

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Claudia Mascarenhas Fernandes

PSICANÁLISE PARA AQUELES QUE AINDA NÃO FALAM?

A IMAGEM E A LETRA NA CLÍNICA COM O BEBÊ

São Paulo

2010

Claudia Mascarenhas Fernandes

PSICANÁLISE PARA AQUELES QUE AINDA NÃO FALAM?
A IMAGEM E A LETRA NA CLÍNICA COM O BEBÊ

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Jussara Falek Brauer

São Paulo, 2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fernandes, Claudia Mascarenhas.

Psicanálise para aqueles que ainda não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê / Claudia Mascarenhas Fernandes; orientadora Jussara Falek Brauer. -- São Paulo, 2010.

205 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise da criança 2. Bebês 3. Clínica 4. Imagem 5. Escrita I.
Título.

RJ504.2

Nome: Claudia Mascarenhas Fernandes

Título: Psicanálise para aqueles que ainda não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo (USP)
para obtenção do título de doutor em
Psicologia clínica.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para meu pai que, depois do seu término, ensinou-me a continuidade.

Para meu filho, que me ensinou sua paciência.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Jussara Falek Brauer, que sempre acredita que posso ir mais um pouquinho.

À banca de qualificação, Ângela Maria Resende Vorcaro e Andréa Menezes Masagão, que muito contribuíram para a continuidade do trabalho.

À Maria Auxiliadora Fernandes e Aurélio Souza pela leitura amiga.
À Viviane pela atenção às palavras.

RESUMO

A prática clínica com aqueles que não falam pode ser fundamentada no campo da psicanálise, ainda que com a criança, e mais especificamente com o bebê, ela tenha sido interrogada em seus fundamentos. A clínica com o bebê não somente pode ser lida pela psicanálise, como pode vir a ser sua forma mais radical de apresentação: a psicanálise como uma prática de discurso sem palavras. Para isso, contudo, é necessário que essa clínica possa ser pensada para além do espaço euclidiano, afastando-se da idéia biunívoca de um lado e outro lado entre personagens e passando para uma clínica que toma a transferência numa estrutura que inclui o analista. A imagem com apoio da letra são elementos da psicanálise imprescindíveis para a viabilidade das leituras dessa clínica. Algumas leituras como a tradução, a transcrição e a transliteração são efetivas em relação à imagem e à letra, e mais ainda: a transcrição transitiva é outra leitura que, do lado daquele que não fala, favorece o manejo clínico. Não se trata então de tomar o bebê como conseqüência das marcas de seus cuidadores, mas de verificar os efeitos de real que o bebê provoca em seus cuidadores que, tomados juntamente com o bebê em seu espaço também de “não fala”, marcam, de modo particular, o encontro do *infans* com a linguagem.

Palavras-chave: psicanálise, psicanálise da criança, bebê, imagem e letra.

ABSTRACT

The clinical practice with those who do not speak can be grounded in the field of psychoanalysis, even though it has been questioned in its fundamentals, when it refers to the child and more specifically, to the baby. Not only can the clinical practice with infants be read by the psychoanalysis, but it can also be presented in its most radical form: the psychoanalysis as a practice of discourse without words. However, for this to happen, it is necessary to conceive this practice beyond the Euclidean space, dismissing the biunivocal idea of one side and another side between people, and moving to a clinical practice that places the transference in a structure that includes the analyst. Imagery, with the support of the letter, is an indispensable element in psychoanalysis to make the readings in this clinical practice viable. Some readings such as translation, transcription and transliteration are effective in relation to the image and the letter, especially the transitive transcription, as another reading that, on the side of the one who does not speak, favors the clinical management. It's not the case of seeing the infant as a consequence of the marks caused by his or her caretakers. Rather, it should be considered what the infant's effects of the real cause in his or her caretakers, who, taken together with the baby in his/her space of non-speech, indicate the encounter of the *infans* with the language in a particular way.

Keywords: psychoanalysis, child psychoanalysis, infant, imagery, letter.

SUMARIO

1. Apresentação.....	10
2. Capítulo 1.....	20
2.1. Dos antecedentes e seus fundamentos.....	22
3. Capítulo 2.....	61
3.1. A clínica no seu espaço euclidiano.....	65
3.2. Transitivismo.....	75
3.3. Antecipação.....	79
3.4. Direção do tratamento.....	86
3.5. Topologia dos afetos: morte e invasão.....	102
4. Capítulo 3.....	116
4.1. A grande querela sobre a noção de imagem.....	128
4.2. O que faz a psicanálise com a imagem?.....	137
4.3. A clínica do escrito.....	155
5. Capítulo 4.....	170
5.1 Considerações finais.....	173
Referencias bibliográficas.....	181
Anexos.....	191

1. Apresentação

É inerente à clínica com o bebê o questionamento sobre sua filiação, suas razões e seus fundamentos. Mas como pode ser fundamentada, no campo da psicanálise, uma prática clínica com aqueles que ainda não falam?

A linearidade não encontra lugar num pensamento sobre a clínica, tampouco a igualdade torna-a mais compreensível. Nem a igualdade nem a linearidade produzem pensamentos. A clínica nasce de paradoxos, e é essa a clínica que a psicanálise contempla. Defendo com esta tese a idéia, construída a partir do meu percurso clínico, de que a clínica com aqueles que ainda não falam constitui o campo psicanalítico em sua apresentação mais radical: a psicanálise tomada como um discurso sem palavras. Contudo, para a viabilidade clínica dessa prática cotidiana com aqueles que não falam, a imagem e a letra precisam ser tomadas como elementos que esteiam essa clínica no campo da psicanálise.

A tese trata do escrito de um percurso clínico. Nem relato de experiência nem, tampouco acumulação acadêmica de teorias, mas, sobretudo, a clínica e sua formalização em psicanálise. Neste percurso, tomei inicialmente como alicerce a clínica para aqueles que ainda não falam, mais precisamente, os bebês, para posteriormente me solidarizar com a idéia da psicanálise como um discurso sem palavras¹.

¹ Essa idéia orientou Lacan a partir do seminário “De um Outro ao outro”, de 1968/1969. Ele abre o seminário com uma frase no quadro: “A essência da teoria psicanalítica é um discurso sem palavras”, (Lacan, De um Outro ao outro, publicação não comercial exclusiva para os membros do centro de estudos freudianos do Recife. Tradução Francisco Sertineri e Coll. 2004. p 9.). Esse enunciado, que irá ser tratado por Lacan em outros momentos a partir daí, sugere que a estrutura não necessita de elementos verbalizados e nem sequer que se precisa compreende-la ou necessite ter sentido, o real vem ultrapassar a importância da palavra.

Na história da psicanálise, a clínica com crianças sempre foi pensada a partir de suas especificidades em relação à técnica – participação dos pais, uso de materiais como brinquedos ou desenhos, pagamento feito por terceiros –, considerando seus efeitos para o manejo da transferência, para a constituição da demanda e para a problemática sobre o fim do tratamento. Todavia, essas especificidades aparentemente relativas à técnica apontavam muito mais para uma antiga discussão epistemológica: a da relação da psicanálise com as noções de externo e interno. Foi desse modo que os autores da escola inglesa, conhecidos pela psicanálise com crianças, sempre construíram teorias para dar conta dessas especificidades, além de manter o debate sobre a etiologia dos sintomas da criança, contando ou não com a influência da educação e das relações da criança com a linguagem, na vertente da chamada “impossibilidade” de a criança associar livremente.

A clínica psicanalítica com crianças, portanto, sempre interrogou a psicanálise. E sempre a interrogou em seus aspectos mais caros, como a idéia de ser a psicanálise uma prática eminentemente de falas, uma *talking cure*. A prática clínica com a criança sempre trouxe a idéia de que com a criança, além da fala, existiria uma necessidade de considerar o que se mostra, o que a criança faz, mostra, aponta, e que tornaria a criança signo de visibilidade. Essa discussão sobre os seus fundamentos traz a questão: o que fazer na clínica com o que a criança “mostra”?

A idéia de uma “mostração” na clínica sempre foi considerada no trabalho com a criança, a partir do momento em que, sob a suspeita de que a criança não conseguiria associar livremente, entram em cena instrumentos como o brinquedo e o desenho. A leitura do trabalho com esses instrumentos

variou consideravelmente entre as diversas abordagens da psicanálise². Na clínica com o bebê, esse aspecto da “mostração” pode aparecer dividido entre aquele que fala (o cuidador) e aquele que mostra (o bebê), compondo outra forma de escutar os enunciados e as enunciações, dentro de um espaço euclidiano. A fala e o que se mostra podem aparecer distendidos entre esses personagens, de modo que esse texto que se escreve se mostra bem mais diversificado e necessitando de leituras. Mas pode ocorrer, também, de a “não fala” do bebê apelar ao momento de “não fala” dos cuidadores, de modo que aquele que não fala na clínica não se restringe ao bebê, indicando que apenas a imagem pode se apresentar na sessão clínica.

É assim, então, que vejo essa clínica: uma prática importante para tentar desfazer os impasses que podem fisgar o sujeito num momento importante do encontro entre o *Infans* e a linguagem, e que, portanto, se descobre como apresentação mais radical da clínica do real, do escrito, e de suas práticas de leituras.

A leitura da clínica

A clínica com o bebê traz a idéia de um espaço em que a palavra circula ou a imagem se apresenta, tendo o bebê como seu ponto de cruzamento; em que é fundamental decantar os lugares relativos aos enunciados e as enunciações; em que a transferência ao analista é uma transferência temporária, relativa a um empréstimo de sustentação da suposição de saber

² G. e P. Geisseman, *L'histoire de la psychanalyse de l'enfant, perspectives, mouvements et idées*. Paris: PUF, 1992.

que foi rompido com os pais num tempo muito precoce, provocando, desse modo, nas costuras entre demanda e desejo, um transbordamento da angústia. Não se trata, então, de um trabalho que considere somente os indivíduos ali presentes (cuidadores e bebê), mas é uma prática que precisa ser pensada a partir da estrutura, entre lugares e funções. Além do mais, o sofrimento trazido ao tratamento com o bebê é o cruzamento do insuportável do real e da angústia que, numa espécie de resumo dos tempos presente, passado e futuro, vem imobilizar os avatares do sujeito em sua condição lógica de linguagem e, portanto, marcado mesmo antes de ele nascer.

É possível tomar essa clínica com “aqueles que ainda não falam”, numa primeira leitura, a partir de um espaço euclidiano, que considera a superfície dividida entre um lado e outro lado, lado dos pais e lado do bebê, como se apresenta mais claramente na tradição inglesa que trabalha com o bebê. As idéias de aproximação e profundidade, porém, decididamente fundamentais, precisam ser consideradas, e torna-se necessário, portanto, transformar essa superfície plana e bifurcada. Foi necessária a busca de outro espaço – um espaço topológico, para poder considerar essas relações de profundidade e de outra temporalidade inerente a essa clínica – partindo da problemática dos espelhos até a do quadro, como tela necessária à apresentação do lugar do analista nessa estrutura.

Trago aqui uma possibilidade de leitura sobre o uso na prática clínica da noção de imagem nela implicada; uma imagem que pode traduzir “esse ternário imaginário quando a criança desejada constitui ‘realmente’ o lugar de ideal do

Eu (*moi*)^{3,4}, grosso modo, quando o que é mostrado possivelmente se mostra por não poder ser dito.

Em relação à imagem, não se trata de interpretá-la, dado o engodo que as significações aí podem apresentar por se referirem mais ao analista que ao paciente, mas, trata-se de abrir um espaço a essa imagem que se mostra, esperar que dela decantem insígnias, que dela possam emanar seus pontos de fuga e invisibilidade, para então poder lê-la, e lê-la ao pé da letra, ler a letra que decanta da parte imagética que se mostra: “só através da imagem do outro (o semelhante), algo do sujeito se torna visível e pode se fazer olhar no campo do Outro, de uma forma de não-todo”⁵.

Transmitir a clínica

O percurso clínico, ao ser escrito, espera separar a clínica de um relato de experiência de análise ou de uma exegese da epistemologia psicanalítica. É o que pode ser denominado transmissão da clínica. Porge⁶ adverte que o estabelecimento de um fato clínico psicanalítico “reside no método de sua transmissão. Trata-se de encontrar um laço entre a clínica e o que se transmite. O método constitui esse laço”. Ao escolher apresentar a leitura de um fato clínico, privilegiei o traço da “mostração” na sessão de uma cena que me fez interrogar o lugar e o valor da imagem como uma possível virada no trabalho clínico.

³ Todas as traduções dos textos citados neste trabalho, quando não indicada a autoria, são minhas.

⁴ J. Lacan (1955-56), D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. Em *Écrits*, Paris: Seuil, 1992. p. 554.

⁵ A. Souza, *De um corpo ao outro*, trabalho apresentado na jornada do Espaço Moebius, Salvador, 2005.

⁶ E. Porge, *Transmettre la clinique, Freud, Lacan, Aujourd'hui*. Paris: Eres, 2005.p. 10.

Há, portanto, o método que foi sendo construído a partir do escrito de um percurso, que trouxe a escrita do traço de um caso que havia se descoberto emblemático, no tempo do só depois, pelo questionamento da articulação da noção de imagem, seu uso nessa clínica, e seu deciframento posterior com o apoio da noção de letra. Desse modo, o percurso de escrita foi: a partir das questões sobre o que se mostra na clínica com o bebê, acompanhar de perto o movimento que tornou essa “mostração” fundamental para os momentos de virada no trabalho clínico, de modo que, reconhecendo as vozes que falavam nessa escrita, fossem inevitavelmente escritos também os traços de uma formação em psicanálise.

Destaco durante o trabalho algumas questões que conduziram meu percurso nesse tema, de modo a tornar fundamental que as especificidades retiradas dessa práxis fossem também organizadas. É preciso, porém, reivindicar essa prática clínica com os bebês ou aqueles que ainda não falam, como uma espécie de herdeira da psicanálise com crianças⁷. Fica, portanto, entendido aqui que as bases epistemológicas e as problematizações delas decorrentes fazem parte dos debates e das teorizações da clínica psicanalítica com crianças, prática desde sempre questionadora dentro da psicanálise.

A partir daí foi imprescindível, para pensar a questão da imagem e de seu uso na clínica, que a diferença entre o espelho e o quadro pudesse ser apontada, sugerindo já aí a passagem entre o plano euclidiano e o plano topológico, necessária na clínica para aqueles que ainda não falam.

⁷ De tanto valor específico que a clínica com o bebê tem ganhado, existe entre alguns autores certa idéia de que essa clínica com um bebê seria independente da história ou das bases epistemológicas que regem a clínica psicanalítica com crianças, desse modo, não é tomada como óbvia a idéia de que essa prática clínica seria herdeira da clínica psicanalítica com crianças.

Além disso, foi preciso tentar ler os movimentos do próprio bebê nessa trama, dado que ele se materializa na clínica. Não se trata de um trabalho em que pais se referem a um filho numa sessão, mas esse filho, mesmo que ainda não fale, está ali presente e ativo. Essa terceira necessidade levou-me a conceber a noção de transcrição transitiva como uma leitura das insígnias do Outro, que o bebê realiza – com o real de seu corpo – na sua imersão na linguagem. Por outro lado, o bebê possui uma condição muito favorável a compor o lugar de objeto para seus Outros parentais, quer dizer, o lugar de objeto que provoca uma divisão do sujeito no lugar do Outro; assim como é esse mesmo lugar de objeto que imprime essa condição de não fala, essa condição de evocar elementos do real.

A noção de angústia como condição para a divisão do sujeito foi fundamental para olhar diferentemente essa clínica, não como uma clínica da relativa à psicopatologia do bebê mas como uma clínica do mal estar em se tornar um sujeito de fala nos impasses que podem advir de sua condição de dependência em relação ao desejo do Outro. As vertentes de morte e invasão tornam-se, então, elementos chaves para essa leitura, uma vez que se, mostram como vertentes constantes da angústia nessa clínica.

Se na clínica existe uma chance de passar para outra coisa, esta só acontece quando se passa mais uma vez pela coisa do outro⁸. Em muitos casos clínicos com crianças, o deslizamento metonímico – percorrido de médico a médico, de hospital a hospital, passando por vários profissionais em diversas modalidades – precisa de uma leitura outra, já que realizar essa

⁸ J.Allouch, *Lettre a lettre, transcrire, traduire et translitterer*. Paris: Éres. 1984.

cadeia de apelos e deslocamentos não necessariamente escreve o que se acrescenta ao “passar pela coisa do outro”.

Pode-se dizer que se trata de uma leitura de um texto que ainda precisa ser escrito, mas como ler essa estrutura? Em que consiste o fato de lê-la? Como se pergunta Allouch, trata-se de privilegiar o sentido ou a letra?

É preciso um eixo metodológico para que uma leitura possa ser realizada. É necessário, no entanto, saber de quais escritos se trata. Pode a imagem escrever um texto? E, caso o escreva, como é possível ler? É possível que o jogo de espelhos e a noção de quadro possam sustentar leituras na clínica daqueles que ainda não falam? Que vozes falam em cada leitura clínica?

...a esses dois fios ligados (história da psicanálise e formulação por uma clínica psicanalítica) acrescenta-se um terceiro, relativo à doutrina. Para dizer a verdade, não se deve opor doutrina e clínica, pois se verifica o contrário (a experiência o verifica de imediato), quanto mais a observação se faz literal, mais próxima do que se dá a ler, mais facilmente se recupera (às vezes formulado tal e qual) o ponto de doutrina que ali está implicado⁹.

Esta tese apresenta quatro capítulos e três anexos. Desse modo, ao mesmo tempo em que um percurso sobre a descoberta da possibilidade e do sustento da clínica para aqueles que ainda não falam vai sendo construído, vai se escrevendo o meu percurso clínico. Então, a partir de um traço de “mostração” de um caso clínico, três fragmentos são apontados a partir das diversas possibilidades de leitura apoiadas em cada momento, de forma que o

⁹ J. Allouch, *idem*, p. 14.

mesmo fato clínico vai sendo lido de diferentes maneiras, como se dá num percurso clínico: o olhar vai se modificando a cada virada da formação.

O primeiro capítulo contempla no fragmento clínico apenas o indício de uma situação clínica com um bebê. Essa possibilidade inicial de um atendimento ao bebê só pode ser vislumbrada, é certo, a partir da oportunidade de fazer da própria criança um paciente, e essa oportunidade foi oferecida pela psicanálise com criança. Ainda nesse capítulo serão apresentados alguns autores e alguns conceitos cunhados por psicanalistas da tradição inglesa a partir da clínica com o bebê, dado que foram as abordagens inaugurais da clínica com o bebê no meu percurso. Existe um mundo de aportes teóricos e aproximações clínicas que foram sendo trabalhadas sobre esse atendimento ao bebê, portanto, esse capítulo inicial que, de forma alguma pretende um apanhado acadêmico ou histórico sobre o tema, traz os autores e conceitos que fizeram parte do meu percurso, das minhas aproximações, para que fiquem mais claros, posteriormente, meus afastamentos. É inerente, portanto, a esse capítulo o que subjaz à idéia da especificidade dessa clínica a partir da tradição inglesa: tanto o fato de o bebê ainda não falar, quanto a idéia de que sua cronologia precisa ser considerada, uma vez que se trata de estágios de desenvolvimento psíquicos.

O segundo capítulo trará o início da minha clínica, quando ainda titubeava num espaço euclidiano, pensado segundo uma divisão biunívoca desse espaço clínico: lado do bebê e lado do cuidador. Contudo, essa vacilação inerente a esse momento inicial foi sendo dissipada pelas questões que a própria clínica trazia, assim como por minha filiação à tradição da psicanálise lacaniana, que já podia me oferecer outras ferramentas. Apoiam

esse momento as noções de transitivismo e de antecipação, e a forma como foram se modificando a partir da própria prática. Não poderiam ser deixadas de fora, nesse capítulo, as questões relativas à direção de tratamento: demanda, transferência, efeitos interpretativos. Já a segunda parte do capítulo será dedicada ao tema da angústia, nas vertentes de morte e invasão, como ondas que se entrecruzam e que aparecem e se repetem.

O terceiro capítulo – para finalmente cunhar o que foi possível fazer dessa minha clínica, e com isso a empreitada de delimitação dessa clínica no campo da psicanálise – trata da importância da imagem e da letra na passagem para um espaço que não se restringe a uma superfície biunívoca, assim como apresenta a necessidade de mais de uma volta nas leituras apresentadas. Vai tratar essa clínica, portanto, como estrutura a partir de funções e lugares, não mais apenas a partir de seus personagens, de modo que o analista está incluído na cena. Volta-se ao fragmento clínico, não só com a leitura realizada pelo analista, mas também com as possíveis leituras do cuidador, assim como a do bebê. A possibilidade de que a clínica com o bebê fosse lida com os elementos da teoria lacaniana da clínica do escrito ofereceu a descoberta de que a clínica daqueles que ainda não falam não só está dentro do campo da psicanálise, como se revela talvez como a sua mais radical forma de apresentação.

Um quarto capítulo foi necessário para concretizar algumas considerações finais que foram sendo demarcadas durante esse percurso clínico, mais principalmente no percurso de sua escrita, dado que foi no meu próprio ato de escrita que essa clínica foi sendo costurada, e nela a escrita foi trabalhando o que já podia ser dito sobre a clínica da psicanálise.

2. Capítulo 1

Leitura 1

Os pais procuram atendimento para seu bebê¹⁰ de oito meses porque ele nada come. Recusa a mamada e está constantemente num estado de grave desidratação, que provoca internações praticamente diárias para ser hidratado. Muito angustiados, os pais se mostram perdidos, buscando “uma orientação”. A criança se apresenta muito apática, quase não reage a provocações e brincadeiras. A mãe, com ares de exaustão, sente-se muito só. O pai tenta acalmar a situação trazendo soluções práticas que pouco ajudam. O bebê não tem interesse pela mamadeira, pela comida, pelos brinquedos. Os pais já passaram por muitos médicos e alguns hospitais.

— *Como assim: psicanálise para aqueles que ainda não falam?*

¹⁰ Ver anexo 1 sobre o lugar do bebê na história

2.1. Dos antecedentes e seus fundamentos

Existem duas contingências para a necessidade da escrita deste capítulo primeiro. A primeira vem do fato de que a clínica com bebês foi iniciada por autores da tradição inglesa da psicanálise. De certo modo, então, o que lia e escutava no momento em que conheci esse trabalho, ele vinha de psicanalistas que se filiavam a essa tradição. Esse *background* do trabalho com os bebês se transformou em muito pouco tempo, de tanta produção a esse respeito, num mundo de teorizações, ensaios, tendências. Para aqueles que não estão habituados a esse mundo, quase particular, do atendimento ao bebê, valeria muito a pena um capítulo inicial que pudesse introduzir o leitor a esses aportes teóricos que tiveram voz nesse percurso. A intenção é, sobretudo, selecionando os principais autores e conceitos em meu percurso clínico, que se possa esclarecer, no decorrer do escrito, as diferenças que foram me distanciando desse percurso inicial.

A segunda aparece com a idéia de que a psicanálise com crianças de modo geral abriu o espaço para a chegada dessa prática com bebês. Mesmo que o atendimento ao bebê – a partir de todo esse mundo reclamado à parte – tenha ficado situado quase como um mundo teórico independente, encontra-se herdeiro da psicanálise com crianças, dado que discute, ao longo de seu percurso, os paradoxos da pertinência da clínica com crianças ao campo da psicanálise.

Considerando o quadro até aqui esboçado, entendo que este primeiro capítulo é importante para explicitar não só as questões relativas ao pertencimento de cada clínica em sua tradição, mas, essencialmente, para tornar visíveis – na forma como minha prática foi sendo construída – as diferenças que atualmente sustento em relação à clínica; uma clínica marcada pelo espaço euclidiano, a partir de minha filiação a tradição lacaniana da psicanálise.

É verdade que a origem não deve ser mais confundida com a causa ou com a razão da história, mas convocar um campo que, sob tensão, se estruturou a partir da relação de flerte entre a psicanálise e a infância, faz emergir a reivindicação de um percurso que me possibilitou chegar até as relações entre a psicanálise e “aqueles que ainda não falam”. Esse campo é o campo do atendimento ao bebê e suas relações com a psicanálise. Sendo o trabalho com o bebê herdeiro dessas relações iniciais entre psicanálise e criança, nem sempre tranquilas, é necessária tal passagem para melhor delinear a complexidade dessa clínica.

Todo este capítulo inicial tem como objetivo delimitar o campo originário das questões que em meu percurso permaneceu interrogando sua práxis. Longe da recaída em um debate sobre as garantias e comprovações de pertencerem ou não ao campo da psicanálise, pretende tomar a psicanálise como ferramenta capaz de modificar não só as relações desse bebê em sofrimento, como a forma de escutá-lo e tratá-lo.

A criança existe, tem corpo, tem sexualidade. Mas... teria sofrimento?

Há mais de cem anos, Freud abria a possibilidade para o tratamento psicanalítico de crianças. Essa abertura encontra-se registrada de diversas formas, mas principalmente no texto "Análise de uma fobia de um menino de cinco anos"¹¹, quando fica claro que o sintoma da criança é um sofrimento e que poderia ser tratado pela psicanálise. A polêmica teorização sobre a sexualidade infantil, descrita como perversa polimorfa, sexualidade oriunda de prazeres esparramados pelo corpo sem obedecer a um primado genital, como diria Monzani¹², opera aí um verdadeiro "estilhaçamento" do conceito de sexualidade humana. Ao distanciar-se dos sexólogos da sua época, que acreditavam numa relação direta e unívoca entre instinto e objeto, a criança freudiana deixa de ser olhada como "passiva" nas suas relações e se torna "ativa" em sua sexualidade. Os passos, portanto, para a criança se tornar um paciente da psicanálise, estavam dados, porém, esse era apenas o início de um longo e duro percurso.

As correntes contemporâneas revelam "até que ponto é a responsabilidade original, histórica, de a psicanálise ter mostrado a uma criança seu lugar de paciente"¹³. E já em seu início, a possibilidade atendimento à criança faz retornar em forma de polêmica a resistência já enfrentada anteriormente pelo tratamento de adultos: a psicanálise provocaria uma exacerbação das pulsões perversas? Em caso positivo, ficariam então "pervertidas" as crianças atendidas em psicanálise?¹⁴

¹¹ S. Freud (1909), *Análise de uma Fobia de um Menino de Cinco Anos*. Obras completas, Col. Standard, vol. XI, Rio de Janeiro: Imago 1969.

¹² L. Monzani, *Freud movimento de um pensamento*, Campinas: Editora da Unicamp, 1985.

¹³ J. Poulain-Colombier, Histórico dos conceitos e das técnicas que contribuem para a psicanálise com crianças. Em *A criança e o psicanalista*, Revista Littoral, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

¹⁴ G. e P. Geissemain, *L'histoire de la psychanalyse de l'enfant perspectives, mouvements et idées*. Paris: PUF, 1992.

Rompida essa primeira barreira do receio de efeitos danosos causados às crianças, passa-se à polêmica sobre as vicissitudes do tratamento clínico propriamente dito. Das observações com os próprios filhos aos atendimentos psicanalíticos de fato, a psicanálise com criança arcará com um leque bastante diversificado de posições que irá dividir os psicanalistas em suas práticas.

À idéia da dependência da presença dos pais juntou-se a noção da idade ideal para o tratamento com a criança e da forma particular de expressão dessa criança em relação a sua pouca possibilidade de associação livre. Na história da psicanálise, por exemplo, essas distinções estão contempladas nas disputas entre Anna Freud e Melanie Klein¹⁵, no chamado “período de controvérsias” (1940-1945). Muito além de uma simples disputa pelo lugar de “fundadora” da psicanálise com criança, essas controvérsias¹⁶ nos mostram um debate muito maior sobre as bases epistemológicas da psicanálise, marcadamente a partir do tratamento da criança.

Anna Freud e Melanie Klein¹⁷ concordaram quanto aos aspectos que se tornaram marcas no atendimento psicanalítico à criança: a importância das funções parentais para a constituição do psiquismo da criança, a consideração do desenvolvimento libidinal no tratamento, a dificuldade da criança em associar livremente através da fala, e o fato de que a análise da criança não é um trabalho preventivo. As saídas que cada uma encontrou

¹⁵ Ver anexo 2 sobre Anna Freud e Melanie Klein.

¹⁶ Winnicott, grande autor da tradição inglesa da psicanálise com crianças, não foi incluído aqui por não ter entrado nessa disputa sobre o momento ideal para o atendimento psicanalítico à criança. Apesar de ter desenvolvido conceitos fundamentais para possibilitar tal prática, como a noção de objeto transicional, o caminho para incluí-lo nesse debate arriscaria a necessidade de um grande atalho. Aposto que em outra oportunidade esse autor precisará ser incluído para termos uma boa indicação sobre outra saída na leitura dentro do espaço euclidiano do lado do *um* e do lado do *outro*.

¹⁷ Ver anexo 2 sobre Anna Freud e Melanie Klein.

para esses paradoxos foram distintas, como se pode ler no anexo 2, porém, o questionamento que a clínica com a criança dirige à psicanálise tornou-se uma herança para o trabalho com o bebê.

A grande guerra entre as psicanalistas está, portanto, além de uma disputa narcísea. Mostra-nos, mais ainda, que esse debate ainda não cessou e que talvez, para ser enfrentado pela psicanálise com crianças, necessite de um mergulho mais fundo nas bases epistemológicas da teoria psicanalítica. Ao assirmos balançar a base epistemológica da psicanálise, vemos que o trabalho com aqueles que ainda não falam acirra esse debate de forma incontestável como, por exemplo, através das noções de estrutura e desenvolvimento, do trabalho com as palavras e com as imagens, do debate entre os sentidos e as letras, da confusa relação entre indícios e significações dos gestos e atos na análise.

È certa a herança da psicanálise com crianças como um grande instrumento clínico, mesmo que esse debate tenha muitas vezes recaído na necessidade de provocações numa discussão, muitas vezes infrutífera, sobre suas garantias de pertencimento:

Todavia, sempre foi muito difícil precisar o que especificava a psicanálise da criança: sabíamos, de fato, nos contentar com um número de sessões quinzenais para caracterizar a existência de um processo psicanalítico. Contemos-nos em propor a idéia que as variantes desse processo na criança permitem falar nessa idade de psicoterapia muito mais que de psicanálise¹⁸.

¹⁸ S. Lebovici, A propos des psychothérapies analytiques chez le jeune enfant. In *Modèles psychothérapeutiques au premier âge, de la théorie à l'intervention*. G. Fava Vizzello e D. Stern (org.). Paris: Masson, 1995. p. 90.

