinho e admiração. Teu conhecimento, sensibilidade e gentileza foram forças que me guiaram nesses anos, tornando-me uma apaixonada dessa profissão e da psicanálise. Obrigada pela aposta em mim, por me colocar

a trabalhar a teu lado, pelos teus ensinamentos e pela tua amizade. Tentarei sempre imprimir ao meu trabalho um pouco do tanto que tu me ensinaste, e já levo tudo aquilo que me tornaste. Por tudo isso e muito mais, meu muitíssimo obrigada.

Aos meus amigos e colegas queridos, que encheram de riso e afeto mesmo os momentos mais improváveis: Bibi, Carol, Fábio, Giu.... Aos meus amigos “psicanalíticos”, Rafael e Laura, obrigada pelos ensinamentos, carinho e amizade.

À ambientoterapia do CEAPIA, que me ensinou tanto de sensibilidade e de esperança no manejo com crianças, mesmo nas condições mais complexas, e me permitiu viver alguns dos momentos mais ricos emocionalmente da minha vida. Algumas das reflexões desse trabalho só foram possíveis devido à minha experiência na ambiente.

À Andrea Ferrari, por me ensinar de crianças e por me acompanhar ao longo do meu percurso, sempre me lembrando de levar tudo com mais leveza... E à Renata Lisbôa, por me lembrar de levar tudo com mais doçura e de ver o encanto passível de ser encontrado em tudo que fazemos.

Certamente, faltou citar muitos ainda nessa breve lista de agradecimento, pessoas que deixaram sua marca de alguma forma na minha história até hoje. Lembro de meus avós, de quem herdei o gosto pela escrita e o desejo de sempre pesquisar e estudar.

Por fim, agradeço à Vanessa Giaretta, que gentilmente aceitou ser comentarista desse trabalho. Teu conhecimento e olhar clínico aguçado e sensível foram fios condutores nesse último ano de estágio. Agradeço desde já pelos comentários, que sei que serão enriquecedores.

Com carinho,

Paula.

Resumo

Atualmente, o número de casos de bebês e crianças pequenas sob suspeita de autismo tem atingido proporções alarmantes. Nesse contexto, a psicoterapia pais-bebês pode ser uma alternativa interessante para a retomada constitutiva desses bebês em risco em sua constituição psíquica. No presente trabalho, a autora parte de teorizações de psicanalistas contemporâneos que têm se debruçado sobre o tema do autismo e, mais especificamente, ampara-se nas contribuições do analista uruguaio Victor Guerra relativas à sua alternativa diagnóstica ao autismo, por ele conceitualizada como o Transtorno de Subjetivação Arcaica. Neste trabalho, a postura clínica do psicoterapeuta que trabalha com pais e bebês com dificuldades significativas no processo de subjetivação é colocada em discussão. Sugere-se que, ao analista que se propõe a trabalhar na clínica precoce dos transtornos constitutivos graves, fazem-se necessárias certas qualidades subjetivas para facilitar que se ampliem as possibilidades de subjetivação desses bebês em direção a um viver em que se compartilham as experiências. Ao terapeuta, caberia contar com uma disponibilidade especialmente alta ao encontro intersubjetivo. Principalmente, uma postura de esperança seria fundamental, nunca deixando de acreditar no advir do sujeito.

Palavras-chave: psicoterapia pais-bebês; autismo; postura de esperança; transtorno de subjetivação arcaica.

Abstract

Nowadays, the number of cases of infants and children at an early age under suspect of autism has been increasing in an alarming proportion. In this context, parent-infant psychotherapies have been proving themselves an interesting option on reconstituting the subjectifying path of these infants, whose process of subjectivation is at risk. In this study, we discuss the contemporary psychoanalysis of autism, mainly the contributions of the Uruguayan psychoanalyst Victor Guerra, who proposes the disorders of archaic subjectivation as an alternative to the diagnosis of autism. The place of the psychotherapist working with infants with great difficulties in their psychic constitution is brought to analysis. It is suggested that the psychotherapists that dedicate themselves to the early intervention with infants with severe troubles in their psychic constitution are requested in a different way, needing some specific subjective qualities. Only through such qualities can the therapist help these infants in the leading of a rich and creative living, in which the sharing of experiences can take place. The therapist, in such cases, would need to be

especially available to the intersubjective encounter and, mainly, to hold an attitude of hope towards these patients, never doubting the occurrence of the subject.

Keywords: parents-infant psychotherapies; autism; attitude of hope; disorders of archaic subjectivation.

Introdução

Nas últimas décadas, tem surgido na psicanálise uma preocupação com o estudo das intervenções nos primeiros anos de vida. Sabe-se que, dos 0 aos 3 anos de idade, a criança encontra-se em um estado do desenvolvimento da mente que nunca mais torna a se repetir. Essa janela ótima para intervenções ocorre por diversos fatores, sendo a plasticidade psíquica do bebê um dos centrais.

Diferentes linhas teóricas concordam quanto à existência de um período na vida especialmente favorável para intervenções, em que há uma flexibilidade maior para os diferentes rumos possíveis para o desenvolvimento e a constituição psíquica do bebê. Victor Guerra (2015b) observa que nesses primeiros anos de vida, tanto o bebê quanto seus pais encontram-se em um estado de porosidade mental. O autor também considera existir uma barreira dos três anos, idade a partir da qual as estruturas cerebrais já estariam mais estabelecidas e as intervenções perderiam significativamente sua potência.

Além da já citada plasticidade psíquica do bebê, que confere às intervenções nessa faixa etária um caráter dinâmico, com uma particular rapidez no alívio dos sintomas, considera-se que também a mãe está em um momento especialmente suscetível a tais intervenções. O evento da gravidez e o tornar-se mãe fazem emergir diversas conflituas, fazendo-a repensar e, de certa forma, reviver suas próprias experiências de dependência e de bebê; além das questões hormonais envolvidas e das inevitáveis mudanças de papéis que ocorrem na família quando se recebe um bebê. Esse estado a torna particularmente vulnerável e, portanto, mais aberta para intervenções e suscetível a que estas sejam efetivas.

Diversos autores, como Serge Lebovici, Anette Watillon, Selma Fraiberg, Bertrand Cramer e Bernard Golse, a partir de diferentes abordagens, propuseram uma defesa da psicanálise com bebês, sublinhando o valor de intervenções nesses momentos iniciais do desenvolvimento e da constituição psíquica da criança. Nesse contexto, a psicanálise com bebês surge como uma opção para a intervenção *a tempo* (Teperman, 2005), em um período da história do bebê em que sua constituição ainda está em aberto. Alguns psicanalistas têm trabalhado a partir dessa perspectiva, propondo uma modalidade terapêutica na psicanálise que abarque essas primeiras relações. Na psicanálise com bebês, trabalha-se com a pequena criança em conjunto com seus pais, em um *setting* em que se compreende que o paciente é a própria relação pais ou mãe-bebê.

O campo do trabalho clínico com bebês encontra-se em florescimento (Golse, 2008) e tem se tornado cada vez mais um foco de interesse, conforme observa-se um significativo aumento no número de crianças diagnosticadas com autismo e outros transtornos graves do desenvolvimento – psicopatologias de caráter primitivo, cuja base encontra-se nos primeiros encontros do bebê com o outro. Acredita-se que intervir *a tempo* (Teperman, 2005) nos casos em que se percebe existir risco para a constituição psíquica do bebê pode ser um importante fator na promoção e prevenção de saúde, já que se entende que nas primeiras relações que se estabelecem está o cerne sobre o qual a criança vai se constituir. Portanto, haveria uma relação importante entre transtornos graves da subjetivação, como psicose infantil e autismo, e a maneira como se deu o primeiro encontro entre o bebê e seu ambiente¹. Desse modo, nos primeiros vínculos entre o bebê e seus cuidadores se encontraria a base da saúde mental.

A partir de seu trabalho com bebês e crianças pequenas, Victor Guerra (2015b) propôs chamar de Transtornos de Subjetivação Arcaica ou Transtornos de Estruturação Arcaica conjuntos de manifestações que aparecem na primeira infância, muito similares às que se poderia entender como pertencentes a um quadro de autismo. Muito inspirado nas obras de Lebovici e de Golse, Guerra parte da perspectiva da intersubjetividade para pensar as manifestações do que se consideraria um possível autismo. O autor compreende que existem bebês que chegam ao consultório com um quadro sintomático relativamente típico, mas que não corresponderiam (ainda) a um autismo.

Guerra (2015b) sugere que nomeemos conjuntos de manifestações do tipo como pertencentes a esta categoria dos Transtornos de Subjetivação Arcaica. Ele compreende que este conjunto de sintomas que aparecem no bebê é, em verdade, produto do encontro entre pais e bebê, sendo melhor descrito pelo transtorno de subjetivação que sugere do que por um diagnóstico precoce de autismo. Além de por vezes não se tratarem de bebês que correspondem ao que se entenderia como um quadro de autismo típico, Guerra entende que pensar essas manifestações de modo mais amplo pode ter um efeito importante no sentido de colaborar que desfechos alternativos possam derivar do funcionamento que essas pequenas crianças apresentam inicialmente.

¹ Desse encontro, fazem parte o bebê (com seu organismo, suas tendências constitutivas inatas) e seus pais (com suas subjetividades, suas histórias). Considera-se importante frisar, em sintonia com as proposições de Laznik (1997), que os pais estão implicados nessas situações iniciais com seu bebê, nas quais pode ocorrer um desencontro. O ambiente cuidador desempenha um papel significativo no desenvolvimento e constituição psíquica do bebê. Entretanto, reconhecer o papel do ambiente não significa absolutamente recair numa culpabilização dos pais (Laznik, 1997) ou, mais frequente, da mãe. Não há movimento terapêutico que possa resultar de um julgamento como esse. Ressaltamos a importância de não cair nessa dinâmica de apontar culpados, cujo fim único é aliviar nossa própria angústia ao não encontrar todas as respostas.

O Transtorno de Subjetivação Arcaica proposto por Guerra (2015b) inclui a ideia de que as manifestações conflitivas aparecem muito cedo e que se tratam de quadros sintomáticos que denunciam um desencontro intersubjetivo inicial entre o bebê e seu ambiente. As manifestações desse transtorno seriam similares à do autismo, porém não seriam compreendidas como circunscritas ao bebê, sendo vistas a partir da relação entre o bebê e seus pais, inseridos em determinado contexto cultural. Assim conceituado, é interessante que se conjecture acerca de como se configuram os tratamentos psicoterápicos que se dão na primeira infância, nos casos em que os bebês apresentam tal configuração sintomática.

Considerando que os sinais desse transtorno aparecem cedo no processo de constituição psíquica, é natural buscar compreender como podemos pensar as especificidades do manejo do analista nesses casos em um arranjo pais-bebês. No contexto atual, em que muitos bebês chegam à clínica com tais manifestações, discorrer a respeito de que lugar ocupa o psicoterapeuta e de como poderá se posicionar nesses tratamentos torna-se necessário e de valor imprescindível para o bom andamento dessas psicoterapias. De forma a garantir que se configurem como tratamentos em que as possibilidades de subjetivação da criança se expandem, não se afunilam, permitindo um viver mais rico e criativo para cada bebê, é preciso refletir acerca da postura do analista.

