

Embalando a relação pais-bebê - oferecendo continência às fantasias parentais¹

Maria Cecília Pereira da Silva², São Paulo

Resumo: O que impede que um bebê relaxe e descansa entre as mamadas ou durante a noite? Por que não se consola e não se acalma apesar de contar com pais dedicados e disponíveis? Que fantasmas assombram o quarto do bebê? Há algum incômodo físico? Há algo que não esteja funcionando bem? O que reclamam esses bebês? Seria reflexo de aspectos emocionais presentes na relação pais-bebê? Seria fruto da projeção de aspectos inconscientes dos pais (não contidos) ou fruto das características do bebê? Neste trabalho procuro responder a essas questões, a partir de duas situações clínicas em que destaco a função de continência do analista como uma forma atual de lidar com todas as transferências projetadas na sala de análise.

Palavras-chave: Intervenção pais-bebê, distúrbios de sono, relação pais-bebês, continência, rêverie.

Neste trabalho apresento uma das queixas mais comuns que se apresenta na Clínica 0 a 3: a dificuldade de dormir e a necessidade de embalsarmos a relação pais-bebê, oferecendo continência às fantasias parentais para aliviar as ansiedades parentais e para que todos possam descansar. A partir do modelo terapêutico de intervenção nas relações iniciais pais-bebê, ilustro como transcorreu o trabalho com três bebês/crianças pequenas que não conseguiam dormir: Theo, João e Maria, com seus pais.

No primeiro caso, os pais de Theo estavam visivelmente cansados, não aguentavam mais. Disseram-me que no início era refluxo, depois intolerância à lactose e até o momento, aos 6 meses de Theo, ele não dorme, acorda a noite inteira, quando urra desesperado.

No segundo caso, a família de Maria e João chegou ao meu consultório totalmente desorganizada. Contaram-me que as crianças só adormecem quando toda a casa vai se deitar e despertam várias vezes durante a

¹ Trabalho apresentado sobre *A clínica da primeira infância: intervenção nas relações pais-bebês* durante a Jornada "A criança, o adolescente e o psicanalista" no dia 8 de junho de 2013, em Ribeirão Preto.

² Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

noite, Maria, em especial, com um choro inconsolável. Os pais, por um lado, estão exaustos e não têm espaços individuais e nem mesmo de casal, as crianças, por outro, com seus olhinhos fundos de falta de sono, choram por qualquer coisa.

Assim, quase sem forças, os pais chegam ao consultório querendo a paz de criança dormindo, como canta Dolores Duran.

O que impede um bebê tão pequeno de dormir, relaxar e descansar entre as mamadas ou durante a noite? Por que não se consola e não se acalma com as cantigas ou mesmo com a presença dos pais, muitas vezes tão dedicados e disponíveis? Que fantasmas (Fraiberg, 1975) assombram o quarto do bebê? Seria reflexo de aspectos emocionais presentes na relação pais-bebê? Seria fruto da projeção de aspectos inconscientes dos pais (não contidos) ou das características do bebê? Afinal, o que reclamam (Alvarez, 1994a) esses bebês?

A partir de duas situações clínicas, destaco como a função de continência do analista é fundamental para lidar com as fantasias parentais e com todas as transferências projetadas na sala de análise. Mostro a importância da função de *rêverie* do analista, função esta que engloba a elaboração dos sentimentos contratransferenciais e dos processos intersubjetivos despertados no aqui e agora da sessão, com os conteúdos projetados sem significado.

Ênfase como a função de continência e a função de *rêverie* (Bion, 1962) do analista possibilitam novas redes de sentidos (Almeida, Marconato, Silva, 2004) para as dificuldades presentes na relação pais-bebê, ali, no momento da intervenção, favorecendo o desenvolvimento dos vínculos iniciais e a construção da parentalidade.

Em geral, o pediatra nada encontra ao examinar o bebê. De fato, a dificuldade de se acalmar e dormir, o choro intenso, é antes de tudo uma solicitação que mobiliza os pais e profissionais a se voltarem ao bebê, imaginando quais possam ser suas possíveis necessidades. O bebê inconsolável angustia os pais e toda a família (Silva e Almeida, 2009).

De outro lado, cada vez mais nos deparamos com dificuldades de comunicação entre pais e bebês. Em tempos modernos, os pais optam por

terem filhos mais tarde e, muitas vezes, como projetos narcísicos³ e mais distantes de suas vivências infantis. Ao lado disso, as solicitações externas competem com a entrada no estado de preocupação materna primária ou não favorecem o desenvolvimento das capacidades de *rêverie* e continência maternas (Silva, 2010). Ao lado da criança fantasmática, imaginada e narcísica, cujas representações se constroem na mente dos futuros pais, elas são muito distintas de uma infância autêntica, na medida em que as representações coletivas atuais da infância fazem dela uma criança preciosa e relativamente tardia na vida dos casais, e se demanda inconscientemente que seja perfeita e, rapidamente, autônoma (Golse, 2004).

Diante dos desencontros afetivos entre pais e filhos, os bebês expressam sua insatisfação reivindicando que suas necessidades sejam atendidas. Descartadas as fantasias parentais de uma possível patologia física, o choro e os gritos do bebê muitas vezes são interpretados pelos pais como braveza ou raiva e, no extremo, por comportamentos agressivos, projetando seus aspectos inconscientes sobre os bebês. Eles têm dificuldade em distinguir o que é uma reclamação (Alvarez, 1994a) e o que é expressão de agressividade, sucumbindo diante dos ruídos de comunicação na relação com seus filhos (Silva, 2010).