Podemos acompanhar muitas citações como esta dos psicanalistas que trabalham com crianças, das mais variadas abordagens, mas o que está em jogo não deveria ser colocado simplesmente para defender o ideal de uma psicanálise “autêntica” ou “pura”, mas todo esse debate em torno da psicanálise com criança conta para delimitar seu campo, um campo paradoxal e eminentemente questionador.

Uma série de repetições das tentativas de comprovações sobre o tratamento com a criança parece que se tornou uma exigência para os analistas que com essa clínica trabalhavam:

A elaboração em psicanálise de crianças é mais incerta que com os adultos, em razão do caráter limitado da verbalização. Entre o que o psicanalista crê ter dito ou feito, e a reação perceptível da criança, existem caminhos que não são expressados, o que obriga a reconstruções mais flexíveis do que no adulto, para descrever o processo psicanalítico. Essa dificuldade torna ainda mais indispensável um exame crítico repetido dos conceitos teóricos utilizados de modo explícito ou implícito.¹⁹

Resumidamente, Erik Porge enfrenta melhor esse debate, dado que não se trata mais de provar que o trabalho clínico com a criança pertence ao campo da psicanálise, mas de considerar que essa prática merece ser escrita:

Uma das questões que surgem frequentemente a propósito da prática dos analistas com crianças é a seguinte: será mesmo análise? A prática com crianças é uma prática mais exposta do que aquela com adultos, porque se desenvolve implicando terceiros que podem intervir diretamente junto ao analista.

¹⁹ R.Diatkine e J. Simon, *La Psychanalyse precoce*. Col. Le fil rouge. Paris: PUF. 1972, p 242.

Talvez seja por isso que se pede a essa prática, mais do que a outras, que forneça suas razões.²⁰

De todo modo, é provável que essa necessidade que está em jogo – de fornecer suas razões – refira-se mais à necessidade de teorizar tantas especificidades (número de sessões por semana, participação de outros no tratamento, duração do trabalho de cura, enfim, quase todas as variantes da chamada cura tipo). Trata-se, com essa prática, de despertar a rigidez advinda desse limite entre fatores endógenos e exógenos, entre, por exemplo, o que adviria da educação ou atitude dos pais perante o desenvolvimento na criança das suas curiosidades sexuais e o que estaria constitucionalmente determinado pelos processos psíquicos ditos internos.

Resta ainda nesse jogo a relação com o tempo. Como considerar a cronologia do tempo da infância e a concepção de *a posteriori* do tempo em psicanálise? Que outra noção de tempo pode ser usada pela psicanálise com crianças para que uma leitura possa ser efetiva? É límpido pensar que a discussão sobre a questão do tempo é densa, uma vez que está na base em que se apoiam importantes alicerces da técnica como a associação livre (que se refere à incapacidade da criança em associar livremente) e os efeitos da interpretação (pensados a partir do *a posteriori* e do recalque).

A cronologia, por exemplo, considerada por analistas que trabalham com crianças, é uma noção polêmica e não uniforme. Em posições polarizadas tem-se desde aqueles que precisam ressaltar insistentemente que não consideram a idade cronológica da criança, na direção da cura, até aqueles que consideram a faixa etária da criança fundamental.

²⁰ E. Porge, Transferência para bastidores. *Littoral, A criança e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998, p. 8.

Em 1953, por exemplo, Dolto marca seu desacordo com Lacan sobre esse aspecto:

é a maneira pejorativa que Lacan fala da mitologia da maturação instintiva. Não posso suportar que seja desacreditada essa hipótese... dito isso Lacan parece ignorar tudo o que se pode fazer de útil com esta noção hipotética, mas que considero de minha parte, necessária, a noção de maturação afetiva. Não somente eu me sirvo dessa noção, mas não posso dispensá-la para trabalhar.²¹

O que Dolto questiona é, portanto, a posição da psicanálise em Lacan, que joga com a idéia de que a cronologia do paciente criança de nada serve num tratamento clínico. As noções de corpo e tempo mostram – ainda encravados – nódulos da psicanálise relativos à prática com crianças. Consideremos tais noções fundamentos que possuem o risco, ou a sorte, de fazerem vacilar os limites da clínica. “A criança está num momento atual do recalque”²²: o que torna o seu tratamento já uma variante.

É possível encontrar artigos e autores que trabalham com a hipótese de que a estrutura e o desenvolvimento são duas ordens de trabalho diferentes e como tais devem ser consideradas. Bernardino²³, após um breve apanhado sobre essa controvérsia, propõe:

uma articulação entre os tempos lógicos da investigação da criança no campo simbólico e o tempo do desenvolvimento, para o que procederemos a um estudo do conceito de

²¹ F. Dolto, citada por Poulain-Colombier, Histórico dos conceitos e das técnicas que contribuem para a psicanálise com crianças. *A criança e o psicanalista, op. cit.*, p. 28.

²² J. Attal. Transferência e final de análise com a criança. *A criança e o psicanalista*, p. 56.

²³ L. Bernardino, *As psicoses não decididas na infância*. Col.Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004, p. 37.

inconsciente na obra de Freud e de Lacan, relacionando-o com os conceitos de tempo lógico e de desenvolvimento.

Trata-se de uma articulação entre tempo lógico e cronológico.

Quanto ao lugar dos pais, temos desde analistas que após as primeiras entrevistas com os pais só os vêem novamente ao final do tratamento, até aqueles para quem a presença um pouco mais “livre” desses outros faz parte da sua prática cotidiana. Contudo, muito mais do que uma discussão a respeito de uma educação psicanalítica dedicada aos pais ou à presença deles na sessão, ou, até mesmo, a pouca referência a ambos nos relatos clínicos, o que se descobre é que se trata de uma discussão maior: as relações entre o externo e o interno, aqui não mais como foi falado acima – com relação a questões etiológicas –, mas no próprio manejo da clínica. Os pais serão convocados se o que fundamenta essa convocação é a abordagem teórica, portanto, a forma de ler a clínica, o que inclui a crença ou não no limite entre o externo e o interno na criança, e a participação disso na constituição ou na construção do sintoma na criança.

Indo além de uma disputa etiológica – que para algumas abordagens da psicanálise apresenta-se como uma luta entre fatores externos e internos, ou de acordo com o modo como tempo e espaço são considerados –, quero acrescentar aqui as relações, nessa clínica, com aqueles que ainda não falam, as relações entre a imagem e a letra como fundamentos para pensar sobre essa clínica. Portanto, trata-se de considerar que a forma como esses conceitos são lidos determina o estilo de clínica que está sendo proposto e, conseqüentemente, o esforço epistemológico que estará sendo considerado –

na história da psicanálise com criança, trata-se da dicotomia externo/interno ou do tempo *a posteriori versus* cronológico.

Por fim, é fundamental considerar a idéia de que a psicanálise com crianças foi que trouxe a criança para o centro da cena, imprimiu a noção de sofrimento infantil analisável, e fez da criança um paciente.

A prática no atendimento aos bebês e seus pais retomou, sem nenhuma surpresa, esse mesmo debate de forma também explícita. São as questões sobre suas possibilidades, sobre a ausência de fala da criança, sobre a participação dos pais, sobre o corpo e o tempo que se reduplicam, enfim, sobre todas as espécies de vicissitudes da clínica:

Às vezes digo: é a versão mais moderna do conflito entre Ana Freud e Melanie Klein. Elas brigaram a respeito da questão da transferência nas crianças, agora também brigamos pela questão da transferência com os bebês, os bebês são ou não são capazes de transferência? Isto foi uma grande questão entre Bertrand Cramer e Serge Lebovici²⁴, que em função disso pensaram suas práticas conjuntas.²⁵

Portanto, concluo que os aspectos considerados polêmicos na psicanálise com crianças sempre o foram, e indicam situações limítrofes do pensar psicanalítico ditadas pela própria posição da criança em relação aos pais e à linguagem. A essa polêmica acrescento, a partir do trabalho clínico com aqueles que ainda não falam e das contribuições da psicanálise, mais um paradoxo: o das relações com a imagem e a letra a partir dos movimentos de uma criança na clínica. Ao exigir leituras singulares, a clínica com o bebê

²⁴ Ver anexo 3.

²⁵ B. Golse, *Sobre as psicoterapias pais-bebês: narrativa, filiação e transmissão*. Col. Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 38.

provoca em seus executantes a necessidade de buscar instrumentos para manejá-la.

O trabalho clínico com o bebê em autores que atravessaram meu percurso clínico

Alguns autores que já ensaiaram com muita seriedade algumas formas de dispositivos possíveis para essa clínica com crianças pequenas. Selecionei alguns para definir essa clínica como: o momento dentro de um processo terapêutico em que um bebê que ainda não fala pode ser escutado – o que é paradoxal numa relação com a psicanálise, definida como uma prática de *talking cure*.

A clínica precoce é o termo que nós usamos para designar o fato de que no bebê e na criança pequena, o corpo e seu funcionamento são o suporte de um certo número de manifestações que, mesmo que sejam somáticas, ainda assim devem ser tomadas numa dimensão simbólica. É o que podemos chamar intrincação somato-psíquica²⁶.

Dentro desse imenso campo de trabalho e pensamentos sobre os diversos autores que trabalharam com bebês, a leitura me permitiu objetivar quatro perspectivas de escuta daqueles que ainda não falam. Essas perspectivas, advindas de diferentes leituras de textos psicanalíticos – lembrando que *leitura*, do latim *legere*, é “recolher”, “escolher” e “eleger” – ,enfrentam de formas distintas os paradoxos da clínica com crianças, e

²⁶ G. Crespín, *A clínica precoce: o nascimento do humano*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006, p. 32.

apontam, também no trabalho com o bebê, diferentes saídas para o paradoxo de uma “escuta sem fala”.

1. Técnica de observação mãe-bebê

A primeira dessas modalidades de intervenção com o bebê, talvez a mais antiga, 1948, é a da observação de bebês. Esse método, criado por Ester Bick, psicanalista da linha Inglesa da psicanálise, teve como objetivo inicial fazer parte da formação de analistas que iriam atender crianças. A prática de observação era realizada na própria casa da mãe do bebê durante dois anos e não incluía nenhum tipo de intervenção ou interpretação, realizando-se em situações “normais de desenvolvimento”, ou seja, não havia nenhuma demanda por parte do paciente ou dos pais. É o profissional que busca essa observação para sua formação em psicanálise e por dois anos acompanha semanalmente o bebê no seio de sua família, deste modo “o material é uma complexa mistura de descrições de ações, experiências da mãe e do bebê intercaladas com preocupações e diálogos entre adultos, atividades dos irmãos e fenômenos sócio-culturais amplos”²⁷. Se de início era somente uma exigência da formação do analista da clínica Tavistok, em Londres, funda-se, a partir daí, uma forma de atendimento em que o observador é continente dos processos psíquicos do bebê observado e da mãe.

Segundo Ester Bick o problema central da observação é duplo, pois implica, de um lado, a conceitualização do seu papel em si e do outro lado as atitudes conscientes e inconscientes do observador ele próprio. No que concerne ao papel da

²⁷ J. Shuttleworth, A relação entre os métodos e modelos da psicanálise e os da psicologia do desenvolvimento. In *Observação da relação mãe-bebê método Ester Bick: tendências*. São Paulo: Unimarco. 1997, p. 17.

observação, é necessário que o observador se sinta introduzido no seio da família num grau suficiente para que ele possa experimentar o impacto emocional, mas sem que se sinta constrangido a exercer os papéis que lhes são atribuídos, por exemplo, dar conselhos, mostrar sua aprovação ou desaprovação; e que possa aceitar sem intervir, o sofrimento de ver uma mãe que não cumpre corretamente sua função²⁸

Essa prática passa, então, do quadro da formação do analista para uma espécie de modalidade de atendimento, à medida que foram sendo entrevistadas as dificuldades que os bebês apresentavam. Alguns observadores começaram a perceber que mudanças eram efetivadas a partir da técnica da observação: “Teriam querido ser observados justamente por quererem ajuda?”²⁹ pergunta-se uma observadora a propósito do caso observado. Esse tipo de questão deu a perceber a potencialidade do método que começou a ser usado em escolas, maternidades, berçários: o observador faria a visita quando lhe fosse solicitada, podendo até mesmo, em alguns momentos, verbalizar aquilo que lhe parecia próximo da consciência da mãe, com o objetivo de dar a ela a possibilidade de recorrer a suas “*partes sadias*”³⁰ para tolerar o que não estaria suportando, podendo, assim, encontrar a solução com seus próprios recursos.

A técnica de observação de bebês parte, portanto, do fundamento de que o inconsciente é interno ao sujeito, mas que, de todo modo, é transmissível. Quer dizer que a posição de continente (do observador) pode favorecer mudanças no observado porque, guiado por “aquilo” que – do

²⁸ M. Perez-Sanchez, *L'observation des bébés. Les relations émotionnelles dans la première année de la vie*. Paris: Clancier Guénaud, 1986, p. 20.

²⁹ B. Picolli, Algumas considerações sobre a aplicação do modelo de observação. In *Observação da relação mãe-bebê*, idem. p. 164.

³⁰ Idem. *Ibidem*.

observado – o afeta (introjeção projetiva), terá como trabalhar consigo próprio e, numa economia de intervenções, provocar mudanças no observado.

Parece-me aqui que um aspecto fundamental pouco considerado como um efeito provocado pela observação é a triangulação de lugares promovida por essa prática. Já de início, o fato de se encontrarem, a mãe e o bebê, sob um olhar terceiro já propicia a abertura de um espaço entre ambos; abertura que muitas vezes é estruturalmente aquilo de que essa situação necessita. Além disso, o olhar terceiro já instaura, em seu próprio ato, a possibilidade de “outro olhar” para o bebê, pois certamente a mãe é convocada a se interrogar diante dele. Então, é a própria estrutura ternária promovida pela observação que já contempla a possibilidade de mudanças.

Sabe-se que esse terceiro no esquema óptico é o ponto fundamental para o qual a criança se volta para tentar ler o amor daquele que dela cuida. No caso da observação de bebês, os efeitos de melhora podem advir daí, desse ponto em que se coloca o observador para a mãe; ponto em que ela busca o reconhecimento de seu lugar – o lugar para o qual o bebê se volta – e pode vir a sustenta-lo.

Além desse primeiro aspecto – o da teorização que não reconhece o observador como um lugar terceiro – existe ainda outro, que “restringe”, a meu ver, as extensões dessa prática: o do inconsciente tomado como uma instância interna ao sujeito. As noções de introjeção e projeção, sozinhas, não poderiam dar conta de justificar as mudanças provocadas por essa prática sem que todo um estudo sobre a transferência nesses casos fosse empreendido, uma vez que, para funcionarem com esse poder modificador, as projeções e introjeções relativas ao observador devem contar com uma situação transferencial

importante, dado que efeitos e mudanças empreendidos a partir da prática de observação são fato.

2. Psicanalistas influenciados pela linha Inglesa da psicanálise

Outra abordagem importante no atendimento à pequena infância é a de psicanalistas que, influenciados por pesquisas sobre competências precoces e trabalhos de prevenção em saúde mental, iniciam atendimentos psicoterapêuticos conjuntos pais-bebês. Entre eles, destacam-se B. Cramer, S. Lebovici, L. Kreisler, B. Golse, que desenvolvem seu trabalho relacionando a história da mãe com as manifestações sintomáticas do bebê. São autores historicamente vinculados à tradição inglesa da psicanálise. São também claramente sensíveis às recentes descobertas de pesquisas sobre as competências precoces do bebê.

É como se as pesquisas sobre as competências precoces ou linguagem do bebê viessem somar às teorias psicanalíticas a possibilidade do atendimento a um paciente que, mesmo que ainda não fale, já é ativo o suficiente nas suas interações sociais e, portanto, não somente efeito das projeções ou fantasmas parentais. Desse modo, teria a capacidade ou a função de provocar mudanças ao seu redor. Se, por exemplo, uma pesquisa indica que “mais do que três segundos de atraso entre o estímulo e a resposta podem tirar completamente a consciência excitada do bebê a uma contingência (relacionamentos de causa e efeito)”³¹, sabe-se que uma mãe que não responde ou demora na sua resposta de modo repetitivo e constante pode

³¹ P. Trad, *Psicoterapia breve pais/bebê*. Porto Alegre: Artes médicas. 1997, p. 16.

favorecer uma “desistência da relação” por parte do bebê. Começou-se a acreditar que o bebê possui certas competências e que, uma vez ajudado, teria capacidade de sair de alguma condição difícil. Nasce então a idéia de que não haveria uma culpa materna como única “causadora” da dificuldade do bebê, mas que a forma de ele responder a estímulos compartilhava também a responsabilidade a respeito da dificuldade que vivenciava. O bebê passa a ser visto como ativo nas suas relações, e capaz de provocar na mãe respostas distintas como, por exemplo, fazê-la sentir-se mais ou menos “mãe”.

A descoberta de uma capacidade ativa do bebê influenciou fortemente esses autores que, movidos por essa idéia, puderam desenvolver formas de atendimento clínico (consultas longas, tratamentos breves, psicoterapias conjuntas), já que o bebê poderia ser considerado paciente graças à sua possibilidade de interação ativa na sessão, seja com a mãe, seja com o terapeuta – a depender da abordagem. O que seria – indo além da contribuição das pesquisas – essa capacidade ativa do bebê senão o fato de ele já nascer imerso na linguagem?

Se observarmos bem, essas capacidades estudadas (competências visuais, auditivas, gustativas, relacionais enfim...) já estão todas elas inscritas na trama da linguagem, e só confirmam que o sujeito em corpo de bebê já sofre os efeitos da linguagem. Afinal, quem não lembra a antiga idéia de que os bebês só passavam a enxergar a partir do fim do primeiro mês, quando todos aguardavam os olhos do bebê se “abrirem”. O organismo do bebê humano é o mesmo desde que o homem é homem, mas, certamente, sua relação com a linguagem, e os efeitos da cultura sobre ele mudam a cada época da humanidade.

Bernard Golse afirma que as psicoterapias conjuntas, que consideram o bebê um “autêntico objeto de transferência por parte de seus pais”³², desenvolvem-se em três direções: os aconselhamentos sobre o desenvolvimento, a clínica do apego e as psicoterapias conjuntas de inspiração psicanalítica. O autor faz um percurso baseado em alguns desses autores e que transponho para este trabalho, abrindo um parêntese, para que fique mais claro o que denomino *clínica em um espaço euclidiano*.

Segundo Golse, P. Male insiste sobre a regressão em presença de um terceiro (terapeuta) e na reparação dos tempos “perdidos” da relação primordial. A. Doumic acredita que a possibilidade de uma mãe brincar com seu bebê na presença de um terceiro vai favorecer esses dois aspectos citados acima. Winnicott trabalhava segundo a perspectiva de diversos sistemas pré-conscientes e o essencial era propor o terapeuta como um “objeto transicional” para a díade mãe-bebê. Nota-se aqui a idéia comum de que uma direção possível no tratamento ao bebê é a possibilidade de fazer funcionar esse terceiro entre o bebê e seu cuidador primordial.

Lebovici, por sua vez, trabalhava no sentido de retirar os diversos mandatos transgeracionais inconscientes que poderiam liberar o desenvolvimento do *self* da criança. D. Daws e os pós-kleinianos utilizam o grupo pais-terapeuta-criança como um aparelho psíquico coletivo capaz de fazer funcionar a “capacidade de *reverie*”. Cramer e Palacio-Espasa propuseram um modelo que considera, de um lado, a natureza das projeções parentais sobre o bebê e, de outra parte, as “seqüências interativas sintomáticas” que materializam o conflito psíquico. Golse traz ainda Debray,

³² B. Golse, Histoire de la psychanalyse des bébés. In *Histoire de la psychanalyse de l'enfant – mouvements, idées, perspectives*. G. e P. Geisseman (org.). Paris: Bayard, 2004, p. 185.

que trabalha considerando o momento da psicoterapia conjunta como um primeiro tempo de um trabalho psicanalítico com a mãe. Enfim, cito aqui a forma de o próprio Golse trabalhar com o bebê. O autor descreve quatro imperativos: “nossa clínica com o bebê deve ser a mais descritiva possível, considerando o que o bebê mostra no corpo e seus comportamentos”³³; deve ser interativa, tentar estabelecer contato com o bebê; contra-transferencial (o que o bebê faz o terapeuta viver); além de *historicisante*³⁴, uma vez que os bebês têm necessidade de sua história.

Seja a leitura dos mandatos transgeracionais, das projeções parentais, da contra-transferência do terapeuta, ou do aparelho psíquico coletivo, todas são possibilidades de pensar a clínica considerando o bebê já inserido numa cultura e numa história, portanto, como sujeito de linguagem. Podemos ler a célebre frase de Winnicott “um bebê, isso não existe sozinho”, como uma forma de considerar que um bebê não existe sozinho fora da linguagem transmitida pelo seu cuidador primordial.

Aqui a história materna também terá grande importância na construção das hipóteses sobre as dificuldades do bebê: se, por um lado, a novidade foi a de saber que o bebê participa já de um jeito singular dessa trama entre ele e sua mãe, por outro lado, o que a mãe relata no tratamento será fundamental. Abre-se o espaço para um atendimento conjunto, e o analista deve escutar tanto o que a mãe conta, quanto o que o bebê mostra. Temos aqui também a idéia de que é o jogo de introjeções e projeções entre a mãe e o bebê que terá que ser trabalhado pelo analista para que ele possa escutar aquele que ainda não fala, além de possibilitar a interrupção dos entraves da repetição familiar.

³³ B. Golse, À propos des bébés: nouvelles demandes, nouvelles cliniques. In *L'information psychiatrique*, vol. 79, n.8- octobre 2003, p. 688.

³⁴ Termo trabalhado pelo autor e por isso foi mantida a sua tradução literal.

O que parece dificultar um olhar mais apurado sobre essas situações, em sua maioria, é o fato de tomarem essa trama como se ela se passasse predominantemente (se não predominantemente, pelo menos é assim considerada na prática) apenas entre dois personagens, a mãe e o bebê. Na verdade, sabemos que mesmo sendo essa prática realizada, na maioria das vezes, com a mãe e seu bebê, o que se passa ali ultrapassa muito o momento presente desses dois personagens e, portanto, ao instaurar a clínica com a possibilidade de um terceiro, nada mais se está resgatando do que esse terceiro lugar estrutural, um ternário, provocado pelo nascimento de um bebê.

3. Françoise Dolto: a palavra verdade.

Uma terceira e fundamental abordagem é encabeçada por Françoise Dolto, que deixou seguidores no que se refere ao trabalho com a criança pequena. A sua principal e mais forte característica era considerar o bebê capaz de escutar e de ter direito à “compreensão” de sua história. Teorizou a “palavra verdade”, que deveria ser dita para o paciente bebê, e fundou a *Maison Vert*, casa de convivência para pais e seus bebês que, sob a escuta de um psicanalista e um corpo de educadores, trabalha a prevenção precoce³⁵ de problemas psíquicos.

Psicanalistas como Myriam Szejer, que afirma sua filiação lacaniana ao relatar seu percurso na prática com bebês a partir dos três tempos lógicos – instante de ver, tempo para compreender, momento para concluir – acaba por revelar que é a herança de Dolto que guia sua prática na maternidade.

³⁵ A noção de prevenção precoce a partir da psicanálise é uma grande controvérsia; estou nesse momento do texto apenas fazendo referência à autora, Dolto, que acreditava em uma prevenção precoce de problemas psíquicos.

Vejamos o que diz Szejer:

Na verdade, eu apenas propunha aplicar o que F. Dolto me havia ensinado com bebês de algumas semanas aos recém-nascidos de alguns dias. Tratava-se de psicanálise, ou seja, de uma insistência em dar palavra a todo sintoma articulado que representava sua parte inconsciente.

Essa influencia doltoniana, contudo, não se dava somente como uma herança da prática:

Sabe-se que F. Dolto afirmava que uma criança em idade pré-verbal pode funcionar como uma fita magnética. Ou seja, ela é capaz de registrar fonemas e até palavras e frases que não compreende *stricto sensu*³⁶.

Uma citação com essa repouso em toda a base da teoria de Dolto sobre a *palavra verdade*; é o registro dessa palavra “não dita” que fica marcado na criança e é preciso que alguém fale para ela essas palavras, para que consiga se livrar da palavra aprisionada ao corpo. É certo que, para a psicanálise, são os traços indelévels da vida que nos marcam, mas não qualquer traço e nem de qualquer jeito. A psicanálise aponta que o traço que marcará será aquele apagado.

Eliacheffe também segue a mesma condição de transferência com Dolto: “ver Françoise Dolto exercer e comentar sua prática causava em nós uma

³⁶ M. Szejer, *Palavras para nascer*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, pp. 41 e 86 respectivamente.

impressão provavelmente similar (guardadas as devidas proporções) à de Freud diante das apresentações clínicas de Charcot.”³⁷

Essa posição de fazer falar a “palavra verdade” sempre provoca uma questão direta: entenderiam os bebês o que está sendo falado? Como? Parece-me, portanto, que aqui não é o inconsciente tomado como interno ao sujeito que está em jogo, mas a falta de referência à pulsão invocante e à referência escópica conjugadas ao se falar a “palavra verdade” e que gera essas dificuldades de compreender o que Dolto está trabalhando. Parece que a autora trabalha com a idéia de que o bebê “compreenderia” o conteúdo do que lhe é falado, mas isso não se passa desse modo. O que Dolto aparenta celebrar é a importância da circulação da fala e, então, considera o bebê como aquele que escuta. Mas por que é preciso que seja a palavra uma verdade?

De todo modo, assistimos, também nessa prática, a efeitos eficazes de mudanças. O que estaria em questão, caso não fosse a partir da compreensão do conteúdo pelo bebê que se promove a mudança? Para o adulto, o fato de ele próprio estar escutando a palavra verdade já o faz olhar diferentemente esse bebê. Para o bebê, é o que se passa muito mais entre os significantes, as pulsões invocante e escópica, o que se passa na enunciação que parece fisgar mais o bebê, e que, portanto, promove a mudança, mais do que o significado propriamente dito da frase. A saída de Dolto, diante desse impasse de trabalhar com aqueles que ainda não falam, é fazê-los destinatários daqueles que escutam.

³⁷ C. Eliacheff, *Corpos que gritam, a psicanálise com bebês*. São Paulo: Ática. 1995, p. 13.

4. Lacanianos: destaque para a função paterna e estruturação do sujeito a partir do Outro.

O mais recente movimento é composto por psicanalistas lacanianos que, instigados por essa clínica, começam a vislumbrar as possibilidades que a teoria laciana pode oferecer a essa prática, destacando-se aqui as teorizações sobre a função paterna e a estruturação do sujeito.

É surpreendente constatar como os pós-freudianos tenderam a deixar de lado a questão do pai na história da criança. A questão do pai corre o risco de ser rejeitada pelo fascínio da relação dual mãe-criança, na qual a observação está centrada.³⁸

Em sua maioria, esses psicanalistas iniciaram sua clínica com bebês a partir da clínica com a criança autista ou em maternidades. Nessa abordagem, fica mais claro entender o que do autismo “puxou” esse viés da clínica com o bebê, além do interesse de chegar mais cedo até a criança autista. Não deve passar despercebido o fato de que ambos não usam a fala para se comunicar; partindo da concepção de que a linguagem é constituinte: ambos – o bebê e o autista –, apesar de distantes, tornam-se próximos. Já os lacanianos que estavam em maternidades privilegiavam a escuta dos pais, e estavam mais interessados nas relações entre o discurso dos pais e seus efeitos no corpo do bebê, muitas vezes antes de qualquer intervenção direta com o bebê.

Numa maternidade, é a escuta dos pais que continua privilegiada, mesmo se dividida em dois tempos, como faz Ansermet (o primeiro, com um

³⁸ F. Ansermet, *A clínica da origem. A criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 59.

excesso de realidade – do sofrimento – nem sempre se chega da fala ao significante; o segundo, em que se pode reconstruir uma história), ele mesmo se pergunta:

e a criança nisso tudo? Já dissemos que é difícil encontrá-la. Mas não podemos considerá-la apenas objeto de cuidados ou objeto do traumatismo. Menos ainda, objeto da preocupação do psicanalista. A criança está lá, presente. No começo talvez só percebamos seu olhar.³⁹

É verdade que se trata de favorecer ou não uma maior ou menor direção em relação à criança pequena, ainda sem fala; talvez seja o olhar impregnado pela linguagem como operação constituinte que determine essa direção. Na prática propriamente dita, esse autor nos brinda com uma crítica importante, mesmo que seu propósito não tenha sido esse: corremos o risco, nessas práticas em maternidades, de perder a criança em si.

Nessa perspectiva, é a teoria lacaniana que oferece um passo a mais para a clínica, incluindo a questão do pai de modo contundente e uma teorização sobre um inconsciente que se estrutura na relação entre o sujeito e o Outro. Não se pode dizer aqui que a prática já foi amplamente atingida pelo que a teoria pode trazer de suporte de leitura. Esses dois últimos aspectos (função paterna e inconsciente na superfície) ainda não tinham sido abordados desse modo na clínica com aqueles que ainda não falam e, desse modo, podem ser os pilares a sustentar de modo razoável essa clínica.

³⁹ F. Ansermert, *idem*. p. 67.

Mais especificamente: alguns conceitos fundamentais na clínica com o bebê

É necessário considerar aqui que existem noções que foram sendo escritas pelos autores que sustentam a clínica com o bebê e, de certo modo, são vozes que falam e reverberam na clínica com o bebê; vozes legítimas, por partirem das mesmas inquietações quanto ao atendimento daqueles que ainda não falam. Como nos traz Dufour⁴⁰: “a vida das palavras é sua passagem de um locutor a outro (...) e a palavra não esquece seu trajeto (...)”. Há, portanto, um traço de cada uma dessas noções a seguir descritas na prática psicanalítica daqueles que ainda não falam – o fato de que trabalham com a “não fala”, o que promove as vozes que falam dessas noções em nossos trabalhos: mesmo que o trabalho criativo consista exatamente na luta contra essas enunciações para nelas introduzir sua própria voz.

Enação⁴¹: oriunda do inglês *enactment*, foi uma noção apresentada por Serge Lebovici⁴² para definir, por parte do terapeuta em sua intervenção, uma

⁴⁰ Deny-Robert Dufour, *Lacan e o espelho Sofiânico de Boehme*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999, pp. 56 e 56 respectivamente.

⁴¹ Existe uma clara influência, no conceito cunhado por Serge Lebovici, da noção de Enação teorizada pelo biólogo e cognitivista Francisco Varela, definida como a capacidade de agir a partir de capacidades cognitivas complexas, permitindo uma ação em torno de um tema central. Segundo Varela, todo conhecer é um fazer, existe uma identidade entre ação e conhecimento, e todo ato humano, ao construir o mundo da linguagem, tem caráter ético, porque ocorre num domínio social: “todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer”, Maturana e Varela, *A árvore do conhecimento, as bases biológicas da compreensão humana*, São Paulo: Palas Athena. 2001, p. 31.