Muitos autores discutiram o papel do psicoterapeuta de bebês. Nessas terapias conjuntas, costuma-se concordar que cabe a este profissional uma escuta atenta, aguçada e particularmente sensível – que permita captar tanto o que se apresenta no discurso parental quanto nas comunicações do bebê (Watillon, 1993). Ao psicanalista que se propõe a dedicar-se a temáticas tão primitivas e ao cuidado num tempo arcaico da constituição, é possível considerar que cabe uma disponibilidade ainda mais intensa do que aquela exigida em uma clínica tradicional. Assemelham-se, portanto, aos tratamentos de quadros extremamente regressivos, em que o analista se coloca à disposição do paciente, emprestando a ele seu psiquismo e colocando-se inteiramente presente para com ele viver uma experiência, relativa a um construir psíquico muito distante da recordação e repetição elaborativas neuróticas. Portanto, possivelmente, esta qualidade do tratamento apareceria em uma intensidade ainda maior quando tratamos de bebês, já que o primitivo está colocado enquanto presença viva no *setting*, em toda a sua atualidade para os membros da psicoterapia.

Neste trabalho, propõe-se uma discussão a respeito do papel do psicoterapeuta que trabalha com pais e seus bebês em casos de transtornos severos na subjetivação. A partir do ponto de vista teórico da intersubjetividade, sugere-se que esta clínica requer uma escuta

particularmente sensível e uma disponibilidade empática especial do analista, o qual deve sustentar sempre uma postura de esperança em relação a essas pequenas crianças, investindo na potência constitutiva do encontro.

O autismo nos manuais diagnósticos

Os clínicos da primeira infância têm notado que chegam para atendimentos muitos casos de crianças entre 0 e 3 anos com dificuldades importantes em seu processo de subjetivação, apresentando uma forma de estruturação psíquica semelhante ao que seria entendido pela psiquiatria como um Transtorno Global do Desenvolvimento (DSM-IV, 1995) ou um Transtorno do Espectro Autista (DSM-V, 2014). De acordo com o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o Transtorno do Espectro Autista é visto como um quadro de prejuízos persistentes na comunicação e interação social em diferentes contextos da vida do sujeito, que apresentaria déficits para desenvolver e manter relacionamentos interpessoais, teria dificuldades na comunicação verbal e não-verbal, bem como apresentaria restrições na reciprocidade emocional em relação ao outro. Além disso, o quadro contaria com padrões restritos e repetitivos de comportamento e interesses, com a presença ou não de estereotípias motoras e ideias fixas, além de uma hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, entre outras manifestações. A psiquiatria entende que os sintomas do espectro do autismo costumam aparecer precocemente no desenvolvimento.

Porém, diferentes perspectivas conceituais oferecem outras compreensões do autismo. Mazet e Stoléru (2003), em sua obra dedicada ao estudo da psicopatologia em bebês e crianças pequenas, elaboraram uma descrição de um quadro que denominaram de síndrome do autismo infantil precoce. Os autores conceberam tal quadro como um conjunto de manifestações, que tende a se formar entre o fim do segundo e o começo do terceiro ano de vida. A constelação de manifestações contempladas pelo diagnóstico inclui: isolamento, com um certo aspecto de indiferença do bebê em relação ao seu entorno; evitamento do olhar, com apenas breves momentos de trocas de olhares com o adulto e frequentemente ocorrendo um olhar fixo a um ponto arbitrário periférico; rechaço pelo contato corporal forçado pelo adulto e uso do corpo do outro como objeto parcial pelo bebê; a inexistência de um brincar lúdico, estando a brincadeira circunscrita à repetição de experiências sensoriais ou motoras; uma exigência pelo bebê de um ambiente extremamente estável, sendo mudanças vividas como intoleráveis; presença de estereotípias e rituais; dificuldades na linguagem,

costumando compreender o que lhes dizem, mas não falar e, por fim, acessos de raiva ou cólera, muitas vezes aparecendo condutas de auto agressão. Ainda, os autores notam que é comum um interesse especial desses bebês por música. Mazet e Stoléru (2003) diferenciam essa síndrome do autismo dos comportamentos de tipo autístico. Os autores ressaltam que tais comportamentos poderiam ser relativamente precoces e duradouros, mas não seriam organizados de maneira estável e preponderante. As manifestações pseudoautísticas, compreendem, teriam um prognóstico consideravelmente mais favorável.

Os autores sugerem que, antes da instalação da síndrome autística precoce, haveria alguns sinais que indicariam dificuldades na constituição do bebê, tais como: uma aparente indiferença ao mundo exterior; problemas posturais, de tônus muscular e psicomotores; a ausência ou atraso na atitude antecipatória do bebê em relação ao cuidador; as anomalias no olhar; o não-aparecimento dos organizadores psíquicos sugeridos por Spitz² (1996); a presença de fobias massivas mal organizadas; um evitamento insistente da interação (especialmente rosto no rosto) e os problemas somáticos funcionais, podendo ser oro-alimentares, esfinterianos ou disfunções do sono. Esses autores sublinham que muitos bebês apresentam esses primeiros sinais e não se constituem autistas. Assim, propõem que “perturbações precoces com risco de evolução autística” (Mazet & Stoléru, 2003, p. 268, tradução nossa) seria uma denominação mais próxima ao que acomete esses bebês.

O autismo na psicanálise e na perspectiva da intersubjetividade: o Transtorno de Subjetivação Arcaica

É possível entender que muitos dos casos que chegam a consultório podem não se beneficiar de um diagnóstico de autismo como o pensado nos manuais diagnósticos psiquiátricos. Embora com algumas características que apoiem a possibilidade da constituição se dar por uma via autística, não necessariamente esse seria o caso para todos esses bebês. Ainda, é possível considerar que uma questão ética paira sobre o diagnóstico precoce de autismo, visto que, em tão tenra idade, a constituição psíquica está em pleno desdobramento, com muitas possibilidades relativas ao modo como o sujeito vai se constituir ainda em processo de definição.

² Mazet e Stoléru (2003) citam especialmente o atraso ou ausência do sorriso direcionado ao outro (primeiro organizador psíquico) e a ausência da angústia do oitavo mês (segundo), conforme as contribuições de Spitz (1996).

Nessa mesma linha de raciocínio, Victor Guerra propõe que entendamos que algo no encontrar das subjetividades desses bebês e de seus pais falha, e sugere que nomeemos essas suspeitas de autismo de Transtornos de Subjetivação Arcaica (Guerra, 2016). Essa visão mais ampla proposta por Guerra busca um entendimento do que acomete esses bebês, propondo olhar o quadro a partir da relação do bebê com seu ambiente cuidador. Essa compreensão dinâmica dos sintomas preserva o valor das trocas intersubjetivas no constituir psíquico, não limitando o pequeno paciente a um diagnóstico estanque a que poderá ficar circunscrito, muitas vezes, por toda vida. É possível argumentar que o diagnóstico precoce do autismo pode servir como um sinalizador da necessidade de uma intervenção e de um olhar mais aprofundado sobre esse bebê e seus pais. Por mais verídica que possa soar essa afirmação, também sabemos que existem outras formas de chamar a atenção para essa necessidade, como apontar para certos sinais de risco³. Nota-se que há consequências em encerrar o sujeito em um diagnóstico, principalmente em se tratando de bebês como esses, que precisam *ainda mais* do olhar e do investimento parental. Para o narcisismo e esperança dos pais, um diagnóstico estrutural como o do autismo pode ser um golpe duro ou mesmo impossível de se recuperar, assim dificultando que se engajem de forma esperançosa em uma tentativa de compartilhar experiências com seu bebê. Um real encontro intersubjetivo pode ficar ainda mais distante, o que certamente acarreta importantes consequências na subjetivação desses bebês.

Guerra (2009) entende a subjetivação como um processo de construção de uma perspectiva própria ao sujeito, que aos poucos vai desenvolvendo uma maneira singular de vivenciar as experiências e de expressá-las de diferentes formas, através do corpo ou de recursos simbólicos. Uma vez que a constituição psíquica começa nos momentos mais primitivos do desenvolvimento e decorre da intersubjetividade, isto é, das trocas que se estabelecem entre o bebê e seu ambiente, os transtornos nesse processo referem-se a falhas básicas no encontro do bebê com o outro. Ou seja, um (des)encontro intersubjetivo, que gera impasses na constituição do psiquismo do bebê. Nesse desencontrar, ainda não podemos falar propriamente em uma subjetividade do bebê, mas em um princípio desta: uma proto-subjetividade, que só existe em sua dimensão de potencial, apenas vindo a ser, fazendo do bebê um sujeito, se houver um encontro intersubjetivo com o ambiente.

³ Essa tem sido uma abordagem bastante adotada por profissionais da saúde. O protocolo IRDI (Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) (Kupfer et al., 2009), baseado na psicanálise, é um exemplo dessa tendência para a promoção de saúde mental. A ideia desses indicadores é que sejam pensados como alguns sinais, comportamentos (ou ausência destes) que podem indicar que alguma dificuldade está se apresentando na constituição psíquico ou no desenvolvimento.

Em seu estudo das crianças em suspeita de autismo, Victor Guerra (2016) interroga-se quanto à relação entre o momento histórico e o sintoma. Argumenta que, no sintoma de uma criança, entrelaçam-se no mínimo três planos: o do funcionamento próprio do sujeito, que abarca seus aspectos constitucionais e mundo intrapsíquico; seus cuidadores, que compõem seu ambiente subjetivante; e a cultura em que estão imersos os pais e a criança. Referindo-se ao Transtorno de Subjetivação Arcaica, Victor Guerra ensaia uma discussão acerca dos fatores que colaboram para a composição deste quadro, frisando a existência de elementos culturais – características da sociedade ocidental contemporânea – e possíveis aspectos constitucionais do bebê. Dessa forma, o psicanalista entende que essa “epidemia” do autismo demonstra a existência de uma nova forma de sofrimento psíquico, uma psicopatologia de fatores constitucionais vinculados a elementos culturais e relacionais, combinação que levaria à instauração de um quadro indicativo de dificuldades na subjetivação em um tempo precoce do desenvolvimento.

Logo, ressalta-se a importância de considerar o contexto cultural em que estamos inseridos para melhor compreender o aumento no número de casos de bebês que apresentam essa sintomatologia. Guerra (2015a) considera que alguns aspectos da contemporaneidade, como a exigência da visibilidade, a impossibilidade de estar só, a aceleração e as barreiras nebulosas entre o íntimo e o público alteram os ritmos de alternância entre presença e ausência e o modo como lidamos com a continuidade de ser. Guerra salienta que a primazia do sensorial, o movimento permanente e a cultura da urgência operam em um ritmo diferente daquele da temporalidade psíquica. Assim, o ritmo de vida contemporânea não estaria em sintonia com os ritmos internos do bebê, que precisam ser respeitados em sua constituição subjetiva.

O Transtorno de Subjetivação Arcaica, proposto por Victor Guerra para pensar as crianças em suspeita de autismo, refere-se às pequenas crianças que estão “no limite” do diagnóstico. Tratam-se de bebês que não correspondem exatamente a um quadro típico de autismo, podendo, por exemplo, manter um contato intersubjetivo durante um certo tempo. Entretanto, é comum que a partir dos três ou quatro anos de idade, estes bebês, que em um primeiro momento não se encaixariam num diagnóstico de autismo, entrem em um processo autistizante (Guerra, 2016). Logo, ressalta-se a importância de acessar cedo esses casos e poder intervir em um momento precoce da constituição psíquica. Guerra relata ter tido experiência com casos de bebês menores de dois anos de idade, com um quadro pouco claro, que podiam apresentar certo grau de interação com o outro e de acesso à intersubjetividade

(2016). Depois dos três anos, contudo, mostrava-se comum que se perdesse o que era possível para o bebê em termos de trocas com o outro.

Victor Guerra (2015a, 2016) define os Transtornos de Subjetivação Arcaica como a presença do seguinte quadro: evitamento relacional, com certo grau de indiferença ao objeto; escasso contato emocional e ausência de angústia de separação; presença de angústias arcaicas de descontinuidade; defesas primárias de tipo sensorial; busca de objetos estimulantes (sensações fortes); hipersensibilidade sensorial; autoritmicidade; busca de segurança e confirmação identitária na continuidade sensorial bidimensional⁴; dificuldade na integração da impulsividade; relativa ausência da ludicidade; organização precária da linguagem; ausência de curiosidade epistemofílica; falta de acesso à terceiridade⁵ e a incapacidade para brincar/estar só. Finalmente, a ausência de diversos indicadores importantes de intersubjetividade se coloca, uma vez que apontam para essas outras manifestações supracitadas.