Parece não fazer parte do repertório das expectativas parentais que filhos tão pequenos possam ser capazes de reclamar ou mesmo de expressar alguma insatisfação de uma forma tão incisiva e veemente, o que faz com que transformem rapidamente essa forma de comunicação em um

³ Manzano, Palacio Espasa e Zilkha (1999/2001) propõem o uso do conceito de narcisismo no seu sentido geral de narcisismo secundário, conforme descrito por Klein (1946/1975), Rosenfeld (1964) e Kernberg (1984), e que requer a existência de uma representação do outro do tipo objetal que passa a se tornar o próprio *self* do sujeito por meio de fantasias de identificação projetiva e introjetiva que podem obliterar total ou parcialmente os vínculos entre o *self* e o objeto. Acreditam que essa concepção oferece uma explicação para a coexistência de um relacionamento narcísico (amor pelo *self* no outro) e um relacionamento objetal genuíno (amor pelo outro como diferente do *self*). Para esses autores, a descrição dos roteiros narcísicos da parentalidade ilustra esta formulação do relacionamento narcísico dos pais com o(a) filho(a) (como uma representação deles mesmos) coexistindo com um relacionamento objetal no qual o(a) filho(a) é amado(a) como um ser separado, modos de narcisismo encontrados em proporções variadas em todos os relacionamentos de pais-filho(a). Muitas vezes nossa função é permitir que um relacionamento predominantemente narcísico seja gradualmente substituído por um relacionamento objetal no qual o(a) bebê possa ser conhecido(a) e amado(a) predominantemente como um indivíduo diferente.

sintoma. Por outro lado, na luta para atender ao desamparo do bebê, os pais experimentam emoções primitivas muito desconfortáveis diante da efusiva reclamação de seus filhos, tendo de conter a própria agressividade ou projetando-a sobre o bebê. Quando encontramos esse tipo de ruído na comunicação entre a criança e seus pais, há fortes riscos de que se desenvolva alguma patologia no bebê (Silva, 2010).

De acordo com Lebovici e Stoleru (1983), que ampliaram as ideias de Winnicott (1971) sobre as Consultas Terapêuticas, no trabalho conjunto com crianças e pais, um procedimento de intervenção ocorre a partir de um sintoma específico manifesto pela criança ou pelo bebê que, de alguma forma, está interferindo em seu desenvolvimento ou demonstrando algum transtorno em sua interação com seus pais.

Nesse sentido, o enquadre de intervenção nas relações iniciais pais-bebê fornece um campo privilegiado para a expressão de diferentes níveis de conteúdos psíquicos, à medida que facilita a comunicação e a continência tanto de material consciente, organizado por meio da experiência relatada, como de elementos inconscientes, em estado bruto, que clamam por comunicação e integração. Os dois níveis de discurso são colocados instantaneamente juntos e é parte do papel do terapeuta deixar-se surpreender pelo que parece óbvio ou já cristalizado como padrão familiar. Winnicott (1971), quando se refere a suas Consultas Terapêuticas, enfatiza nossa capacidade de ser surpreendido como permitindo que um “momento sagrado” ocorra na sessão. Então, momentos de sincronicidade e sintonia emocional entre terapeutas e pacientes, nos quais importantes significados emergem, fornecem representação para aspectos que não estavam integrados anteriormente. Esta noção também enfatiza o trânsito e a permeabilidade entre os elementos conscientes e inconscientes que emergem durante a sessão. A presença da criança se relacionando com os adultos e o uso de mediações, como o brincar e o material lúdico, facilitam a irrupção de conteúdo mais primitivo que busca representação. Nas intervenções precoces com pais e crianças, poderíamos dizer que a interação pais-criança que, de fato, ocorre na sessão (incluindo toda e qualquer forma de manifestação) corresponde à associação livre na sessão analítica do adulto e ao brincar na análise de crianças (Almeida et al., 2004).

Cada sessão consiste, então, de uma observação multidimensional que permite acesso: aos sintomas da criança e a suas formas de funciona-

mento, aos fenômenos inter e transgeracionais que caracterizam a relação pais-criança-família, ao ambiente e ao cuidado parental, à personalidade da mãe e do pai, aos aspectos familiares e à dimensão sociocultural. Os pais podem falar sobre seu filho e expectativas em relação a ele, sobre eles mesmos, sobre suas famílias, sobre seu passado, sobre comportamentos que se repetem e noções e valores estabelecidos (Silva, 2002).

O terapeuta, enquanto observa a interação pais-criança, tenta compreender, com ajuda dos pais e do bebê, as motivações conscientes e inconscientes de seus comportamentos e conceitualizações. Enquanto ouve os pais falarem sobre seu relacionamento com a criança e enquanto observa o que vividamente ocorre no aqui e agora da sessão, o terapeuta tem acesso à criança imaginária na mente dos pais que pode abrigar fantasias latentes relacionadas aos elementos transgeracionais e necessidades e conflitos infantis reeditados na relação pais-criança. Como aponta Williams (1997, 1999), funcionamos como a bonequinha russa matrioska, vamos contendo e dando sentido às fantasias de diversas gerações, uma dentro da outra dentro da outra... permitindo que os bebês não sejam receptáculos de corpos estranhos, fantasias inconscientes projetadas pelos pais, mas constituam um continente emocional com seus conteúdos próprios.