⁴² Essa forma de intervenção eu pude assistir em atendimentos do próprio Lebovici, que acompanhei num curso anual. Lembro-me de uma situação em que o bebê estava no colo do pai, ele se levanta pega na cabeça do bebê e diz que ele devia estar mal aconchegado ali. Os pais ficam surpresos e o pai pergunta por que, dado que ele estava achando que o bebê no seu colo estava muito bem. Lebovici não justifica nada ao pai. Posteriormente, no debate sobre o caso Lebovici argumenta que a mãe parece deprimida e que tinha piorado porque esse pai era também uma mãe e, ao exercer a maternidade, não só estava impedindo a mãe de fazê-lo, como também estava privando o bebê de um pai.

“ação controlada pelo próprio corpo”⁴³, isso quer dizer que durante as sessões, num tratamento, existem momentos em que o terapeuta age a partir das identificações a cada paciente ali na sessão, mas com o próprio corpo. A idéia é co-sentir sentimentos e afetos, mas de modo “controlado”. O acesso à representação mental pode ser efetivado pelo que é sentido no corpo representacional. Em inglês *to enact* significa duas coisas: encenação no teatro e, em termos jurídicos, promulgar uma lei⁴⁴.

No silêncio, o gesto se impõe a ele como uma resposta inconsciente ao modo de como ele se deixou agir, no momento da observação, onde ele pode suportar certa flutuação de sua identidade [e complementa:] é quase que uma fabricação de um símbolo que reenvia ao que funda uma base narcísica.⁴⁵

O que promove, na busca de Lebovici, a necessidade de teorizar sobre uma “ação” como intervenção possível nessa clínica senão a falta da palavra falada? Será que podemos deixar de lembrar de toda a tradição da psicanálise ao se referir à tese freudiana do *acting out* e da passagem ao ato como noções que são promovidas pela impossibilidade ou fracasso da palavra falada? Não podemos deixar de lado, obviamente, como toda a distância teórica que ambas as teorias representam, a idéia de ato analítico em Lacan. Aqui também, para Lacan, o ato é um dizer⁴⁶, mas como para Lacan em todo discurso há efeitos de ato, sua dimensão se distancia de Lebovici, dado que separa ato da

⁴³ S. Lebovici, Solis-Pontom e Menendez, A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o *enactment*. In *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

⁴⁴ V. Lemaitre, L'enaction selon Serge Lebovici dans les consultations thérapeutiques. Em *Serge lebovici, le bébé*. Patrick Ben Soussan e Sylvain Missionier (org.). Paris: Érès. 2000.

⁴⁵ Idem, p. 101.

⁴⁶ J. Lacan 1967/68, Seminário L'acte psychanalytique, documento interno da Association freudienne internacional.

necessidade da ação, no seu caráter de motricidade, mesmo que acredite que uma ação tenha seu centro na reação de ato.

No caso de Lebovici, trata-se de uma intervenção moldada num registro muito primitivo da comunicação, que permite que o narcisismo primário do analista tenha, ao intervir – mesmo que não possa ser compreendido em termos racionais –, efeitos mutatórios e interpretativos. É podendo teorizar o *enactment* que, segundo Lebovici, pode-se ter uma intervenção direta com o bebê. Intervindo na direção do bebê, este pode intervir em relação a sua mãe e modificar alguns aspectos desse laço. A intervenção é descrita também como uma identificação corporal do terapeuta, às vezes em relação à mãe, e às vezes em relação ao bebê, que permite reconhecer um roteiro anterior, mesmo num bebê com menos de seis meses, e pode tomar dessa forma, segundo o autor, o valor de uma interpretação psicanalítica. “É um processo inconsciente pulsante que tem seu valor à condição de uma extrema vigilância do prazer que pode surgir no manejo desse gesto”⁴⁷.

O interesse de trazer essa noção de Lebovici para o corpo deste trabalho impõe a reflexão que os clínicos que se debruçaram sobre esse atendimento ao bebê ou à criança pequena tem buscado, sobretudo num campo ex-sistente à psicanálise, conceitos que se emprestam a essa clínica que trata daquele que ainda não fala, considerado um “sujeito por vir” e que se encontra nessa espécie de “limbo.

Aqui Lebovici joga certamente com a idéia de que a palavra falada é posterior ao ato, e que esta seria a intervenção possível para um bebê⁴⁸ que estaria num momento sem fala: é preciso que o ato possa dar conta de atingir

⁴⁷ Ibid, p. 106.

⁴⁸ Ver anexo 3 sobre o debate entre Serge Lebovici e Bertrand Cramer sobre a transferência com bebês.

não só ao bebê, mas os pais identificados a ele. Essa noção de Lebovici acrescentou à clínica com o bebê a idéia de que é preciso, para mobilizar um bebê que ainda não fala, com pais a ele identificados, uma intervenção outra, que anteceda a elaboração provocada pelas intervenções através da fala. Assim, quando trato nesta tese da questão da imagem e da letra, compartilho a preocupação do autor com a necessidade de mobilizar esse espaço de “não fala”, que há de ser provocado pelo psicanalista. Existe, porém, a diferença entre minha forma de trabalhar e o que propõe Lebovici com suas intervenções em ato, em ação. Apesar de Lebovici considerar o que a ele se mostra, a base de sua intervenção, apoiada pela sua noção de empatia metaforizante, é que o terapeuta co-sente em sua identificação ao paciente. Ele considera a imagem, por exemplo, o pai carregando o filho como se estivesse amamentando, mas o que guia sua intervenção é sua empatia metaforizante, sua identificação ao que sente a mãe do bebê. Esta tese, apesar de defender a idéia do uso da “mostração” na sessão pelos pacientes, vai desenvolver uma idéia bem distinta da proposta por Lebovici.

A noção de ato baseada em Lacan trata de leituras da letra, e as intervenções são dirigidas pelo analista e não pelo que o paciente sente ou sofre. Acredito, porém, que a noção de *enactment*, por se tratar de uma palavra para um tipo específico de intervenção, reclama uma ancoragem na teoria: é verdade que é uma intervenção pensada para situação terapêutica com aqueles que ainda não falam, mas o que favorece a efetividade da enação por parte do analista? Há uma efetividade nas intervenções de Lebovici que podem ser observadas em seus vídeos⁴⁹, mas essa enação acontece a partir do que

⁴⁹ S. Lebovici, *Elements de la psychopathologie du bébé*. Col. B. Golse e S. Lebovici, Paris: Starfilm international e Association L'aube de la vie, 1994.

se mostra ao terapeuta na sessão, e que ele teoriza como sua identificação ao paciente.

Narratividade: considerando a narratividade, cabe perguntar pela trilogia temática: “sabem os bebês brincar, transferir e pensar?” Bernard Golse⁵⁰ imprime ao trabalho com os bebês três necessidades exigidas pelo trato com o próprio bebê. Maleabilidade (espécie de flexibilidade com continuidade e estabilidade), bissexualidade psíquica (capacidade de exercer igualmente as funções maternas, continente, e paternas, de limite, além de passar de uma para outra com facilidade) e a narratividade. Esta última consiste em permitir que o bebê “conte” sua história. Aqui se trata também da tradição psicanalítica no trabalho com as palavras, porém, entra em jogo objetivamente o espaço construído intersubjetivamente, um espaço que não pertencerá nem a um e nem a outro. Esse claro viés winnicottiano oferece a potencialidade de um texto escrito entre dois, que fala em mim essa voz desse texto que se escreve num espaço entre personagens. Já para Golse, trata-se na verdade de um espaço de narração que só se co-constrói no encontro entre o profissional e o bebê. O adulto chega com o que ele traz do bebê que ele um dia foi, e isso é colocado a funcionar por aquele bebê que ali está diante dele (mais uma forma de a identificação ao paciente conduzir o trabalho), o que se passa nesse interjogo é a narratividade. No caso do brincar, por exemplo, a narratividade se faz num compartilhar de prazer.

A narrativa é também considerada por Erik Porge, ao citar Lacan:

⁵⁰ *Sobre a psicoterapia pais bebês: narratividade, filiação e transmissão.* Col. Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

A análise não é uma simples reconstrução do passado, a análise não também é uma redução de normas pré-formadas (...). Se a compararmos a alguma coisa é a uma narrativa que seria tal que a narrativa seja ela mesma lugar do encontro com a narrativa⁵¹

A narrativa está como parâmetro da clínica psicanalítica para Lacan, continua Porge, trata-se não da narrativa de um reencontro, tampouco de um reencontro da narrativa, mas do reencontro na narrativa do reencontro. Assim sendo, essas narrativas de Golse a Porge, com toda a diferença epistemológica que possam mostrar, indicam que há uma história na psicanálise sobre a narrativa, e que na clínica com o bebê esse conceito definido por Golse vem mais uma vez na via da tentativa de tornar essa clínica uma leitura da psicanálise. A disparidade entre ambos, relativa à narrativa, reside na idéia de que para Porge não se trata apenas da contratransferência, mas de uma estrutura de que o analista participa.

Golse, além disso, cunha as especificidades nessa clínica a partir da posição do terapeuta, o que certamente se religa à condição do não falar desse pequeno paciente. Sabe ele que o bebê conta uma história, que ele carrega sua história e pode narrá-la durante o tratamento. Essa narração, porém, faz-se a partir daquilo que “do bebê” é co-sentido pelo terapeuta, que terá como ler o que se passa com ele. É essa modalidade de contratransferência que teoriza para esse autor a forma como se poderá trabalhar com aqueles que ainda não falam. Mais uma vez se interpõe a idéia de especificidades da clínica baseada na capacidade de contar uma história sem palavras faladas, mas co-construída a partir do que sente o adulto em sua relação com esse bebê.

⁵¹ E. Porge, *Transmettre la clinique psychanalytique. Freud, Lacan, Aujourd'hui*. Paris: Eres, 2005, p. 50.

Essa é claramente outra forma de lidar terapêuticamente com esse tempo de “não fala” do bebê. Esse espaço entre o terapeuta e o bebê será um espaço potencial para a narratividade de sua história, pois, afirma o autor, os bebês já têm uma história e já contam sobre ela.

Momento presente: alicerçado pela fenomenologia, esse conceito de Daniel Stern⁵² vem tratar da relação com o tempo no trabalho com o bebê. É do “agora”, como instaurador de realidade subjetiva, que o momento presente pode ser o ponto de partida para a intervenção. A idéia é que se vive subjetivamente no presente, no agora – mesmo que revivamos algo, nós o fazemos no agora. Não seria inútil apontar a função do tempo da pressa em Lacan, que inclui não somente o agora, como também a precipitação necessária ao tempo do instante seguinte. Na clínica com o bebê, Stern indica de forma precisa a necessidade de captação desse “agora”.

O momento presente se parte em três pedaços de tempo: o presente do presente, o passado do presente e o futuro do presente. Algumas características comparecem na noção de momento presente: a consciência primária ou reflexiva é uma condição necessária para o momento presente. O momento presente não é relato verbal de uma experiência, mas a experiência propriamente dita vivida na sua origem. O momento presente é uma experiência sentida. O momento presente é de curta duração. É também uma função psicológica, pois se trata de uma experiência nova ou problemática para entrar na consciência. É um evento holístico, pois se forma de grupamentos de unidades perceptivas mínimas que se organizam em unidades mais

⁵² *Le moment présent en psychothérapie, un monde dans un grain de sable*. Paris: Odile Jacob, 2004.

elaboradas, como frases. É dinâmico sob o plano temporal, como uma frase musical. No momento em que acontece, ele é imprevisível. O momento presente implica um certo sentido de si mesmo, pois o sujeito é o único a viver isso. O *si mesmo* que vive a experiência toma uma posição e diferentes momentos presentes têm importâncias distintas para o *si mesmo*.

Segundo Stern, a hipótese tradicional é a de que a narrativa de uma experiência, mesmo presente, é apenas um grão de areia para uma cadeia associativa que se desenvolverá posteriormente; por outro lado, o autor acredita que o momento presente tem um valor terapêutico em si mesmo. Os dois momentos (a narrativa e a experiência presente) são diferentes e complementares. A crítica de Stern se baseia na idéia de que, na maior parte das psicoterapias, assistimos a uma escavação na direção do sentido e a um abandono do momento presente, além do fato de que a re-construção para a psicoterapia é sempre tida como mais interessante do que a experiência presente vivida.

Aqui é construída também uma crítica à psicanálise freudiana, afirmando que o pensamento era considerado pelo inventor da psicanálise um ato inibido, uma ação dominada pelo pensamento. Do mesmo modo está presente a técnica do divã (necessariamente uma diminuição das ações) e a interdição do *acting para*, segundo Stern, derivarem toda a sua energia para a associação livre e o pensamento. Essas interdições técnicas, notadamente a do *acting*, foram colocadas desde a origem da psicanálise – para que fossem contidas, e também redigidas na direção do mental – as representações potencialmente perturbadas de transferência e contra-transferência. Contudo, existem ações como tom de voz, o olhar, e a forma de movimentar que são permitidas. Trata-

se, portanto, de uma técnica ou de uma tênue divisão entre ações permitidas e não permitidas, que seriam então mais de ordem moral e legal, do que teórica?

A solução encontrada por Stern é a do *fazer* no momento do encontro entre bebê e terapeuta, portanto, ali naquele momento, é o modo como um se movimenta em relação ao outro, numa influência recíproca, que propiciará a mudança que, como enfatiza, precisa ser considerada naquele preciso instante. Para o autor, agir no “agora” da intervenção terapêutica possibilita uma intervenção com aquele que ainda não fala, provocando as mudanças necessárias.

De fato, mais uma vez, a busca de conceitos em outras abordagens redundava em: no caso de Lebovici, na noção de enação vinda do cognitivista Varela; com Golse, no afastamento minimalista e a idéia de uma narratividade que considera a não palavra falada do bebê; agora, com Stern⁵³, numa tomada de posição muito distante da abordagem psicanalítica e mais próxima da fenomenologia, com a idéia de que a psicanálise privilegia certa economia dos gestos e das ações no seu tratamento. Todas essas abordagens mostram o quanto a epistemologia psicanalítica foi interrogada por essa clínica com aqueles que ainda não falam. Foi preciso que buscassem, a partir da posição determinante “daquele que ainda não fala”, outras fontes para lidar com o que impõe essa clínica em termos de noção de tempo, espaço, ato, gesto. Há no bojo desta tese uma aposta que se acresce aos aspectos por ela explicitamente levantados: uma aposta de que na própria teoria da psicanálise já há elementos para se trabalhar com aqueles que ainda não falam, sem necessitar sair de seu campo com noções emprestadas.

⁵³ D. Stern não se denomina psicanalista, mas, como sua teorização é importante, influencia bastante os psicanalistas de tradição inglesa a pensar sobre o bebê de forma geral.

Seqüências interativas sintomáticas: Cramer situa a seqüência interativa sintomática como um sintoma atuado a dois, que entrelaça contribuições intrapsíquicas e interpessoais da interação. Como estrutura composta a partir do núcleo nodal materno revelado pelo seu discurso, e a troca interativa da mãe com o seu bebê como suporte observável, é pertinente afirmar que o trabalho de Cramer é por ele mesmo designado *focal*, e esse foco é a atualização da estrutura intrapsíquica da mãe no cenário das patológicas interações com o bebê – que ele descreve como uma patologia típica dessa díade. Todo esse arcabouço teórico-clínico funda-se na idéia, trazida pelo autor⁵⁴, de que a mulher desenvolve um funcionamento psíquico muito particular no seu pós-parto. É um momento de redistribuição dos investimentos narcísicos e libidinais, acarretando uma neo-formação psíquica provocada por esse novo elemento que é o bebê no psiquismo materno: “toda uma série de investimentos narcísicos e pulsionais da mãe, até então conservados em seu espaço intrapsíquico, irá se distribuir no espaço interpessoal da relação com a criança real e fantasmática”⁵⁵.

Disto resulta que, para o autor, uma intervenção terapêutica nesse momento da vida do bebê deve ser focal, as interpretações⁵⁶ devem ser dirigidas à mãe, e o profissional deve chegar até o ponto nodal da história materna que se revela no espaço interpessoal com o bebê e torna a relação

⁵⁴ O próprio Cramer situa de onde retira esse arcabouço teórico. Primeiro, da idéia de Bibring, de uma fenomenologia clínica típica do pós-parto e de Kreisler, quando descreve o conceito de um ressurgimento da neurose infantil da mãe. É pertinente também discriminar a noção de Preocupação Materna Primária, de Winnicott, que traduz o estado de “loucura normal” das mães a partir do sétimo mês de gestação.

⁵⁵ B. Cramer, e F. Palácio-Espasa, *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993, p. 28.

⁵⁶ É preciso esclarecer que a noção de “interpretação” é mencionada para ser fiel ao que o autor trabalha; claro que se pode questionar o uso da idéia de que um analista interpreta, dado que o efeito de interpretação relativos às intervenções do analista será dado pelo próprio paciente no *a posteriori*.

patológica. O bebê deve participar do trabalho por ser aquele que constitui a materialização⁵⁷ do conflito materno, e a necessidade de sua presença se dá pelo fato de que, sem ele ali na sessão, o conflito não se expressaria desse modo. O terapeuta vai então trabalhar esse incremento das identificações, das projeções e das identificações projetivas⁵⁸ maternas sobre a criança, incremento este que está promovendo interações patológicas na díade mãe–bebê.

Nessa clínica, a materialidade do bebê na sessão tem para a mãe uma função de letra/carta endereçada a ela. Torna-se claro o efeito provocador da presença desse bebê, que revelará suas insígnias e, nesse caso, “tomar um significante isolando-o das possíveis significações a que se refere implica abordá-lo como algo próximo a uma letra”⁵⁹ será o trabalho da psicoterapia. Mas para que isso se dê, o bebê precisa estar presente, para que a leitura da letra ou da carta se faça ali, *in loco*.

A situação do trabalho com “aqueles que ainda não falam” é aqui resolvida pelo autor entregando à mãe o papel de ser aquela que fala. O bebê será um instrumento para seu assunto, ou seja, será a materialidade de instâncias psíquicas na sessão, repetindo a materialidade que o seu nascimento provocou no psiquismo materno, o que irá favorecer as associações sobre essas interações patológicas, de deturpações projetivas e introjetivas das primeiras relações do bebê e sua mãe. Portanto, esse autor

⁵⁷ Vários autores tratam desse aspecto que o bebê provoca na mãe e torna-se então a materialidade de seu psiquismo. Gostaria, contudo, de destacar o trabalho de Jean Bergés, que explicita de modo contundente essa relação. Segundo o psicanalista, a relação entre uma mãe e seu filho parece ser tão natural porque a mãe, em seu inconsciente, faz a hipótese de que aquilo que o recém-nascido lhe demanda é o que ela tem como encarnação real do sujeito do seu inconsciente, seu próprio inconsciente. Em *Jogo de posições da mãe e da criança, ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC editora. 2002.

⁵⁸ A “identificação projetiva pressupõe que o que é projetado é a vivência como parte do si próprio ou então dos objetos internos”. Cramer e Palacio-Espasa, *idem*. p. 264.

⁵⁹ R. Mandil, *Os efeitos da letra. Lacan leitor de Joyce*. Rio de Janeiro: Contra-capá. 2003, p. 134.

deixa clara sua posição e o lugar por ele dedicado ao bebê. Aqui o inconsciente é lido como interno ao indivíduo, as capacidades do bebê estão reduzidas à sua presença na sessão, e o paciente decididamente é a mãe. Acredito que, em termos éticos, não é de modo algum infundada a crítica sobre a idéia subjacente a esse tipo de teorização em que o terapeuta coloca o bebê numa posição de objeto (aqui não só da relação mãe-bebê), e como objeto do próprio tratamento.

Os caminhos trilhados até aqui são caminhos que marcam a tradição das intervenções com bebês, e que também tratam da forma como cada um desses autores pode teorizar sobre uma clínica com aqueles que ainda não falam. O eixo norteador entre todos eles é o de que, em primeiro lugar, há sofrimento nos primeiros anos de vida e esse sofrimento não depende da aquisição da fala. Além disso, fica notória a necessidade que tiveram para “emprestar” ou “criar” noções que tentam traduzir essa experiência clínica em limites da própria psicanálise. Verdade que todos eles tendo como referência a psicanálise de tradição inglesa, tributária do espaço euclidiano (dentro x fora).

A idéia de tratamento para aqueles que ainda não falam não é, como já é possível constatar, uma idéia simples, para a psicanálise de forma geral. Os psicanalistas, porém, ao serem convocados, permitiram deixar-se interrogar por isso. Mas será que, dado que essa clínica existe e produz efeitos, a questão não seria exatamente a de escrevê-la, e poder daí deixar decantar o que não se acomoda? É exatamente isso que fará dela uma clínica, incluindo aí todos os seus paradoxos.

Parece-me, no entanto, que a idéia lacaniana de que o inconsciente não se encontra num espaço interno ao sujeito, mas se constitui na relação do

sujeito com o Outro, e de que esse Outro não se reduz a um personagem, pode aportar elementos interessantes para pensarmos essa clínica, muito mais como uma estrutura que ultrapassa os seus personagens e condensa, como no inconsciente, o presente/passado/futuro num só golpe, ali, vivo, em sua frente.

A interpretação e o bebê sob diversos olhares

É verdade que as intervenções nessa clínica precisam de certa especificidade, posto que o atendimento realizado a partir daquele que ainda não fala conta com mais de uma pessoa presente na sessão (o bebê sempre com um ou mais outros presentes). Fala-se com o bebê? É possível interpretar a mãe? O olhar e a voz podem participar das intervenções interpretativas? A quem se dirigir? O que fazer com o que se passa entre os cuidadores e o bebê diante do analista? É preciso procurar intervenções que se dirijam ao mesmo tempo ao bebê e aos cuidadores? Enfim, as questões não teriam fim, caso se resolvesse enumerá-las uma a uma. A proposta é, então, descrever algumas formas de intervenções de alguns autores, para posteriormente abordar o que retirei da minha própria clínica como intervenções possíveis.

1. As intervenções explicativas são falas do terapeuta dirigidas ao bebê, que contam episódios, cenas, acontecimentos da história do bebê ou do momento presente na sessão. De modo geral é utilizada por muitos autores que trabalham com o bebê, mas é notório que há aí uma clara influência da formalização *doltoniana* sobre a *palavra verdade*, pois preconiza que se relate/explique o que se passou nas situações importantes para o bebê.

Uma variação dessa intervenção é apresentada por Debré⁶⁰, e denominada pela autora “banho de palavras”; são falas do profissional dirigidas ao bebê no intuito de “apaziguar” suas tensões:

A observação do bebê no contato relacional que o terapeuta procura estabelecer como ele pode ser objeto de uma verbalização sob a forma de um ‘banho de palavras’ destinado ao bebê, mas que pai e mãe escutam⁶¹.

Toma-se aí a idéia base de Freud de que a palavra quando falada produz um rebaixamento do Q (*quantum* de energia), funcionando como descarga motora. A diferença da primeira (Dolto) para a segunda (Debré) está na abordagem da noção de verdade, tão cara a Dolto, donde suspeitamos que o relato dos acontecimentos têm seu lugar nas formalizações da autora, enquanto para a primeira o que importa é falar na direção do bebê, para tentar modificar a “fita registradora” que será marcada em seu corpo. Mesmo que saibamos que na psicanálise não há compromisso entre o fato e sua veracidade, o conteúdo do que é relatado tem sua importância para as autoras, na medida em que vai “tocar” mais ou menos aquele que escuta. Esse falar sobre os fatos relativos ao bebê pode ter efeito interpretativo para todos os que escutam, principalmente para os cuidadores, para que os efeitos do não-dito possam ser minimizados em relação àquele bebê.

2. Existem analistas que trabalham, com pais e bebês, baseados na idéia da análise das resistências ou mesmo a partir da contra-transferência. Trata-se de uma forma de enfrentamento à condição daquele que ainda não fala, mas que

⁶⁰ R. Debré, *Bebes e mães em revolta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

⁶¹ Idem.p. 167.

está presente no tratamento. Há a análise da resistência do lado dos pais, nesse caso, é a análise das projeções parentais na dinâmica fantasmática inconsciente sobre o bebê que vai permitir o confronto com as resistências. E independentemente de o autor considerar ou não a transferência do lado do bebê, acredita-se que devem diminuir as interpretações, mesmo na direção dos pais⁶², visto que, dada a transferência já existente entre os pais e os bebês, as intervenções relativas às projeções parentais são suficientes. Eis a razão pela qual esse tipo de intervenção é chamado de “verbalização”. Segundo Golse:

Numerosos autores consideram aqui, que um trabalho de interpretação no sentido estrito do termo não é imediatamente possível, não somente porque se trata de pacientes que não têm ainda acesso à linguagem verbal como (...) mas, sobretudo, porque a natureza mesma da psicopatologia reclama um tempo primeiro de verbalização, pelo terapeuta, dos conteúdos dos pensamentos (sensações, e percepções, afetos, emoções, proto-fantasmas e proto-símbolos) a fim de ajudar a bem guiar a um verdadeiro trabalho de clarificação identificatória primária graças à presença viva do terapeuta⁶³.

3. Outro tipo de intervenção dá-se quando o analista traduz os movimentos do bebê em palavras. É usada de forma muito ampla pela maioria dos psicanalistas por viabilizar o propósito da psicanálise de chegar à palavra. Sendo assim, devido à falta da palavra falada pelo bebê, serão então seus gestos e emissões sonoras que irão pré-determinar não só a intervenção

⁶² B. Golse, *Les psychoterapies conjointes parent(s)-bébé : conquête ou dérive ?* 100306WIC_mep.fm fev 2005.

⁶³ Idem, p. 95.

propriamente dita, mas seu momento. Pode-se ler aqui também o analista ocupando o lugar do agente materno, aquele da a capacidade de ler os sinais do bebê e traduzir em palavras. Como bem disse Freud, no *Projeto para uma Psicologia Científica*, referindo-se ao agente prestativo que tem a função de transformar uma descarga motora em um pedido por parte do bebê, inaugura-se, assim, a “função secundária da mais alta importância, da comunicação, e o desamparo inicial do ser humano passa a ser fonte originária de todos os motivos morais”⁶⁴.

De todo modo, ao traduzir ele próprio os sinais do bebê, o analista precisa saber que pode arriscar-se a tomar circunstancialmente o lugar do agente materno e, nesse caso, precisa ponderar sobre os efeitos desse tipo de intervenção. É necessário, portanto, que essa tradução que pode tomar “ares maternos” não retire o cuidador principal mais ainda de um lugar de saber sobre o filho.

4. Intervenções do analista que fazem semblante de especularizar uma fala materna e se dirigem ao bebê falando o “manhês”. Representada mais oficialmente por Marie Christine Laznik⁶⁵, contempla a possibilidade de ativar o circuito pulsional nas situações de risco de autismo: quando as manifestações do bebê não têm eco perante seu cuidador ou quando o bebê não responde nem mesmo ao chamado de seu cuidador principal. A idéia aqui é a de ativar a estrutura pulsional, tentando uma posição de facilitação do enlaçamento pulsional entre um e outro para o re-lançamento do terceiro tempo do circuito pulsional acontecer do lado do bebê.

⁶⁴ S. Freud (1895). *Projeto para uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Imago. 1995, p. 32.

⁶⁵ Em comunicação particular com a autora.

3. Capítulo 2

Leitura 2

O fragmento clínico se bifurca entre mãe e filha. De um lado, a mãe que não consegue ler os apelos da filha e, de outro lado, a filha, em sua recusa alimentar, mostra o mal-entendido dessa impossibilidade materna.

A mãe tenta de todo modo dar a mamada à filha sem muito resultado. Não há possibilidade de a mãe aguardar qualquer pedido da filha, a mamada é oferecida pelo horário, sob o pano de fundo do medo da desidratação. O bebê não se interessa pela mamadeira, muito menos pela mamada.

O transitivismo entre mãe e filha encontra-se vacilante. As hipóteses maternas, quando ocorrem, referem-se somente ao estado médico da filha: a desidratação. Desse modo, a antecipação entre ambas fica também afetada por uma construção imaginária inflada pelo fantasma: seu corpo não aguenta, desidrata, morre. Um corpo hipotônico e com olheiras. O corpo entre um e outro se constrói sob esse prisma da doença grave e da urgência.

A partir dessa leitura de superfície de dois lados, é necessário abrir espaço entre um e outro, no sentido de que o transitivismo entre mãe e filha se processe descolado do traço da doença grave. Despertar o interesse do bebê para além da mãe pode favorecer a abertura desse espaço necessário entre mãe e filha. Para isso é importante escutar a mãe para identificar o que pode estar compondo esse inchaço imaginário que impede a leitura dos apelos do bebê quando a ela se dirigem – um cuidado necessário para evitar as interpretações que iriam apenas corroborar esse inchaço imaginário. O movimento das intervenções deve manter o sentido da separação, de um descolamento das leituras maternas guiadas pela situação de urgência da filha, e da abertura de um espaço entre a mãe e a filha. Do lado do bebê é preciso provocar as antecipações e interesses pelo mundo além da resposta às hipóteses maternas sobre seus sinais de sofrimento.

Está claro que é o fantasma de morte – do lado da mãe – e a expressão da invasão – do lado do bebê, mostrada pela recusa ativa da alimentação –

que se inscrevem nesse caso. A angústia, esse afeto estruturante e que não engana, está, nesse caso, num transbordamento.

O fantasma que bordeja a morte, desvelado pelos episódios de desidratação e hospitalizações constantes, dá o tom da relação entre mãe e filha. Todavia, o que aparece a partir das falas da mãe é que antes dessa filha nascer, já mesmo após o nascimento da primeira filha, a mãe já apresentava um excessivo cuidado com a limpeza relativa à filha mais velha. Ao desenrolar essa cadeia significativa relativa ao excesso de limpeza, já aparece um medo grande de a filha pegar alguma bactéria ou vírus, e ficar doente e, quem sabe, perder as resistências e, quem sabe, morrer... Isso é anterior ao nascimento dessa segunda filha, que se recusa a ser alimentada.

Portanto, a angústia diante desse objeto desvelado em nome da morte paralisa o tempo entre ela e as filhas, como se de uma filha para outra não tivesse havido espaço de tempo. Logo depois, aparece na própria história da mãe uma cirurgia, a que fora submetida quando tinha apenas um mês de vida. Ela tinha nascido com o ânus sem perfuração. E o relato familiar era que, como filha única, todos paravam de fazer o que fosse para acudi-la ao menor sinal de febre ou gripe durante o seu primeiro ano de vida. Toda a família, mãe, pais, avós, enfim, ficava na cama junto com ela até que a febre ou qualquer afecção corporal que fosse viesse a passar.