Os indicadores de intersubjetividade (Guerra, 2009; APU, 2014) constituem-se em quinze situações que se espera encontrar na relação pais-bebê de zero meses aos dois anos de idade da criança. Os indicadores esperados variam de acordo com a idade do bebê: 1) a troca de olhares entre mãe e bebê (0-2 meses); 2) as protoconversações (0-2 meses); 3) o papel da imitação; 4) brincadeiras de cosquinha (microrritmos) (3-5 meses); 5) o olhar referencial (referência social) (5-12 meses); 6) os vocativos atencionais (5-7 meses); 7) atenção compartilhada (5-7 meses); 8) jogo de esconde-esconde⁶ (8 meses); 9) a sintonia afetiva⁷ (9-12 meses); 10) os gestos protodeclarativos⁸ (12 meses); 11) o caminhar: dialética

⁴ A bidimensionalidade, conceito proposto por Meltzer (1979), constitui-se em uma forma de se relacionar com os objetos e de interagir com o mundo a partir de suas características sensoriais, passíveis de ser captadas em sua superfície. Tal bidimensionalidade não se restringe aos objetos, visto que o próprio *self* pode ser percebido e vivido como uma superfície sensível. Assim, o sujeito não poderia relacionar-se com o outro a partir de uma noção de profundidade, já que ele próprio não contaria ainda com um espaço interno (um continente) para pensar/conter conteúdos. Por outro lado, a tridimensionalidade seria a qualidade das relações objetais que pressupõem uma profundidade no outro, partindo de um *self* já capaz de conter. No autismo, a bidimensionalidade é um traço frequente, passível de ser observado pelos hábitos dessas crianças de se arrastar pelas paredes e passar a mão constantemente em superfícies, por exemplo. Nas desorganizações, percebemos essa qualidade sensorial de viver as experiências nas situações em que ocorre uma aparente dissolução ou liquefação do *self*.

⁵ Guerra (2007) entende a terceiridade como a qualidade triangular das relações. A terceiridade seria na relação mãe-bebê aquilo que anuncia a presença de um terceiro (a cultura, o trabalho, a linguagem, o pai) e sugere a existência da função paterna, entendida como aquilo que denuncia a castração.

⁶ No Brasil, seriam as brincadeiras de esconder o objeto temporariamente para logo encontrá-lo. Tipicamente, tapamos os olhos ou o rosto e dizemos “cadê” e “achou!”.

⁷ A sintonia afetiva se relaciona com a atenção compartilhada e diz respeito à experiência de um compartilhar afetivo.

⁸ Gestos, sinais que o bebê faz em direção a um objeto buscando captar a atenção do outro em relação a tal objeto, com o fim de que compartilhem o interesse ou uma experiência.

perto-longe⁹ (12-18 meses); 12) consciência reflexiva¹⁰ (18 meses); 13) jogos de imitação (18-24 meses); 14) os jogos “como se” (24 meses); 15) a linguagem (24 meses).

A presença desses indicadores mostraria que há trocas intersubjetivas constituintes ocorrendo entre o bebê e seu ambiente cuidador, sugerindo um percurso subjetivante dentro do esperado. Os bebês que apresentam o quadro do Transtorno de Subjetivação Arcaica teriam ausentes muitos desses indicadores, podendo também apresentá-los apenas em alguns momentos, de forma pouco consistente e frágil.

Esse psicanalista tem estudado o papel que o ritmo exerce na vida psíquica, buscando compreender melhor a função dos encontros não-verbais na constituição subjetiva (Guerra, 2015d). Para Guerra (2016), o bebê nasce imerso em uma experiência rítmica que inclui o outro. Os ritmos são entendidos pelo autor como o compasso que marca a união e a separação, a presença e a ausência, a continuidade e a descontinuidade. Essa ritmicidade se relaciona a experiências arcaicas da vida psíquica, a partir da relação corporal que o bebê estabelece com a mãe desde o útero, constituindo-se em ritmos que marcam os encontros intersubjetivos desde momentos muito anteriores à palavra. O ritmo compartilhado que, em circunstâncias favoráveis, deve se estabelecer entre a dupla mãe-bebê, marca o encontro e possibilita tolerar a ausência e antecipar o retorno. Para Guerra (2016), nos Transtornos de Subjetivação Arcaica, estão presentes angústias primitivas de descontinuidade, que estão, portanto, relacionadas a um desencontro na experiência rítmica primeira entre o bebê e seu ambiente cuidador. Na formação desses transtornos, haveria uma interrelação de fatores constitucionais do bebê e de fatores ambientais, que incluem, mas não se restringem ao contexto cultural, colocando-se uma disritmia no encontro intersubjetivo. Esse desencontro rítmico nos primeiros momentos de vida do bebê produz um desenrolar constitutivo marcado por dificuldades.

Assim, Guerra (2015b) defende a existência de características constitucionais nesses bebês, como uma hipersensibilidade sensorial, a dificuldade no processamento das polissensorialidades (disritmias), a tendência a se desligar do objeto e a desviar da interação, uma dificuldade na integração e decodificação das emoções (especialmente as expressas no rosto) e a dificuldade de integrar o novo, não tolerando a descontinuidade e buscando a permanente continuidade rítmica. O psicanalista, fiel à perspectiva da intersubjetividade,

⁹ Guerra (2009) marca que o início da marcha no bebê não se dá sem o conflito de querer explorar e, assim, se distanciar, ao mesmo tempo em que ainda há o desejo de ficar perto do cuidador, aparecendo a angústia de separação.

¹⁰ Quando está presente este indicador, o bebê é capaz de entrar em contato com suas angústias e de demonstrar empatia pelo outro, por exemplo, em um movimento de cuidado com outro bebê.

preocupa-se, no entanto, em esclarecer que se trata sempre de uma psicopatologia do *entre*. Assim, é no encontro do bebê com seus pais, inseridos em um determinado contexto cultural, que se dão as falhas na intersubjetividade primária (Guerra, 2015b).

De acordo com Guerra (2016), uma das primeiras tarefas do bebê é a organização e a coordenação dos diferentes fluxos sensoriais. A função rítmica do ambiente materno possibilita que a experiência sensorial do bebê seja um fator subjetivante, na medida em que o encontrar rítmico permita a integração de suas polissensorialidades (Guerra, 2016). Partindo das conceitualizações de René Roussillon (1997), o psicanalista compreende que tal experiência sensorial tem um importante papel na subjetivação, uma vez que seja organizada pelo ritmo propiciado pelo cuidador, sendo esta a base para a dupla viver um verdadeiro compartilhar afetivo. A sensorialidade compartilhada pela dupla, marcada pela sua ritmicidade conjunta, seria, assim, a base para o compartilhar das emoções. Logo, o encontro rítmico, atencional e narrativo com o outro seria fundamental, visto que a ritmicidade do encontro intersubjetivo com o outro exerce vital papel na integração do *self*.

Baseado nas proposições do psicanalista francês, Guerra (2016) sugere a lei materna do encontro. Victor Guerra compreende que Roussillon entende o trauma na vida psíquica como o efeito de uma disritmia, uma quebra entre as experiências ambientais e o ritmo próprio do sujeito. A lei materna seria um dos primeiros organizadores do encontro intersubjetivo, consistindo no que permite que exista um ritmo conjunto adequado, isto é, um que respeite e se adeque ao ritmo do bebê. O respeito ao ritmo próprio do sujeito tornaria possível a co-criação de um ritmo comum entre mãe-bebê ou pais-bebê (Guerra, 2015d). O que Guerra entende, portanto, em relação a esses bebês com dificuldades em sua subjetivação, é que se tratam de casos em que existe uma falha no encontrar, pela dupla, de um ritmo conjunto que colabore na construção de um compartilhar afetivo.

Enquanto Guerra propõe uma visão destes Transtornos de Subjetivação Arcaica baseando-se em premissas da psicanálise da intersubjetividade e nas ideias de Daniel Stern, outros autores de perspectiva teórica psicanalítica trabalham com o tema do autismo em bebês a partir de um viés diferente. Marie-Christine Laznik (1997), por exemplo, parte da psicanálise lacaniana para pensar as manifestações precoces do autismo. A autora sublinha a importância de reconhecer as tendências inatas do bebê para melhor acolher o sofrimento parental, já que, como diz a autora, “um bebê que não responde deve colocar sua mãe à prova duramente” (Laznik, 2013, p. 29). Laznik (2013) faz um diálogo da psicanálise com descobertas das neurociências, costumando basear suas proposições a partir do que observa em sua clínica e pesquisa com mães e bebês e que encontra eco em tais substratos teóricos.

A concepção de um autismo multifatorial é colocada pela psicanalista, que considera estéril o debate entre psicogênese e organogênese do quadro estrutural (Laznik, 1997).

No trabalho preventivo com bebês, considera que a única via possível de intervenção é aquela amparada no registro do psíquico, de forma que cabe aí nos deter na discussão de como realizar o trabalho psicanalítico nesses casos. Laznik (1997) também destaca a necessidade crucial de receber os bebês em risco de autismo o mais cedo possível, ainda em um período sensível. A psicanalista trabalha a partir da concepção de uma prevenção que signifique intervir no laço pais-bebê. A autora entende que a síndrome autística é consequência de uma falha no estabelecimento desse laço, fundamental para a emergência de um sujeito. Frisa, ainda, que nesta afirmação não está colocada necessariamente uma psicogênese na origem do desencontro (Laznik, 1997). A autora compreende que fatores como susceptibilidade e vulnerabilidade do bebê até podem ser de origem biológica, mas que tal sensibilidade inata não exclui o ambiente do processo, assim valorizando seu papel na aparição ou não da síndrome.

Conforme suas ideias, o fato de haver uma sensibilidade aumentada em alguns bebês torna as características do ambiente ainda mais relevantes para que se concretizem ou não suas tendências ao evitamento relacional. Laznik (1997) compreende que é pouco relevante se a causa da instauração de certas dificuldades provenha de dificuldades constitutivas da criança ou de uma falta de resposta do ambiente, visto que, em ambos os casos, o que acontece é que existe uma falha, um hiato em que o psicanalista vai intervir. De acordo com sua perspectiva, o laço pode ser restabelecido independentemente da origem de tal falha. Concomitantemente, Laznik (2013) faz questão de trabalhar em uma perspectiva de não-culpabilização dos pais, entendendo que muitos já buscam ajuda desnarcisizados em sua função parental. Entende, ainda, que em muitos casos se encontrou frente a mães e pais disponíveis e que ofereciam um cuidado adequado – ao menos para as necessidades da maioria dos bebês – e que foram recolhendo seu investimento no filho, posteriormente a uma insistente e maciça falta de resposta, de reciprocidade no olhar e de momentos de abertura à interação pelo seu bebê.

De acordo com Laznik (2013), não é o bastante que os pais desejem investir libidinalmente no seu bebê. É necessário, entre outros fatores, que ele também preste atenção, que seja capaz de realizar um gesto, um olhar em direção aos pais. Podemos ver essa postura da analista em relação aos pais em diversos trabalhos da autora. Estudando o caso de uma bebê em um percurso autístico, Laznik (2013) comenta que a estrutura depressiva materna não poderia ser jamais a causa da patologia da filha, já que, se fosse

assim, muito mais bebês seriam autistas. A psicanalista compreendeu, nesse caso, que esse elemento despertava algo de análogo na menina, vivido pela bebê como aterrador. Sublinha-se, desse modo, o enfoque relacional que a psicanalista confere à sua compreensão do autismo.