Ao se identificar com os diferentes parceiros na interação, o terapeuta transforma sua experiência em palavras de valor metafórico que são, então, compartilhadas com a família. O que era até aquele momento impensável, e somente expresso através de ações, descargas individuais ou sintomas, pode então encontrar uma representação por meio de pensamentos e palavras compartilháveis (Almeida et al., 2004).

Nesse contexto, as mudanças nem sempre são produzidas (pelo menos não diretamente) nos pais ou na criança. É o relacionamento, a interação que muda. No enquadre de intervenção, conforme os pais ampliam o contato com a criança observada, eles podem vir a modificar sua tendência a projetar suas próprias fantasias, expectativas e confirmações narcísicas sobre a criança.

A intervenção conjunta com pais e criança promove um ato de incisão que pode ser metaforicamente representado por uma cirurgia. Ela pretende transformar a interferência obliterativa na interação e relacionamento familiar, de maneira que uma abordagem mais realística e menos contaminada dos incômodos da criança possa ser lidada de maneira a facilitar um desenvolvimento mais saudável (Almeida et al., 2004).

Retomando os casos

Theo

Quando Theo⁴ chegou ao meu consultório encaminhado pelo pediatra, aos cinco meses e meio, sua mãe não encontrava uma forma de fazê-lo dormir. Sentia-se desvitalizada e incapacitada de exercer a função materna. Ela me contou que no início Theo apresentava refluxo, depois se suspeitou de intolerância ao leite materno e procurou mudar a própria alimentação para evitar qualquer desconforto ao bebê. Mas Theo continuava acordando várias vezes à noite e dormindo vinte minutos durante o dia. A mãe ainda relatou aflição que ele sempre acordava gritando muito forte, assustando-a. Na primeira consulta, Theo chegou dormindo e quando acordou sorriu para mim e se entreteve com brinquedinhos até o final da sessão.

Na troca de olhares, observo que ele faz movimentos circulares com a língua de forma frequente. Estaria Theo numa experiência sensorial preenchendo toda sua cavidade bucal como uma forma de apagar sua percepção da falta (Fonseca, 2008, 2011) ou seria resultado de um desencontro com um objeto que não atendia a suas necessidades?

Na segunda consulta, o bebê também chegou dormindo e acordou tranquilo sorrindo para mim como se reconhecesse meu tom de voz e minha sala. Ao longo da sessão, com os brinquedinhos ficou mais impaciente, a tonicidade de seu corpo era mais intensa e reclamava o olhar dos pais... fez cocô... mas os movimentos de língua já não apareciam.

Investigo com os pais se havia alguma preocupação com relação ao filho. O pai disse que não, mas a mãe com a voz trêmula e angustiada me contou que aos 20 anos foi operada do coração. Apresentava um defeito congênito, mas que não indicava sopro... ela se sentia muito cansada para subir escada ou fazer educação física, mas não sabia que se relacionava com algo do coração. Teme que Theo tenha algo parecido, mas só poderá se certificar quando ele estiver com um ano. Quando perguntei sobre a cirurgia, ela se recordou de sua infância e disse que com onze anos sua mãe se separou de seu pai e foi morar com o namorado. Ela foi criada pelo pai, após uma separação litigiosa em que ele até hoje alimenta ódio e não

⁴ Esta situação clínica também foi discutida no trabalho “Embalando o sono do bebê” – contendo as transferências das relações iniciais pais-bebê (Silva, 2012).

divide o mesmo espaço com a ex-esposa. Neste momento ela se emociona e mostra seu ressentimento de ter sido deixada pela mãe: — *Uma mãe não deveria ser assim com uma filha de apenas onze anos.* Já adulta, quando o pai se casou novamente, ela foi morar com a mãe por rivalidade com a madrasta. Na época de sua cirurgia, seu pai ficou transtornado por não ter identificado o problema da filha e não conseguiu ficar ao seu lado, durante a intervenção cirúrgica... foi acompanhada pela mãe e por sua irmã... — *Meu pai é muito difícil,* ela confessa. Pude conversar sobre a falta de um modelo de continência para as diferenças, desconfortos, desencontros e frustrações e como os gritos do Theo reatualizam suas experiências com “as bravezas” de seu pai que tanto a assustam. Ao mesmo tempo, os desconfortos de Theo frustram o modelo de mãe idealizada que construiu para si. Além disso, pude apontar como Theo a reassegura de que ele tem um coração bem forte e vigoroso todas as vezes em que acorda e grita forte.

Esse diálogo com a mãe de Theo nos lembra como:

O processo de ter um bebê requer um enorme ajustamento: novas introyeções, novas identificações por parte da mãe, não somente pela perda de sua identidade anterior e pela perda do bebê em seu interior, mas também pelo processo de digestão, de absorção do fato do nascimento, que é, a seu modo, tão chocante quanto a morte (Alvarez, 1994b, p. 142).

Durante esta consulta também pude assinalar as competências de Theo, desfazendo os fantasmas de que houvesse alguma patologia presente. Ela então se queixa de se sentir desamparada, quando o marido viaja dizendo que Theo sente falta do pai...