A certeza da mãe, relativa à desidratação da filha, ante os pequenos sinais que a filha apresentava, siderava-a. Não eram necessariamente índices relativos à desidratação, mas, por exemplo, uma pequena parada na mamada, o que já era suficiente para ser ativada a certeza materna.

As intervenções aqui devem tentar delicadamente “esburacar” a certeza materna, e todo cuidado deve ser afinado para não abafar o enigma que pode ser suscitado pelas interrogações sobre a relação das duas. Um acolhimento de escuta para essa mãe se faz necessário, ela precisa falar sobre seu medo de morte, sua angústia diante da vida que essa filha, parecida com ela, vem provocar. O tempo é o do presente, que condensa todos os tempos – passado, presente, futuro – num só tempo, num tempo da urgência. É preciso, no tratamento, alongar esse tempo encurtado pela urgência e provocar tanto na mãe como no bebê a elasticidade desse tempo. Em relação ao bebê, é importante evitar qualquer tipo de intervenção que possa provocar a sensação

de invasão e, de modo algum, a preocupação com alimentação deve ser pauta “proposta” pelo analista nas sessões com o bebê junto com sua mãe – até mesmo um leve “fisgamento” do analista nesse tema pode ser suficiente para um acirramento da urgência.

A mãe toma sua filha no colo e eu me dirijo à mãe para escutá-la. Ao mesmo tempo, meu olhar se volta para o bebê, para tentar ler o que se passa com ela em relação ao assunto que a mãe traz, assim como para me dirigir diretamente a ela para saber sobre os seus interesses pelos barulhos, pela voz, pelo olhar e pelos brinquedos que por vezes eu lhe mostro. Em pontos de interseção entre a fala da mãe e qualquer movimento do bebê, dirijo-me à mãe para saber dela o que vê naquele movimento.

Não mais que alguns poucos encontros são necessários para que a mãe possa, sob minha sugestão, sentar-se no chão com o bebê, para que, desse modo, eu possa ter mais mobilidade em relação à interação com o bebê e também trabalhar uma distância um pouquinho maior entre ambas.

A mamadeira é colocada por mim propositalmente perto dela, assim como outros três brinquedos. Seu interesse pela mamadeira é despertado. Ela pede. Ela pega e coloca na boca. Ao mesmo tempo, tento evitar, através de perguntas e escuta, que a mãe se interponha no interesse da filha pela mamadeira. A bebê passa a mamar, mas a mãe se preocupa com a possibilidade de ela parar mamada antes de o conteúdo todo ser engolido, porque, quando ela para de amamentar antes do necessário, a filha se desidrata.

O pavor continua. Já está colocada aqui a estrutura da transferência: transferência para os bastidores, dado que, na impossibilidade de saber o que acontece com a filha, leva-a aos médicos e ao hospital.

3.1. A clínica no seu espaço euclidiano

(...) Sua última dúvida também, concernente à questão de saber se a análise pode ser praticada pelo comum dos mortais, deve ser ligada ao desconhecimento da técnica. Na época em que o microscópio era um instrumento novo nas mãos dos médicos, podia-se ler nos manuais de fisiologia quais eram as raras faculdades que seu utilizador deveria obrigatoriamente possuir. Ocorreram as mesmas exigências mais tarde em relação ao cirurgião, portanto, hoje em dia todo estudante aprende a utilizar o microscópio, e mesmo os bons cirurgiões são formados em escolas.(...)

Que minhas cordiais saudações o encontrem em suas férias.

Sigmund Freud⁶⁶

A clínica pais e bebês tal como a experiência demonstra

A primeira pergunta que me fiz ao saber sobre as possibilidades de atendimentos a crianças muito pequenas, mesmo bebês, foi delineada no atendimento a uma criança, a partir do relato dos próprios pais sobre as

⁶⁶ S. Freud e S. Zweig (1931). *Correspondance*. Carta de Freud. Préface de Roland Jaccard. Paris: Rivages, 1987.

queixas relativas à época em que seu filho era ainda bebê, o sofrimento que envolvia a todos nesse momento tão inicial da vida. Nessas primeiras entrevistas, os pais já falavam sobre as dificuldades que passaram tanto eles quanto o próprio filho quando bebê. Mesmo que se tratasse de um relato *a posteriori*, a insistência desse acontecimento na clínica com a criança não passou despercebido por mim: por que não poderiam ter sido escutados no momento mesmo em que passavam por essas situações difíceis?

Descobri esse tipo de atendimento aos bebês e a seus cuidadores, inicialmente a partir da relação com a clínica com bebês e com a psicanálise de tradição inglesa. As concepções sobre o atendimento vinham de psicanalistas que desenvolveram aportes teóricos⁶⁷ para responder a essa necessidade provocada pela clínica ao enfrentar esse sofrimento do início da vida, por vezes turbulento, pelo qual passavam esses pequenos pacientes e seus pais. Esse momento inicial permitiu-me constatar a possibilidade dessa clínica. Mesmo ao deixar-me fisgar por essa filiação teórica de pós-freudianos da tradição inglesa, havia em mim uma necessidade, que, de modo intermitente, insistia em minha prática clínica: um “pensar” que se inscrevesse a partir da carne, da clínica e da minha formação.

A prática clínica com aqueles que ainda não falam ensinou-me, depois de certo tempo, que decididamente a divisão do espaço clínico em dois recortes, o bebê e seu cuidador, não me permitia avançar em alguns de seus aspectos muito insistentes, mesmo que pudesse ser uma apresentação inicial do caso.

⁶⁷ Desenvolvido no capítulo 1

Desse modo, a ideia do espaço euclidiano, a partir de uma geometria plana, conseguiu no início representar bem e de modo geral a clínica com os bebês e seus cuidadores, mas depois, para mim, isso foi sendo aos poucos modificado. Apresento aqui, neste capítulo, o percurso clínico que tracei a partir dessa visão bifurcada em dois recortes (lado do cuidador e lado do bebê), mas, sobretudo, o modo como fui descobrindo as possibilidades que minha própria filiação teórica já me oferecia, com instrumentos que me levaram a pensar diferente hoje.

A despeito dos aportes, citados no capítulo anterior, que esses teóricos me trouxeram, necessitava de uma teorização que pudesse abarcar simultaneidades, similitudes, aproximações e profundidades relativas à estruturação do sujeito sustentado em corpo de bebê nas suas relações aos cuidadores principais, mas, sobretudo, na inseminação da linguagem. Precisaria partir de vários ângulos: do bebê, dos pais, do analista, das circunstâncias da vida, das funções, da história, dos profissionais que já o haviam visto. Enfim, essa clínica me mostrava a necessidade de leituras que ultrapassassem a tentadora dicotomia causa/consequência ou mesmo a acadêmica separação entre o lado do bebê e o lado da mãe. Desse modo, era possivelmente como um ímã que funcionava a ideia de que um lado do binômio “mãe-bebê” causaria dificuldades para o outro lado da relação, e isso sempre insistia nas teorizações; à medida que a clínica avançava, tornava-se também cada vez mais implacável sua própria forma de questionar as leituras lineares e dicotômicas que poderiam daí advir. Portanto, ainda num momento de vacilação da minha prática, o espaço euclidiano era uma via de acesso à clínica, uma planificação da sua complexidade, e à medida que as questões

apareciam, esse espaço ia sendo movimentado em diversos planos, a ponto de depois se tornar apenas um ponto de partida para uma leitura dessa clínica, que precisava passar para outro espaço, uma forma de pensar que incluísse o tempo e a profundidade.

Descrição do espaço euclidiano⁶⁸

O dispositivo clínico no trabalho com os bebês há de contar com as marcas da história, há de precisar o acontecimento e as circunstâncias da vida, o laço do bebê ao seu cuidador, o lugar do bebê na família, a função paterna e o desejo da mãe, além dos gestos e olhares do bebê na sessão, dirigidos ao analista e aos cuidadores, e o lugar do analista em cada momento do trabalho.

A geometria euclidiana permite situar o deslocamento de um objeto no espaço, seja num espaço uni, bi ou tridimensional. O espaço definido por essa geometria indica que as dimensões de profundidade não são consideradas nas relações desse objeto no espaço, uma vez que se trata de um espaço plano: “O espaço em si não encerra a dimensão de profundidade, a famosa terceira dimensão”⁶⁹. Além da noção de profundidade é preciso considerar outra

⁶⁸ O espaço euclidiano é um espaço vetorial real de dimensão finita munido de um produto interno. Uma propriedade essencial de um espaço euclidiano é sua planitude, por exemplo, a superfície de uma esfera não é um espaço euclidiano. Um dos princípios básicos da geometria euclidiana é que duas figuras, isto é, dois subconjuntos do plano são considerados equivalentes, congruentes, se um puder ser transformado no outro por alguma sequência das translações e rotações. O espaço euclidiano pode ser plano, bi, tri, ou n-dimensional.

Disponível em <http://www.wikipedia.com.br> Acesso em março de 2009.

⁶⁹ J. Granon-Lafont, *A topologia de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1990, p. 13.

relação que não é mais a de causalidade, mas a relação de proximidade, operação que o espaço euclidiano plano não consegue realizar.

Se, de modo geral, essa clínica é pensada a partir da concepção de um espaço euclidiano (o que o bebê mostra aos cuidadores e o como os cuidadores respondem), isso quer dizer que as leituras que a seguem priorizam um espaço plano que se divide em dois, porém, em uma mesma superfície: o do bebê e o do seu cuidador principal. Desse modo, fazem acreditar que a relação nesse espaço bifurcado se dá de forma linear, seja pela interseção (quando se considera o espaço da interação propriamente dita), pela correspondência (quando um sinal que se apresenta de um lado corresponde a outro, do outro lado) ou mesmo pela concorrência (quando um mesmo sinal aparece em ambos os lados). Em outras palavras, um lado “influencia” o outro lado, ou um lado provoca o que ocorre do outro lado e, portanto, o raciocínio “causa/consequência”, trabalhando de modo biunívoco, não consegue ser modificado.

Na clínica, essas discussões repousam sobre questões de fundamentos para a psicanálise: quem é o paciente? Como trabalhar em psicanálise com aqueles que ainda não falam? O bebê transfere? Em que direção intervir? A quem o analista se dirige? Em que momento e por quanto tempo? Como se dá o início do tratamento? A presença do bebê serve a quem? Qual o lugar do bebê no atendimento? Essas questões repousam, portanto, na ideia de que nesse espaço, mesmo que tri-dimensional, os limites são marcados e os deslocamentos dos personagens tratados individualmente, mesmo que na sua relação com o outro.

Todavia, a cada caso que acompanhava mais questionamentos surgiam. Realizava numa determinada época, num centro de saúde mental, um trabalho de detecção precoce de riscos psíquicos em creches, onde trabalhavam comigo dez estagiárias, fazendo semanalmente observações de algumas crianças. Esse caso, que de imediato provocou interrogações, foi de uma menina que teve uma melhora muito grande sem que soubéssemos absolutamente nada sobre a sua história, sem que tivéssemos informações para buscarmos suas “causas”. Logo na primeira conversa, sua mãe foi taxativa: *minha filha não tem problemas, se a creche tem, que faça ela um trabalho*. Propus então um trabalho com a creche sobre a menina, já que a creche estava com dificuldades com ela, e a mãe aceitou essa proposta.

Essa menina, com um ano e meio, não interagía, não se interessava por nada, não falava com ninguém, e não se alimentava na creche (a comida ficava em sua boca por muito tempo sem ser engolida). Os colegas facilmente lhe tomavam os brinquedos quando os tinha em mãos. A creche nos pede uma ajuda no seu próprio espaço. *Sentada estava, sentada ficava na sala, repetia a professora*. A situação dessa criança se modificou completamente a partir do trabalho de observação da criança e conversas com os adultos na creche. Mas foi somente na terceira e última conversa com a mãe (quando sua filha já havia modificado sua forma de ser na creche), que ela pode ver que a filha tinha algumas dificuldades. Relata-nos então, no fim do acompanhamento, que há alguns meses havia passado um grande desespero em sua vida, com a falta de comida e a falta de esperança ante suas duas filhas pequenas. Decidida, havia preparado veneno de rato para as três. E foi naquele momento, ao se deparar

com o olhar dessa sua filha caçula, desta que tínhamos acompanhado, que ela desistiu de seu plano. Essa menininha não podia mesmo engolir nada.

A história relatada sobre a criança pelos cuidadores principais sempre foi de grande importância para o entendimento dos casos, mas, dessa vez, como intervir sem nada saber sobre a menina? Um trabalho de circulação da fala sobre a criança na creche, a abertura de um lugar para ela perante a professora, dos lugares dos cuidadores em relação a ela, de ela saber-se sendo “olhada” foi a movimentação necessária para a sua mudança de lugar. Quer dizer que não havia, no início do caso, nem o “lado de um” e nem o “lado do outro”, mas vários ângulos de um mesmo espaço onde direito e avesso estavam contidos um no outro, como a banda de moebius⁷⁰: criança, mãe, professora, diretora, creche, estagiária, numa relação de lugares e posições no espaço, muito mais do que uma relação de personagens. O que foi norteador para nosso questionamento foi a criança ter mudado de posição e, portanto, modificado suas dificuldades, sem que tivéssemos sabido de nada a seu respeito!

Chama atenção o olhar da filha relatado pela mãe no momento que iriam tomar o suco com veneno. Que imagem ela, a mãe, viu nesse olhar? Foi olhando o olho de sua filha que o espelho apareceu, aquele ponto que “me olha ali onde não sou”, pois o que olho, é o olho daquele que me olha como objeto, e é aí que a mãe, num ato quase bem sucedido, muda sua decisão. Aqui encontramos a função da mancha⁷¹, que marca a pré-existência de um dado-a-ver, num revirar-se sobre si mesma “vendo-se ver-se”. Aqui o objeto a, contido

⁷⁰ “A banda de Moebius guarda, com efeito, em nosso espaço, este estatuto de um representante do irrepresentável. Esta função paradoxal é uma necessidade decorrente da debilidade de nossa percepção e de nossa imaginação intuitiva do espaço”. J. Granon-Lafont, *A topologia de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Zorge Zahar, 1990, p. 40.

⁷¹ J. Lacan, *O Seminário os quatro conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1973.p. 75.

no olhar, “deixa o sujeito na sua ignorância do que há para além da aparência”⁷², o olhar é o avesso da consciência e, desse modo, especifica-se no registro do desejo como inapreensível.

E mais uma vez o texto de Erik Porge sobre o lugar do público na apresentação da psicanálise com crianças⁷³, ao falar da psicanálise com crianças na sua relação com os pais, concebe duas posições radicais. A primeira: aqueles que, como Freud, acreditam que a posição de se colocar “entre dois” é bastante perigosa, dado que se pode perder a confiança do doente e, portanto, deve-se afastar os pais. A segunda: vem dos analistas que buscam de tudo para colocar em relação o sintoma da criança e o discurso dos pais.

É a partir dessas duas posições radicais que o autor vai procurar tratar esse tema dos pais de outro modo. Em sua proposta, ele vai separar em lugares e não mais em personagens. Existem os seguintes lugares no tratamento à criança: aquele de quem se fala, aquele com quem se fala, aquele de onde se fala, aquele de quem escuta. Posto dessa forma, cada participante ocupará não importa qual lugar e realizará uma permuta com os outros, o que serve não só para realizar o posicionamento da demanda, como também, em função da própria mudança de lugares pelos personagens, pode realizar efeitos de interpretação. São esses limites entre enunciados e enunciações que irão funcionar. Porge considera a psicanálise com crianças uma prática em que uns e outros dizem sem que essa relação faça, *a priori*, cadeia ou enlaçamentos, que serão enodados no só depois. Foi exatamente o que ocorreu no caso já

⁷² Idem, p. 77.

⁷³ E. Porge, Des faits de présentation dans la psychanalyse avec les enfants. *Fragments*, Bulletin intérieur de l'école lacanienne de psychanalyse, Paris: juin, n. 4, 1987.

citado da menininha da creche: os espaços de fala fizeram circular os lugares de enunciados e enunciações que permitiram efeitos interpretativos por si sós.

Foi desse modo, então, que mais uma oportunidade no atendimento ao bebê abriu-se para mim: a clínica em que uns e outros falam, e em que o bebê está ali, nesse lugar de contradição e cruzamento. Porém, como se verá mais adiante, ainda existiam especificidades no trabalho com o bebê que eu precisava avançar. O fato de o bebê não ser ainda portador de uma fala – e de, portanto, nos momentos difíceis, raramente ser também considerado um destinatário dela – fazia dessa clínica um território árduo.

Se o bebê ainda não fala, é a relação com o que consegue mostrar, seus gestos, suas movimentações, e o que trazem os pais como preocupação que merecem também ser considerados. Mas como podem vir a ser esses gestos tão correspondentes à preocupação dos pais? É justo no ponto em que mostram que escamoteiam o outro como sujeito, que passa a ser olhado por este que se movimenta, que se mostra. Essa mancha do olhar daquele que olha o olhar do que olha, é que desenha a relação com o desejo. Mesmo que não estejam presentes quando esses medos parentais são relatados pelos pais, os bebês lêem suas mensagens.

A mãe chega sozinha para a primeira entrevista. Quando a analista pergunta o porquê de ter escolhido vir só, ela explica que tinha coisas para falar que sua filha tão pequena não poderia escutar. Suspeita de que o pai de sua filha esteja abusando sexualmente da menina. Ela já está separada do marido, mas todo o processo de separação foi muito doloroso, principalmente pelo que tinha descoberto: traições do marido. Suspeitou dessa traição a partir de inflamações vaginais que a filha passou a apresentar, pois imaginou que o

marido “pegara” de alguma mulher e então transmitira à sua filha. A menina tem nessa época um ano e pouco. Faz exames na filha que não indicam realmente um abuso sexual. Sabe que apresenta inflamações na vagina sempre que volta da casa do pai. Na primeira sessão com a criança, o que chama atenção é que, num determinado momento em que ela está “contando” algumas coisas que não dá para entender, pergunto à mãe se ela está entendendo sua filha. A resposta é negativa. A criança então sobe na cadeira, e abre e fecha as pernas muitas vezes, o que deixa a mãe literalmente apavorada.

Ao fim de cada caso, mil indagações.

Frente às questões do sujeito, da materialidade da linguagem no corpo, da prematura da espécie humana, de seu desamparo inicial, o dispositivo da psicanálise com crianças ainda colocava interrogações que o diferenciavam da prática com os bebês. E no caso do bebê, que ainda não fala? E nessa situação em que os pais estariam durante todo o tempo na sessão? As especificidades iam se acumulando. Mesmo que os cuidados maternos, por exemplo, pudessem ser pensados como um sistema de linguagem e os signos da presença paterna se fizessem essenciais, foi se tornando cada vez mais claro que a ideia de um tempo linear e de um espaço plano não conseguiria sustentar essa clínica. Parecia que o bebê trazia a ideia de uma condensação profunda entre as gerações familiares e se encontrava aí num cruzamento mais intenso do que a criança, dado que sua condição de dependência absoluta colocava-o numa posição de pouca mobilidade.

No meu percurso, até então, o problema apenas estava sendo lançado. A clínica impunha suas necessidades, mas a teorização para acompanhá-las ainda demoraria o tempo de seu amadurecimento.

No início desse percurso – tempo de vacilação – foi necessário buscar em alguns mecanismos psíquicos básicos princípios norteadores para que uma direção de tratamento começasse a ser vislumbrada. Na leitura das dificuldades enfrentadas por esses pacientes, do bebê e de quem estava no lugar de agente parental, encontrei, então, dois conceitos independentes, mas que, uma vez aproximados, poderiam deixar “frouxos”, se assim posso afirmar, os possíveis limites entre esses dois recortes. Além dessa flexibilidade nos limites dos recortes entre o lado do bebê e o lado dos cuidadores, tais conceitos apresentavam a possibilidade de incluir neles mesmos o recorte do lado do analista. Os dois mecanismos que encontrei e dos quais me servi desde esse início foram: o transitivismo e a antecipação. O primeiro, tomado na versão de Jean Bergès, e o segundo, na versão do próprio Lacan.

3.2. Transitivismo

Esse fenômeno foi trazido do início do século XX a partir de Wernicke, e até os anos trinta foi retomado pelos psiquiatras clássicos para retratar um sentimento de indiferenciação do doente em relação aos outros, “sente-se o que o outro sente”. No vocabulário psiquiátrico atual, o termo “transitivismo” é aplicado ao domínio das psicoses. Em Ajuriaguerra, foi usado para designar os

“transtornos de si”⁷⁴. Mas foi Henri Wallon quem assegurou uma positividade ao termo, retirando-o de seu habitual uso nas psicopatologias, servindo-se dele para retratar uma fase do desenvolvimento infantil normal, entre dois e três anos, como um período precedente ao instante em que a criança consegue “distribuir sem erro entre ela e o outro”⁷⁵. Wallon observou que entre crianças pequenas havia atitudes que descreviam uma espécie de indiferenciação entre elas, ou seja, indicavam uma passagem direta de afetos entre um e outro.

Os efeitos de transitivismo infantil são arejados também por Lacan no texto *O estágio do espelho como formador do Eu, tal como nos revela a experiência psicanalítica*⁷⁶. No momento em que fala da inauguração do drama do ciúme primordial – quando trata, através do espelho, da identificação à imago do semelhante –, Lacan se vale da noção de transitivismo de Charlotte Buhler, que é citada como equivalente a essa identificação à imago do semelhante.

De todo modo, o que interessa aqui são as reconfigurações em torno dessa noção propostas por Bergès quando inaugura o pensar de um transitivismo positivado, banindo do termo qualquer semelhança com os anais de psiquiatria. Indo além de Wallon, desenha um transitivismo como um jogo de posições entre a mãe e a criança, distinguindo-o de qualquer aspecto patológico ou cronológico. Desse modo, foge completamente tanto do estado mórbido da tradição psiquiátrica, como dos moldes desenvolvimentistas da tradição walloniana. Inscreve essa noção definitivamente em outro campo: o campo das relações entre o sujeito e o Outro.

⁷⁴ J. Bergès e G. Balbo, *Jogos de posições entre a mãe e a criança, ensaios sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC. 2004.

⁷⁵ H. Wallon, op. cit. Bergès e Balbo. Idem, p. 15.

⁷⁶ J. Lacan (1949). *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992, p. 98.

O transitivismo é um processo de *forçagem*⁷⁷

(...) que está longe dos suaves cuidados maternos – mas esse processo se origina na hipótese que a mãe faz: o filho pede à sua mãe que lhe leia o saber que está nele, saber ao qual, por essa leitura, ele vai poder identificar-se, tomando posse assim, simbolicamente, de um bem que ele já possui realmente⁷⁸.

A noção de transitivismo me fez pensar em uma primeira possível teorização a ser identificada na clínica com o bebê e com a criança pequena de forma geral. O transitivismo descreve um mecanismo que se passa entre a mãe e seu bebê, de forma que favorece as codificações e decodificações necessárias entre ambos, assim como situa as hipóteses maternas sobre os afetos do bebê como um elemento terceiro em relação à díade. Pude então perceber que essa noção era norteadora para essa clínica, tanto para as hipóteses sobre os sinais de dificuldades (apresentavam ou não transitivismo), quanto servindo de parâmetros para a direção do tratamento, já que o tratamento deveria chegar a um transitivismo (em caso de não comparecimento) ou dele se afastar (em caso de excessos).

A ausência da hipótese materna de um saber sobre o afeto do filho e a impossibilidade do bebê de se deixar identificar a essa hipótese deviam ser apresentadas como indicadores de tratamento na demonstração da dificuldade que a situação traz, assim como a intervenção para favorecer o seu aparecimento poderia marcar no tratamento sua direção. Um excesso de

⁷⁷ A palavra “forçagem”, apesar de não existir no vocabulário da língua portuguesa, aparece na edição brasileira do livro de Bergès e Balbo, *Ensaio sobre o transitivismo Jogos de posições entre a mãe e a criança, op.cit.*, e por isso foi mantido aqui no texto.

⁷⁸ Idem, *ibid.* p. 12.

saber materno sobre os afetos do bebê transbordaria as possibilidades de relação, favorecendo também, pela tentativa de barrar o excesso, a aparição de sintomas do lado do bebê.

O aspecto forte desse conceito, que não pode ser descartado, é que se refere necessariamente a uma experiência que passa pela imagem do corpo, e que traz a possibilidade de pensar: o corpo afetado, o simbólico da hipótese materna, o imaginário criado pela criança a partir do momento em que dá crédito às hipóteses da mãe; além do relançamento do desejo entre mãe e filho, da divisão do agente materno, da demanda e da construção do fantasma. A clínica com o bebê passa necessariamente pelo corpo.

Essa noção se apresentava como a possibilidade de passear com tranquilidade do lado da mãe ao lado do filho em sentido duplo, sem o apelo ao binômio causa e consequência, com a enorme vantagem de poder incluir o analista. Inaugurava-se, então, um pensar mais próximo da clínica e um pouquinho mais distante do espaço euclidiano dividido em dois, mãe e filho, mesmo porque a hipótese materna era um terceiro elemento de referência simbólica. Em relação à função do analista, o transitivismo estava presente na necessidade de ele poder se fazer de terceiro, seja num semblante para o cuidador poder transitar, seja num anteparo ante um excesso de transitivismo, seja ainda provocando as hipóteses maternas a partir do seu lugar de não saber.

Portanto, mesmo que ainda considerando apenas os personagens presentes que representavam os dois lados do recorte (cuidador e bebê), havia o comparecimento das hipóteses do agente materno e o lugar do

analista a ser contado nas relações desse espaço que provocavam aproximações de outros planos.

3.3. Antecipação

A antecipação será considerada, grosso modo, no fio que perpassa três artigos de Lacan, são eles: *Complexos Familiares* em 1938; *O Estágio do Espelho como Formador do Eu*, em 1949, e *Observações sobre a apresentação de Daniel Lagache: psicanálise, estrutura e personalidade*, 1962.

Num dos mais raros momentos em que na psicanálise faz referência à família como conjunto, Lacan inicia nesse artigo sua jornada em busca da *despsicologização* da psicanálise, tomando mais claramente aqui o apoio de Levi Strauss com a noção de estrutura. A família preside os processos de desenvolvimento psíquico e, sobretudo, mostra “um grau de parentesco menos conforme aos laços naturais de consanguinidade”⁷⁹. Os três complexos citados pelo autor serão os fatores concretos da psicologia familiar.

O complexo como organizador do desenvolvimento do psiquismo tem como elemento fundamental a imago. Esta, por seu turno, ingressa como consistência nessa organização e é registrada pelo indivíduo com a queda do complexo. Os complexos são realidades objetivas que designarão a relação da família com a função do desenvolvimento psíquico.

Desmame, intrusão e Édipo são os três complexos que fundam a organização psíquica a partir da organização da família como um primeiro grupo social. Não é de forma alguma o objetivo resumir o texto lacaniano, mas

⁷⁹ J. Lacan (1938). *Os Complexos Familiares*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1984.

é, sobretudo, o complexo da intrusão que fará a primeira ligação com a noção de antecipação.

A intrusão é definida como a “experiência que o sujeito primitivo realiza, na maioria das vezes, quando vê um ou vários de seus semelhantes participarem com ele na relação doméstica, melhor dizendo, quando ele se reconhece como tendo irmãos”⁸⁰. É nesse espaço entre um e outro, num tempo de transitivismo⁸¹, que transcorrerá o complexo da intrusão: “cada parceiro confunde a parte do outro com sua própria parte e a ele se identifica”⁸². Logo, a forma mais intuitiva dessa unidade do sujeito é dada pela imagem especular, que reconhece nela o ideal da imago do duplo. Antes de firmar sua identidade, o sujeito se aliena a essa imagem do outro. Acompanhamos aqui uma incipiente noção de antecipação: ao se alienar à imagem do semelhante, antecipa sua identidade. É pelo semelhante que o eu se realiza, e quanto mais pode assimilar seu parceiro, mais o sujeito conforta sua personalidade e sua objetividade.

É a partir desse terreno preparatório sobre o complexo da intrusão que a noção de antecipação vai tomar fôlego na obra de Lacan. Contudo, é no texto sobre *O Estágio do espelho como formador da função do Eu, tal como nos é revelado na experiência psicanalítica* (1949) que, sem dúvida, a noção de antecipação toma uma posição importante para a psicanálise.

Tomado como modelo para falar sobre a formação do Eu através da imagem do outro, o estágio do espelho deve ser descrito como uma

⁸⁰ J. Lacan, *idem*, p. 30.

⁸¹ Apesar de Lacan não se referir explicitamente ao termo transitivismo, não é de todo errôneo ser aqui aplicado. Eis a pergunta de Lacan que torna nítida a semelhança: “para compreender melhor a estrutura detenhamo-nos por um instante na criança que se oferece como espetáculo e naquela que a acompanha com o olhar: qual das duas é mais espectadora?” *ibid*, p. 33.

⁸² *Idem*, p. 36.

identificação, uma transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem⁸³. Diante do espelho, a assunção jubilatória do “pequeno” sujeito, ainda mergulhado na sua imaturidade motora e na sua dependência inicial, traduz uma precipitação em direção à imagem do outro, de tal modo que numa identificação isso parece manifestar uma matriz simbólica, antes mesmo que ele se objetive numa identificação ao outro, e antes de a linguagem ter o poder de restituir sua função de sujeito.

Será então necessário que o sujeito, sustentado num corpo fragmentado, possa se identificar à sua imagem especular, e estando essa imagem numa posição de totalidade ante a sua imaturidade e dependência, será preciso esse movimento denominado antecipação, anterior até mesmo à própria identificação, para que o sujeito venha assumir a imagem do outro como sendo a sua. Um detalhe que não passa despercebido por Lacan é que essa antecipação só é creditada pelo “pequeno” sujeito a partir da busca do olhar do cuidador primordial, aquele que o sustenta na sua imaturidade diante do espelho. Então são três movimentos antecipatórios: a imagem do outro sou eu, a totalidade mostrada pela exterioridade da imagem do outro descreve o futuro da minha imagem, e o crédito dado pelo “pequeno” sujeito à confirmação advinda do olhar do cuidador primordial. O interessante desse detalhamento é que na prática é possível que o sujeito se detenha em um desses três pontos. A atividade do sujeito é revelada em todos esses três movimentos antecipatórios, ou seja, não há passividade do sujeito, mas uma precipitação ativa.

⁸³ Lacan (1948). L'étape du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Ecrits*, Paris: Seuil, 1992, p. 94.