Laznik (2013) propõe que os bebês que se tornam autistas são constitucionalmente hipersensíveis, com uma percepção acentuada de seu entorno, que chega a ser intrusiva. Esses bebês notam o que se passa em sua volta com tamanha precisão que torna o compartilhar afetivo e emocional intenso ao ponto de ser preciso se fechar em um isolamento.

A autora parte de descobertas da neurociência para compreender o que se passa com esses bebês. De acordo com Laznik (2013), contariam com uma empatia emocional exacerbada. Isto é, perceberiam mesmo as menores nuances de dúvida, ambivalência e depressão do seu cuidador, estando desde muito cedo em contato com a dimensão mortífera presente em toda relação humana. Os bebês que se tornam autistas são capazes dessa empatia, dessa percepção com acurácia da emoção do outro. Uma vez que as faces depressiva e destrutiva das relações não passam despercebidas nas trocas com o cuidador – como possivelmente aconteceria, ao menos na maior parte do tempo, com bebês que não contam com essa sensibilidade –, esses bebês em percurso autístico deparam-se com muita intensidade e desde cedo com as dimensões de dor da experiência humana. Ademais, não estariam munidos da resiliência que os bebês típicos teriam para perceber angústias na mãe.

Laznik (2013) pensa que esses bebês evitam o olhar desde o nascimento, não convocam o outro. São especialmente sensíveis em relação a mudanças no ambiente, percebidas com grande intensidade, já que também contam com uma hiperdiscriminação visual e acústica. Tais bebês não convocam o outro frente a dificuldades, mas se retraem.

Na clínica, Laznik (2015) entende que, no momento exato em que se fecham de forma defensiva, seria praticamente impossível trazê-los de volta. A psicanalista pensa o tratamento desses bebês a partir de sua interpretação acerca do circuito pulsional proposto por Freud (Laznik, 2013). Haveria, assim, o primeiro tempo do circuito da pulsão, em que o bebê é ativo, buscando o objeto de satisfação da pulsão (por exemplo, buscando mamar o seio da mãe). No segundo tempo, autoerótico, o bebê busca em si mesmo a satisfação pulsional. O terceiro tempo do circuito seria quando o bebê ativamente se faz passivo: ele se faz objeto da pulsão do outro. Por exemplo, o bebê pode apresentar atitudes graciosas ou convidativas, fazendo-se morder, apertar, beijar. Laznik (2013) busca situar onde o bebê está no circuito pulsional e compreende que, para os bebês que se tornam autistas, a dificuldade

está em entrar no terceiro tempo do circuito, podendo ativamente se fazer objeto do desejo do outro.

Embora Laznik parta de outra perspectiva teórica, podemos entender que concorda com Guerra quando ele mantém que, independentemente da fonte do conflito ser majoritariamente do bebê ou ambiental, seria no cruzamento dessas subjetividades e no laço que se constrói que se colocam as dificuldades. Portanto, este seria nosso foco de intervenção. Em consonância com o pensamento desses psicanalistas, propõe-se, neste trabalho, que, ao psicoterapeuta que trabalha com pais e seus bebês em casos de falhas importantes na subjetivação, cabe uma implicação especial no enquadre, de modo a facilitar o emergir de outro desenrolar constitutivo.

A clínica pais-bebês a partir da psicanálise

Na psicanálise, é comum tecer perguntas acerca da clínica com bebês. Não é consenso entre os psicanalistas e nas diferentes linhas teóricas a questão dessa clínica se tratar ou não de psicanálise. Entretanto, muitos autores consideram que nesse trabalho promotor de saúde mental reside um importante potencial preventivo, uma vez que se intervém cedo em relações mãe ou pais-bebê que se encontram em conflito. O pressuposto teórico por trás dessas psicoterapias é a noção de que muitos quadros clínicos têm suas raízes em momentos muito primitivos no desenvolvimento e que, se intervirmos *a tempo* (Teperman, 2005) quando nos deparamos com sintomas ou sinais de risco, podemos ocasionar uma importante virada na constituição subjetiva desse bebê, abrindo caminho para novas, diferentes e mais amplas possibilidades de subjetivação. Assim, os psicanalistas que trabalham com bebês sustentam a posição de que certamente é possível se ocupar de crianças muito pequenas sem perder os pontos de referência metapsicológicos (Golse, 2008), realizando tratamentos de caráter psicanalítico.

A maior parte dos psicanalistas que teorizaram acerca da clínica com pais e seus bebês (como Fraiberg, Lebovici, Cramer e Palacio-Espasa, Watillon e Golse) trabalhou com casos em que havia questões de desencontro relativamente pontuais entre ambiente e bebê. Tratavam-se de situações em que não estava em jogo um transtorno grave de subjetivação, mas questões menos complexas e sobredeterminadas que as de um bebê em risco de autismo. As desordens relacionais estudadas por esses autores costumavam aparecer no bebê, por exemplo, em transtornos de sono ou de alimentação. Na mãe, poderiam aparecer angústias ou quadros depressivos. O trabalho clínico seria com ambas as partes, entendendo que o

bebê portaria o sintoma relacional. Nesses casos, não haveria, a princípio, um motivo para pensar que se tratavam de bebês com fatores constitutivos de tendência autística.

É importante marcar essa diferença, visto que a clínica com bebês sob essa suspeita se diferencia em muitos aspectos. Entretanto, situarmo-nos em relação às conceitualizações desses autores precursores é fundamental para melhor compreender as diferenças nos tratamentos com bebês em risco na constituição psíquica.

A aproximação da psicanálise com a clínica dos bebês pode ser considerada relativamente recente em sua história. Alguns psicanalistas mostraram-se importantes precursores desta clínica, dedicando-se ao cuidado de mães, pais e seus bebês, compreendendo que o cuidado deste pequeno paciente requer o entendimento de que precisa ser pensado em relação a seu ambiente e cuidadores principais.

Selma Fraiberg foi uma psicanalista que teve destaque no envolvimento da psicanálise com o cuidado ao bebê. Fraiberg (1975) estudou o papel que as representações maternas exerciam na constituição psíquica do bebê. Essa psicanalista foi pioneira nas psicoterapias pais-bebês. Buscava dar um tom familiar a esses encontros e entendia que a rigidez na técnica psicanalítica não combinava com esse tipo de terapia, dispondo-se, inclusive, a realizar sessões nas casas das famílias. Desenvolveu um modelo de terapia conjunta pais-bebês a partir da noção de que o bebê seria um verdadeiro objeto de transferência dos pais (Golse, 2008).

Além de Fraiberg, também Cramer e Palacio-Espasa (1993) figuraram como protagonistas no começo das psicoterapias pais-bebês. Esses autores entendiam que, muitas vezes, o bebê era o mensageiro de um sintoma materno, que surgia e se manifestava na relação entre a mãe e seu filho. Cramer e Palacio-Espasa (1993) consideravam que suas intervenções ocorriam no nível da interação recíproca entre mãe e bebê, sendo o objetivo da terapia a redução das projeções patógenas em relação ao filho. Assim, os autores também trabalharam principalmente com as representações da mãe acerca de seu bebê, acreditando que o potencial dessas psicoterapias em aliviar os sintomas na criança residia, principalmente, no trabalho analítico realizado com a mãe. Na perspectiva desses autores, o bebê seria um catalisador da transferência materna e, conseqüentemente, do trabalho terapêutico. Cramer e Palacio-Espasa (1993) sustentavam que nas sessões de psicoterapias pais-bebês era possível observar um interessante fenômeno, que denominaram Sequência Interativa Sintomática. Os autores conceitualizaram essa seqüência como a colocação em ato, pela dupla, do sintoma que a aflige: uma cena entre a mãe e o bebê, em que conseguem comunicar seu conflito relacional.

Serge Lebovici (1987), com suas consultas terapêuticas, também se destaca como um autor-chave para o estudo das psicoterapias psicanalíticas pais-bebês. Esse autor tem a relação que se estabelece entre pais/mãe e bebê como foco e entende que todos os membros dessa relação interagem e são pacientes nessas terapias. Lebovici sustenta a importância da escuta dos pais, mas entende que o trabalho analítico passa inevitavelmente também pela ação do terapeuta com o bebê. O psicanalista acredita que, mais do que apenas um portador de um sintoma relacional, o bebê pode ser um participante ativo na psicoterapia, e nos lembra que o bebê é um dos pacientes nessa clínica (Lebovici, 1994). O autor buscava trabalhar a partir da perspectiva teórica da intersubjetividade, defendendo que na interação das duplas e dos trios surgiam os conflitos em que seria importante centrar as intervenções.

Lebovici sustenta que suas consultas psicoterápicas, fortemente inspiradas na clínica de Winnicott, não se caracterizariam por um molde fixo (Lebovici, 1999). O enquadre não seria rígido, estando na postura flexível e na disponibilidade do analista o diferencial que realmente caracteriza essas consultas. Assim sendo, não se tratam de tratamentos longos ou com sessões fixas, mas de entrevistas, encontros, com os pais e seus bebês, que ocorrem uma vez ou mais, dependendo de cada caso.

As consultas terapêuticas de Lebovici (1987) mostraram-se efetivas para mudanças significativas nas formas como estavam se relacionando pais, mães e seus bebês. Estas consultas concebidas pelo psicanalista partiam da observação da interação entre mãe e bebê. O psicanalista, ainda que atento às manifestações do bebê, dedicava-se à escuta da mãe ou dos pais, procurando conhecer melhor sua história, seu passado e as fantasias projetadas no bebê. Para esse autor, o psicanalista precisaria poder se identificar, ainda que brevemente, com os diversos parceiros dessa interação. Lebovici sublinhava a importância de reconhecer o lugar do bebê nessas psicoterapias. Compreendia que “os bebês, mesmo que pequenos, entendem o valor afetivo das palavras e organizam nestas trocas suas protorrepresentações. Eles podem então agir de outra forma sobre seu parceiro interativo e contribuir para fazê-la mãe” (Lebovici, 1987, p. 301).

Alguns autores partem da ideia de que as terapias pais-bebês são possíveis até, aproximadamente, os 24 meses de idade da criança, como Cramer e Palacio-Espasa (1993). Outros, como Watillon (1993) entendem que, com bebês de mais de dois anos é difícil ter resultado muito rapidamente, mas que, ainda assim é possível atender em molde pais-bebês crianças pequenas de mais de dois anos. Victor Guerra (2015b) considera que podemos realizar psicoterapias pais-bebês até os 36 meses da criança, e que a janela excepcional para intervenções se encontra até os três anos de idade. Guerra pontua, entretanto, que, quanto

mais cedo chegarmos ao bebê, maior é a nossa chance de sucesso, especialmente em casos de Transtornos de Subjetivação Arcaica, situações em que sublinha que o ideal seria até os 18 meses de idade.

Em suas contribuições, Watillon (1993) ressaltou as especificidades da clínica nesse momento do desenvolvimento. Considera que a maior receptividade da mãe se relaciona com aspectos físicos suscitados pela gravidez e pelo momento do pós-parto. Ainda assim, este estado psíquico poderia ser parcialmente compartilhado pelo pai, visto que se considera que este é um momento de reativação das dependências dos pais, suscitando um contato maior às marcas deixadas pelo tempo em que foram bebês. Nesse contexto, tornam-se mais presentes suas representações acerca da maternidade, da parentalidade, do cuidado etc. A questão da preocupação materna primária (Winnicott, 1956) também opera um importante papel nesses tratamentos. Com a mãe em um estado de maior regressão para identificar-se com seu bebê, ela se encontra mais aberta a intervenções.