De fato a função paterna é a de embalar a dupla mãe-bebê (Barriguet, 1997, 2004) e na sua falta a dupla se desmantela... Nós sabemos que o pai constitui um dos polos da tríade familiar. Ele introduz a diferença nas trocas afetivas entre mãe e bebê, contextualiza e enquadra essas interações, ao mesmo tempo em que representa uma separação no binômio mãe-bebê. Diferentemente do vínculo do bebê com a mãe, a ligação paterna é marcada por um ato de reconhecimento, um ato de vontade. A mãe reconhece o pai e este, por vir a ser pai, reconhecerá a criança e se associará na sua linhagem.

Em geral, o pai possui capacidades que vão facilitar a maternagem através das interações diretas e indiretas com seu bebê. Barriguete (1997, 2004) denominou-as de capacidade de embalar e de apaziguar. Por exemplo, quando o bebê chora e a mãe está fatigada pelas atividades do dia, não conseguindo acalmar a criança, então o pai pode intervir pegando o bebê no colo. Este fica surpreso com a diferença dos gestos e do tônus do pai e descobrirá um braço diferente do braço da mãe e, por sua vez, a mãe se sentirá aliviada pelo conforto oferecido por seu marido. Esta capacidade de embalar está diretamente relacionada à flexibilidade do pai que permitirá um novo modelo de relação com seu bebê, mas a função materna do pai não deve suplantá-la fundamental da mãe, ao contrário, deve contribuir para sustentá-la.

Então pudemos conversar sobre a chegada de Theo. O pai disse que quando sua esposa desistiu da empresa em que trabalhava sugeriu-lhe se não seria o momento de engravidar. Ele sempre adorou crianças e já não era tão moço para ter um bebê, estava com 40 anos. Intuí que havia alguma angústia de morte presente nessa declaração e, na quarta consulta, quando relatou um pouco de sua história pude compreender. Ele é o caçula de uma prole de quatro filhos. Sua mãe teve uma gravidez que não se completou, pois o feto morreu. No nascimento de sua irmã, também houve complicações no parto e ela ficou com sequelas emocionais e cognitivas. Na sua adolescência, se angustiou quando seus pais brigavam e pensava que iriam se separar. Ao falar de seus pais, ele se emocionou ao se recordar que recentemente seu pai teve um derrame e suspeita-se de que ele esteja com Alzheimer. Pudemos pensar como a alegria de ser pai convivia simultaneamente com o processo de elaborar a perda de seu próprio pai. Enquanto conversávamos sobre os fantasmas de morte do avô, Theo chorou. Nesse momento vivo, no aqui e agora da sessão, pudemos constatar como o bebê é capaz de perceber a aflição do papai, e assinalar que *o papai estava bem forte para cuidar dele*. Então Theo começou a balbuciar e contar suas histórias...

Esse momento ilustra como o bebê pode se tornar receptáculo das angústias parentais. Williams (1997, 1999) aponta que nas situações em que os pais possuem patologias graves ou são incapazes de conter suas projeções sobre o bebê, o bebê torna-se um “receptáculo” (e não um continente) desses “corpos estranhos” dos pais (ao invés de conteúdos), pois

ele ainda é incapaz de metabolizar esses aspectos. Nesses casos, a falha da capacidade de continência é extremamente danosa e pode originar o “terror sem nome”, como o reverso do modelo continente/contido (Bion, 1962). Então, o terapeuta no trabalho de intervenção pode facilitar o processo de separação e de discriminação entre as projeções de aspectos inconscientes dos pais e o bebê/criança pequena, enquanto uma pessoa com necessidades próprias (Silva, 2011).

Após essa consulta, os fantasmas parentais que assombravam o quarto do bebê puderam ser nomeados. Theo passou a dormir mais durante o dia, entre duas e três horas, e à noite... Seu pai pôde desfazer seus fantasmas de morte, e Theo pôde viver com sua mãe o campo de ilusão ao sentir que seu pai poderia embalar esse momento fusional inicial da dupla mãe-bebê. Sua mãe, por sua vez, desfez seus fantasmas de perder seu bebê, ampliou sua continência ficando mais em casa e oferecendo uma rotina mais constante... o que permitiu ao bebê construir a confiança no objeto, pois a constância, como diz Winnicott (1990), é fundamental... (Silva, 2012).

João e Maria

Quando a família de João e Maria chega ao meu consultório, também encaminhada pela pediatra, cada um à sua maneira, mostrava um estado de profundo desespero e sofrimento.

Converso primeiramente com a mãe. Fico sabendo que os pais moram em São Paulo, mas que suas famílias de origem moram em outras cidades. Os pais, casados há oito anos, trabalham o dia todo com muitas responsabilidades profissionais, restando pouco tempo para a vida familiar. Apesar disso, eles procuram levar e buscar as crianças na escola, a mãe almoça algumas vezes em casa ambos brincam com os filhos, quando retornam do trabalho. João com quatro anos e Maria com dois estudam meio período. A mãe me conta que Maria é parecida com ela, esperta, descolada, atirada. João é mais parecido com o pai: é tímido, retraído, inseguro, grita, chora quando contrariado, mas *é muito organizado, arrumadinho, meticoloso, mais adulto que criança. Ele é muito sério, não acha muita graça das coisas e fica ofendido facilmente. Maria é muito agitada e João é mais tenso, mais sensível.*

Relata que a pequena Maria acorda à noite chorando desesperada e arranca toda a roupa, custando a se acalmar. Durante o dia, isso também

acontece e ela não aceita colocar roupas de frio. Ela tem crises de asma e bronquite constantes, às vezes necessitando de internações. O mais velho, João, tem tido momentos de fúria com rompantes de agressividade em que atira coisas, às vezes machucando sua irmã.