Já em 1962, no texto *Observação sobre a resposta de Daniel Lagache: “psicanálise e estrutura de personalidade”*, Lacan se dedica a introduzir no esquema especular a referência ao simbólico, a saber, “os efeitos que a combinatória pura e simples do significante determina na realidade onde ela se produz”⁸⁴. Desse modo, toma o esquema óptico tal como a experiência da física nos ensina para metaforizar a formação do eu a partir do outro, e todos os efeitos aí sentidos por essa analogia. Longe de querer um resumo sobre toda essa teorização lacaniana, aqui é notório que o lugar do imaginário é fundante, mas sob o crivo do simbólico. Recortaremos o lugar da antecipação como estruturante para o sujeito e o eu. Aqui é possível ligar antecipação a uma ilusão necessária, um termo não existe sem o outro. Qualquer que seja a antinomia entre as imagens que se redobram nos espelhos { $i(a)$ e $i'(a)$ }, para situar o sujeito no imaginário “isso resulta de um constante transitivismo”⁸⁵. É patente a relação entre transitivismo e antecipação, e toda antecipação é refém de um transitivismo.

Trata o texto também da formalização sobre o enlaçamento entre os três registros, real, imaginário e simbólico. Imaginário e simbólicos falados, resta o real que vai aparece no esquema ótico como “a imagem real, $i(a)$, que se constitui da combinação dos pequenos objetos a com o organismo, só pode vir a ser percebida por esse sujeito mítico de puro olhar (S) através de um espelho plano que metaforiza o grande Outro”⁸⁶. A antecipação fica sendo, sem dúvida, um mecanismo que favorece esse enlaçamento entre real (imaturidade orgânica), imaginário (precipitação na direção da imagem do outro) e simbólico

⁸⁴ J. Lacan (1960). *Remarque sur le rapport de Daniel Lagache: “psychanalyse et structure de la personnalité”*. *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.

⁸⁵ Idem, p. 677.

⁸⁶ A. Souza, *De um corpo ao outro*. Trabalho apresentado na XV Jornada do Espaço Moebius. Nov. 2005.

(identificação ao significante crivado pelo Outro no momento da aprovação da precipitação imaginária). Sendo assim, do mesmo modo que o transitivismo, a antecipação ensaia a entrada de outros elementos que não se restringem a um recorte biunívoco entre cuidador e bebê. Existem, portanto, três ângulos a serem dimensionados: simbólico, real e imaginário.

A antecipação provoca também um corte na forma como a psicanálise pensava o tempo – unicamente como *a posteriori*⁸⁷. A antecipação será a possibilidade de imprimir outro paradigma de temporalidade, sem cair na falsa dicotomia, para o inconsciente, do antes e do depois. Ela tende a se transformar em pressa ou precipitação e “envolve o sujeito na sua relação com o semelhante, mas sobretudo em seu confronto com a alteridade”⁸⁸.

“É importante, entretanto, retornarmos à noção do tempo para dizer que este não se restringiria em psicanálise, segundo Erik Porge, a um tempo do só-depois”⁸⁹. Além das dimensões da sincronia e da sucessão, Lacan acrescenta o tempo da *pressa*. Unindo lógica e tempo, ele aponta duas escansões que têm o “valor de significantes” e que verificam a precipitação do sujeito em concluir na pressa, num momento de eclipse, que, percebendo um tempo de atraso do seu raciocínio em relação aos outros, ele tem medo de perder – caso não conclua imediatamente, caso se deixe ultrapassar pelos outros – sua certeza. A certeza do sujeito é impelida por um ato de asserção de certeza antecipada. No só-depois, verifica-se alguma coisa que é atingida antes mesmo de poder ser verificada: “é a verificação da antecipação da verdade”. O autor conclui que há

⁸⁷ A antecipação marcada pela pressa do sujeito ante a possível falha na suposição do Outro instaura outro tempo para a psicanálise: o tempo do espaço entre a suposição e sua verificação.

⁸⁸ C. E. E. Lins, Observações sobre o tempo e o sujeito. *Sujeito e Linguagem*, Letra Freudiana. Rio de Janeiro: Revinter, Ano XVI, n. 22, 1977, p. 102.

⁸⁹ E. Porge, Tempo (verbete). *Vocabulário enciclopédico de psicanálise*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar. P. Kaufman (org.), 1996.

um hiato irreduzível entre a verdade e sua verificação; hiato que se reduz à dimensão temporal da *pressa*. Há, portanto, uma antecipação também no tempo da *pressa*.

A função da *pressa* no estágio do espelho é decisiva. Quando o sujeito antecipa aquele que designa como eu, há uma relação do sujeito com o Outro através deste tempo: “ele terá querido”. Uma *pressa* que se constitui neste tempo, futuro anterior, de adiantamento possível em que o sujeito se precipita em concluir para compensar seu atraso eventual, existindo uma falha entre o que é supostamente visto pelo outro e o que o sujeito afirma na sua suposição⁹⁰.

O transitivismo e a antecipação foram as primeiras ferramentas de que me servi para enfrentar a clínica com aqueles que ainda não falam, e que durante muito tempo possibilitou-me sustentá-la. Muitas vezes, ainda numa direção de demarcar o sujeito e o Outro, na trilha de uma busca mais eficiente sobre as situações trazidas – dado que começava a se tornar cada vez mais claro para mim que não se tratava de uma prática entre personagens, mas de lugares e funções que podiam circular entre todos, incluindo o analista na transferência.

Parece-me que os mecanismos de transitivismo e antecipação já me faziam suspeitar que a dificuldade de separar ou delimitar a bifurcação entre o bebê e o seu cuidador não era uma simples dificuldade teórica. Nesse caso, é

⁹⁰ Aqui é importante abrir um parêntesis para falar sobre a questão da prevenção, tão considerada no trabalho com o bebê, dado que grande parte da polêmica relativa à aproximação da prevenção com a psicanálise se refere à noção de tempo. O que diferencia a prevenção definida como uma resposta técnica, suposição da promoção de um conhecimento, um *savoir faire* de especialista, é esse tempo que a psicanálise pode conceitualizar de uma antecipação que instaura a *pressa* diante da falha entre as escansões: o que supostamente outro vê e a afirmação da suposição do sujeito relativa a esse “ele terá querido” assim.

verdade, tanto o transitivismo quanto a antecipação poderiam transitar em ambos os personagens, mas importava muito mais o tipo de olhar que eu poderia ter sobre a clínica e que, portanto, incluía também o analista.

Se o espaço clínico se apresentasse necessariamente como um espaço bifurcado entre um e outro personagem, como pensar todo esse campo que provocaria um corpo que se estende de um ao outro, ou mesmo de um afeto que atravessa do outro ao um em várias direções? A antecipação e o transitivismo foram duas noções que inicialmente abriram a possibilidade de “borrar” as linhas demarcatórias entre o espaço de um e o espaço de outro nessa correspondência linear e plana.

O olhar e o dizer estão no cerne da questão entre o transitivismo e a antecipação. Desse modo os limites entre ambas as noções ficam “frouxos”, “essa imagem mesmo que se mantenha ‘mais ou menos perfeita à visão’, ela guardará por toda ex-sistência do sujeito a condição de uma ‘mancha’ para o olhar”⁹¹. Digo “borrar” as linhas demarcatórias, dado que pode aparecer, fenomenologicamente na clínica, esse espaço euclidiano bifurcado:

- Do lado do cuidador deveria estar em jogo, nessa amplitude clínica, a materialidade das palavras e o sistema dos cuidados primários que somavam um sistema de linguagem. Significação dada ao bebê, codificação e decodificação (sentido - imaginário da mãe, o lugar na rede familiar e no casal parental) e, a voz e o olhar.
- Já do lado do bebê, seu corpo, seus gritos, suas vocalizações. O bebê apela, interpela aquele que cuida dele. O bebê

⁹¹ A. Souza, *idem*.

também, através do seu corpo e da sua voz, interpela seu cuidador, fisga sua atenção e suas respostas.

Essa bifurcação do espaço plano provoca a bifurcação da escuta e do olhar do analista. Conseqüentemente, é uma forma de separação entre um lado e outro lado, em todos os aspectos da clínica: demanda, transferência, lugar do analista, direção do tratamento. É preciso entender que “borrar” essa demarcação entre as noções de transativismo e antecipação, entre o sujeito sustentado por um corpo de bebê e seu Outro, representado por aquele que carrega o corpo que pode sustentar também um sujeito, favorece ir um pouco mais adiante nessa clínica.

3.4. A direção do tratamento

A Constituição da demanda (lado dos cuidadores) e do reconhecimento do apelo (do lado do bebê).

É preciso uma oferta para que se crie uma demanda⁹². Recebo um telefonema pedindo uma consulta. Normalmente se trata de um encaminhamento de algum colega. Na clínica com crianças um pouco maiores é comum a pergunta, já por telefone: quem vai na primeira consulta? Ao que respondo sempre: como você preferir. Quando se trata de um pedido de consulta para um bebê, a esses pais, ou normalmente à mãe, parece-lhe mais óbvio que traga o seu bebê já no primeiro atendimento. Existe uma

⁹² J. Lacan (1958), *La direction de la cure et son principe de pouvoir*. *Ecrits*, Paris: Seuil, 1992.

especificidade nesses pedidos, os cuidadores são os demandantes, porém não têm dúvidas se vão falar sobre o bebê ou se este pode escutar tal assunto. Querem mesmo mostrar o bebê desde o primeiro momento, necessitam oferecer algo ao olhar do analista. Se “a psicanálise é um tratamento específico da demanda que surge de quem sofre”⁹³ é necessário delimitar suas especificidades. Se favorecer a fala àquele que sofre tem valor terapêutico, isso implica a demanda – o que se tem de específico aí no campo clínico daqueles que não falam em relação à demanda?

Existe um correlativo da demanda de que o bebê se encarrega: o apelo, uma chamada ao Outro que trata de outra forma da pergunta, “*o que queres de mim?*”. Os apelos na clínica com o bebê são os sinais de sofrimento que ele já porta em seu corpo e que demoram o tempo de serem lidos, para que se façam endereçar e, então, desaparecer, dando lugar a apelos mais audíveis e codificáveis para seus cuidadores. É desse modo que aparece com frequência a queixa com relação à caminhada passando por diversos profissionais, de outras áreas inclusive, até que uma leitura dos apelos possa ser realizada.

Uma hipótese possível: essa clínica é a clínica da constituição da demanda e todo o trâmite de sua construção é o próprio trabalho. Desde que o analista seja “aquele que suporta a demanda, não como se diz para frustrar o sujeito, mas para reaparecerem os significantes onde a frustração ficou retida”⁹⁴. É essa fixação dos significantes ligados à frustração que está em jogo para que o bebê possa existir para seus cuidadores e para que o desejo materno e a função paterna possam ser sustentados. A demanda “*o que queres de mim?*” pode, sob a escuta e presença do analista, ser endereçada e

⁹³ D. Fingermann e M. Dias, *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005, p. 47.

⁹⁴ Idem, p. 618.

escutada, retornando ao bebê. Compondo uma re-ordenação entre a demanda, o apelo, e seus semblantes de respostas, seria possível retirar o preço tão alto a ser pago pelo bebê para se “colar” às satisfações parentais e, desse modo, esse bebê e esses cuidadores não precisariam mais do atendimento. O problema não resulta simples no tratamento, pois a insuportabilidade de sustentar a escuta do apelo do lado do bebê é correlata à impossibilidade de constituição da demanda do lado dos pais.

Segundo Fingermañ⁹⁵, a importância da demanda coloca-nos numa posição de desdobrá-la, e revela seis proposições para a demanda: permite articular o inarticulável, manifesta a relação singular que cada um tem com a estrutura; proporciona o limite do saber com desejo como resposta à questão do ser; permite (através da demanda) desdobrar a dor do ex-sistir; revela que a crença no sintoma baseia-se no valor estrutural da demanda e, por fim, que a psicanálise se apoia no aspecto estrutural da demanda.

A ideia de tomar o trabalho com o bebê como um trabalho com a demanda articula-se a todas as proposições acima referidas, mas sem dúvida de que a possibilidade de articular o inarticulável e o valor estrutural da demanda como resposta à questão do ser aplicam-se de imediato a essa clínica. A autora vem corroborar intensamente minha hipótese, quando cita Lacan em seu texto, *Television: “A cura é a demanda”*.

A implicação dos cuidadores.

Um momento importante do tratamento, assim como em todos, é a implicação dos cuidadores principais, chamada também de retificação

⁹⁵ Por causa do pior, idem ibidem.

subjetiva. Segundo Quinet⁹⁶, “Freud retifica a ordem das coisas modificadas pela neurose”, responsabilizando o sujeito com o que o divide. O trabalho de reviramento dialético, de retificação subjetiva tem aqui sua especificidade, pois comporta o cuidador propriamente dito, mas, sobretudo, sua implicação no que concerne ao bebê, como diz Porge, esse “seu”, da frase “esse seu filho”⁹⁷, mais ainda nessa clínica em que os cuidadores estão presentes. Essa presença dos cuidadores está nesse cruzamento que o lugar do bebê promove, seja como objeto, seja como sintoma; assim, os cuidadores principais tornam-se também implicados sem necessariamente chegarem ali para tal empreitada. São portavozes e, portanto, falam em nome próprio; se chegam como objetos desse lugar de não saber radical que o bebê pode provocar, é preciso que se sustentem como sujeito no trabalho e, para isso, é preciso também, que se impliquem na questão que os sustenta.

A entrada do bebê no tratamento.

Se o bebê está no lugar de “outra coisa”, como objeto de gozo ou de desejo para esses cuidadores, ou mesmo se ainda nem tem existência no tratamento, é preciso que o tratamento faça-o aparecer como bebê propriamente dito. É comum que esse bebê que está ali não exista ainda para esses pais, ou por estar no lugar de outrem⁹⁸, ou por qualquer impossibilidade de registro no campo do Outro. É preciso pensar num esvaziamento desses outros lugares ocupados pelo bebê para que ele retorne ao seu lugar de fato:

⁹⁶ A. Quinet, *As 4 +1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1999, p. 32.

⁹⁷ E. Porge, Des faits de présentation dans la psychanalyse avec les enfants. *Fragments*, Bulletin intérieur de l'école lacanienne de psychanalyse, idem.

⁹⁸ É muito comum o relato do bebê no lugar de um filho morto anteriormente a ele.

apenas um bebê que propicie a sustentação, não toda, de ideais e desejo para os pais.

No dia a dia, a clínica ia transcorrendo do modo mais instigante possível. Nesse momento, o que era importante para mim nas primeiras sessões: pescar as hipóteses maternas em relação a afetos no organismo do filho, tanto perguntando sobre isso no meio de algum tema, quanto me detendo no que ocorria na sessão, ali na minha frente. Ficava atenta para fisgar o que interessava ao bebê já na primeira sessão. Se ele estava muito desinteressado, ao mesmo tempo em que conversava com a mãe, eu “batia” disfarçadamente as unhas em algum lugar que fizesse um barulho diferente, para ver o que ocorria. Foi o que aconteceu ante uma menininha de 8 meses, que pesava 4 kg, não olhava, não se interessava por nada. Ao “bater” minhas unhas ao mesmo tempo em que conversava com sua mãe, ela bem disfarçadamente buscou com os olhos o lugar de onde vinha o barulho. Um pouco depois, eu disse: ah..você está aí? A mãe sorriu mostrando que entendeu o que havia se passado. Portanto, os lugares de sujeito, objeto, Outro vão se sustentando às vezes no corpo do bebê, no do cuidador ou mesmo no do analista (mesmo considerando a assimetria necessária à sua função).

Construir com “aqueles que ainda não falam” os marcadores do atendimento é também uma forma de trazer a possibilidade de inscrições, como foi o caso de uma menininha de sete meses que não olhava, não se movimentava, ficava inerte em meio à sua desnutrição. Consegui chamar a atenção da pequena fazendo barulhos com minha boca, e essa forma de fazer barulhos e bolinhas tornou-se nosso primeiro meio de comunicação, foi a possibilidade de puxar o fio da meada e tornou-se um “marcador do

atendimento”. Quando fiz uma viagem e a fisioterapeuta que a atendeu durante esse período reiterou para ela que eu estava viajando, ela, aparentemente imersa em seu ensimesmamento, olhou e repetiu a nossa, diria, “íntima conversa”. Esses marcadores vão instituindo a suspeita determinante da sustentação de um sujeito.

Conclusão: que viesse na primeira sessão quem aparecesse, podia atender no chão, ou com o bebê no colo de algum cuidador... era o que oferecia oportunidades de ler o que se passava ali em minha frente.

Delimitação e separação dos lugares.

Os cuidadores implicados e o bebê já existindo, é preciso um trabalho de delimitação de lugares e funções. Um trabalho que toma ao pé da letra a palavra: análise (separar). Isso vai sendo construído aos poucos, e muitas vezes é o próprio bebê quem já consegue interpelar (por que não dizer: interpretar) os lugares de cada um no trabalho. Quando chora no momento em que se fala de tal assunto, ao cair no chão no momento de outro, ao se aproximar de um dos pais... enfim, atos com efeitos interpretativos.

Por isso fui descobrindo na prática que os instantes mais preciosos no atendimento eram aqueles em que conseguia ler uma abertura entre enunciado e enunciação, que se passava entre o que os cuidadores falavam e o que o bebê mostrava, como um ponto de capitonagem. Momentos raros, mas que apontam uma intervenção numa estrutura, muito mais que em personagens. Por isso, parcimoniosamente, intervenções que se davam tanto na direção do bebê, quanto na direção dos cuidadores primordiais – a depender do que estava a ser trabalhado ou do que deveria ser preservado, como acontece

quando você se dirige ao bebê e fala algo com ele; algo que esse cuidador só vai poder escutar de modo indireto.

A saída de cena do bebê.

Constituída toda essa direção, é comum que as queixas ou manifestações sintomáticas referidas ao bebê passem a não aparecer mais. O problema do bebê deixa de ser o assunto principal, ele já aparece como um bebê simplesmente, e ao deixar de ser assunto principal, é possível, em alguns casos, que ceda seu lugar para outros assuntos de dificuldades de um dos pais ou do que se passa entre eles. Pode ser que o trabalho acabe aqui, pois se não se tem mais assunto, o que há é um esvaziamento, ou pode ser que o tratamento continue de outra forma, mas sem o bebê. Quando Lacan⁹⁹ se refere ao sintoma da criança como representante da verdade do casal ou ao que vem responder como identificado ao fantasma materno, tornando-se objeto da mãe, é possível também tratar do trabalho a ser realizado na clínica com o bebê, dado que, como ele mesmo provoca, o lugar do bebê como presença é o do objeto “a” no fantasma.

A mãe vem falar sobre seu filho que nunca dormiu, “já nasceu sem dormir”. Fala bastante de seu esgotamento, e começa a aparecer o temido tema da morte, inicialmente morte de seu filho, depois morte de sua mãe – de quem sempre cuidou, e finalmente sua própria morte. Foi nesse ponto que o bebê desapareceu das sessões, começou a dormir, e ela, que já fazia um trabalho terapêutico, reforçou as sessões e finalmente começou a falar sobre isso nesse espaço. Aqui temos não só a ideia de que o trabalho com o bebê

⁹⁹ J. Lacan (1969). Notes sur l'enfant. Em *Autres Écrits*. Paris: Seuil, 2001.

teve seu limite quando saiu do lugar das mortes que tamponava, mas, sobretudo, a sua materialidade na sessão determina o discurso materno, a ponto de falar sobre aquilo de que antes nunca havia tratado.

Passada essa travessia, deixando cair o objeto, tirando o bebê desse real desnudamento de objeto do fantasma para os pais, o trabalho tem o seu destino. Descobri, mais do que nunca, que essa era uma prática em que uns e outros falam tendo o bebê como lugar de cruzamento e contradições.

Portanto, começava a se delinear em minha frente um texto complexo que precisava ser lido (traduzido, transcrito, transliterado), mas passado para “outra coisa”, e para isso precisava passar pelo outro, o analista. Como diz Porge, está circunstancialmente, temporariamente, no lugar de uma transferência com os pais que foi rompida tão precocemente.

Dado que pode provocar uma re-organização das posições do sujeito, pode ocorrer o pedido e o encaminhamento para tratamento de um dos cuidadores. Pode, um dos pais, continuar com o analista ou ser encaminhado para outro.

Condições para a clínica com o bebê e a transferência¹⁰⁰

Sobre o amor de transferência, Freud vai afirmar que em lugar dos diversos objetos da realidade vai aparecer a “pessoa do médico”¹⁰¹, que se integra à vida erótica do paciente. Essa transferência é também uma resistência: no decorrer das associações livres, o aparecimento da “pessoa do

¹⁰⁰ Ver anexo 3 sobre o debate entre S. Lebovici e B. Cramer a respeito da transferência com bebês.

¹⁰¹ S. Freud (1914), *Observações sobre o amor transferencial*. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. 1969.

médico” favorece uma parada da associação. Para Freud, a transferência terá realmente esse caráter de repetição e de imagens. Nesse sentido, só podemos mesmo admitir a transferência na criança após o complexo de Édipo, no qual os agentes parentais são uma realidade, ou seja, já pode sofrer qualquer vicissitude de repetição ou mesmo ser uma imagem possível. Ele parte, porém, de um detalhe importante, a transferência ao analista se dá por uma ruptura da transferência com os agentes parentais, pois a ideia de repetir as relações objetivas no quadro analítico faz pensar em relações interrompidas ou que sofreram distanciamentos.

Em Freud, devido à incapacidade de amar, a libido já vai antecipadamente marcada para ser projetada no médico, existindo, portanto, condições prévias à transferência. Em todo caso, temos que especificar mais a situação para o caso dos bebês.

Para a psicanálise lacaniana a situação analítica não cria todas as condições para a transferência, para produzi-la é preciso que fora dela já existam possibilidades presentes, dando-lhe composição única. Se acompanhamos a ideia de que o analista já está lá na estrutura, é pelo fato de que ela já está lá como semblante de objeto que se enoda ao fantasma do sujeito; está lá como buraco quando o sujeito se torna ator de sua história. No caso da clínica com o bebê, porém, esse que estaria ali como objeto para os agentes parentais é também o bebê em sua condição de causa do desejo, perde sua posição, e essa transferência se rompe muito precocemente entre pais e bebê, ficando o bebê à *cantonade* também. Pode-se afirmar que os pais saem do lugar de pais, efetivando uma separação entre “genitores” e “pais”, e a criança se refere aos pais à *cantonade*.

É Erik Porge no seu texto *A transferência para bastidores*¹⁰² que, sem se referir à clínica com bebês propriamente dita, parece trazer um eixo norteador para o tema da transferência. A ideia básica é a de que na criança a neurose comum é a própria neurose de transferência: “na criança a neurose comum substituiria uma neurose de transferência não resolvida”¹⁰³. E a grande descoberta do autor é que a neurose na criança eclode diante de quem não mais sustenta a transferência da criança, os pais, por exemplo, não mais sustentam esse lugar de sujeito suposto saber em relação ao filho. O sintoma da criança será então para os pais esse representante de um saber suposto, que a criança esconde e que o analista deveria descobrir. Uma verdadeira ruptura na transmissão do saber.

A transferência de um saber suposto ao sujeito sendo rompida muito precocemente carrega o preço de fazer vacilar, titubear, o jogo da demanda e do desejo, tão imprescindível para a divisão do sujeito, além de retirar dos agentes parentais o sustento de suas funções: função paterna e desejo materno.

A resistência aqui também existe e, por se tratar de uma resistência do discurso, quando a palavra “revelação” não consegue ser dita¹⁰⁴, então o sujeito se agarra ao outro porque o que vinha junto à palavra revelação foi aí impedido. A resistência ao tratamento é também tratada por Lacan como resistência do analista. Delimito aqui as duas espécies de resistências, dado que cada uma se refere a um momento da teoria, e ambas me servem para pensar essa clínica.

¹⁰² E. Porge, *A transferência para bastidores*. *Littoral, A criança e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998, p. 7-19. Título francês: *Parler à la cantonade: falar sem se dirigir a um interlocutor preciso*.

¹⁰³ Idem, p.11.

¹⁰⁴ J. Lacan, *O Seminário, Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1989.

No trabalho com o bebê a resistência do discurso¹⁰⁵ pode ser dimensionada entre a fala do cuidador e os sinais do bebê. Quando a circulação entre desejo, demanda e necessidade se fecha, o analista entra nesse circuito provisoriamente para fazer isso falar. Em termos práticos, a resistência se apresenta no momento em que o bebê tenta se agarrar ao cuidador primordial num momento de angústia revelado pelo discurso, por exemplo, através da voz desse agente parental. O bebê tenciona uma intervenção que provoca um limite no discurso do que vinha sendo associado pelos pais (um bebê que começa a chorar escandalosamente assim que um dos pais começa a relatar algo penoso). A segunda forma de ver a resistência, como resistência do analista, por exemplo, ao restringir a intervenção a uma orientação aos pais, ou mesmo a uma clivagem na intervenção, considerando apenas os cuidadores, abandonando o bebê ali na sessão, ou o inverso, menos comum mas factível de ocorrer, o de abandonar os pais e se dedicar apenas ao bebê em sua intervenção.

Disto resulta que há uma hipótese importante de que a clínica com bebês acontece a partir de um rompimento muito precoce na transferência entre pais e bebê, e que se encontram numa turbacão no interjogo da demanda e do desejo.

Atos e intervenções na clínica com o bebê

Proponho, no meu trabalho clínico, que o analista possa estar mais atento aos objetos de troca pulsional e, desse modo, possa favorecer as

¹⁰⁵ J. Lacan, *idem*.

intervenções que buscam explorar a voz e o olhar como objetos privilegiados no laço bebê e seu Outro. Proponho aqui intervenções que sustentem o resgate dos efeitos que esses dois objetos, voz e olhar, constituem. Apenas o direcionamento ou o afastamento do analista frente a determinado acontecimento, que as ações e gestos do bebê provocam, já podem ter “efeitos interpretativos”, podem funcionar como uma interrogação, uma pergunta, abrindo mais possibilidades simbólicas na comunicação entre o cuidador e seu bebê, e que podem ainda funcionar como o relançamento do jogo entre demanda e desejo.

Abrir mais possibilidades simbólicas implica favorecer uma “não explicação”. O analista deixa os efeitos interpretativos num estatuto de enigma, para que os agentes parentais possam começar a re-tomar a suposição de um saber do lado deles. Em algumas situações de dificuldades do bebê, trata-se exatamente de criar defesas contra os aspectos muito invasivos por parte das circunstâncias que envolvem o lugar do cuidador principal, assim, o resgate de algum enigma já pode provocar efeitos interpretativos e, por si só, modificar a situação. Em outras palavras, é não colocar nada no lugar em que o vazio deveria estar. E assim se espera manejar a angústia estruturante do sujeito, dado que ela pode se desvelar de modo abrupto ante a certeza de algumas intervenções. Segundo Lacan¹⁰⁶:

A interpretação, para decifrar a diacronia das repetições inconscientes, deve introduzir na sincronia dos significantes que a compõem alguma coisa que torne a tradução possível,

¹⁰⁶ J. Lacan (1958). La direction de la cure et les principes de son pouvoir. *Écrits*, Paris: Seuil. 1992, p. 593.

precisamente, o que permite a função do Outro no código, sendo o que a partir dele aparece como elemento faltante.

É da própria estrutura da função do Outro a emergência do que está sendo chamado de elemento faltante, ou seja, nos efeitos interpretativos advindo das intervenções do analista há que se contar com o que provoca de faltante, e que permite uma intervenção possível.

Outro aspecto instigante dessa clínica é o lugar específico que o bebê ocupa para seus agentes parentais. Se o bebê está para o casal parental (ou para um dos dois) como sintoma, isso já o coloca num lugar de quem aponta a interpretação, já que o sintoma aponta para sua própria interpretação. Se o bebê está como objeto causa do desejo, ele também está no lugar propício a efeitos interpretativos, uma vez que há efeitos interpretativos possíveis na inferência da direção que o inconsciente, através de suas manifestações, toma para ler o desejo. O que quer dizer que, diante desse real que o corpo do bebê propõe, as leituras desses sinais, que os cuidadores podem realizar nas sessões sob a escuta do analista, podem ter o valor de efeitos interpretativos, dado que ali podem inferir as manifestações de seu próprio inconsciente¹⁰⁷.

Somando-se a esses dois exemplos de intervenções, a ideia da circulação da palavra entre uns e outros – como já referido acima com Erik Porge – compõem para minha clínica possibilidades interessantes de intervenções ante o paradoxo “daqueles que ainda não falam”, num atendimento que tem a psicanálise como sua ferramenta. Acredito que devem fazer parte das referências para as intervenções do analista: os objetos de troca pulsional voz e olhar, o lugar inconsciente que toma o bebê para o casal

¹⁰⁷ J. Bergès e Balbo, *Ensaio sobre o transitivismo, jogos de lugares entre a mãe e o bebê*. Porto Alegre: CMC ed. 2004.

parental que permitem inferências relativas ao desejo e à circulação de palavras tomando o bebê como lugar de contradições para o casal¹⁰⁸.

Nasce, portanto, em minha clínica, a ideia de estrutura, onde apenas as mudanças de lugares de enunciados e enunciações já provocam efeitos interpretativos, assim como a ideia de sustentar o enigma provocado pelos objetos voz (em sua mudez) e olhar (em seu apelo ao olhar) são formas sutis de intervenções nessa clínica. Essa tese vem demonstrar, para além dessas, que a “mostração” inerente à clínica daqueles que não falam é outra intervenção que pode por si só provocar mudanças de posições.

O que se torna claro é que de fato havia em mim uma busca que pudesse considerar os tão sutis detalhes dessa clínica, tendo a psicanálise como instrumento. As noções de: transferência, resistência, demanda, corpo, posição do analista, fim de tratamento, efeitos interpretativos foram tomadas até então no que estou chamando de uma vacilação entre espaço euclidiano, que forçava a leitura de uma bifurcação plana entre “lado de um e lado do outro”, ou mesmo, “lado materno, lado do bebê”, e um início de leitura de um espaço topológico. É importante frisar que foi essa leitura a partir de um espaço plano e de seus personagens que promoveu, na minha clínica, a suspeita de começar a pensá-la diferentemente, ou seja, como uma estrutura. Essa suspeita nasce quando começo a pensar o lugar do analista, os diversos ângulos do trabalho, e a estrutura na clínica, mesmo porque o analista participa do trabalho com seu paciente, estando já na história do sujeito¹⁰⁹, “o analista faz parte do caso do analisante, do mesmo modo que faz parte do conceito de inconsciente, na medida em que ele constitui o seu endereçamento”.

¹⁰⁸ No último capítulo acrescentamos às presentes noções outras possibilidades de suportes para leituras possíveis dessa clínica.

¹⁰⁹ E. Porge, *Transmettre la clinique psychanalytique*. Idem, p.125.