O conceito de perinatalidade psíquica (Missonnier, 2003) colabora para compreender o estado em que se encontra a mãe. De acordo com Missonnier (2003), a perinatalidade psíquica não é passível de ser localizada temporalmente. Isto é, configura-se num estado mental relativamente independente do tempo que se passou desde o parto e até a idade do bebê. Essa perinatalidade psíquica seria uma fase de ativação e de revisão dos fantasmas originários maternos. Missonnier (2003) caracteriza a mente da mãe nesse momento com a noção de transparência psíquica, o que entende como uma grande permeabilidade às representações inconscientes e de um certo afrouxamento do recalçamento, fazendo com que entre em contato com sua neurose infantil, bem como com vivências ainda mais arcaicas, podendo se aproximar mais de conflitos primitivos, anteriores ao edípico.

Ademais, a já citada plasticidade psíquica do bebê (Guerra, 2015b) desempenha um papel crucial na rapidez com que se desdobram esses tratamentos, visto que permite responder rapidamente às mudanças ambientais. No bebê também se encontraria uma potência catalisadora de *insights* e da transferência da mãe, o que serviria para acelerar o tratamento (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Uma vez que o bebê, na perspectiva de Cramer e Palacio-Espasa, seria em si um objeto das projeções maternas – os autores chegarão mesmo a dizer de transferência materna – sua presença e participação no *setting* poderia exercer uma função catalisadora da transferência da mãe em relação ao analista. Isso também seria possível devido ao momento em que a mãe se encontraria.

Referindo-se a esta clínica, Watillon (1993) reflete que se configuram em tratamentos com um enquadre flexível, em que se vivem momentos de grande intensidade emocional.

Esta psicanalista compreende que o bebê faz sua presença ser sentida no *setting*, através de uma manifestação, e que certamente se comunica. A autora ainda considera que acontece uma encenação, pelo bebê, do conflito interacional (Watillon, 1996;1998). Watillon teoriza que, nessas psicoterapias, a função principal do terapeuta seria a de criar um espaço, através da escuta e do enquadre, para a família realizar a encenação dramática de seu conflito. Para poder melhor entender o conflito relacional, seria importante oferecer esse espaço seguro e confiável e mostrar-se interessado em escutar a história dos pais e sua infância. Conforme Watillon, o terapeuta deve permitir que sejam dramatizados os conflitos relacionais, sempre trabalhando em 3 níveis: o da interação, o da pré-história do bebê (concepção e gravidez) e o dos aspectos transgeracionais, fantasias inconscientes e projeções (Watillon, 1993). Para a autora, tratam-se de terapias que botam à prova a continência do terapeuta, devido ao grande impacto afetivo ao deparar-se com o sofrimento intenso de crianças pequenas e com as identificações projetivas patológicas.

Bernard Golse (2003; 2008) discutiu o papel do terapeuta nas psicoterapias pais-bebê e teorizou acerca da postura ideal nesse trabalho clínico. Para o autor, é interessante que o analista conte com uma alta disposição ao *enactment* e à enação¹¹, e que seja particularmente sensível às projeções e à empatia (Golse, 2008). O autor sustenta também que cabe ao terapeuta alta capacidade narrativa e maleabilidade, sendo capaz de proporcionar um enquadre confiável e flexível, porém firme, em que possam ser verbalizados os afetos. O trabalho com bebês para Golse (2008) parte de uma compreensão tópica da intersubjetividade, em uma clínica muito mais interpessoal do que intrapsíquica. Quanto à narratividade, Golse vai sustentar que “o bebê nos obriga a ter uma clínica historicizante” (Golse, 2003, p. 21). Priorizando uma lógica do valor do encontro, o autor refere-se à narratividade da seguinte maneira:

“[...] o encontro com o bebê é absolutamente um espaço de narração entre o adulto e o bebê, sejam pais ou profissionais [...] Toda a questão de fundo é: o que o bebê vai poder nos contar dessa história que ele todavia viveu, mas não pode colocar em palavras? O que ele pode tentar nos transmitir para que ela não seja inteiramente perdida? Eu disse um espaço de narração porque, quando um adulto encontra um

¹¹ O *enactment* ou enação corresponderia a um ato no *setting*, relacionado ao conflito do paciente e cujo conteúdo haveria sido comunicado ao analista via contratransferência (Golse, 2001). Golse faz uso desses conceitos a partir da perspectiva de Lebovici, que toma a enação ou *enactment*, sobretudo, como o corpo do analista e o do analisando colocando em cena, na sessão, algum conteúdo ainda não metabolizado pelo paciente, mas de algum modo comunicado ao analista. Essa colocação em ato possibilitaria que se formassem representações mentais. Golse não faz uma diferença entre *enactment* e enação, tampouco os conceitualiza. Costuma utilizar os conceitos juntos, como sinônimos.

bebê – penso sobretudo nos profissionais – vai se estabelecer entre eles um espaço interativo que é absolutamente específico nesse encontro. O adulto chega, seguramente, com o que ele é, com os traços do bebê que ele foi outrora, com sua parte pessoal, sua personalidade, seu estilo, é verdade; mas vocês sabem que **cada um dentre nós, cada vez que encontramos um novo bebê, funcionamos de modo diferente [...] Cada encontro é específico**” (Golse, 2003, p. 37, grifos nossos).

A postura clínica com bebês com transtornos de subjetivação

Até o presente momento, abordaram-se os aspectos fundamentais da clínica psicanalítica pais-bebês e o conceito de Transtorno de Subjetivação Arcaica. Chegamos, então, ao enfoque central deste trabalho, que consiste na discussão do papel do analista nas psicoterapias pais-bebês em casos de transtornos graves na subjetivação, tal como o proposto por Guerra (2016). Se a clínica com bebês já exige do analista uma disponibilidade psíquica especial, sugere-se que os tratamentos de bebês com dificuldades constitutivas tão significativas quanto essas o fazem em uma intensidade ainda maior, em consonância ao modo como estes bebês mesmos percebem o mundo e vivem as experiências.

A discussão da postura do analista nessa especificidade das psicoterapias com bebês é de natureza crucial para o bom andamento destas. O exercício clínico de refletir quanto ao lugar que o psicoterapeuta tende a ocupar nesses casos possibilita que este possa ser pensado e, portanto, sustentado, para que a partir dali possa se produzir um efeito. Também podemos supor a existência de qualidades subjetivas necessárias aos terapeutas que trabalham com bebês nessa condição, atributos que sugiro cruciais para fazer girar a engrenagem da psicoterapia.

As consultas com bebês e crianças pequenas autistas e psicóticas, acompanhadas por seus pais, foram abordadas por Athanassiou (1999), que realizou brevemente algumas reflexões sobre a dinâmica, predominante inconsciente, desse enquadre. O analista, nesse contexto, recebe o mal-estar da família de forma global. A manutenção pelo analista de um olhar para o todo permite que, ao mesmo tempo em que esteja atento ao meio psíquico parental, possa perceber com clareza a organização psíquica do bebê, sem negligenciar nenhuma das partes. O analista que recebe esses pacientes para a consulta encontra-se no cruzamento dos mundos interno e externo. Seria papel do psicoterapeuta trabalhar na direção contrária à recusa de vínculo com o mundo, solicitando o bebê em suas potencialidades, ao mesmo tempo em que respeitando suas defesas (Athanassiou, 1999).

De acordo com Golse (2003), os terapeutas que trabalham com bebês estão sujeitos a ser atingidos, nessa prática clínica, em suas partes mais sensíveis e frágeis. O autor considera que o cuidado com o bebê exige se permitir ser tocado em nossas partes mais vulneráveis, reativando angústias de ordem primitiva e nossas vivências mais depressivas. Se não nos deixamos ser atingidos nessas zonas de fragilidade, não conseguimos partilhar nenhum tipo de experiência com o bebê. Podemos pensar que qualquer experiência que se possa passar junto com o bebê e seus pais na clínica pressupõe um compartilhar da ordem de um *viver juntos* o que ali está colocado e que ressoa no psicoterapeuta.

Como com pacientes extremamente regressivos, o trabalho analítico com pais e bebês requer uma colocação no *setting* da subjetividade do próprio analista: um ser com uma história, uma constituição psíquica e uma experiência de ser bebê. O autor toma como paradigmática a situação de quem trabalha com bebês, no sentido de que é preciso permitir-se uma certa vulnerabilidade para poder compreender os bebês, ao mesmo tempo em que entende ser o bebê quem a ativa, colocando em jogo tal fragilidade. Golse (2003) sugere que para quem se ocupa dos bebês, a ferramenta clínica de maior riqueza consiste no que se configura em nossas próprias partes infantis e que toca em nossas partes ocultas a partir do que o bebê projeta em nós.

Ainda se referindo ao que o bebê exige de nós, Golse (2003; 2008) considera que o bebê nos convoca à maleabilidade, à narratividade e a uma qualidade bissexual. Golse pensa a maleabilidade como a característica que permite ao bebê (sempre incluindo os pais e pensando-o em relação a eles) a possibilidade de deixar uma marca sua no terapeuta ou no espaço terapêutico, sem medo da retaliação ou da destruição do objeto, que conta com uma capacidade de adaptação. A maleabilidade permite que se coloque no espaço terapêutico toda a intensidade dos afetos, do amor e da agressividade, sem temer que o objeto se dissolva, e sabendo que poderá ter a memória do traço deixado. Bernard Golse sugere a narratividade como a segunda qualidade necessária ao terapeuta de pais e bebê, sublinhando que o encontro com o bebê é um espaço de narração. A narratividade que precisa ocorrer no enquadre pressupõe um espaço interativo absolutamente específico a este encontro intersubjetivo. O terceiro ponto ressaltado por Golse (2003; 2008) é o da bissexualidade psíquica. O autor caracteriza esta como a simultânea capacidade do terapeuta de ser continente, provendo um espaço de *holding*, ao mesmo tempo em que pode interditar de forma a remeter à existência do limite. Ao referir-se a essas características importantes para esta especificidade de trabalho clínico, o autor compara o bebê aos pacientes autistas e psicóticos, frisando que, nesses casos, faz-se indicado que se busque uma interiorização,

pelo paciente, de um envelope psíquico (Anzieu, 1988). A partir dessa comparação, é possível levantar o questionamento do que o bebê com Transtorno de Subjetivação Arcaica precisa de nós enquanto terapeutas. O que esses pacientes ativam em nós? Principalmente, o que nos exigem no trabalho clínico?

A clínica de Laznik (1997; 2013; 2015) com bebês que se encontram em percurso autístico tem contribuído enormemente para o aparato teórico psicanalítico das psicoterapias com pais e seus bebês. A autora busca, com o bebê, exercer um investimento libidinal. O trabalho com esses pequenos pacientes seria, segundo Laznik (2013), o de devolver a vontade de se engajar na troca com o outro: ouvir a voz humana e olhar o seu entorno. Através de sua prosódia, fala rítmica característica do manhês, Laznik (2015) busca convocar os bebês à interação. A intervenção com eles estaria justamente nesse convocar à vida, à relação com o outro, ocasionando um enlaçamento, que se perdeu ou que nunca houve. Uma reanimação das pulsões seria necessária, buscando trazer o bebê para o mundo das relações afetivas, através de um apelo libidinal, convocando à entrada no mundo pulsional. Ao mesmo tempo, não poderíamos hiperestimular esses bebês, pois isso pode fazer com que se fechem ainda mais (Laznik, 2015). Cabe ter em mente nas intervenções, também, que é próprio desses bebês se abrir ao outro e logo se fechar.