Muito aflita, a mãe não sabe o que fazer e por onde começar. Ela fala um pouco da história do casal e da chegada das crianças. Ela é a caçula de uma prole de cinco filhos, três homens e duas mulheres. Seu pai faleceu muito rapidamente quando foi diagnosticado com câncer, quando ela ainda era muito jovem. Descreve sua mãe como multiprofissional: pianista, pedagoga e psicodramatista. Embora ela me conte que desde pequena já cuidava dos sobrinhos, indicando uma identificação com a função materna, escuto nas entrelinhas de seu discurso uma rivalidade com a figura materna com quem não pôde contar como aliada na chegada de seus filhos.

O pai queixa-se de que seu pai é muito difícil, cria problemas para sua mãe, *a maltrata, é muito bravo*. Aos 14 anos começou a trabalhar com ele, mas relata que ele não era nada afetivo. Imagino que, com essas identificações masculinas, não era fácil ser espontâneo ao brincar com seus filhos e exercer a função paterna.

Durante as duas gravidezes e os primeiros meses das crianças, os pais viveram vários conflitos conjugais e profissionais. Além disso, quando Maria nasceu, o avô paterno teve problemas sérios de saúde.

Compreendo que, tanto a mãe como o pai, na época do nascimento dos filhos, não puderam contar com uma rede parental que pudesse embalar-los nos momentos de estresse e de angústias do recém-nascido e no processo de construção das funções parentais. A distância geográfica e emocional de suas famílias ampliadas deixaram esses pais muito solitários e sobrecarregados diante das demandas infantis. Ao mesmo tempo, a chegada dos dois filhos coincide com períodos difíceis de trabalho e de relacionamento conjugal.

Na primeira consulta terapêutica com os pais e as crianças, num primeiro momento eu me senti pulando de um lado para outro. As crianças me solicitavam com os brinquedos com uma demanda de atenção exclusiva, a mãe com sua listinha de dúvidas interrogava-me de tempos em tempos, o pai com o corpo todo empertigado observava essa cena com um olhar assustado de quem se sente com as mãos atadas.

Todo esse cenário de urgência fazia com que me sentisse na porta de

entrada de um Pronto-socorro infantil. Aliás, é assim a demanda da Clínica 0 a 3. Quando os pais nos procuram, em geral sua necessidade de ajuda clama por urgência e continência emocional para as dificuldades presentes na relação com seus bebês.

Aos poucos, vou oferecendo continência à demanda de cada um e cria-se um espaço de brincar. O pai sentado na cadeirinha mais próxima de João vai indicando o que tem na sala, mas sem se aproximar ou brincar com ele. Desperta seu interesse verbalmente de longe, de seu lugar. A mãe sentada no chão aproxima-se das crianças, especialmente do filho, e se intriga com os brinquedos da sala.

Maria, de vestido e meia-calça, preocupa sua mãe para que não se suje, mas é bem descolada, explora as canetas, desenha, brinca de casinha. João explora os carros de polícia e de bombeiro. Durante a sessão, os dois vão ao banheiro (esvaziando ou se aliviando de suas angústias?). Observo que não havia uma brincadeira entre pais e filhos, parecia que eles não conheciam profundamente as crianças e seus interesses, e cada um à sua maneira explorava o *setting* oferecido.

No final desse encontro, as crianças não queriam ir embora: será que encontraram ali um objeto com disponibilidade psíquica para atender as suas necessidades emocionais?

Diante de tantas demandas e dúvidas trazidas pela mãe nessa sessão, senti que precisava escutá-la com mais disponibilidade e opto por ver só o casal na consulta seguinte.

Eles chegam pontualmente e falam por muito tempo sobre a rotina da hora de dormir, contando com detalhes como é o funcionamento da casa. Peço que eles também me falem como é o dia das crianças, pois os problemas de sono geralmente estão relacionados com as atividades diurnas. A partir desse relato, percebo que as crianças ficam um tanto abandonadas aos cuidados de uma babá afetiva, mas sem condições de estabelecer os limites necessários de uma rotina, propondo brincadeiras mais a serviço do princípio do prazer do que qualquer coisa. Mesmo à noite, quando os pais retornam do trabalho, parece que querem recuperar o tempo longe dos filhos, propondo novas brincadeiras excitantes.

Penso que talvez as crianças tivessem estímulos demais, um excesso de convocações, tanto de dia como à noite com a chegada dos pais, que pudessem estar dificultando o encontro dessas crianças com seus sonhos

numa noite tranquila. Então, delicadamente, sugiro que, próximo à hora de dormir, talvez tivessem que ir mudando a rotina da casa para que João e Maria pudessem ir processando as atividades do dia e ir relaxando.

A mãe me conta que, às vezes, lê livros para as crianças antes de se deitarem, mas que não costuma cantar para elas, nem o pai, embora ele toque muito bem violão. Isso me intriga, para onde teriam ido as cantigas de ninar que os pais devem ter ouvido quando pequenos?