A clínica com o bebê e seus cuidadores, tal como comecei a lê-la, portanto, é herdeira da concepção de um espaço euclidiano, como a clínica de tradição inglesa, apesar de conseguir instrumentos para pensá-la dentro de um espaço euclidiano, há restrições. Ainda que os personagens representem uma situação de estruturação, o laço entre eles é mais complexo do que o espaço plano meramente bifurcado em dois lados pode mostrar – como nos mostra a topologia do extimo citada mais acima. Continuei, portanto, seguindo a pesquisa clínica que essa complexidade me impunha e alguns dos fundamentos básicos da psicanálise se tornaram condição para sua efetividade: A) ICS não está nas profundezas, mas na superfície. B) A psicanálise é uma prática de leitura. C) Trata-se de uma estrutura. No percurso que se seguiu, porém, dois temas se apresentaram como constantes em meio a esses três eixos a que me refiro aqui. São eles os temas da morte e da invasão.

Fazendo parte da minha pesquisa clínica, tornou-se também imprescindível – para além do dispositivo da clínica, dos paradoxos que a clínica dos que ainda não falam enfrenta – o surgimento de outro aspecto, mais ligado ao conteúdo do que trata essa clínica. Aspecto que certamente se conjuga a essa condição de ser uma prática efetivada num momento inicial do sujeito falado.

Quer dizer que se a particularidade “daqueles que ainda não falam” provoca paradoxos no dispositivo clínico, como a especificidade dessa clínica que se desenrola num momento de inseminação do sujeito na linguagem que a ele pré-existe, esta também se veste de conteúdos – mesmo de modo muito singular em cada caso – que insistem em se repetir. É preciso considerar que,

se o bebê ainda não fala, os cuidadores aí se amarram, quando são exatamente tocados pela época de suas vidas em que ainda não falavam. Acredito aqui que a constância e a insistência desses dois temas, invasão e morte, podem também se referir a esse aspecto da “não fala”, de uma clínica que ocorre no tempo mesmo da miscigenação do sujeito na linguagem em seu momento mítico inaugural.

Descubro então que os insistentes, quanto coalescentes, temas de invasão e morte que aparecem na clínica com o bebê apresentaram-se no trabalho como duas vertentes da angústia, além de se enlaçarem com os mecanismos de transativismo e antecipação já descritos.

3.5. Topologia dos afetos: morte e invasão

“Não se pode perder quem não viveu”.

Jean Allouch

As sereias: consta que elas cantavam, mas de uma maneira que não satisfazia, que apenas dava a entender em que direção se abriam as verdadeiras fontes e a verdadeira felicidade do canto. Entretanto, por seus cantos imperfeitos, que não passavam de um canto ainda por vir, conduziam o navegante em direção àquele espaço onde o cantar começava de fato. Elas não o enganavam, portanto, levavam-no realmente ao objetivo. Mas tendo atingido esse objetivo, o que acontecia? O que era esse lugar? Era aquele onde só podia desaparecer (...), onde as sereias, como prova de sua boa vontade, acabavam desaparecendo elas mesmas.

De que natureza era o canto das sereias? Em que consistia seu defeito? Por que seu defeito o tornava tão poderoso? Alguns responderam: era um canto inumano – um ruído natural, sem dúvida (existem outros?), mas à margem da natureza, (...). Mas, dizem outros, mais estranho era o encantamento: (...) porque as sereias, que eram apenas animais, lindas em razão do reflexo da beleza feminina, podiam cantar como cantam os homens, tornavam o canto tão insólito que faziam nascer, naquele que ouvia, a suspeita

da inumanidade de todo canto humano. Teria sido então por esse desespero que morreram os homens apaixonados por seu próprio canto? Por um desespero muito próximo do deslumbramento. Havia algo de maravilhoso naquele canto real, canto comum, secreto, canto simples e cotidiano, que os fazia reconhecer de repente, cantando irrealmente por potências estranhas e, por assim dizer, imaginárias, o canto do abismo que, uma vez ouvido, abria em cada fala uma coragem e convidava fortemente a nela desaparecer¹¹⁰.

Encontrando-me imersa na clínica com crianças pequenas ou mesmo com aquelas que ainda não falam, onde a urgência da vida, o desespero do humano e a imersão de emoções são uma constante, atraquei em uma particularidade exalada por essa clínica. Fui-me deixando surpreender pela constatação de dois grandes temas insistentes tanto quanto anunciadores: o da espessa neblina que evocava o tema da morte (a partir da direção dos cuidadores) e o da dura manifestação da invasão (a partir da direção das crianças). Se possível fosse permear a singularidade de que se trata a clínica pela construção de um *fio rouge*, seriam esses densos temas, invasão e morte, que evocaria. Essa presença inicialmente sutil da morte, por que não dizer impensável neblina, no pensamento dos pais, fez-me mais atenta e cuidadosa nessa escuta dos seus efeitos. Assim como a renitente epopeia das manifestações de defesas da invasão lida pelas crianças, ainda tão pequenas, provocou-me o ímpeto de entender melhor esses acontecimentos na clínica. Pergunto-me, não sem curiosidade: existiria uma ligação entre eles, morte e

¹¹⁰ M.Blanchot, *O livro por vir*. Rio de Janeiro: Martins Fontes. 2005. p. 3.

invasão? Melhor, seriam interfaces de um mesmo espaço numa espécie de intersecção pulsional, numa mesma estrutura?

Os mais variados fenômenos são trazidos por essas crianças que ainda não falam, ou, se assim já fazem, fazem-no de forma muito torpe: fenômenos de recusa, olhares de *soslaio*, inibições, falta de volição, inquietação motora ou ensimesmamentos importantes, a ponto de receberem diagnósticos de autismos, e por aí vai...

Os que se fazem cuidadores ante o desamparo inicial do bebê trazem certa paralisia, sob o fundo de uma matemática da fantasia de morte desse filho. Matemática, por se tratar – em se levando às últimas consequências as preocupações parentais – de um único resultado: *meu filho pode (vai) morrer*. A qual delicadeza, afinal, sempre me referia ao tratar dessa clínica, senão por esse *fio rouge* que a costura?

Ali, então, diante da leitura desta frase *morte chama morte*¹¹¹, fui impelida a continuar farejando nesse traçado: morte, filho, angústia.

E se nem todos os casos podiam evocar a morte como um evento, um fato, minha perplexidade aumentava ainda mais diante de mortes apenas aventadas, mas tão ou mais persecutórias que essas que constataam a “morte seca”¹¹². A combinação desse fenômeno de “invasão” verificado pelas respostas dessas crianças e a sombra da evocação da morte fizeram-me acreditar numa certa relação metonímica entre filho, angústia, morte. Longe da necessidade de um ingênuo relativismo, precisava marcar diferenças e ler as especificidades dessa clínica inscritas nesses atendimentos.

¹¹¹ Referência a uma expressão de Jean Allouch no livro *A Erótica do Luto no tempo da morte seca*.

¹¹² J. Allouch, *Erótica do luto, no tempo da morte seca*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

Morte chama morte

Caso estejamos de acordo de que “estamos de luto não porque um próximo morreu, mas porque aquele que morreu levou consigo, em sua morte, um pequeno pedaço de si”¹¹³, como podem ser pensados os efeitos sobre a ideia da morte de um filho? Que pedaço o filho leva dos pais quando morre? Parece de imediato que o filho leva dos pais com a morte toda ideia de continuidade e pertencimento. Demole também o ideal da transmissão e a quebra do jogo especular que o filho propicia. Leva certamente a possibilidade de serem pai e mãe de um filho. Leva-lhes metade da vida.

A ideia da morte de um filho não precisa reivindicar sua prova de realidade, ou melhor, o luto abre as portas para uma questão que não é a da realidade, da prova da realidade, mas a da verdade: “a impressão não implica necessariamente a presença do objeto que a inscreveu, é preciso que a pata tenha marcado a areia para que nela seja situável a impressão que ela terá deixado”¹¹⁴. Talvez por isso mesmo a mais fugaz ideia de que um filho pode morrer provoque tanta devastação nos pais. De que forma, então, essa devastação é revertida para o filho vivo?

Não se pode perder alguém que não viveu. Por isso o paradigma moderno do luto é o luto do filho. (...) Um furo cuja imaginarização está sendo demais para o enlutado constituído pela vida ainda não vivida. O problema não é a duração, mas é que é preciso certo tempo para que algo se cumpra numa vida. É por isso que o luto de um filho é paradigmático.

¹¹³ J. Allouch, *Erótica do luto*, op. cit., 2004.

¹¹⁴ Allouch, idem, p. 110.

A ideia da morte de um filho apropria-se da dimensão parental na medida em que esse filho ainda não realizou alguns dos ideais parentais. O insuportável desse desastre é o que não se cumpriu da vida do filho para os pais. Portanto, como diz Allouch, o luto não é um íntimo diálogo entre o morto e o enlutado, mas há que comportar as circunstâncias que envolvem os dois quando há possibilidade de aí se realizar.

Por que, por exemplo, Freud não leu o luto a partir de sua teoria do trauma? Pergunta-se Allouch. Freud, desse modo, leva em conta apenas os traços do morto, o que vai permanecer do morto (no vivo) após sua morte: “a inexistência do objeto perdido prossegue no psiquismo”¹¹⁵. Estaria aí a marca freudiana do impensável da morte de um filho? Para Freud, para “fazer um luto” é preciso que o morto permaneça vivo!

É desse modo que a forma atual de pensar a morte é tributária também da possibilidade de fazer um luto. Segundo delineia Allouch, há atualmente todo tipo de ritual para que a morte seja velada, diminuída, desaparecida...

O fim da crença no inferno, o fim do inferno como coisa temida faz que a morte seja temida pela ideia de separação; a morte advém não mais como inferno, mas como lugar de separação¹¹⁶, logo: não há mais morte no grupo, a morte de cada um não é mais um fato social. Não se tem aí mais nada de público. Não há mais sujeito que morre, já que não é mais um acontecimento social, a morte não é mais tampouco subjetivável¹¹⁷. O não mais sentir-se morrer tornou a “morte ideal”. E, por fim, a medicalização da morte no processo de desconhecer a morte faz silêncio sobre a morte. A impossibilidade de se

¹¹⁵ Idem ibidem, p. 127.

¹¹⁶ Áries citado por Allouch, idem, p. 142.

¹¹⁷ J. Allouch, idem, p. 148.

livrar do corpo do morto denota a persistência de uma questão que também poderia ser eliminável.

Na clínica o terror¹¹⁸ que se instaura nos pais a partir de qualquer acontecimento do filho relativo à alimentação, ao dormir, às inúmeras possibilidades de queda, apontam para esta equação matemática: se não come... morre. Ao dormir pode ocorrer algo... pode morrer. Ao se movimentar pode cair... pode morrer. A vida desses pais com seus filhos transforma-se realmente num vigiar constante, num eterno ponto de suspensão do que pode vir a ocorrer, quer dizer, morrer. Seria mais simples justificar que esses pais já tiveram perdas anteriores ligadas a um filho, uma gestação, uma dificuldade de fecundação. Mas esses dados de realidade não podem ser considerados ocorrência em todos os casos que têm a morte como tema recorrente, mesmo que saibamos que quando há um precedente relativo à “morte seca”, quer dizer alguma perda efetiva anterior de um filho ou uma gestação, é fato que a angústia vai acompanhar esses pais de modo mais contundente.

O filho desse casal não comia e o pânico se instaurava. Foi depois de alguns meses de atendimento que, aparentemente de repente, surgiu o assunto de uma filha mais velha que viera a falecer, antes do nascimento desse irmão, aos dois anos de idade. O menino com cinco anos, que nada comia, vivia o pavor dos pais em detalhes já tão cotidianos que nem sequer eram trazidos às consultas, pois “era natural” que assim fosse. Ele, aos cinco anos, alimentava-se na mamadeira, como se faz com um recém-nascido! Era

¹¹⁸ Posso aventar a possibilidade que o paradigma desse terror foi a loucura de Marguerite. A partir do livro de Jean Allouch, (*Marguerite ou a aimée* de Lacan, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997) torna-se claro para mim, de que ordem de terror era a ideia da morte de um filho nesse caso. Digamos que Marguerite teve uma saída radical ante a condensação de acontecimentos, morte de uma irmã antes dela nascer que se chamava Marguerite, perda de um filho antes do segundo nascer... enfim. Pode-se ler o caso Marguerite como sua tentativa de lutar contra a morte de seu filho. É impressionante o que uma mãe é impelida a fazer por um filho.

lógico tudo isso, diziam, pois com a mamadeira permanece a exigência de limpar bem. Dormia no berço que era grande, pois, em uma cama, poderia cair... quando sabemos que um berço é muito mais perigoso para uma criança de cinco anos do que uma cama com alguma proteção nos lados.

Os pais dão leite especial¹¹⁹ enquanto a criança dorme, estão aparelhados com câmeras coloridas com audiovisual para vigiarem a criança enquanto ela dorme¹²⁰, escolhem as creches que têm câmeras nas salas e a partir das quais eles podem olhar todo o dia da criança. Mais ou menos tecnológicos, estão sempre em estado de alerta diante dessa possível morte: *não consigo dormir à noite porque uma cobra pode entrar na casa, subir as escadas, entrar no quarto dele, subir no berço e o atacar*, aparentemente paradoxal, vindo de uma mãe que mora num condomínio super, hiper vigiado de classe alta da cidade, portanto, distante da imagem de uma casa no campo, numa cidade de interior...

Em Lacan há uma disparidade profunda entre a situação de antes e de depois do luto. O estatuto da repetição dá a Lacan a possibilidade de não considerar que haja objeto substituto¹²¹. O luto aqui terá função de disparador de uma posição subjetiva ainda não encontrada. Não se trata de reencontrar um objeto, mas de uma nova posição em relação ao objeto. Ele acabará por não admitir a identificação ao objeto, porque assim se manterá a relação do sujeito ao objeto de qualquer forma. Pode aparecer a função persecutória como uma possível função civilizadora de cada um com a morte.

¹¹⁹ Tipo de leite que possui todos os nutrientes necessários para uma alimentação, sem necessidade, portanto, de comidas ou frutas.

¹²⁰ Recebi uma vez um casal que me contou que fez no quarto do bebê uma janela que dava para o corredor; desse modo, podiam “estar vendo” o filho todo o tempo num contínuo gerúndio.

¹²¹ J. Allouch, *A erótica do luto*, idem.

E os pais? O que tanto os persegue nessa ideia de que o *filho pode morrer*? Por que diante de acontecimentos médicos, alimentares, doenças corriqueiras do filho, é a morte que ronda os berços na cabeça dos pais? Imaginar-se sem o filho ofereceria toda espécie de demolição do desejo? Seria uma volta a um estado inanimado, como aponta Freud ao tratar da pulsão de morte? Ou mesmo fantasma de infanticídio?

O fato é que quase indiscriminadamente, nessa clínica com o bebê, o tema do pavor da morte do filho é uma constante. Uma constante repetitiva e ameaçadora. Seria talvez o real que o bebê provoca nos pais uma hipótese possível para essa desvastação?

O real que o bebê provoca nos pais parece suscitar uma hipótese muito mais pertinente a essa questão. O bebê, como um pedaço de carne, não deixa de ameaçar os pais, como se a qualquer momento pudesse aparecer o real sem véu. Alguma coisa desse estado de “ainda não falar”, aspecto principal do tema deste escrito, parece provocar também a ideia de certo favorecimento à aparição de menos roupagens para o real. Acredito que uma forma de “sofrer”, de ler os efeitos do real que o bebê provoca aparece em forma do fantasma: pavor da morte nos pais.

Se acreditamos que é a angústia o afeto que acompanha essa vertente de terror ante o pensamento de morte de um filho, podemos também, de modo salutar, aventar outra hipótese. A hipótese do nascimento do filho como signo da vida, e emprestarmos de Lacan a ideia de que o que há mesmo é angústia de vida e não de morte. Isto é, uma angústia diante da vida, diante de uma vida que seria uma vida desejanse¹²², dado que o desejo comporta a angústia. Além

¹²² Idem, *ibidem*.

disso, o pensamento de morte de um filho, que ensaia um luto em pensamento, exige uma convocação do simbólico. Sendo assim, como afirma Allouch, quanto menos tiver vivido o morto (ou suposto morto) para o enlutado, mais assustador será seu luto e, conseqüentemente, mais necessária será sua convocação ao simbólico. É aterrorizante ser invadido pelo pensamento de que o filho pode morrer sem que algo de sua vida se cumpra. Enfim, ao comportar uma época de não fala, o real desse corpo do bebê provoca também nos pais uma época de não fala.

Mas o problema não para aí. O que repercute no bebê desse efeito do fantasma parental é também indicador de atenção: uma intensa manifestação de invasão do Outro para o filho.

Invasão

O momento na criança em que esse tema surge na clínica e seu modo insistente coincide com o tempo de formação do eu de modo especular. Desde o texto sobre o complexo da intrusão, citado antes, encontra-se aqui a possibilidade de uma especificidade dessa clínica nesse momento nascente. É um momento também em que o Outro e o outro incidem de modo pungente sobre o sujeito. Toda condição alienante torna-se também, nesse tempo, condição de sobrevivência e necessidade constitutiva.

Quando Freud se refere ao Ego como um Ego corporal e que é formado, sobretudo, de um precipitado de catexias abandonadas¹²³, está tratando de mecanismos de projeção e de introjeção. E além de tratar o Ego como sede

¹²³ S. Freud (1923), *O ego e o Id*, Obras completas. Rio de Janeiro: Imago. 1969.

real da ansiedade, confirma a ideia de ele estar ameaçado por três perigos: mundo externo, id e superego. Dito desse modo, é possível pensar que Freud já rondava essa ideia de “expulsão” como fazendo parte da constituição das instâncias psíquicas. É preciso, portanto, que o psiquismo se movimente para “expulsar” o que causa desprazer e “introjetar” o que causa prazer. No texto *Mais além do princípio do prazer*¹²⁴, o princípio do prazer seria a tentativa de manter sob níveis suportáveis a quantidade de excitação do psiquismo, numa tendência à constância. Freud, porém, começa a perseguir a ideia de que “os instintos tendem à restauração de um estado anterior de coisas”¹²⁵, surgindo daí a ideia de um instinto que tenda a retornar a um estado anterior, uma tendência à morte.

É impressionante acompanharmos Freud para poder verificar que a sua hipótese de instinto de morte, inerente aos seres humanos, é fundada em sua pesquisa sobre o psiquismo, mas, sobretudo, um psiquismo que “expulsa” e projeta para o exterior o que não lhe propicia prazer, uma tendência à constância. Nisso o psiquismo é ativo e tende a se proteger. A diferenciação entre as instâncias psíquicas – Id, Ego e Superego – é também conseguida por esse mecanismo de expulsão dos estímulos desagradáveis. O outro lado da questão é que, segundo Freud, um excesso de estímulos provoca desprazer por ocasionar um aumento de catexia. O que significa que o psiquismo tende a se proteger usando esse mecanismo da expulsão.

Tenho acompanhado muitas situações de crianças bem pequenas, que se imobilizam, promovem impasses na formação do Eu e, desse modo, desenvolvem defesas importantes que alimentam esses impasses e provocam

¹²⁴ S.Freud (1920), *Mais além do princípio de prazer*. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago. 1969.

¹²⁵ Idem, p. 55.

no Outro parental seja um furo no seu saber, ou mesmo um abalo no fantasma parental. Recusa alimentar, impossibilidade de dormir, evitamento do olhar, falta de interesse pelas pessoas que estão ao seu redor ou mesmo pelos brinquedos. Enfim, esse tempo em que o Outro parental é estruturalmente proeminente, a leitura que a criança faz passa a ser a de uma invasão ameaçadora traduzida por trejeitos, pequenos gestos, pensamentos dos pais. Essa invasão ressentida é possivelmente uma reduplicação da necessidade estrutural de “expulsar” um excesso de estímulos, freudianamente falando. De todo modo, o que se coloca em jogo é a leitura pela criança de uma invasão do Outro.

Será que o que a criança lê sob a roupagem da invasão do Outro um fantasma mortífero dos pais?

Se estruturalmente o Outro é impregnante nesse momento da imersão da linguagem do sujeito em corpo de bebê, é de modo imaginário que aparece como invasor para o sujeito? Se ao Outro parental cabe um empréstimo imaginário para a consistência simbólica a ser efetivada, tanto a condição de dependência quanto a condição de onipotência se tornam “inchadas”. É sobre essa violência inicial e estrutural da angústia que os sinais de sofrimento do bebê comparecem nessa clínica?

Segundo Pommier¹²⁶, o desamparo inicial do bebê, que obviamente não está ligado a sua imaturidade biológica nem a uma impotência fisiológica, é uma escolha necessária à existência. O grito do bebê é pelo autor interpretado mais como uma recusa, que instiga a todos que já o presenciaram, e podem testemunhar a aparição da violência e a angústia, contrárias ao estado de

¹²⁶ G. Pommier, *Qu'est-ce que le réel?* Paris: Eres, 2004.

dependência. Através do grito, o ser mais desarmado afirma sua paradoxal liberdade e se distancia de qualquer um que pretenda insistir em sua dependência.

À estrutura de impossível satisfação da demanda materna que o bebê se faz cargo o prende a esse lugar de dependência, a recusa de satisfação é um pedido de existência para além desse lugar. Seja o grito, sejam algumas manifestações sintomáticas, uma vez presas ao corpo, tornam-se caras ao sujeito, como o preço de barrar o Outro parental. É a recusa a uma suposta invasão do Outro para imprimir dependência que pode ser o pivô de algumas dessas manifestações sintomáticas ligadas às recusas de forma geral. A angústia comparece por bordejar a tentadora ideia de desistência de recusa ante a invasão do Outro parental e, quem sabe, sob toda a fragilidade que o bebê pode provocar, tornar-se para sempre o complemento e o representante de uma falta.

É na iminência da transmissão dessa trama de dificuldades no início da vida que se é afetado pela angústia, o afeto dos afetos. Aposto, neste escrito, que as dificuldades precoces mais corriqueiras que tomam as relações do sujeito em corpo de bebê e seu entorno retratam “os sucederes afetivos com que o sujeito pode se deparar, em sua aproximação ao desejo”¹²⁷. Na angústia temos o tempo e o espaço de modo nada linear, portanto, para uma formalização da clínica para aqueles que ainda não falam é preciso tratar da angústia, não necessariamente propondo uma reduplicação do quadro lacaniano sobre a inibição, o sintoma e a angústia, mas tomando-a como o

¹²⁷ R. Harari, *Seminário A angústia de Lacan*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997, p. 26.

afeto que trata das vertentes morte e invasão. Seriam então, nesses casos, a morte e a invasão, duas roupagens tradutoras da angústia?

Todos os elementos (o bebê, os agentes parentais, as circunstâncias da vida, a narratividade, o fantasma de infanticídio, a defesa da invasão do Outro, a angústia constitutiva, a imagem e a cena, as palavras), todos os elementos precisam ser considerados para se pensar a clínica com aqueles que ainda não falam. Desse ângulo, o que pode ainda complexificar o que se inscreve no Outro parental a partir do bebê é o fato de que o bebê “toca” no bebê que os pais foram (o que do imaginário é provocado), portanto, “tocam” neles, retornando a uma época também sem palavras para eles. O que o bebê precisa inscrever nos agentes parentais é a fala de um mundo sem palavras. E a partir daí toda a necessidade de codificações e decodificações inerentes à sua estruturação.

O que seria ainda mais necessário para dar conta do que essa clínica promove?

Pensar que o objeto está no lado do Outro e no lado do sujeito está o Outro barrado, isso significa que bifurcar essa clínica em “lado de um e lado de outro”, mesmo que pensemos em dois personagens (quando são dois), não consegue descrever a clínica daqueles que ainda não falam. O sujeito, o objeto e o Outro podem encarnar em diferentes corpos: do bebê, do cuidador e do analista. O que, como diz Blanchot, provoca esse canto inumano e cheio de encantamento, que não engana, e que mesmo sendo a expressão do maior desejo faz um convite ao desaparecimento?

A morte, vertente da angústia, comparece num quadro maior sob os efeitos do real, do simbólico e do imaginário que o bebê provoca em seus

cuidadores primordiais. A invasão, outra vertente da angústia, evoca no real do bebê os efeitos do fantasma parental. Existiria um claro limite para tal bifurcação? Ou há também efeitos da invasão no lado do Outro parental e da morte em recusas ou ensimesmamentos do bebê?

Há cantos inumanos, convites ao desaparecimento, encantamentos, sob ação de personagens num tempo sem cronos... afinal, de quem seria o canto?

Digamos que até aqui um caminho já havia sido feito: o alicerce da construção. Estava ali posta a ideia de um sofrimento muito precoce no bebê, o sofrimento como um fato, de que modo podia ser lido? Portanto, se o bebê participava do tratamento, qual era sua razão¹²⁸?

¹²⁸ “Uma criança jamais pode constituir uma razão”. Para além desse sentimento de impotência, de não conseguir fazer uma razão de seu filho, sentimento que pode afetar uma mãe, entrevemos essa equivalência entre um filho e uma razão como originada da *impossibilidade*. Se tal for realmente o caso, segue-se uma lógica bem particular, já que quanto mais uma mulher encontrar uma razão em seu filho, mas ela se encontra *desarrazoada*. J. Allouch, *Marguerite ou a aimée de Lacan*. Idem, p. 356.

4. Capítulo 3

Leitura 3

O mundo

O encaminhamento chega do pediatra¹²⁹ com uma observação: trata-se de uma urgência. Teria eu horário imediatamente disponível logo naqueles dias? O pai e a mãe vêm e querem uma pronta resposta sobre o feriado, pois havia o problema da folga das empregadas. O marido pensa em solucionar o problema fazendo uma viagem, distanciando-se daquele “ambiente” onde a filha tinha dificuldades para comer.

Está aqui a homogeneidade do mundo: urgência médica, as empregadas no fim de semana, a pediatra, a recusa alimentar, o pedido de horário rápido, a viagem sugerida pelo pai. Tudo com o mesmo peso e a mesma medida como um fundo plano, a ponto de provocar inquietações numa escuta menos avisada: como ficar tanto tempo falando de empregadas diante de uma situação de tanta urgência?

A cena: primeira história

A mãe, em meio a tantas e diversas orientações médicas ante a problemática de sua filha, decide escutar principalmente uma dessas orientações: parar de amamentar imediatamente. Seu leite, segundo

¹²⁹ É importante dizer que todas as viradas no tratamento desse caso foram muito bem sustentadas pela pediatra, que apoiava, com o conhecimento médico, as inseguranças parentais.

determinado médico, poderia estar “provocando” alergia em sua filha. Enfim, a peregrinação pelos médicos começa e Maria Francisca passa a ficar cada vez pior. Muitas hipóteses e muitos exames, alguns bastante invasivos.

Na cena: segunda história

Durante a gestação dessa filha, o pai havia feito uma operação de próstata, e fora constatado um câncer. Apesar de tudo indicar que agora está curado, permanece o fato de que a notícia de um câncer havia invadido o tempo da gestação.

O filho mais velho da mãe, que mora com a avó materna, havia tido há pouco tempo um acidente grave de carro e ainda estava em tratamento no interior. Seu rosto havia se desfigurado, estava fazendo algumas cirurgias reparadoras – outra invasão importante em se tratando da mesma posição: a de um filho.

A cada fragmento de história o enquadramento da cena se torna mais nítido. O entrelaçamento das cenas trazidas com as cenas mostradas nas sessões vai tomando forma. Maria Francisca mostra nesse primeiro encontro sua falta de interesse pelo mundo.

Citando Lévi-Strauss, para discernir a estrutura e a imagem, remetida à cena que tem lugar privilegiado, Lacan¹³⁰ distingue três momentos: Primeiro: vem o mundo tal como ele é. Segundo: vem a cena sob a qual montamos o

¹³⁰ Lacan, L'Angoisse, seminário não publicado, estabelecido pela Association Freudienne International, 1962/1992.

mundo; a história, por exemplo. Terceiro: vem a cena sobre a cena, quando o personagem tenta encenar a cena, dar corpo à imagem.

Ligada a dois tipos de identificação, a imagem é estruturante para o Eu e para o sujeito: a primeira identificação da imagem especular no momento da cena sobre a cena, quando se incorpora à imagem do personagem; e a segunda identificação, a do objeto de desejo, perdido, que se incorpora à cena pela via da identificação.

A cena da cena

Na segunda vinda de Maria Francisca, a mãe propõe dar a mamadeira durante a sessão. Porque mostrar isso na sessão? O que ela espera do analista?

Instante de ver¹³¹ (valor instantâneo da evidência): Num determinado momento a mãe diz que está na hora da mamada, ela quer “me mostrar”. Nesse “querer me mostrar” há já a indicação dos outros dois tempos. No colo de sua mãe o bebê começa a mamar na mamadeira. Tudo vai bem até que, numa fração de segundos, o bebê faz uma “indicação” de uma pausa do sugar. Saberá a mãe que ocorreria uma interrupção? O rosto materno e a mínima movimentação da mãe nesse momento descrevem de imediato uma

¹³¹ Os três tempos (instante de ver, tempo para compreender e momento de concluir) foram inicialmente usados por Lacan para tratar do tempo lógico. O primeiro mostra o valor instantâneo de sua evidência, é uma hipótese formal representando uma matriz ainda indeterminada. O segundo trata uma intuição que o sujeito objetiva, e a evidência desse momento supõe a duração de um tempo de mediação. O terceiro é uma afirmação sobre si mesmo, em que o sujeito conclui o movimento lógico na decisão de um julgamento. J. Lacan (1945), Les temps logiques et l’assertion de certitude anticipée, un nouveau sophisme. *Ecrits*. Paris: Seuil, 1992.

inquietação: é um conjunto de músculos, olhares e gestos sutis que indicam uma mudança para com seu estado anterior.

Tempo para compreender (intuição do sujeito que provoca um tempo de mediação): Pergunto: o que foi? Ela responde que é assim: se a filha parar ali de mamar, depois passa o dia sem comer nada, “logo logo” vão aparecer as olheiras e ela vai desidratar. Traduz: “é assim que acontece sempre, eu tenho que dar tudo rápido, se ela para, não toma mais, desidrata e é internada”.

O tempo em que se desenrola essa cena da cena é o de uma fração de segundos: há o olhar da mãe buscando o testemunho do analista, palavras que afirmam a certeza sobre a parada da mamada e uma certeza maior ainda de que, mais um pouco, seu bebê vai desidratar. Essa leitura da mãe fechava-as num circuito repetitivo de invasão e morte.

A “mostração” da cena numa sessão já é uma transcrição apoiada na imagem visual, uma espécie de leitura da imagem com a imagem. A parada de mamar do bebê é uma leitura operada pelo bebê, que designo aqui transcrição transitiva, uma leitura da imagem que se passa entre corpos. Então, ante esse excesso de sentidos maternos (tradução materna) e a precipitação da transcrição transitiva do bebê diante da mãe, foi necessária outra leitura: a tradução. A entrada do imaginário do analista, longe de interpretar, oferece-se para servir a outros pontos de ancoragem para uma tradução mais distante do determinismo da tradução materna. É a possibilidade de abrir outras traduções: “Será que um bebê não precisa, de vez em quando, fazer algumas pausas no meio da mamada?” O analista opera uma tradução, porém, como uma alteridade para a tradução materna: “ela vai desidratar”.