O trabalho de Laznik (2015) é muito influenciado pelos achados da fonoaudiologia. Essa analista tem um manhês especialmente musical ao ouvido do bebê, pois sua prosódia alterna em ritmo e frequência, captando a atenção do pequeno paciente. Laznik (2015) frisa o papel do manhês, da prosódia adaptada ao bebê e da musicalidade da voz do cuidador: no ritmo da fala da mãe ou do terapeuta residiria um valioso instrumento para despertar uma reanimação pulsional nesses bebês, chamando sua atenção e convocando-os à interação através do encantamento que essa fala especializada provocaria no bebê. No contexto em que buscamos convocar esses bebês no *setting*, estimulando-os a conosco interagir através da musicalidade da nossa voz e de um investimento libidinal, é importante também que os pais nos vejam falhar. O fracasso do analista, para Laznik, é fundamental para que validemos o seu sentimento de que realmente é difícil entrar em contato com seu bebê.

A mãe também precisaria se encantar pela prosódia e pela musicalidade da analista que convoca o bebê. Não adiantaria que esse manhês fosse ensinado à mãe: é preciso que seja despertado pela sua transferência com a analista. Se conseguimos fazer com que a mãe se encante por essa forma de tentar despertar o bebê, ela mesma se torna uma coterapeuta, pois começará a convocar seu bebê pela musicalidade da voz em casa também (Laznik, 2015).

Com os pais, a clínica de Laznik (2013) passa por escutar, por vezes interpretar, mas, sobretudo, por re-narcisizar a mãe e o pai em seus papéis parentais. O trabalho com pais estaria também permeado pela missão de impedir que desistam da interação com seu filho. De acordo com a autora, que vai de encontro à antiga postura dos psicanalistas de culpar as mães pelo quadro do filho, os traços autísticos do bebê são justamente aquilo que modifica o estado psíquico materno, destruindo sua capacidade de ser mãe. O *holding* da mãe na psicoterapia faz com que, aos poucos, possa voltar a se sentir capaz de ser mãe, de cuidar de seu filho e com ele interagir. Para Laznik (2013), precisamos intervir antes que os cuidadores se resignem frente ao fracasso em interagir com a criança e eles próprios se retraiam, deixando de solicitar seus bebês.

Para a psicanalista, o papel do terapeuta seria o de permitir a encenação e de ocupar diferentes papéis na sessão, para que seja possível que certas experiências comecem a ser representadas. A autora comenta que, às vezes, com esses bebês, é necessário um árduo e extenso trabalho para estabelecer um contato, que pode ser breve, fugaz.

Laznik (2013) pensa que quando os bebês têm pouca idade é possível intervir e reverter completamente o quadro, devido à plasticidade neuronal. Entende que as mudanças no ambiente têm um efeito importante sobre a expressão dos genes. O trabalho do analista é introduzir uma mudança significativa no ambiente, rompendo com o ciclo já estabelecido, em que o bebê não responde e os pais se sentem atacados em sua capacidade parental, o que reforça as dificuldades inatas do bebê. Para a autora, cabe validar a percepção dos pais e jamais culpar a relação mãe-bebê pelas dificuldades da criança. Dizer aos pais que uma falha nessa relação ocasionou o quadro seria uma frase “assassina” (Laznik, 2013, p. 167), de acordo com a psicanalista. Mostrar nosso fracasso para os pais seria importante também para diminuir as projeções maternas quanto a uma analista mãe idealizada (Laznik, 2015).

No *setting*, Laznik (2015) aponta que vemos a dificuldade com esses bebês que recusam a todos, não somente a mãe. Em outros casos, os bebês podem recusar a mãe, mas se agarrar ao outro que vem ao seu socorro. Para esses bebês, não há risco de evolução autística, ainda que possam precisar de uma intervenção prontamente. O sofrimento psíquico parental não é o que desencadeia o autismo na perspectiva de Laznik, embora esteja comumente muito presente. Essa psicanalista também frisa a importância de o trabalho do analista ser em direção ao estabelecimento de um ritmo entre mãe e bebê, da musicalidade e da sincronia entre eles.

A partir das propostas do neurocientista Eric Kandel, Laznik (2015) considera que experiências muito ricas emocionalmente produzem registros mentais e podem abrir novos

caminhos. O prazer na interação geraria modificações mesmo na expressão genética no bebê. Assim, o que se coloca é a necessidade de um investimento no bebê, sem desistir do sujeito, acompanhado de uma acolhida dos pais. Ao analista, é preciso uma disponibilidade para que essas experiências de alta intensidade afetiva possam ter lugar.

Podemos pensar que se tratam de bebês extremamente sensíveis ao seu entorno, cujas angústias primitivas se presentificam de forma intensa e praticamente constante. A disposição empática e disponibilidade subjetiva do terapeuta, portanto, figurariam com importância ainda maior, sendo estas características, muito possivelmente, determinantes para o bom andamento do tratamento. Os bebês que vivem esse sofrimento colocam à prova a capacidade do psicoterapeuta de sobreviver, ser maleável, narrar, encantar, convocar e proporcionar um *holding*, ao mesmo tempo que sustentando um enquadre, devido à própria natureza e intensidade de suas angústias.

Lescovar (2004), baseado nas proposições teóricas de Winnicott, sustenta a importância de que, no encontro analítico, seja possível uma comunicação significativa entre os diferentes membros do encontro. A flexibilidade do terapeuta, sentida e comunicada ao paciente a partir da sensibilidade e adequação de seu manejo, somada à sua postura de confiabilidade e previsibilidade, são elementos importantes para que se torne possível tal comunicação.

Em sessões de psicoterapia pais-bebês com dificuldades constitutivas tais como o Transtorno de Subjetivação Arcaica, a comunicação se dará, possivelmente de forma majoritária, pela via silenciosa ou do corpo¹². O *self* inaugural do bebê com dificuldades constitutivas encontrará vias de comunicação coerentes com seu desenvolvimento e com o ambiente que encontra. Muitas comunicações ocorrerão a partir da contratransferência, das experiências compartilhadas e dos diferentes afetos a circular no *setting*. Um analista particularmente receptivo, que conte com uma disponibilidade elevada, arriscando-se a (re)experimentar o primitivo, e dotado de uma sensibilidade aguçada, pode captar as comunicações em nível tão primário. Facilmente podemos relacionar essa situação clínica ao que descreve Lescovar (2004, p. 50):

¹² Nota-se que, nesse sentido, a intervenção baseada na teoria Winnicottiana vai, aparentemente, em direção contrária à técnica psicoterápica de Laznik, que se baseia fortemente no manê, convocando os bebês ao encontro através de um reavivar da sua capacidade de se encantar, através da musicalidade da “voz de sereia” (Laznik, 2013, p. 28) da mãe e da terapeuta. Embora haja uma diferença importante entre as duas propostas teóricas, entende-se que elas têm em comum a busca de oferecer um espaço que possibilite o engajamento do bebê em momentos de trocas e de comunicação genuína com seus pais, ainda que discordem quanto às vias principais de tais comunicações.

“A maior dificuldade na comunicação aos colegas psicanalistas daquilo de que é feito em situação analítica se deve ao caráter pré-verbal de certas experiências constitutivas do si-mesmo do paciente, as quais Winnicott designou como sagradas em consultas terapêuticas”.

Winnicott (1968; 1969) enfatizou o papel da comunicação silenciosa com pacientes que viveram inicialmente experiências com o ambiente que ocasionaram rupturas no seu continuar a ser. Nos primeiros momentos de vida de um bebê, a comunicação não encontra qualquer sentido na linguagem verbal e as palavras não teriam, ainda, um lugar. A comunicação se daria pela via do *holding*. Ela seria, assim, silenciosa, e, inicialmente, não registrada pelo bebê, só se fazendo sentir quando ocorresse uma falha nessa *experiência de confiabilidade*. No enquadre pais-bebê, privilegiar oferecer um espaço para a comunicação silenciosa possibilitaria também que um encontro entre o bebê e seus pais possa vir a ser, em momentos de uma verdadeira “experiência viva” (Winnicott, 1969/1994, p.195).

Entende-se que a presença sensível do analista (Kupermann, 2008) é de importância crucial para a colocação no *setting* de comunicações silenciosas, não-verbais ou, ainda, de momentos de não comunicação. A sustentação, pelo terapeuta, de um *setting* acolhedor, adaptado, suficientemente bom, seria essencial para que pudessem ocorrer comunicações e momentos de integração, possibilitando que se entre em contato com o verdadeiro *self* na presença sensível do analista (Kupermann, 2008). Embora no caso desses bebês, estejamos distantes de poder falar em um *self* verdadeiro (Winnicott, 1960) constituído, podemos entender que um *setting* que proporcione um *holding* ao bebê e a seus pais possibilita que ocorram momentos de integração com experiências genuínas, vividas pelo incipiente *self* verdadeiro, e possíveis somente devido à sua existência, ainda que embrionária.

Na clínica com bebês com dificuldades importantes na subjetivação, o psicoterapeuta precisa ser capaz do que Guerra nomeia de *escuta estética* (Guerra, 2015c), postura clínica que consiste na abertura do analista a comunicações primárias, permeadas por aspectos sensoriais e rítmicos, que carregam um valor de descoberta, através de uma palavra, gesto ou brincadeira. Uma forma de atenção e receptividade especial do analista se faz necessária; uma *disposição empática* (Guerra, 2015c) para ser tomado por afetos e experiências ainda irrepresentáveis, da ordem do sensorial e do corpo, torna-se vital para o andamento psicoterápico nesses casos. O terapeuta sensível pode captar a ocorrência de *momentos estéticos*, nos quais desprevenidamente se vê captado por uma experiência entre o sensorial e o emocional, no limite da palavra.

A concepção de Guerra de momentos estéticos nos lembra o conceito winnicottiano de *momentos sagrados* no que se refere à intensidade afetiva envolvida na situação:

O que sinto agora é que nesse papel de objeto subjetivo, que raramente sobrevive à primeira ou às primeiras poucas entrevistas, o médico tem uma maior oportunidade de estar em contato com a criança. [...] Tenho usado isso na teoria que venho construindo no decorrer do tempo em explicação para a enorme confiança que geralmente as crianças podem mostrar em mim (como em outros que fazem trabalho semelhante) nessas ocasiões especiais, ocasiões essas portadoras de uma qualidade que me fazem usar a palavra sagrada. (Winnicott, 1971, p. 12).

Winnicott (1971) elaborou a ideia de *momentos sagrados* a partir de sua experiência com consultas terapêuticas de crianças. Esse conceito descreve situações em que o paciente havia sonhado com o analista antes da sessão (Missonnier, 2003), ou seja, o analista havia sido concebido subjetivamente, antes de ser *percebido objetivamente* na sessão. Nessas ocasiões, um movimento espontâneo do analista ocorreria indo ao encontro dessa experiência de onipotência do paciente. Os *momentos sagrados* se configurariam enquanto situações raras na psicoterapia, em que os membros do enquadre compartilham uma experiência de encontro num nível de comunicação anterior ao verbal. Dessa forma, o *momento sagrado* confirmaria o gesto espontâneo do paciente, anterior à experiência de perceber objetivamente, permitindo que encontre na sessão algo de um tempo precursor à diferença entre o eu e o não-eu. Clinicamente, o analista pode aproveitar ou desperdiçar esse momento. Se for captado e utilizado terapêuticamente, a confiança do paciente é validada, reforçada (Missonnier, 2003). Se o terapeuta permitir que se perca, entretanto, sua confiança no *setting* fica estremeçada. Winnicott (1971) entendia, portanto, que desempenhava um papel de objeto subjetivo de seus pacientes nesses momentos breves e excepcionais na análise. Lebovici corrobora com essas ideias, sugerindo que na clínica pais-bebês, o psicoterapeuta ocupa a função de objeto subjetivo para todas as partes que buscam a terapia, a tríade mãe/pai/bebê (Missonnier, 2004). A capacidade de sustentar esse lugar requer uma sensibilidade empática e uma entrega *sui generis* do analista ao que se passa na sessão.