No final da consulta, pergunto se há algo significativo da vida deles que gostariam de compartilhar comigo. Após um pequeno silêncio, o pai começa a falar que sua esposa, aos 17 anos, perdeu um sobrinho de três anos de aneurisma cerebral. A mãe complementa emocionada que a criança estava passando mal e a levaram para o hospital. Era ela quem a carregava em seus braços, quando faleceu.

Num clima emotivo, envolto por essa lembrança, pudemos conversar sobre seus medos de se aproximar intimamente de seus filhos e de que algum mal também pudesse tirá-los dela. A sessão termina com ela dizendo que não tinha se dado conta de quanto esses medos estavam guardados dentro dela.

Na sessão seguinte, agora com os pais e as crianças, a mãe diz que depois dessa lembrança recheada de medo e pavor de que também pudesse perder seus filhos, ela se recordou de cantigas cantadas por seus avós e pais e as canta para mim junto com Maria e João.

As cantigas de ninar estavam inacessíveis à mãe de João e Maria. Nós sabemos que elas são facilitadoras para embalar o sono das crianças, pois através das cantigas, a mãe com sua prosódia em forma de *mamanhês*⁵ (Parlato-Oliveira, 2011) permite que o bebê possa ir introjetando um objeto que o acalme e o console. Foi necessário que minha prosódia permitisse que a via afetiva materna interdita pela perda de seu sobrinho pudesse dar acesso aos aspectos infantis e ao sentimento de confiança de que seus bebês sobreviveriam. Foi muito emocionante vê-la reencontrando sua musicalidade e acalentando o sono de seus filhos.

A recordação sofrida dessa situação traumática infantil foi transformadora para a relação dessa mãe com seus filhos, discriminando-os dessa

⁵ Segundo Dupoux e Mehler (1990, p. 221), *mamanhês* é “o dialeto de todas as mães do mundo, quando elas falam com seus bebês, no qual a voz é mais aguda e a entonação exagerada”.

ansiedade recalcada de perda e morte. A partir daí parece que ela recuperou algo de sua vida de fantasia que havia se perdido com esse episódio. Ela pôde refazer ligações internas, até então esgarçadas ou perdidas, por essa situação traumática, e passou a ninar as crianças na hora de dormir. E suas fantasias não processadas e repletas de elementos sem significados foram então representadas e contidas, abrindo espaço para refletir sobre os comportamentos de fúria de João e os momentos de desespero de Maria. E a partir disso, as dificuldades com relação ao sono das crianças desapareceram, e as crises respiratórias de Maria diminuíram.

Para concluir esta narrativa, gostaria de assinalar que o trabalho com essa família é amplo e complexo. No início parecia que cada um necessitava de um analista. Diante disso propus por vários meses o acompanhamento dessa família por um observador de bebês participativo, como introduziu Williams (sem data) a partir do método de observação de bebês de Bick (1948/1967), que pudesse auxiliar na constituição desse continente e oferecesse um contorno a partir do olhar e continência da observadora. Em conversas com os pais e a observadora, fomos constituindo uma função parental firme e uma função materna receptiva e, ao mesmo tempo, desfazendo fantasias que eram projetadas sobre as crianças.

Parodiando o conto dos Irmãos Grimm (1812), acredito que meu papel foi o de colocar pedrinhas que auxiliassem o percurso parental para que o encontro afetivo com João e Maria fosse possível. E até hoje nos encontramos de tempos em tempos, como se fosse uma puericultura emocional (Silveira et al., 2000), e tem sido muito prazeroso poder acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de cada um à sua maneira.

Concluindo

Para terminar gostaria de assinalar que o papel do terapeuta no processo de parentalização torna-se, então, não aquele de dizer como é preciso ser pai ou mãe, ou mesmo como é preciso fazer, mas sim o de permitir que as capacidades dos pais surjam e que nós as sustentemos; embalando e oferecendo continência às fantasias inconscientes parentais, vamos dando sentido aos percalços cotidianos da relação pais e filhos e prevenindo a instalação e cristalização de um sofrimento (Silva, 2008).

Sabemos que a parentalidade é uma função que se desenvolve interiormente, quando se origina o desejo de ter um filho e na relação com ele.

O bebê “faz” seus pais, assim como os pais fazem o bebê existir.

Acredito que há condições básicas da função parental para que se estabeleça o vínculo mãe-bebê:

A mãe ter maturidade emocional suficiente para poder vivenciar todos os tipos de sentimentos suscitados pelo cuidado do bebê sem senti-los como ameaçadores, o bebê ter capacidade de solicitar o contato, a mãe ter suporte ambiental e um limite de demandas que ela possa suportar (Shuttleworth, 1989/1997, p. 29-30).

É importante que os pais sejam capazes de “gerar amor, manter a esperança, conter a dor depressiva e promover o pensar” (Meltzer e Harris, 1986/1990, p. 37). Segundo Meltzer e Harris, essas quatro funções introjetivas do casal não se dividem em aspectos masculinos e femininos, mas sim, estão organizadas de uma maneira mais linear na pessoa materna suportando o peso das projeções dos filhos e o pai como ponto final desta linha, disponível “para esses produtos mentais de desfecho” (p.37).