Momento de concluir (conclusão sobre si mesma sob julgamento): a mãe escuta a analista e continua, pela primeira vez, a dar a mamada depois dessa parada do bebê, e esse é o primeiro dia a partir do qual o bebê passa a não ser mais internado.

Primeira virada

A despeito de uma virada relativa ao término das internações do bebê, ainda assim seriam necessárias algumas idas e vindas nesse campo dolorido de repetições. Essa volta do momento de concluir re-posiciona os outros dois tempos como sendo aqueles que estavam escritos (a certeza materna da desidratação e a parada do bebê). De acordo com Jean Allouch¹³², a transliteração precisa de tradução e de transcrição, quando então uma articulação entre essas três leituras se faz.

Da cena: terceira história

A mãe relata que nasceu com o ânus sem abertura. Ainda durante o primeiro mês de vida, ela é submetida a uma cirurgia, que parece ter deixado a família apavorada. Todos dormem na cama juntos durante nesse tempo, e assim, depois disso, em todas as situações de doença de criança “todos param tudo” e “ficam juntos na cama” até o restabelecimento dela.

Segunda virada

¹³² J. Allouch, *op. cit.* A transliteração é uma forma de decifração que permite a leitura da imagem não com base no significado, mas pelo que se escreve com as imagens, apoiadas na homofonia.

Essa será a segunda virada no tratamento. O que se repete quando essas hospitalizações se repetem? Para responder a essa questão uma terceira leitura se faz necessária.

Transcrição literal das cenas

“A filha não pode comer dado que a mãe não pode fazer cocô”, isso seria uma interpretação. É uma leitura possível para o analista, mas não para o paciente, dado que se tratava de um tempo de vida em que as palavras ainda não tinham, também para a mãe, a possibilidade de sentido. Essa clínica decididamente não é uma clínica da interpretação, “isto é aquilo”, mesmo porque, como já foi dito antes, os efeitos interpretativos são dados pelo paciente.

O que parece fundar outra particularidade do fragmento apresentado é o embaraço diante de situações que foram marcadas antes da aquisição da palavra falada, tanto no bebê quanto nos pais; logo, esse texto é escrito de outro modo, com aspectos ideográficos da letra. Não é somente o bebê atual que não tem ainda condição de se desenrolar com a palavra falada, mas a mãe, quando sofre os efeitos de real do acontecimento da cirurgia, que ainda não era, como filha, portadora de uma condição mínima de fala. Portanto, a dificuldade aqui não se encerra no não falar da filha, mas num não falar da mãe quando era filha, dado que a cifração não conta com o tempo cronológico e sim com uma condensação do tempo.

A mãe, quando filha hospitalizada, não tinha um mês de vida, suas leituras também eram operações reais. A filha dela, agora com alguns meses de vida, opera num registro real, e uma interpretação do tipo “isto é aquilo”

parte de um registro intrinsecamente simbólico. Trata-se, portanto, nesta cena, de uma escrita que não é puramente alfabética. Para realizar uma prevalência do texto, tendo como referência a letra, será preciso uma leitura alfabética? A homofonia implica a escrita alfabética e a transliteração se realiza a partir de uma homofonia, afirma Allouch¹³³. Não se trata aqui, portanto, de uma busca frenética pelas homofonias, mas de algumas aproximações pontuais na escrita desses dois textos que se sobrepõem, numa espécie de transposição literal.

Dois textos sendo escritos e superpostos: Um bebê que não faz cocô/ um bebê que não come. Uma mãe/ uma filha. Uma filha operada/ uma filha hospitalizada. Uma mãe preocupada/ uma filha atenta à mãe. E daí todas as combinatórias possíveis. A irmã chamada Maria Viviane e o deslizamento do Maria para a segunda filha, Maria Francisca, faz aí um pano de fundo que embala o texto que está sendo escrito de forma bem particular. Desde a primeira filha desse casamento o medo da morte de um filho já comparecia, portanto, antes do acidente do filho mais velho e do câncer do marido. Os nomes foram postos nos personagens da cena sobre a cena.

Toda formação do inconsciente é um hieróglifo no sentido de que ela resiste à recuperação imediata e não é transparente, só se deixando ler com um trabalho de deciframento¹³⁴. Este trabalho reclama a associação livre: o que lê isto aqui e aquilo lá?

Quando Allouch afirma que “o sonho translitera: ele escreve, em figuras, elementos literais”¹³⁵, fala que o sonho escreve, mas o sonho se escreve ainda em figuras num sonhador que fala, que possui uma inscrição simbólica que permite essa operação, a transliteração do sonho.

¹³³ J. Allouch, *idem*, p. 69.

¹³⁴ J. Allouch, *op. cit.*

¹³⁵ *Idem*, p. 72.

Nessa clínica, trata-se de um trabalho de estabelecer condições para um ciframento, pois “existe ciframento, ali onde algo está em jogo”¹³⁶. Esse “algo em jogo” é a implicação do sujeito na sua questão. O fato de que se possa ler indica que o sujeito está implicado e que o ciframento tem valor de deciframento.

O bebê, por sua condição de “não fala”, provoca o real dos pais; o real de quando, também eles, ainda não tinham palavras. Trata-se de uma experiência de posições, e não de palavras. É preciso deixar claro que não é o passado dos pais que determina o que acontece com o filho, mas é o real que a posição de filho provoca com sua “não fala” que vai acessar na posição dos pais o real, e é desse modo que aparece a cena de um momento de “não fala” dos pais.

A cena dos pais aparece como uma imagem em hieróglifos ante o real alfinetado pela “mostração” do corpo do filho. Por isso talvez a imagem tome nesse trabalho uma dimensão importante – ela é o que se pode tangenciar do puro real; é a isso que ela serve. O bebê, na posição de objeto, em função dessa condição de transitivismo real e de “não fala”, põe em cena uma materialização do inconsciente parental; desse modo é também letra e sendo letra se pode cifrar. Portanto, a presença do bebê no trabalho clínico faz a diferença.

Na cena da cena: quarta história

¹³⁶ Idem ibidem.

O primeiro e talvez mais significativo efeito da separação dos corpos entre mãe e filha foi a retomada pelo corpo da mãe de sua própria contaminação.

A mãe começa a ficar doente. A cada sessão uma suspeita de nódulo, uma alergia, uma dor no corpo, uma velha doença que retorna. Ainda a verificação se a filha teria também as mesmas coisas. Por exemplo, bolinhas vermelhas aparecem na mãe e ela precisa verificar se a mesma coisa aparece na filha, mas já acredita no médico: ela tem bolinhas vermelhas, mas são diferentes... os corpos foram separados.

Enfim o corpo da mãe é da mãe. O bebê fica bem, come, brinca, dorme. A mãe percebe que às vezes sua filha oscila quando ela fica mais preocupada com alguma coisa, quando briga com o marido, quando recebe o resultado de um exame. Esse fato em si já é indicador de uma separação entre corpo da mãe e corpo da filha, e propiciador de diferenciações entre real e imaginário sob o fundo do registro simbólico.

Terceira virada

Para onde vão então tantas fezes retidas?

Cena da cena: quinta história:

A mamadeira não pode ficar um minuto sem estar coberta por um pano. "Por quê?" Pergunto. "É óbvio", responde, "pode pegar algum germe, alguma bactéria". "E se pegasse, o que ocorreria?" A cadeia significativa já é possível,

*agora não mais como uma pura imagem visual, mas como um deslizamento
significante: “pode perder a resistência, pode ficar doente, pode morrer...”*

*Desde o nascimento da primeira filha a mãe tem “mania de limpeza”.
Roupas e objetos da filha são lavados e estendidos separados. As empregadas
quando chegam para trabalhar devem tomar banho, escovar os dentes, mudar
de roupa (roupa que fica na casa da patroa).*

*Nada pode ser contaminado. “Contaminado como?” pergunto. “Por
germes e bactérias que há em toda parte”, responde a mãe.*

*A cena era de um bebê que impedia a comida de entrar, que era o
inverso simétrico ao bebê que impedia a comida de sair. Uma figura topológica:
uma boca que não bota o cocô para dentro. O dentro era o mundo com a mãe
empurrando dejetos/comida; o fora era o corpo do bebê recusando os
dejetos/comida do mundo materno. Assim como o dentro era o cocô no corpo
da mãe e o fora era a comida da filha. O dentro e o fora não tinham esses
limites do campo euclidiano, não se tratava do lado da mãe ou lado da filha: o
dentro e o fora perpassavam entre mãe e filha nos tempos presente e passado.
O apelo materno do “não (me) coma”, era o apelo “não coma meus dejetos”. O
que mais poderia fazer esse bebê para não se contaminar com a mamada
oferecida pela mãe?*

*Acertadamente o bebê recusava os dejetos que provinham do agente
materno, não o instrumento mamadeira ou o líquido do leite, mas a recusa era*

do fantasma materno, um fantasma de morte – “tudo que está no meu corpo é sujo, e se sair pode contaminar”.

*É a um preço alto que esse tipo de recusa pode gritar o apelo ao sujeito:
o preço do risco de sua própria morte.*

4.1. A grande querela sobre a noção de imagem

Na grande querela sobre as imagens¹³⁷, ao que parece, a imagem não foi alvo de grandes debates durante os primeiros séculos da era cristã. Mas como a imagem nunca é neutra, nem sua manipulação inocente, essa falta de grandes debates doutrinários não significa que não tenha provocado problemas. A “inelutável modalidade do visível”¹³⁸ interessa aqui, não especialmente para abordar toda a herança dos debates entre representação, verdade, imagem, sua inscrição ou estilo, mas, sobretudo, para pensar sua participação no debate sobre a noção de imagem para a psicanálise, suas marcas e seus propósitos.

É também a inelutável cisão entre olhar e visão que perfura esse debate de forma inevitável, de modo que o visível pode ser tomado como o que consegue visibilidade num mar de invisibilidades. Assim como é tratando do que se vê que se permite discutir tanto o invisível quanto o ser visto: o que vemos só vale pelo que nos olha. “Inelutável é, portanto, a cisão que separa em nós o que vemos daquilo que nos olha”¹³⁹. Um belo exemplo que o autor transcreve é uma passagem do *Ulisses* de Joyce, em que Dedalus¹⁴⁰ se dá conta de que tudo o que está a ver é olhado pela perda de sua mãe.

¹³⁷ G. Le Gaufey. *Le Lasso spéculaire, une étude traversière de l'unité imaginaire*. Paris: E.P.E.L. 1997.

¹³⁸ G. Didi-Huberman. *Ce que nous voyons, ce qui nous regarde*. Paris: ed. De Minuit, 1992.

¹³⁹ Idem, p. 9.

¹⁴⁰ Personagem em *Ulisses*.

A crítica de Foucault

Ao imprimir nova tonalidade à querela sobre a noção de imagem, é a crítica de Foucault à psicanálise que aqui merece destaque, por sua posição de alteridade ao pensamento psicanalítico. Foucault introduz esse debate em seu caráter mais radical: a psicanálise minimiza o valor da imagem. Essa posição radical é provocadora pela boa argumentação que sustenta a propósito do valor negatizado que pode portar a imagem para a psicanálise freudiana.

É num texto aparentemente despretensioso, como todo habitual prefácio, que Foucault inaugura uma aguda crítica sobre a noção de imagem para a psicanálise. Aparentemente despretensioso, pelo teor muito tangencial ao conteúdo do livro, pois não propõe uma análise existencial da fenomenologia nem faz uma exegese do livro de Biswanger, *Le rêve et l'existence*, em 1954¹⁴¹, o prefácio transforma-se rapidamente numa dura crítica ao tratamento dado pela psicanálise à noção de imagem. Foucault destaca essa desconcertante crítica à psicanálise freudiana, que instila uma suspeita determinante sobre o alicerce a partir do qual se constrói a noção de imagem, quando, segundo o autor, ela acredita que se o sentido se investe de imagem “é por um excesso” e, portanto, a plástica imaginária será para os sentidos que nela emergem “a forma de sua contradição”¹⁴².

Uma consulta direta ao texto freudiano permite notar alguns pontos que dão força a essa crítica, como os problemas relativos à noção de

¹⁴¹ M. Foucault, *Problematizações do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Ditos e Escritos I, Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006.

¹⁴² M. Foucault. Idem, p. 76.

representação, quando Freud afirma, por exemplo, “que os sonhos utilizam esse simbolismo para a representação disfarçada de seus pensamentos latentes”¹⁴³. Para Foucault, a psicanálise freudiana tenta formular o conteúdo da imagem com o que ela pode esconder e, desse modo, o laço que liga a imagem ao sentido é sempre tangencial, contingente. E se então há um laço escondido, tangencial, é porque há um laço que foi original e necessário entre a imagem e o sentido que precisa ser re-descoberto (“o abundante emprego feito do simbolismo para representar o material sexual dos sonhos”¹⁴⁴.) Arremata o autor: “a psicanálise jamais conseguiu fazer falar as imagens”. Mas é sobretudo a teoria freudiana do símbolo que é aí atacada.

Há na teoria freudiana, segundo Foucault, certa confusão entre as noções de significação e indício. Os indícios não têm significações, afirma a crítica foucaultiana. Aportando os exemplos no texto citados, encontramos pegadas na neve como indícios – para um caçador podem ser indicadoras de que uma lebre acabou de passar; todavia, elas não têm mais significações do que teria para qualquer outro que ali passasse, assim como não é somente ele que pode ter a imagem da lebre na cabeça. Uma voz trêmula ao fazer um enunciado pode indicar cólera, portanto, a palavra lebre ou cólera são significações, e a voz trêmula ou as pegadas são indícios. O filósofo francês acredita que a psicanálise explora apenas uma dimensão do universo simbólico: a do vocabulário simbólico.

A análise da linguagem dos sonhos realizada pela psicanálise, segundo Foucault, é dada somente a partir de sua função semântica, “a dimensão

¹⁴³ S. Freud (1900). Representação por símbolos nos sonhos – Alguns outros sonhos típicos, Em *A interpretação dos sonhos*, Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. 1969, p. 375.

¹⁴⁴ Idem. p. 374.

propriamente imaginária da expressão significativa é inteiramente omitida”¹⁴⁵. Continua mais adiante, “e no entanto não é indiferente que tal imagem dê corpo a tal significação”¹⁴⁶, pois “A imagem é uma linguagem que se exprime sem formular”¹⁴⁷, duvidando, a partir daí, da ideia de que exista um lugar na psicanálise freudiana para a imagem propriamente dita na linguagem.

A psicanálise freudiana, definida por seu criador como *talking cure*, ao se firmar como a cura através das palavras não deixou de se oferecer a uma primeira leitura: essa interpretação que defende Foucault. E se a psicanálise freudiana foi, sem dúvida, partidária de uma secundarização da imagem e das ações numa psicanálise, nunca quis dizer “sem importância”. A palavra falada se fez essencialmente objeto mesmo do trabalho da psicanálise freudiana e a “imagem muda” se presentificou como apenas um meio de chegar até a palavra falada, pois esse era, propriamente falando, o objetivo da tal *talking cure*.

A resposta de Freud

Uma leitura atenta de *Considerações de Representabilidade*¹⁴⁸ –capítulo do Livro dos Sonhos referente à questão da imagem propriamente dita – mostra com precisão a importância do lugar que Freud destina à imagem, ou

¹⁴⁵ Idem, p. 76

¹⁴⁶ Ibidem.

¹⁴⁷ Ibidem.

¹⁴⁸ S. Freud, (1900) Considerações de representabilidade. *A Interpretação dos sonhos*, parte II. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago. 1969.

seja, é justamente através da imagem que poderão os sonhos ser representados:

Uma coisa que é pictórica é uma coisa que é capaz de ser representada: ela pode ser introduzida numa situação na qual as expressões abstratas oferecem a mesma espécie de dificuldades de representação nos sonhos que um artigo de fundo político num jornal ofereceria a um ilustrador.¹⁴⁹

E mais adiante complementa: “um pensamento onírico não é utilizável enquanto for expresso numa forma abstrata, mas, uma vez tenha sido transformado em linguagem pictórica...”¹⁵⁰ toda facilitação a ser apresentada num sonho se torna viável.

Portanto, não é a falta de importância da imagem que está em jogo, mas realmente a teoria em que Freud a embasa na sua concepção de representação, e a necessidade de serem as palavras e as imagens representadas numa relação biunívoca reduz a complexidade da linguagem. Mas ele, Freud, não ignora a ambiguidade das representações.

As palavras, segundo Freud, nesse texto, são destinadas à ambiguidade, e os sonhos “se servem” das imagens para fins de condensação e deslocamento. A imagem tem, portanto, o valor de possibilitar o sonho (noção extremamente positivada, portanto). Freud afirma ainda que: não só as imagens são dúbias, as palavras também! Ele toma, portanto, a imagem como via de acesso ao inconsciente, lugar de um valor positivado. Todo o trabalho analítico sobre o sonho será a tentativa de juntar a representação de coisa à representação de palavra para, segundo a concepção freudiana, aceder ao

¹⁴⁹ Idem. p. 362.

¹⁵⁰ Ibid. p. 362.

consciente. Trata-se, então, da base epistêmica que sustenta Freud: “a representação conservou sua duplicidade constitutiva, contentando-se em deixar em segundo plano por vezes o que representa, por vezes para quem ela representa”.¹⁵¹

A despeito dos problemas que podem trazer a noção de representação, o clínico nato que era Freud legou-nos justamente, a partir do uso que os sonhos fazem da imagem, uma pista que corrobora esta tese: a imagem pode ser usada a favor do tratamento daqueles que ainda não falam e, portanto, pode ser retirada de um provável lugar secundário ou negatizado, já que existem imagens que não podem ser ditas.

A crítica de Foucault acaba se referindo muito mais à teoria da representação apresentada por Freud, essencialmente quando este confunde significados com índices. Mesmo que a imagem e o imaginário sejam fundamentais para a psicanálise, parece-me que o que fica confuso é o uso que fez da imagem no decorrer de sua história. E se a crítica de Foucault se restringe, a meu ver, à psicanálise freudiana, não é possível, entretanto, deixar de lado o fato de que há certo tom defensivo quanto ao uso da imagem na clínica psicanalítica, revelador de alguns preconceitos na forma de lidar com essa questão na clínica. Essa vertente tange as leituras dos lacanianos que, baseados na primeira parte da obra Lacan, consideraram por certo tempo o imaginário como algo de menos valia, em relação ao simbólico.

¹⁵¹ Guy Le Gaufey, *Le Lasso spéculaire, une étude traversière sur l'unité imaginaire*. Paris: EPEL, 1997, p. 193.

O movimento de Lacan

Trata-se de três eixos de influência que estão atrelados a preconceitos relativos ao uso da imagem na clínica: o primeiro vem do uso da interpretação direta sobre a imagem propriamente dita; o segundo, do inchaço provocado pela tendência de Lacan a separar sua teorização das teorias psicanalíticas de tradição inglesa; e terceiro, ao preconceito relativo às ações propriamente ditas do paciente durante a sessão.

O primeiro, relativo ao preconceito gerado pela leitura da psicanálise lacaniana e que muito influenciou uma negativização da noção da imagem, foi a insistência de Lacan em *despsicologizar* a psicanálise, para liberá-la de uma prática sustentada pelas emoções e sensações. Para tal empreitada, toma a referência do estruturalismo de Lévi-Strauss como seu ponto de partida e refere-se à noção de matriz simbólica como um eixo central, favorecendo uma desvalorização do imaginário em relação a essa matriz.

O segundo, diretamente ligado ao primeiro, é efeito da longa crítica de Lacan à psicanálise inglesa, que privilegiava o Eu como referência na direção do tratamento, e nos anos 50, o imaginário se torna, equivocadamente, menos privilegiado pela tradição lacaniana, na atenção e nas intervenções do analista em relação ao simbólico.

Esses dois movimentos são descritos por Lacan no início de seu texto *Função e Campo da palavra e da linguagem em Psicanálise*¹⁵² em três tópicos, cito-os inteiros:

- A) *Função do Imaginário, diremos, ou mais diretamente os fantasmas na experiência da técnica e na constituição do objeto nos diferentes estados do desenvolvimento psíquico. O impulso veio da psicanálise de crianças, e do terreno favorável que oferecia às tentativas, assim como às tentações, de pesquisadores na abordagem das estruturas pré-verbais. É também aí que culmina agora um retorno, colocando o problema da sanção simbólica dada aos fantasmas na sua interpretação.*
- B) *Noção das relações libidinais do objeto que, renovando a ideia do progresso da cura, modifica em segredo sua conduta. A nova perspectiva teve seu início a partir da extensão do método às psicoses e da abertura momentânea da técnica aos dados de diferentes princípios. A psicanálise desemboca numa fenomenologia existencial, ou seja, animado ativismo de caridade. Aí também uma clara reação se exerce em favor de um retorno ao motivo técnico da simbolização.*
- C) *Importância da contra-transferência e, correlativamente, da formação do psicanalista. Aqui a tônica veio das incertezas do fim do tratamento, que se conjugam a esses momentos em que a psicanálise didática termina na introdução do candidato à prática.*
- (...)

¹⁵² J. Lacan (1953). *Fonction et champ de la parole et du langage dans la Psychanalyse. Ecrits*. Paris: Seuil. 1992, p. 243.

Como está bem claro no primeiro item, foi a psicanálise com crianças, com sua moda de tratar “estados do desenvolvimento psíquico” para dar conta de estados pré-verbais, a que se junta a ideia de a psicanálise ter chegado a um estado de fenomenologia existencial a partir das relações libidinais de objeto tomadas como direção da cura, além da contra-transferência e da formação do psicanalista. Todas essas relações são tomadas como eixo para considerar o final de análise, e estão na origem desse *a priori* em relação à imagem e ao imaginário; enfim, todos esses itens corroboraram para esse movimento lacaniano de secundarização da imagem e do imaginário.

O terceiro efeito do preconceito em relação ao uso da imagem na clínica pode está relacionado¹⁵³ à vacilação e à complexidade a respeito das intervenções do analista a propósito das “mostrações” ocorridas durante o tratamento. Faz parte da história da psicanálise que a noção de *acting out* foi herdeira do abandono da hipnose no tratamento psicanalítico, marcando que o valor que o *acting out* carrega é um preconceito ligado à referência da hipnose no tratamento. O *acting out* é definido, de forma geral, como aquilo que o analista não pode ler, e será sinônimo de “falta de análise” ou de “falta de interpretação”, a depender da abordagem. Portanto, admitamos que há certa assepsia do lado do psicanalista, quando se dirige às ações e à imagem na prática clínica, mesmo que a teoria a desmintam. É no seminário da Angústia, em 1962, que outro olhar será dirigido aos fenômenos de *acting out* e passagem ao ato, quando Lacan os coloca no quadro da angústia juntamente com outros fenômenos como sintoma, inibição, embaraço, emoção, dentre outros.

¹⁵³ J. Allouch, *Lettre pour lettre*, op. cit.

4.2. O que faz a psicanálise com a imagem?

Esse tema, sem nenhuma hesitação, continua um debate que é muito caro à psicanálise com crianças, principalmente à clínica com aqueles que ainda não falam, pois a psicanálise com crianças questiona, talvez sem o formular claramente, a espinha dorsal da psicanálise: o que fazer com a imagem que aparece na clínica?

No dicionário de Roudinesco e Plon¹⁵⁴ encontramos o termo *imago* (cunhado por Carl Jung em 1912) para designar a representação inconsciente quando um sujeito designa a imagem que tem de seus pais. Já o *imaginário* é usado diferentemente por Lacan, a partir de 1936, como: “o lugar do Eu por excelência”¹⁵⁵. Não se trata aqui de fazer uma exegese sobre a noção de imagem na teoria psicanalítica, mas, sobretudo, de distanciar a polêmica a respeito da psicanálise com crianças pequenas e/ou que não falam, das discussões sobre “o uso do jogo”, “a presença dos pais”, “técnica do desenho”, “a idade da criança em análise”, dentre outras. O trabalho clínico ao considerar a imagem trata verdadeiramente de uma questão epistemológica maior, que interroga a práxis e o fundamento da psicanálise que oferece à palavra falada lugar de instrumento e de objeto.

O imaginário, a imagem e a imaginação são três noções distintas para a psicanálise. A imagem é o que se mostra e o que se esconde no jogo especular. A imaginação pode ser lida como uma das formas da sustentação

¹⁵⁴ E. Roudinesco e M. Plon. *Dicionário de Psicanálise*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1997, p. 108.

¹⁵⁵ *Idem*, p. 37

das relações com o fantasma. O imaginário, noção lacaniana, é um dos registros que sustentam a tópica do sujeito. O real, o simbólico e o imaginário são registros estruturais do sujeito, e o Eu se forma sob ângulo privilegiadamente imaginário. O jogo de imagens especulares, os ideais e o objeto que o compõem indicam as possíveis relações entre as duas noções:

Não há meio de compreender o que quer que seja da dialética analítica se não afirmamos que o eu é uma construção imaginária. Isso, o fato de ser imaginário, não retira nada dele, desse pobre eu – diria até que isso é o que ele tem de bom. Se ele não fosse imaginário, não seríamos homens, seríamos luas. O que não quer dizer que basta termos esse eu imaginário para sermos homens¹⁵⁶.

Um percurso em Lacan

A imagem, contrariamente à afirmativa da crítica foucaultiana, terá valor positivado na obra de Lacan. Se acompanharmos a leitura de Dufour¹⁵⁷ poderemos encontrar a ideia de que, na história do lacanismo, o Estádio do Espelho representa o seu ponto chave, pois é a partir daí que Lacan se tornou Lacan, segundo o autor. O valor pioneiro desse texto inaugural é valor dado à imagem também. O pioneirismo desse texto, que valoriza de tal modo a imagem, é dado a partir de duas dramatizações: a proibição de ler seu texto no congresso e o texto perdido que se esquece de entregar para que seja

¹⁵⁶ P. Kaufmann, verbete Imaginário. *Dicionário enciclopédico de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1996, p. 261.

¹⁵⁷ D. Dufour, *Lacan e o espelho Sofiânico de Boheme*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1999.

publicado – o que o coloca numa posição de texto fundador, aquele que foi apagado.

Ainda em referência à tese de Dufour¹⁵⁸, uma das vozes que falam nesse texto de Lacan é a teoria dos espelhos, da teosofia de Jacob de Boehme, que tem o espelho como centro de sua obra barroca. Na teoria do espelho Sofiânico, que afirma que Deus se concebe como sujeito e exprime-se no homem à sua imagem, num movimento jamais acabado. Ao passar do Um (invisível) ao múltiplo (visível), está esse olho da sabedoria divina que contém as imagens de todos os indivíduos. Além da idéia de que o um, que só pode chegar a se exprimir no outro e pelo outro, está presente em seus textos iniciais sobre a concepção de sujeito e seus avatares, as ideias de jogos especulares estão presentes também, que afinal tratam da questão da imagem.

A noção de imagem para a psicanálise lacaniana é inaugurada com valor constitutivo e, portanto, positivado.

Em 1946, Lacan redige uma nova versão para a problemática da imagem em *A propósito da causalidade psíquica*. Todos esses fenômenos que vão desde a identificação especular à sugestão mimética e à sedução, passando do ciúme às primeiras formas de simpatia, inscrevem-se numa ambivalência primordial que aparecem em *espelho*, no sentido de que o sujeito se identifica ao seu sentimento de si mesmo através da imagem do outro, e a imagem do outro vem a cativar no sujeito esse sentimento.

“Então o primeiro efeito que aparece da imagem no ser humano é o da alienação do sujeito”¹⁵⁹; é no outro que o sujeito se identifica e inicialmente se experimenta. O desejo também se inscreve na dialética dessa mediação:

¹⁵⁸ Idem.

¹⁵⁹ J. Lacan, (1946) A propos de la causalité psychique. *Ecrits*, Paris: Seuil. 1992, p. 181.

desejo de fazer reconhecer seu desejo. Indica nesse texto até mesmo a tentativa de isolar o fenômeno da imago: “assunção triunfante da imagem com a mímica do júbilo”, “a complacência lúdica no controle da identificação especular”. Há em torno dessa imagem uma série de fenômenos de ilusão, alucinação do duplo, aparição onírica e objetivações delirantes. A busca pelos avatares das relações do sujeito à imagem é o *input* inicial à pesquisa lacaniana.

O Estádio do espelho vai tratar dessa antecipação provocada pela maturação precoce da percepção visual, ante a prematuração do nascimento na espécie humana. As chances de identificação dessa imagem recebem apoio do narcisismo, expresso pela tendência suicida do mito de Narciso ante sua imagem (pulsão de morte ou masoquismo primordial).

A identificação é uma forma de causalidade psíquica, e a imago, ainda nesse momento da teoria, tem por função realizar essa forma de identificação resolutive de uma fase psíquica, quer dizer “uma metamorfose” das relações entre o indivíduo e seu semelhante.

Já em 1949, no celebre texto *O Estádio do Espelho como formador do Eu, tal como nos é revelado pela experiência psicanalítica*¹⁶⁰, Lacan apresenta sua tese: um bebê que, sustentado por um outro, sem coordenação ou domínio da marcha, precipita-se diante da sua imagem no espelho e, com atitude jubilatória, fixa um aspecto instantâneo da *gestalt* da sua imagem. E seu ato de inteligência é reconhecer sua imagem no espelho. A exterioridade da imagem que o bebê, na sua imaturidade, anima-se ao experimentar animá-la, é reconhecida pelo bebê.

¹⁶⁰ J. Lacan (1949), Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous a révélée dans l'expérience psychanalytique. *Ecrits*. Paris: Seuil, 1992.

O Estádio do espelho será essa identificação “quando o sujeito assume uma imagem”. É impossível não acompanhar o valor que a imagem assume nesses textos fundadores de Lacan. É a manifestação de uma matriz simbólica em que o Eu (*je*) (que será Eu-ideal, fonte de todas as outras identificações) se precipita numa forma primordial antes que possa objetivar a dialética com o outro ou com o uso da linguagem.

A imagem visual é fonte do mundo visível, mesmo nos fenômenos de alucinação, em projeções objetais e fenômenos do duplo. O Estádio do Espelho serve-nos como um caso particular dessa imago que tem como função estabelecer uma relação do organismo à sua imagem, do conhecido ao desconhecido.

O Estádio do espelho é um drama em que o impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação e que o sujeito, tomado por essa identificação especial, maquina fantasmas que se sucedem de um despedaçamento do corpo a uma forma ortopédica da sua totalidade assumindo uma identidade alienante¹⁶¹.