A disposição para viver com o bebê e seus pais esses momentos de grande intensidade emocional é uma das exigências desses bebês para que possamos produzir algo de novo em seu processo de subjetivação, marcado por falhas no encontro com o outro. Possivelmente, uma postura de entrega para co-viver uma experiência junto com a família que busca ajuda é um requisito essencial para ocasionar um efeito no (des)encontro

intersubjetivo. Nesse ponto, cabe lembrar, como refere Guerra (2007), que a construção de um vínculo entre mãe e bebê é uma história de encontros e desencontros, harmonias e desarmonias. No caso de bebês com importantes dificuldades constitutivas, os momentos de desarmonias no encontro das subjetividades foram preponderantes em sua história de constituição subjetiva. Faz-se preciso que o analista não repita esse desencontro, colocando-se em sintonia com o sofrimento da dupla, emprestando-se para ser tomado pela angústia do bebê e seus cuidadores.

As experiências que a dupla ou trio compartilham com o analista devem ser vividas *na pele*, pois, nesse tipo de conflitiva, qualquer explicação que passe pela palavra, qualquer intelectualização que resulte em interpretação do analista quedará inútil para a família que busca ajuda. O que precisam, justamente, é de um outro, que não testemunhe seu sofrimento, mas que compartilhe experiências emocionais, muito anteriores à palavra, visto que é sobretudo por essa via que ocorrerá a comunicação. Mesmo que só possamos nos aproximar de seu sofrimento pelo período de tempo de uma sessão, o que acomete esses pequenos sujeitos só pode ser verdadeiramente captado e entendido se o terapeuta se sensibilizar e se colocar à disposição de ser tocado em suas angústias primitivas. Portanto, uma significativa virada na forma como esses bebês vem se desencontrando subjetivamente com o outro pode ser ocasionada pelo compartilhar emocional com um analista que esteja disponível para tal. É possível que alguém, assim, se aproxime de forma verdadeira do sofrimento desses bebês e de seus pais, inseridos numa dinâmica de desencontros.

Conceber a psicoterapia com esses bebês como a clínica, por excelência, do primitivo torna-se, assim, indispensável para a avaliação pelo próprio analista de sua disponibilidade para ser dessa forma envolvido. A capacidade de reconhecer se é capaz desse estado psíquico, nesse contexto, passa a ser uma responsabilidade ética do terapeuta. É preciso que nos questionemos se somos capazes de escutar sem palavras, se estamos dispostos a (re)viver nossas próprias experiências de desintegração e – talvez sobretudo – se somos capazes de retornar dessa experiência ainda inteiros.

Como Golse (2001) afirma, a clínica com bebês não pode restringir-se a ser descritiva, visto que deve ser também interativa, empática e historicizante. Nesse contexto, gostaria de enfatizar o papel da empatia nessa clínica, visto que qualquer história interativa só poderá ser realmente co-criada com o analista se este estiver sintonizado com as emoções do bebê e seus parceiros interativos. Faz-se, assim, preciso que o analista tenha vivido um compartilhar afetivo em sessão.

Golse (2001), fazendo uma análise das proposições teóricas de Lebovici, sublinha a importância do *enactment* e da empatia para esse psicanalista. De acordo com Golse, a clínica de Lebovici pressupõe que o compartilhar emocional e afetivo no setting seja a base para o co-pensar, co-sentir, co-experimentar e co-criar necessários para essa clínica. A empatia, dimensão fenomenológica da contratransferência, estaria relacionada aos *momentos sagrados* descritos por Winnicott, permitindo que a experiência do analista dê um sentido retroativamente à história do paciente. Trata-se, portanto, de uma empatia metaforizante, correspondente no nível emocional, descreve Golse, ao que a intuição é no nível cognitivo.

O *enactment* ou enação corresponderia a uma experiência de *mise en corps* (em português, de colocar o corpo) e de um ato relacionado ao conflito do paciente e comunicado via contratransferência (Golse, 2001). Conforme Golse, a enação ou *enactment* para Lebovici se trata, sobretudo, de um experimentar/sentir corporal que dá acesso à representação mental, mas que carrega consigo uma dimensão metaforizante.

Lebovici compreende esta enação como a passagem ao ato que permite que possa agir diretamente sobre a mãe e seu bebê (Lebovici, 2002). Missonnier (2003, p. 306) chega a referir-se à enação como a “metáfora encarnada” (tradução nossa), fundamentando que a particularidade dessa concepção de Lebovici é sua conformidade com os canais de comunicação do bebê (Missonnier, 2004). Como outros autores, Missonnier (2003) também defende que o efeito terapêutico se fundamentará no afeto compartilhado, estando aí a riqueza da empatia. A compreensão racional seria incongruente com a empatia afetiva e estaria fora de propósito em psicoterapias com bebês. Essa enação metaforizante se configuraria numa linguagem de ação, intercorporal, adaptada ao bebê e por ele metabolizável (Missonnier, 2003). Ao se identificar empaticamente com os protagonistas do conflito, o analista pode, além de compreender a situação, vivê-la. Ao poder entender as necessidades de cada um dos membros da situação analítica, ele metaforiza a situação conflitiva (Missonnier, 2004).

A capacidade para a empatia e para o *enactment* subentendem uma disponibilidade particular do clínico, e esses só podem ser considerados terapêuticos a partir de uma compreensão adequada de sua contratransferência. Lebovici entende que a interpretação é justa nesse tipo de psicoterapia, mas que, enquanto uma forma de metáfora, ela só produzirá efeito e fará sentido se estiver baseada em uma experiência compartilhada com o funcionamento psíquico do bebê e seus pais, o que se torna possível devido à empatia. A empatia metaforizante proposta por Lebovici é descrita por Golse (2001) como o que permite

que se coloque em palavras as vivências sensoriais, arcaicas e pré-verbais do bebê, acessíveis ao terapeuta que pode as co-experimentar, co-sentir e co-pensar, tornando-as, assim, conhecidas ao analista, que pode se identificar empaticamente com o paciente.

O compartilhar no *setting* de experiências primitivas, corporais, sensoriais, afetivas e emocionais pressupõe, como foi previamente atestado, um estado de disponibilidade ímpar. A capacidade empática do analista é a base para o desenrolar dessas psicoterapias. A sua abertura para o co-sentir, co-experenciar e, por fim, co-criar com o pequeno paciente e seus pais só se torna possível se, subjacente a ela, reside uma *postura de esperança* do psicoterapeuta.

Frente aos bebês que buscam o encapsulamento e se retraem na interação com o outro, facilmente podemos cair em uma explicação puramente biológica para suas tendências, em uma tentativa de apaziguar nossas próprias angústias frente a esses pacientes, que nos confrontam em nosso narcisismo e, muitas vezes, nos frustram, fazendo com que nos sintamos impotentes ou invisíveis. Não se trata, nesse quesito, de negar a existência de tendências inatas, mas de proceder com cautela na forma como as tomamos. Entender que existe uma psicopatologia intersubjetiva implica a existência de áreas subjetivas de vários atores, que estão com dificuldades para se encontrar. Embora o analista possa estar plenamente contextualizado teoricamente e reconheça que existem bebês que apresentam, realmente, tendências autísticas inatas, em sua postura clínica é imperativo que esteja orientado por uma ética da esperança.

Não se sugere que se negue a existência de fatores constitucionais em certos bebês. Porém, nota-se que todos os atributos anteriormente listados como essenciais para o trabalho com bebês e, sobretudo, para o trabalho com bebês com severos transtornos constitutivos (disponibilidade, sensibilidade aguçada, capacidade de se deixar tocar em seus aspectos primitivos, a empatia metaforizante do analista, entre outras) requerem que o psicoterapeuta de certa forma “esqueça”, durante o tempo da sessão, a existência de uma área subjetiva possivelmente inacessível e imutável no bebê. Para que possa estar verdadeiramente disponível e invista no paciente tal como esses bebês necessitam, o analista precisa pressupor que parte das dificuldades relacionais se encontram no ambiente, ou, ao menos, são acessíveis somente através dele, visto que é apenas a partir dali que pode intervir e gerar algum efeito. Independentemente da veracidade dessa premissa, a ausência de uma postura esperançosa do analista renderá infrutífera a intervenção, se o analista realmente não acreditar na possibilidade de um encontro intersubjetivo potente para o retomar constitutivo desses bebês com Transtornos de Subjetivação Arcaica.

Reconhecer os limites de nosso trabalho é certamente indispensável para nossa formação teórica, mas tal informação não opera papel terapêutico no *setting*. Pelo contrário, conforme as contribuições de Laznik (2013), esses bebês são extremamente sensíveis e perceptivos, e a menor dúvida que possa passar em nossa mente quanto a seu potencial de se constituir como sujeito será captada e poderá resultar em um retraimento ainda maior.

É importante frisar que não seria adequado fazer qualquer tipo de julgamento ou culpabilização dos pais, o que não seria de forma alguma o caso. Contudo, ao psicoterapeuta, embora consciente de suas zonas de impotência, resta “guardar” em um cantinho de sua mente o que percebe ser constitucional do bebê na dificuldade do encontro intersubjetivo, e direcionar seu olhar para os parceiros interativos desse paciente e para a forma como o próprio terapeuta consegue se colocar subjetivamente com o bebê. Se não o fizer, estará fixado em um discurso do inatismo imutável e não será capaz de uma postura clínica adequada e condizente com as necessidades desse bebê e de seus pais.

Há, portanto, uma questão ética ao final da discussão da postura analítica adequada, que se refere à forma como vamos tomar as dificuldades desses pacientes. Refiro-me aqui à ética no sentido de pensar sobre a prática, não de uma maneira normativa. A prática, ou seja, a clínica, requer uma postura ética diferente, que é a de voltar o nosso olhar para aquilo que é passível de intervenção: no que podemos gerar um efeito, que será capaz de ocasionar outro na subjetivação do bebê. Sugere-se, finalmente, que um diferencial fundamental do terapeuta dessa clínica dos transtornos constitutivos precoces é a *postura de esperança* que se torna necessária ao terapeuta, que nunca pode deixar de investir na potência de um encontro possível.

A partir dessas proposições, fica implícita a ideia de que, para sustentar essa postura de investimento em bebês que muitas vezes não respondem, é preciso que o psicoterapeuta mantenha um olhar atento e vivo a todas as formas de comunicação do bebê – nas quais lê um desejo de contato com o outro –, sustentando um manejo clínico centrado nas potencialidades do paciente, e que, embora jamais cego às suas dificuldades relacionais, opere sempre a partir do pressuposto da existência de um sujeito psíquico. Entretanto, cabe frisar que pensar as intervenções a partir de fatores externos ao bebê não significa absolutamente que não estaremos atentos às suas características subjetivas constitucionais, que nos dão pistas acerca da melhor via de acesso ao bebê e de até onde podemos ir a cada momento na terapia. É indicado sempre um olhar aguçado para aquilo que o bebê comunica e a forma como o faz: essas informações nos mostram qual o canal com que podemos contar em nossas intervenções, em nossas tentativas de despertar algo de vida nessas crianças.

A tudo isso subentende-se que o analista de bebês com transtornos graves de subjetivação precisa ter todas as características necessárias e previamente citadas nesse artigo para o trabalho com bebês, mas que as necessita ter presentes de uma forma muito mais intensa, visto que será convocado a partir de suas mais primitivas e profundas fragilidades e, inevitavelmente, será confrontado com os limites de sua intervenção. É necessário que se tratem de psicoterapeutas capazes de altíssimas disponibilidade, capacidade empática e resiliência, para não deixar nunca de ter esperança no advir e constituição de um sujeito.