Os bebês, para se desenvolverem de forma saudável, necessitam de cuidadores que exerçam as funções materna e paterna. Alguém que cuide com prazer e disponibilidade – função materna, o que permitirá a construção da confiança e da crença no encontro de um objeto que a compreenda. E alguém que coloque limite de forma firme e sólida – função paterna, o que favorecerá o processo de separação, individuação e simbolização. Se for mais de um cuidador, é fundamental que haja uma sintonia e parceria entre eles, um vínculo cooperativo, para que sejam capazes de conter os ataques dissociantes e incestuosos que venham a eclodir, durante o crescimento. Na construção desse vínculo cooperativo, os cuidadores também devem transmitir às crianças valores éticos em relação à realidade e à verdade em que vivem (Di Loreto, 1997).

Para tanto, o trabalho de intervenção nas relações iniciais pais-bebê procura: favorecer a disponibilidade emocional materna necessária para o cuidado e a identificação das necessidades físicas e emocionais do bebê; favorecer o vínculo mãe-bebê; apontar as competências da mãe, legitimando a função materna ou oferecendo suporte diante dos conflitos com a figura materna; assinalar o espaço de cada um na dupla mãe-bebê, es-

pecialmente quando a figura do pai for ausente; contribuir para a subjetivação da mãe e do bebê. O terapeuta, oferecendo continência às fantasias parentais, procura oferecer-se como modelo de parentalização, contribuindo para que as necessidades físicas e emocionais do bebê sejam atendidas; sinalizando aspectos inconscientes e duplas mensagens obstaculizantes do exercício da função parental e do desenvolvimento do bebê e fortalecendo a função paterna para oferecer suporte para a mãe maternar (Silva, 2011).

Golse (1998) afirma que desde “(...) muito cedo a criança organiza suas representações mentais, talvez muito fragmentárias ou parciais (porém, nem sempre), as quais atestam claramente suas competências e seu comportamento, para quem sabe observá-las e colocá-las no campo das relações” (p. 93). Assim, atesta-se a importância da interação diádica e triádica, do mandato transgeracional e das competências do bebê para interagir com seu ambiente. Vale lembrar que, quando uma intervenção inicial não for suficiente, é fundamental viabilizar os encaminhamentos necessários para uma psicoterapia pais-bebê ou grupos de atendimento pais-bebês ou mesmo uma psicoterapia individual para a mãe. Outra modalidade de atendimento é o acompanhamento do desenvolvimento emocional e vincular do bebê, durante os primeiros três anos, com finalidade psicoprofilática, ou seja, uma puericultura emocional (Silveira et al., 2000).

Por fim, gostaria de assinalar que informações não faltam para as famílias de Theo, Maria e João ou mesmo para outras famílias que procuram a Clínica 0 a 3, mas muitas vezes faltam-lhes condições emocionais para que possam ser tomadas em consideração em cada momento da relação pais-bebês (Silva e Almeida, 2009). A continência e a escuta dos aspectos emocionais e relacionais nos permitem captar o que está nas entrelinhas das queixas apresentadas pelos pais, reconhecendo os fantasmas presentes no quarto dos bebês e auxiliando-os a embalar a relação pais-bebês e o sono de seus filhos.

Sosteniendo la relación padre-hijo - conteniendo de las fantasías parentales

Resumen: ¿Qué es lo que impide que un bebé relaje y descansa entre las mamadas o durante la noche? ¿Por qué no se consuela y no se calma a pesar de contar con padres dedicados y disponibles? ¿Qué fantasmas asombran la habitación del bebé? ¿Hay algún incomodo físico? ¿Que reclaman eses bebés? ¿Sería reflejo de aspectos emocionales

presentes en la relación padres-bebés? ¿Sería fruto de la proyección de aspectos inconscientes de los padres o de las características del bebé? En este trabajo procuro responder a esas cuestiones a partir de dos situaciones clínicas en que destaco la función de contención del analista como una forma actual de lidiar con todas las transferencias proyectadas en la sala de análisis.

Palabras-clave: Intervención precoz, disturbios del sueño, relación padres-bebés, continencia, rêverie.

Rocking the parent-infant relationship – offering containment to parental fantasies

Abstract: What prevents a baby from relaxing and resting between breast feeding intervals or during the night? Why does he not get consolation and does not calm down despite having devoted and available parents? What ghosts haunt the baby's room? Is there any physical discomfort? What do these babies claim for? Would it be a reflection of the emotional aspects present in the parent-infant relationship? Would it result from the projection of the parents unconscious aspects or from the baby characteristics? In this paper we try to answer these questions as from two clinical situations in which I highlight the analyst's containing function as a current way to deal with all the transfers projected in the consulting room.

Keywords: Parents-baby early intervention, sleep disorders, parent-infant relationship, containment, rêverie.

Referências:

- Almeida, M. M., Marconato, M. M., Silva, M. C. P. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38 (3), 637-648.
- Alvarez, A. (1994a). *Companhia Viva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____. (1994b). Depressão clínica e desespero: defesas e recuperação. (Cap. 10) In Alvarez, A. *Companhia Viva*. (p. 139-148). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barriguete, J. A. e Soto F. (1997). El estudio de las interacciones precoces: función paterna, contra-transferencia y enacción en la consulta terapéutica con los bebés. *De Cabeza*, nº 5, 8-14 e 30.
- _____. et al. (2004). A função do pai: na consulta terapéutica pais-bebês e no tratamento do transtorno alimentar na criança. In Solis-Ponton, L. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade – um desafio para o terceiro milênio*. (Cap. V). Trad. M. C. P. Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bick, E. (1967). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. *Rev. Psicoanal.* 24(1), 97-115. (Trabalho original publicado em 1948).
- Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires: Paidós.
- Di Loreto, O. D. M. (1997). Da adoção (e dos erros do pensar) ou dos erros do pensar (e da adoção). *Psicologia em Estudo*. 2(2), 14-16.
- Dupoux, E. e Mehler, J. (1990). *Nascer Humano*. Lisboa: Instituto Piaget.