Uma postura esperançosa por parte do psicoterapeuta requer que tenha sempre em mente a ideia de que existe uma psicopatologia no laço, de forma que independe de que parte derivam as maiores ou mais importantes complicações, visto que sua via de acesso e canal de intervenção principais com esses bebês são seu manejo clínico adaptado, sua busca por reavivar a capacidade de encantamento e de formar laços desse bebê e, por fim, seu trabalho com os pais. Nota-se que todos os aspectos dessa clínica incluem subjetividades outras, além da do bebê. Esse nível de envolvimento subjetivo do analista faz com que se enfatize a importância do tripé da formação psicanalítica: estudo, análise pessoal e supervisão, já que é tentador nos colocarmos, narcisicamente, na posição de “super” salvadores (Golse, 2008). Torna-se fundamental, assim, o cuidado para não ocuparmos esse lugar imaginário, comprometendo o andamento da psicoterapia e ignorando a complexidade da história dos pacientes que acolhemos.

Entendidas em relação, essas subjetividades só podem ser abordadas e verdadeiramente transformadas a partir de experiências co-vividas no *setting*. Em que ponto houve o rompimento em que se produziu uma descontinuidade na intersubjetividade é uma informação relevante para nosso entendimento teórico, mas pouco potente quando realizamos intervenções.

Com esses bebês, a intervenção será principalmente uma aposta no que o seu ambiente pode fazer para poder completar o hiato entre pais e filho. Nas psicoterapias desses bebês, cabe não hesitar quanto ao desejo desses sujeitos de conseguir estabelecer uma troca com o outro e não deixar de investir na possibilidade de seus parceiros interativos conseguirem resgatar, a partir de experiências compartilhadas, o que se perdeu nesse (des)encontro. Finalizo lembrando das palavras de Golse, que aborda o trabalho clínico com bebês, pensando a intersubjetividade:

“cada um, o bebê e o adulto, conta uma história muito antiga, e de fato a única possibilidade de liberdade para o bebê é co-escrever, co-construir com o adulto uma terceira história que dá conta desse momento e que é uma nova história, com um certo grau de liberdade. E as terapias conjuntas, qualquer que seja o dispositivo que tenhamos, o fazemos com o objetivo principal **de reconduzir o jogo, de reconduzir a liberdade na escritura dessa terceira história que, senão, será bloqueada de um lado ou de outro.**” (Golse, 2003, p. 38, grifos nossos)

Considerações finais

Na atualidade, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas e analistas de crianças tem se deparado, cada vez mais, com o desafio de acolher em tratamento psicoterápico crianças com graves dificuldades constitutivas e seus pais. A possibilidade de chegarmos a esses casos em um tempo precoce do desenvolvimento, atendendo-os em um molde pais-bebês, tem se mostrado uma alternativa efetiva para uma retomada na constituição psíquica de bebês, inicialmente em risco no seu processo de tornar-se sujeito.

Sendo a psicanálise com bebês uma clínica que se apresenta potente para uma intervenção a tempo em casos de suspeita de transtornos constitutivos graves, é preciso que possamos pensar a postura clínica necessária ao analista nos atendimentos com tal configuração de desencontro intersubjetivo. No presente momento, tensionar a prática e a técnica, repensando nossa postura clínica, impõe-se como uma responsabilidade inerente ao trabalho do clínico. Ainda, cabe refletir sobre nossa postura de psicoterapeutas nesses casos para pensar o papel que a psicanálise pode desempenhar no contexto atual, em que encontramos altos índices de bebês e crianças com importantes dificuldades no processo de subjetivação.

Nesse contexto, é importante ressaltar o valor de trabalhos como o de Victor Guerra e de Marie-Christine Laznik, autores contemporâneos que, preocupados com a constituição psíquica dos bebês, vêm contribuindo para o estudo psicanalítico das dificuldades constitutivas graves e dos entraves no processo de subjetivação, preservando a complexidade do tema e demonstrando manter uma postura de cuidado, respeito e acolhida frente a esses pacientes em sofrimento e seus pais – postura esta passível de ser captada mesmo através de seus trabalhos teóricos.

É verdade que muitos bebês que chegam aos consultórios podem apresentar uma configuração de manifestações similares à de um autismo, porém não plenamente

constituído. Estes casos serão justamente aqueles que vão requerer um pronto investimento do analista, o qual acredite desde o princípio na potencialidade do paciente de se relacionar e na deflexão que um encontrar subjetivo pode causar no percurso encapsulante que o bebê vem traçando. Enquanto psicoterapeutas, é nosso papel ficar alertas quando recebemos pacientes que estão num percurso autístico. Quando deparados com bebês que apresentam o que Guerra (2015b) intitula Transtorno de Subjetivação Arcaica, é nossa tarefa principal confiar e apostar no poder constitutivo do encontro. Esses analistas precisam estar prontos a ser confrontados com seus limites e a sobreviver à intensidade emocional desses tratamentos. Ao mesmo tempo, é necessário que sustentem a possibilidade de “esquecer” temporariamente da existência de tais barreiras. Somente assim será possível nunca deixar de apostar na emergência de um sujeito e no potencial constitutivo inerente ao encontro intersubjetivo.

Os possíveis aspectos constitutivos do bebê nos darão pistas sobre seu funcionamento, mas principalmente, nos levarão a reconhecer a existência de um desencontro, que pode se dar na descontinuidade rítmica entre bebês e seus cuidadores, na impossibilidade do bebê compartilhar experiências com seus pais e na dificuldade de se estabelecerem trocas genuínas. O reconhecimento de tais tendências constitutivas é uma informação a se ter guardada em nossa mente, mas não algo a levar para as sessões psicoterápicas, a não ser nos momentos em que se busca fazer uma acolhida empática do discurso parental. Cabe ao analista ter claro que a existência de aspectos constitutivos nos remetem a um desencontro intersubjetivo, mas que sua contribuição para a terapia não vai muito além deste ponto, já que só nos fala de uma descontinuidade, não sendo nossa via de intervenção. Essa será sempre a busca por um enlaçar do sujeito, um compartilhar afetivo, um ritmo comum e o estabelecimento de uma relação de trocas.

Ao longo da discussão proposta acerca da postura do psicoterapeuta, o que se buscou colocar e que perpassa as proposições teóricas abordadas é aquilo que se requer, por parte do analista: que ele próprio conte com uma disposição especial ao enlaçar intersubjetivo. Para que esteja aberto à empatia, ao compartilhar afetivo e à possibilidade de, mais do que compreender ou teorizar acerca de uma situação, vivê-la *na pele*, é preciso que tenha uma abertura ímpar ao encontro, acompanhada da característica de acreditar na possibilidade de encontrar subjetivo desses bebês com o outro, através do trabalho no *setting*.

A *postura de esperança* do analista seria uma condição essencial para o tratamento desses bebês, particularmente sensíveis ao que se passa a seu redor. Aliada a um manejo clínico adaptado, essa conduta esperançosa do terapeuta seria um diferencial fundamental

para o trabalho terapêutico com bebês com transtornos de subjetivação. O investimento sem hesitação do terapeuta no enlaçar desses bebês com seus pais teria um papel subjetivante, colaborando para o convocar a um viver mais verdadeiro, espontâneo e criativo, em que as experiências são vividas de forma genuína e podem ser, assim, compartilhadas.

Referências

Athanassiou, C. (1999). As consultas com crianças pequenas autistas e psicóticas. In: Guedeney, A. & Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anzieu, D. (1988). *O Eu-pele*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo.

Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

DSM-IV. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - IV*. Porto Alegre: Artmed.

DSM-V. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - V*. Porto Alegre: Artmed.

Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (trad.) (1994). Fantasmas no Quarto do Bebê - uma Abordagem Psicanalítica dos Problemas que Entravam a Relação Mãe-bebê. *Publicação CEAPIA*, 7, pp. 12-34. Original publicado em 1975.

Guerra, V. (2007). El ritmo en la vida psíquica: entre perdida y re-encuentro. Disponível em <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/educacion/PERDER,%20RE-ENCONTRAR%20-%20Guerra%20JFIT.pdf>, acesso em 11 de setembro de 2016.

Guerra, V. (2009). Indicadores de intersubjetividade (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebe. In: Mara, S. (Org.). *Aportes para la elaboración de propuestas educativas – Primera Infancia: la etapa educativa de mayor relevancia*. Montevideo, Uruguay: Ministério de Educación y Cultura.

Guerra, V. (2015a). *Criatividade e Simbolização: funções estruturantes no bebê, na criança e no adolescente*. Comunicação oral, Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

Guerra, V. (2015b). *Crianças com suspeitas de autismo: transtornos de estruturação arcaica*. Comunicação oral, Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre.

Guerra, V. (2015c). La escucha sensorial y estetica del analista: desde J. Keats a la clinica in-fantil. *Psicanálise: Revista de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 17 (2), p. 154-177.

Guerra, V. (2015d). El ritmo y la ley materna em la subjetivación y en la clínica in-fantil. *Revista uruguaya de Psicoanálisis* (120), p. 133-154. Disponível em:

<http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512009.pdf>, acesso em 23 de outubro de 2016.

Guerra, V. (2016). Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: os transtornos de subjetivação arcaica. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 23 (1), p. 137-158 .

Golse, B. (2001). Préface. In: Lebovici, S. (2002). *Le bébé, le psychanalyste et la métaphore*. Paris: Éditions Odile Jacob.

Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Golse, B. (2008). Las psicoterapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebé: ¿ conquista o viaje a la deriva? *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 31 (1), 63-77.

Indicadores de intersubjetividade 0-12 meses: do encontro de olhares ao prazer de brincar juntos. (2014). Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU).

Kupermann, D. (2008). Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, 41 (75), 75-96.

Kupfer, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, 13 (1), 31-52, Mar/2010. Recuperado em 17 de setembro de 2015 de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=en&nrm=iso>.

Laznik, M. C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: Wanderley, D. B. (org.). (1997). *Palavras em torno do berço*. Salvador: Editora Ágalma.

Laznik, M. C. (2013). *A hora e a vez do bebê*. São Paulo: Instituto Langage.

Laznik, M. C. (2015). *La prise en charge précocissime des bébés*. IVème Séminaire International Transdisciplinaire sur le bébé - évolution, pratiques cliniques et recherche. Paris, julho de 2015.

Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artmed.

Lebovici, S. (1994). La pratique des psychothérapies mères-bébés par Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa : Note de lecture. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII (2). 415-427.

Lebovici, S. (2002). *Le Bébé, le Psychanalyste et la Métaphore*. Paris: Éditions Odile Jacob.

Lebovici, S. (1999). As consultas psicoterápicas. In: Guedeney, A. & Lebovici, S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artmed.

Mazet, P. & Stoléru, S. (2003). *Psychopathologie du nourisson et du jeune enfant – Développement et interactions précoces*. Paris : Masson.

Meltzer, D. et al. (1979). *Exploracion del autismo*. Buenos Aires : Editorial Paidós.

Missonnier, S. (2003). *La consultation thérapeutique périnatale - Un psychologue à la maternité*. Toulouse: Éditions Érès.

Missonnier, S. (2004). L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé. *Revue Française de Psychanalyse*, n. 3, p. 177-194.

Roussillon, R. (1997). La fonction symbolisante de l'objet. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, p. 399-415.

Spitz, R. A. (1996). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo: Martins Fontes.

Teperman, D. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Watillon, A. (1993). La dinámica de las terapias psicoanalíticas de las relaciones paterno-filiales tempranas. *Libro Anual de Psicoanálisis IX*. São Paulo: Editora Escuta.

Watillon-Naveau, A. (1996/ 1998). Ensaio de elaboração teórica das terapias conjuntas: magia ou psicanálise? *Revista de Psicanálise*, Vol. V (3), pp. 375-392.

Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Winnicott, D. W. (1960). Distorção do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro "Self". *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

Winnicott, D. W. (1968). A Comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Winnicott, D. W. (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: Winnicott, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1971). Introdução. In: Winnicott, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.