Fonseca, V. R. J. R. M. e Bussab, V. S. R. (2008). O *self*, o outro e o espaço dialógico nos transtornos autísticos. *Livro Anual de Psicanálise*, Tomo XXII, 141-155.

_____. (2011). A arquitetura da ponte entre *self* e outro. Trabalho apresentado na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, São Paulo, 2011.

Fraiberg, S. (1975). Ghost in the nursery. *J. Amer. Acad. Child Psychiat*, 14, 387-421.

Golse, B. (1998). La spécificité et les mécanismes du changement durant la première enfance. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n. 22, 82-97.

_____. (2004). O que nós aprendemos com os bebês? Observações sobre as novas configurações familiares. In Solis-Ponton, L. (dir.), *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici*. Trad. M. C. P. Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Irmãos Grimm (1812). *João e Maria (Hänsel und Gretel)*. Conto de fadas de tradição oral que foi coletado pelos irmãos Grimm.

Kernberg, O. (1984). *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*. New York: Jason Aronson.

Klein, M. (1975). Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein. *Envy and Gratitude and Other Papers*. (p. 1-24). London: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1946)

Lebovici, S. e Stoleru, S. (1983). *La mère, le nourrisson et le psychanalyste, les interactions précoces*. Paris: Le Centurion.

_____. (1991). Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébês-parents. *Rev. Franç. Psychanal.*, 56, 733-857.

Manzano, J., Espasa, F. P., Zilkha, N. (2001). Os roteiros narcísicos dos pais. *Livro Anual de Psicanálise*. Tomo XV, 37-47. (Trabalho original publicado em 1999).

Meltzer, D. e Harris, M. (1990). *Familia y Comunidad. Modelo Harris - Meltzer*. Buenos Aires: Spatia Editorial. (Trabalho original publicado em 1986).

Parlato-Oliveira, E. (2011). A clínica de Linguagem de bebê: um trabalho transdisciplinar. In Laznik, M. C. e Cohen, D. (orgs.). *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. (p. 253-259). Trad. Erika Parlato-Oliveira, Roberta Ecleide O. Gomes-Kelly, Gabriela Araújo, Sirley Alves da Silva Carvalho. São Paulo: Instituto Langage.

Rosenfeld, H. A. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int. J. Psychoanal.*, 45(2-3), 332-337.

Silva, M. C. P. (2002). Um *self* sem berço. Relato de uma intervenção precoce na relação pais-bebê. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36 (3), 541-565.

_____. (2008). Follow up de uma intervenção precoce: o fortalecimento da função parental. Trabalho apresentado no VII Encontro Nacional sobre o Bebê, como parte da oficina Intervenção Precoce e Follow Up, a Partir de 5 Sessões Filmadas – Cenas de Trabalho Clínico no Centro de Atendimento Psicanalítico da SBPSP. Rio de Janeiro, maio de 2008.

_____. e Almeida, M. M. (2009). Embalando o choro de pais e bebês: A demanda por uma escuta em rede. Trabalho apresentado na jornada: O bebê hoje: rede parental e profissional, São Paulo, 2009.

_____. (2010). Agressividade ou reclamação? Ruídos na comunicação entre pais e bebês. In Silva, M. C. P. *O desafio do amor: questão de sobrevivência*. (p. 123-131). São Paulo: Roca,

_____. (2011). *A construção da parentalidade em mães adolescentes: um modelo de intervenção e prevenção*. 1ª ed. Curitiba: Honoris Causa.

_____. (2012) Embalando o sono do bebê – contendo as transferências das relações iniciais pais-bebê. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30 (2) 83-95.

Silveira, M. M. et al. (2000). Aplicação da Psicanálise em Saúde Pública: Sistematização de um serviço preventivo no desenvolvimento do bebê. Trabalho apresentado no 31º Congresso Brasileiro de Pediatria, Fortaleza, 2000.

Shuttleworth, J. (1997). Psychoanalytic theory and infant development. In: Rustin, M. et al (ed.). *Closely Observed Infants*. p. 22-51. London: British Library. (Trabalho original publicado em 1989).

Williams, G. (s.d.). *Observação participativa como uma forma de prevenção*. [s.l.]:[s.n.].

_____. (1997). O bebê como receptáculo das projeções maternas. In Lacroix, M. B. e Monmayrant, M. (org). *Os laços do encantamento: a observação de bebês segundo Esther Bick e suas aplicações*. (p. 105-12). Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (1999). On different introjective processes and the hypothesis of an Omega Function. *Psychoanal. Inquiry*, 19 (2), 243-253.

Winnicott, D. W. (1971). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London: Hogarth.

_____. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1993). Consultas do departamento infantil. In Winnicott, D. W. *Textos selecionados. Da pediatria à psicanálise*. 4ª ed. (p. 165-85). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original apresentado em 1942).

(Recebido em 25.08.2013, aceito em 16.09.2013)

Maria Cecília Pereira da Silva
Rua Joaquim Antunes, 490/94
05415-001 São Paulo, SP
mcpsilv@gmail.com