O seminário sobre *Os Escritos Técnicos de Freud*¹⁶² vem organizar o lugar do imaginário na estrutura. Para isso retoma a importância da imagem, além de ser o primeiro lugar em que Lacan teoriza o esquema ótico. No estágio do espelho, essa relação do sujeito com a imagem mostra que, mesmo na ótica, o espaço real e o espaço imaginário se confundem. É essa impressão de realidade, ofertada pela ilusão ótica, que dá estatuto ao imaginário, inclusive completa “quanto mais longe vocês estiverem, (...) mais a ilusão será

¹⁶¹ Le stade du miroir ..., idem p. 97.

¹⁶² J. Lacan, J. *O seminário, livro 1 Os escritos técnicos de Freud*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

completa”¹⁶³. Falar de imaginário é falar da intrincação das relações entre o mundo real e o mundo imaginário na economia psíquica. Posso dizer que é uma nova versão da problemática entre externo e interno na economia psíquica. Na relação do imaginário e do real, na constituição do mundo tal como resultado dessa relação, tudo depende da posição do sujeito. E a posição do sujeito é dada pelo seu lugar no mundo das palavras. É certo que existe uma realidade formada pela confusão entre real e imaginário, mas isso só consegue discernimento na relação com a palavra. As palavras teriam a condição de estruturação e diferenciação entre o real e o imaginário, sem isso o mundo fica plano. Aqui se tem ainda um Lacan que privilegia a palavra e, certamente, o simbólico.

Mas por que não pode vir da própria imagem uma ideia de ordem?¹⁶⁴

Nas crianças com dificuldades na estruturação da realidade, tudo parece absolutamente igual¹⁶⁵, igualmente indiferente, portanto. Esse é o caráter uniforme da realidade. Para essas crianças, a linguagem não envolveu o sistema imaginário, portanto, o real e o imaginário são equivalentes – essa era a explicação de Lacan para o caso kleiniano, o famoso caso Dick. Nesse caso, as simbolizações do analista servem para introduzir uma posição inicial para o sujeito fazer agir o real e o imaginário. As coisas precisam vir em certa ordem, caso contrário o foco da figura no seu conjunto fica perturbado. E é dessa forma que as interpretações kleinianas funcionam: ela vai “empurrando” os significantes em Dick.

¹⁶³ J. Lacan, *idem*, p. 95.

¹⁶⁴ “A ordem é ao mesmo tempo aquilo que se oferece nas coisas como sua lei interior” e “aquela menos manifesta, que autoriza manter juntas as palavras e as coisas”. M. Foucault, *As palavras e as coisas*, São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. XVI e XIII, respectivamente.

¹⁶⁵ É assim que uma buzina de carro ou um latido de um cachorro, do outro lado da rua do consultório, tem o mesmo valor que a voz que lhe fala dentro da sala.

A projeção da imagem sucede constantemente a do desejo, a re-introjeção da imagem é a re-introjeção do desejo. A criança se repete nisso, e ao longo desse jogo de balança o desejo é reassumido pela criança e assim ela faz o aprendizado da ordem simbólica: ao passar pelo outro é reprovado ou aprovado por ele. É de esperar que a psicanálise indique de diversas maneiras que o que está primeiro colocado é o simbólico; dessa forma, poderá o sujeito em questão ordenar o real e o imaginário, distinguindo-os desse fundo plano. Lacan define: “a palavra é essa roda de moinho por onde incessantemente o desejo humano se mediatiza, entrando no sistema da linguagem”¹⁶⁶. A mostraçã imaginária pode ser apontada como um momento que faz saltar esse imaginário de sua condiçã “dita secundária”. Mas não há nada de secundário na noçã de imaginário porque, para que um acesso ao simbólico se dê, é preciso sobretudo passar por ele, e afirmar que o que está primeiro colocado é simbólico não significa que há nele uma primazia, mas a necessidade do simbólico para “desaplainar” o mundo.

Segundo Vorcaro¹⁶⁷, o organismo incide no imaginário, ou seja, o organismo do bebê incide sobre o imaginário dos pais. Os pais respondem aos apelos de tensã e apaziguamento do bebê a partir desse imaginário e cria-se aí um ritmo que instaura uma matriz simbolizante. Dado que esse ritmo nunca é atendido da mesma maneira, a criança vai precisar imaginarizar sobre o que causa essa variaçã. Portanto, além da visibilidade forçada pela criança com seu corpo necessitado de cuidados, a imagem do outro e a imaginarizaçã dos motivos dos cuidadores serã necessariamente uma introduçã ao mundo do

¹⁶⁶ J. Lacan. *O seminário livro 1, Os escritos técnicos de Freud*, idem. P. 208.

¹⁶⁷ A. Vorcaro, *Crianças na psicanálise, clínica, instituiçã e laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1999.

sujeito. Há, portanto, possíveis relações entre imagem e matriz simbolizante, entre organismo e corpo.

A relação da imagem na teoria vai sendo modificada, segundo Le Gaufey¹⁶⁸, a partir do peso que Lacan começa a oferecer ao gesto da criança em direção ao assentimento do Outro, no momento em que ela se volta para fora do espelho – descrito pela primeira vez no texto *Observações sobre o relatório de Daniel Lagache*, em 1960. Segundo Le Gaufey, é a introdução do espelho plano que permite a Lacan diferenciar o Eu ideal e o Ideal do Eu, além de abordar narcisismo primário e secundário, mas é sobretudo a posição do sujeito que entra em cena, pois ele vê mais do que sua imagem, ele vê o ponto do sujeito situado fora do espelho. O sujeito estará representado não mais pelo olho, mas por esse ponto para o qual o bebê se volta em busca de reconhecimento, o ideal do Eu (I).

O olho que é colocado ao lado da imagem real, após a entrada do espelho plano, não poderá mais vê-la diretamente, conseqüentemente, o que verá a imagem no espelho não terá nenhum recurso para comparar essa imagem; esse olho suposto simbolizar o sujeito parte de “um invisível que somente sua reflexão introduz no visível”¹⁶⁹. O que leva a criança, depois de se refestelar ante sua imagem, a abandoná-la e voltar-se para o adulto numa busca de assentimento?¹⁷⁰

É ele, esse ponto do olhar, que a criança vai procurar quando se vira, assinalando assim que pode considerar sua essa imagem especular, e jubilar diante dessa descoberta – a preço

¹⁶⁸ G. Le Gaufey, *Le lasso spéculaire : une étude traversière de l'unité imaginaire*. Paris: E.P.E.L. 1997.

¹⁶⁹ Idem, p. 236.

¹⁷⁰ Essa pergunta me lembra muito a questão freudiana a propósito da passagem da sexualidade infantil para o primado genital adulto. Perguntava-se Freud: porque iriam as crianças abandonar esse mundo idílico de prazeres espalhados por todo o corpo em nome do primado genital?

de enquadrar essa imagem de um olhar que é preciso procurar alhures, fora do espelho. Esse furtivo e discreto movimento da cabeça viria assim na linha direta da natureza mesma de toda imagem, revelando a necessidade de colocar fora dela o 'um infracionável' que lhe assegura a consistência¹⁷¹.

Le Gaufey aponta a necessidade dessa virada em relação ao adulto pelo sujeito em corpo de bebê, afirmando que é preciso um testemunho diante da unidade da imagem que lhe daria, além da prova de realidade, seu julgamento de existência. O adulto é cúmplice, participa diretamente do evento e faz parte da imagem que a criança descobre.

Pergunta-se ainda: porque não permanece o bebê fascinado por sua imagem?

Essa virada da criança em direção ao adulto acontece depois de ela se ver no espelho. E esse olhar da criança, segundo Le Gaufey, é furtivo, não é o mesmo olhar exterminador da fascinação diante do reconhecimento da imagem total no espelho, é um olhar que vem encontrar um outro, e o que aparece nesse rápido encontro é o traço dessa colisão de olhares. É dessa colisão que se produzirá o assentimento, que é sempre um e indivisível, pois um assentimento não tem "porém", é ou não é. É desse assentimento unário que a criança necessita; ela necessita de seu testemunho.

Acrescento, a partir de minha experiência, que é também possivelmente devido ao terror da aparição tão fulminante para o bebê de sua unidade da imagem do corpo que ele se vira para o adulto, não só para apelar "quem é esse que eu me reconheço?", mas para tentar se livrar dessa antecipação tão devoradora e paralisante de sua imagem total. É preciso um lapso de tempo,

¹⁷¹ Le Gaufey, *idem*, p. 239.

um descanso diante dessa imagem ilusoriamente e momentaneamente total. Que gozo é esse tão mortífero que essa imagem me provoca? Ante esse júbilo, distingo aqui a interpretação de Le Gaufey, que toma essa virada como a tentativa de descompletar a imagem provocada também pelo movimento diante do espelho, da interpretação que me aparece a partir da clínica. Acredito que além da descompletude advinda da movimentação ante a imagem no espelho, é preciso certa hesitação do lado do sujeito ante o visual da *gestalt* de sua imagem; por uma espécie de apelo ante uma possível vacilação de um devorar do sujeito pela imagem, a busca do outro, do assentimento através do olhar, seria também uma busca de sair desse aprisionamento do visual da *gestalt* da imagem.

Certamente, ambas as interpretações escoam até a ideia de que há uma espécie de necessidade de se virar em direção ao outro. Mas há uma diferença: em uma, é a visada sincopada entre o movimento e a imagem que provoca essa quebra na ilusão de completude e seu gozo, seu júbilo, provocando assim o apelo ao assentimento (Le Gaufey); na outra interpretação (a minha), essa virada é uma fuga diante do terror que o júbilo, (seu gozo) com seu poder de aprisionamento, provoca no bebê – fuga dessa espécie de fascinação de uma ilusão de completude, ato e imagem de terror.

Mas o que essa virada provoca no adulto que participa dessa cena como cúmplice?

A Imagem e a angústia

A herança da psicanálise com criança deu lugar também a outro tipo de problemática. A questão não é, portanto, somente a noção de imagem e seu valor na teoria, mas como se servir dela numa clínica em que a palavra ainda não aparece associada, como acontece com a clínica com o adulto. Obviamente isso traz consequências, especialmente para a clínica com crianças pequenas, com uma agudização maior para a clínica daqueles que ainda não falam.

No seminário da Angústia¹⁷², em 1962, a relação imaginária já se encontra inserida, dependendo do fato de que o sujeito se constitui no lugar do Outro. O valor da imagem aí está marcado pelo júbilo da criança quando se volta para o seu outro; é aí que a criança se pergunta sobre o valor da imagem. A angústia será, portanto, o aparecimento da imagem no lugar onde nada deveria aparecer. Pode-se notar claramente como a imagem especular pode se converter nessa figura estranha e causadora de angústia, que é o duplo.

A partir desse seminário da Angústia ficará mais claro que o objeto “a” não tem imagem, mas a imagem o envelope, já que de todo modo é o seminário em que o objeto “a” passa a ser discernido de outro modo. De que jeito? A imagem esconde o objeto “a”, dissimula-o. O sujeito também não tem imagem, tem corpo¹⁷³. Mas o sujeito pode falar através de suas imagens. E surge daí – concluímos – o lugar ambíguo para a imagem: tanto de deflagração como de proteção da angústia. Deflagração da angústia quando é a imagem que aparece no lugar onde nada deveria aparecer, e proteção quando é uma vestimenta para o objeto, a imagem vela, cobre o objeto. Essa ambiguidade

¹⁷² J. Lacan (1962). *L'angoise*. Publication hors commerce. Document interne à l'Association Freudienne. 1992.

¹⁷³ C. Soller. *Declinaisons de l'angoise*. Collège Clinique de Paris. 2000/2001. Cours édités, diffusion: Francis Ancibure, p. 19.

permite compreender o cuidado a ser empenhado no uso da imagem na clínica com aqueles que ainda não falam, porém, isso não significa que devemos recuar ante esse paradoxo.

O que faz com que esse lugar ambíguo deslize para um lado ou para outro? A relação ao Outro, pois há de existir um duplo furo, um duplo desconhecimento, do sujeito e do Outro. O desejo do Outro é para sempre um enigma para o sujeito. Logo, o desaparecimento do véu do desejo do Outro provoca a angústia.

Dado que se trata da relação da psicanálise e da prática clínica considerando a imagem, admitamos: é preciso uma relação de prudência. Delicadeza e prudência, já que a interpretação da imagem fundada unicamente na tradução pode provocar uma incitação ao desvelamento da imagem, retirando todo o jogo ambíguo que a imagem envelopa, e arriscando, portanto, retirar daí sua função de vestir o objeto. Se o bebê está no lugar do objeto, esse desvelamento pode provocar profundas angústias maternas (como, por exemplo, o acirramento do fantasma de infanticídio). Quando a mãe não consegue acalmar o choro do filho, por exemplo, isso provoca angústia, porque há uma significação que não está sendo acessada; revela-se nesse caso um vazio da significação, vertente simbólica da angústia. A angústia pode aparecer também quando, diante do desejo do Outro (realizado a partir da demanda do sujeito), o sujeito não sabe que imagem vai ter que vestir para corresponder e, então, veste-se de objeto.

Parece que ao longo do percurso sobre os psicanalistas que atenderam crianças, suas disputas, suas teorizações, suas dificuldades bordejavam o cerne dessa dimensão da imagem para a psicanálise, não só em termos

teóricos e epistemológicos, mas, sobretudo, na práxis clínica com a criança, graças à sua relação com a linguagem.

A propósito da história da psicanálise com criança, essa leitura do lugar dedicado ao Eu propiciou certa apologia aos mecanismos de defesas egóicas como pontos de partida para as intervenções e a direção do tratamento, e lacanianos – então imbuídos de fazer valer o projeto lacaniano – realizaram uma espécie de “menos valia” a tudo que tivesse relação à imagem, ao imaginário e ao Eu. A aposta aqui consiste em mostrar que é necessário um denso trabalho sobre as questões relativas à imagem, pela psicanálise com crianças de forma geral, mas essencialmente pela clínica com aqueles que ainda não falam, para que se torne de fato condição de possibilidade.

Acontece que na psicanálise com crianças, de modo geral, trabalha-se com o que a criança mostra, mesmo que a palavra falada continue sendo seu emblema maior. A clínica com aqueles que ainda não falam precisa dar um lugar para a imagem, que pode ser usada como elemento digno de trabalho; digno em “suas razões”. É verdade que há uma “esquize” entre o que mostrado que há duas perspectivas relativas à imagem: a imagem total, Eu ideal, de onde o sujeito se vê; e o traço de onde o sujeito se olha, tido como ideal de Eu.

A imagem, jogo especular, vai ser tomada como o que dará consistência ao que dará corpo, literalmente falando, que veste o objeto; ao mesmo tempo em que serve de tela de proteção ao que não se dá a ver. Essa operação é possível graças à identificação ao traço lido como desejo do Outro. Logo, a imagem (o que se mostra e o que esconde) arcará com uma vertente da

divisão do sujeito, sendo sua disjunção a identificação ao traço – portanto, simbólico – o outro eixo de sustento.

Se acreditarmos que a imagem no seu apoio da letra é parte constituinte para o sujeito em corpo de criança, do ponto de vista da psicanálise, a discussão há que se dar sobre o modo de servir-se dela para o trabalho com esses que ainda não falam.

Quando alguma “mostração” é trazida para a sessão por seus pacientes, fisgados pelo que não pode ser dito e deve ser mostrado, é possível verificar que o analista, dentro desse quadro, faz função de suporte para o lugar para onde irão se virar no ponto fora do espelho. Passar para outra coisa, passando pelo analista, é fazer também aparecer a diferença do que se vê para o que os olha.

A visibilidade e a invisibilidade do bebê

A criança materializa um lugar de desvelamento do fantasma do adulto. É, portanto, por uma questão de posição na estrutura familiar ou de posição da criança nessa estrutura que a questão da imagem merece ser reconsiderada. Há, entretanto, um outro eixo nesse debate, o que se desvela no adulto quando o bebê se volta para ele. Afinal, a visibilidade do bebê dá a ver o quê?

Freud deixou muito clara a relação da criança com o adulto: transparência e visibilidade. Aparentemente, o caráter de visibilidade¹⁷⁴ apontado por Freud na criança, por suas exteriorizações sexuais, torna o

¹⁷⁴ A. Vorcaro, *A criança e a clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

infantil na criança o signo de sua transparência. “Não são difíceis de observar as manifestações da atividade infantil; ao contrário, para deixá-las passar despercebidas ou incompreendidas é que é preciso certa arte”¹⁷⁵. Desse modo, a criança carrega, segundo Freud, a capacidade e a tarefa de mostrar esse infantil articulado pela simultaneidade entre geografia do prazer no corpo e fantasias infantis¹⁷⁶, ligação esta perdida ou recalcada no adulto.

A visibilidade emprestada à criança pela psicanálise mostra, a partir de Freud, que essa criança da psicanálise, se é “desveladora”, é porque no ponto em que se mostra provoca uma tapeação: o que o adulto lê como sendo seu ideal e o que a visibilidade da criança esconde do infantil do adulto: freudianamente falando, seu inconsciente. Portanto, existe um Outro parental que, sustentando essa criança que ainda não possui o domínio da marcha, como diz Lacan, precipita-se ante sua demanda de reconhecimento, num desvelamento do seu objeto de gozo e desejo.

É ao dividir o Outro parental entre Eu ideal (narcisismo perdido da infância) e Ideal de Eu, ponto não especularizável da visibilidade do bebê em relação ao adulto – já que este não o reconhece, ao contrário, pede reconhecimento – que o bebê se torna objeto *a*, aquele que divide o sujeito. Outra vertente dos efeitos de terror, de angústia, que o real do bebê provoca.

A fenomenologia citada por Golse, por exemplo, para enfrentar esse caráter de visibilidade oferecido à criança, mas principalmente ao bebê, foi uma tentativa para lidar com essa complexidade. Em seu livro *L'être bébé*¹⁷⁷, toma

¹⁷⁵ S. Freud (1910). *Cinco lições de psicanálise*. Quarta lição. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 39.

¹⁷⁶ C. M. Fernandes, *A criança em cena: o infantil e a perversão*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

¹⁷⁷ B. Golse. *L'être bébé*, Paris: PUF. 2006.

emprestadas de Missonnier as reflexões entre a visão de Paul Ricoeur e Deniel Stern sobre as ideias de “identidade narrativa” e “envelope pré-narrativo” respectivamente, que discorrem sobre o habitar subjetivamente o tempo como uma experiência humana fundamental¹⁷⁸, e que a mudança num tratamento se funda pela experiência vivida subjetivamente. A fenomenologia acredita que o mundo está lá, antes da reflexão. Portanto, a discussão aí se pauta na abordagem de que a experiência é o que funda a representação, e os primeiros pensamentos não serão aqueles descritos no quadro das alucinações primitivas, mas nos pensamentos que concernem à temporalidade das interações¹⁷⁹. Ou melhor, para resolver essa questão da visibilidade da criança, eles enfrentam a ideia da vivência do tempo presente que funda a experiência. Em Foucault¹⁸⁰, como já visto, a questão é precisamente mais complexa, pois, segundo o autor, mesmo que a fenomenologia consiga separar indícios e significados, ainda assim assume para a imagem um caráter negativo ou mesmo secundário à significação.

Para a psicanálise não se trata da experiência anterior à representação, não se trata mais nem de experiência e nem de representação, mas de inscrições, de marcas, antes mesmo do nascimento do bebê, por se tratar de um nascimento já imerso na linguagem. Trata-se assim da necessidade de passar pelo Outro para que o sujeito exista. Mas o Outro parental também é dividido pelo real do bebê e, assim, nos avatares desse Outro que se torna sujeito dividido pelo bebê como objeto, o jogo especular não cabe mais num espaço euclidiano – que separa um lado e outro lado –, mas num espaço

¹⁷⁸ D. Stern. *Le moment present...* Paris: Odile Jacob. 2003.

¹⁷⁹ B. Golse. *idem*.

¹⁸⁰ M. Foucault. *Prefácio a Binswanger, op. cit.*

topológico, onde não existem limites entre os personagens, e onde os movimentos de profundidade e tempo das intrínsecas relações humanas vão se tecendo.

A falta efetiva de palavras faladas aprofunda a criança pequena ainda mais em sua condição de “desveladora” do fantasma do adulto, e em condição, de forma muito propícia, a colar no lugar de objeto *a*. Seria então a visibilidade da criança, a condição mesma de espelho para o adulto? Sua divisão reeditada?

Esta criança “desveladora” é a criança que interpela os efeitos de real no adulto. A criança que ainda não fala é signo ainda mais transparente da visibilidade que o adulto lhe empresta, daí possivelmente a razão de o trabalho com os bebês provocar tantas disputas¹⁸¹ (entre os profissionais) e tantos desfiladeiros de conselhos¹⁸² (dos profissionais para os cuidadores).

O bebê ou a criança que ainda não fala consegue promover nesse jogo de espelhos entre criança e adulto aspectos nada especularizáveis. O “não falar ainda” torna esses bebês intrinsecamente provocadores dos seus cuidadores adultos, dado que os remete ao tempo narcísico em que também não falavam. Inicialmente é possível que esse real suscitado pelo corpo deste que ainda não fala seja o seu aspecto mais ativo¹⁸³ para com suas relações, quando o real do seu corpo afeta quem dele cuida. Esse é um dado também prático: quando o corpo do bebê vem dar limites aos cuidados ou vontades do

¹⁸¹ Bernard Golse traz outra leitura muito interessante sobre as disputas provocadas pelo trabalho com o bebê entre os profissionais. Ele acredita que se trata da capacidade do bebê de ativar a mais alta sensibilidade num profissional já decididamente frágil; e que precisa ser frágil para conseguir chegar até o bebê. (*Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transcrição*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000).

¹⁸² Não se trata de desmerecer a prática da orientação aos pais e cuidadores, mas de apontar seu excesso.

¹⁸³ Referência às pesquisas sobre as competências e o papel ativo extremamente precoce dos bebês nas suas relações.

cuidador. É por isso que o real do corpo do bebê provoca efeitos no real nos agentes parentais: a revelação neles de um tempo de “não fala”.

Os espelhos têm algo de monstruoso. Não só porque, assim como ocorre com as cópulas, multiplicam os homens, como provoca Borges¹⁸⁴, mas porque também, além de multiplicarem, deixam de fora do campo de visão os ângulos não especularizáveis; é o reservatório libidinal que fica retido na imago do corpo próprio e que não é representado no imaginário. Há de fato a necessidade de passar pelo Outro, mas esse ponto não especularizável das relações entre aquele que não fala ainda e seus cuidadores, esse aspecto do que está ali e não se vê, é o que exige leituras – não se vê mas está ancorado no que se mostra, especularmente. “Estas operações imaginárias que se desenvolvem em torno das funções do objeto *a* guardam uma difícil acomodação”¹⁸⁵, e um pouco mais adiante complementa que

a imagem especular vem ilustrar uma função que é a de mascarar os buracos orgânicos e abstratos do corpo, estabelecendo uma equivalência paradoxal entre a representação visual que se tem dele e seu representante verbal¹⁸⁶.

Há o suporte imagético que se mostra (pede um olhar, um deciframento) e o que a inscrição desse suporte esconde (apaga e cifra). É preciso, no entanto, ante aqueles que ainda não falam, que o cifrado que está sendo escrito no corpo do bebê possa passar pela imagem, mostrando-se na sessão

¹⁸⁴ J. L. Borges, *Os caminhos que se bifurcam. Ficções*. São Paulo: Globo, 1970.

¹⁸⁵ A. Souza, *De um corpo ao outro*. Trabalho apresentado na XV jornada do Espaço Moebius. Nov. 2005, p. 8

¹⁸⁶ Idem, *ibidem*.

(materialidade do corpo do bebê), para que, então, ao se encontrar no lugar de objeto, divide o sujeito no lugar de Outro parental, seus sinais de sofrimento, sede de enigmas, “passe para outra coisa”. Trata-se de passar da escrita com imagens (já que a imagem escreve signos¹⁸⁷) para uma escrita com letras, para que sua causa possa ser lida.

4.3. A clínica do escrito

A imagem que se mostra na clínica pode ser lida de diversos modos e em distintas posições. Proponho que na clínica essa leitura se faça segundo três posições: analista, agentes parentais e bebê. Do mesmo modo, existem as três possibilidades de leituras da imagem que Allouch aponta, a transcrição, a tradução e a transliteração. Contudo, além dessas três possibilidades, acrescento mais uma, vinda da posição do bebê: a transcrição transitiva. Nesse caso, é a consideração desses três lugares e de suas respectivas leituras que, ancoradas pelo espaço topológico, podem sustentar a clínica com aqueles que ainda não falam, porque incluem o que parece ser eficiente para essa clínica: a dimensão analítica da imagem quando conjugada à letra.

Transcrição, tradução, transliteração e... a transcrição transitiva

Foi preciso encontrar um eixo metodológico para o que se mostrava na clínica daqueles que ainda não falam e, ante as relações da imagem e da

¹⁸⁷ Allouch, *Lettre pour lettre*, *op. cit.*

letra propostas por Freud já na interpretação dos sonhos, seria necessário dar conta dessa “mostração”. É verdade que é preciso ler, mas como?

A trilogia de Allouch, traduzir, transcrever e transliterar aponta um método de leitura e, pelo interesse de advir de uma leitura e escrita sem palavras, essa trilogia parece útil à formalização dessa clínica. Contudo, se é realmente uma clínica do escrito, a leitura da escrita pela escrita, esta passa por vários lugares, inclusive pelo lugar do bebê.

De acordo com a proposta de Allouch, quando é uma transcrição essa leitura é regulada pelo som; quando se trata da tradução, é regulada pelo sentido e, no caso da transliteração, a leitura é regulada pela letra. A consideração dessa trilogia traz consequências, por exemplo: transcrever é regular o escrito sobre algo que está fora da linguagem, e seu caso mais exemplar é o som, mesmo que se possa tentar transcrever outros complexos objetos diferentes do som, como a dança ou o gesto. É necessário observar, entretanto, que ao operarmos com a transcrição entramos no campo da linguagem, mesmo nos casos em que o objeto um dia visado jamais seja recuperado, o que indica que lidamos com uma operação real, no sentido laciano, pois ao que ela escreve não é permitido o acesso, desse modo, não pode então se auto-fundar precisa sempre ser de uma referência para ser lida. Na relação com a imagem, na verdade, uma parte da transcrição se dá também com o som, já que muitas vezes se trata da imagem como uma “imagem muda”.

A tradução, esse outro modo de leitura, é uma escrita regulada pelo sentido. O que quer dizer isso? Quer dizer que revela mais sobre o imaginário do tradutor e, desse modo, seu risco maior é, tomando o imaginário como

referência, desconhecer sua própria dimensão. Segundo Allouch¹⁸⁸, não existe teoria da tradução, e quanto mais ela reclama sentidos literais, mais aparece sua necessidade de ancoragem. Normalmente o tradutor está ancorado num aporte teórico que pode sustentá-lo em uma referência para lutar contra a fuga dos sentidos.

No caso particular da transliteração, que se escreve regulando o escrito pelo escrito, conta-se com uma leitura que se dá quando há duas escritas diferentes regidas pelo mesmo princípio: “pode-se ver, e me parece demonstrar como a transferência de uma escrita (aquela que se escreve) para uma outra (aquela que escreve) permite definir como simbólica a instancia da letra”¹⁸⁹. Contudo, isso não significa que a letra seja autônoma e independente. Ela é substrato de algo e, portanto, deve ser colocada como secundária a um domínio que seja restrito à letra. Há então o significante, este que implica uma ordenação numérica, musical e outras. Desse modo, a transliteração deve uma passada pela transcrição, mesmo que na maioria das vezes lhe seja proposto ficar mais ligada à tradução com sua ancoragem no sentido.

A imagem, ainda segundo Allouch, pode se apoiar na assonância¹⁹⁰, na homofonia ou na interpretação. A questão que se liga ao objeto voz é, portanto, a transcrição, enquanto a homofonia alicerçada no significante se liga à parte material dele, a letra. A interpretação, “isso significa aquilo”, parece-me o protótipo da tradução governada pelo sentido.

¹⁸⁸ Ibidem, p. 20.

¹⁸⁹ Allouch, idem, p.20

¹⁹⁰ Assonância é uma espécie de figura de elocução por consonância que se define pela “mesma terminação ou queda de diferentes partes de uma frase ou de um período. (...) É uma rima essencial a todo tipo de versificação” (Pierre Fontanier, *Les figures du discours*, Paris: Flammarion, 1977, p. 350). Rege o som, a rima no final da frase ou de suas partes. A homofonia, repetição do mesmo fonema, se dá a cada palavra isolada e pode ocorrer também, como no caso dos sonhos, entre a imagem e a letra.

Na clínica com aqueles que ainda não falam trata-se de uma imagem que precisa ser lida: a cena da cena. Nesse caso, a leitura é inicialmente regulada pela transcrição, mas passa também pela tradução, assim como deve chegar até à letra, com a transliteração. Em Allouch, como já foi dito anteriormente, a transcrição como uma operação de leitura é eminentemente do som, mas ainda pode ser referida a outro tipo de “mostração” que tenha um ponto fora da linguagem, de real, como o que essa clínica exige – por exemplo, a pura imagem antes de ser falada, uma imagem “muda”¹⁹¹. A transcrição se oferece ao leitor sob a condição de um ciframento; e nessa clínica, dadas as condições do mundo, da cena, e da cena sobre a cena, há uma escrita ideográfica.

Ante uma imagem e sua transcrição temos a ação propriamente dita na sessão, ante meu olhar de testemunho que transcreve o que se passa fora da sessão. Existe, portanto, uma contagem do que se passa fora, mas em imagens. É como se ainda não houvesse possibilidade de uma leitura fonética. Proponho aqui que essa primeira leitura da própria “mostração”, da imagem muda, é a leitura mais ligada aos efeitos do real que se pode ter. Proponho também que uma forma de transcrição é encenar a cena ante o olhar do outro. Sob o olhar do analista, seria possível transformar imagens em cifras legíveis quando se sabe que passar para outra coisa é passar pela coisa do outro?

A “mostração” na sessão é uma segunda transcrição realizada. A leitura em palavras, da forma mais literal possível da cena da cena, translitera em palavras faladas o que foi mostrado. A leitura literal da imagem muda na

¹⁹¹ De todo modo a imagem muda tem uma relação intrínseca com o objeto voz. Relações para ser trabalhada numa próxima oportunidade.

sessão transcreve, passa da imagem, do som mudo, às palavras descritivas, portanto, uma inicial possibilidade para o que pode e precisa ser dito.

É preciso, pois, ante o não saber que toda imagem propõe ao analista, ir até à beira do abismo, como relata Lethier em sua conferência no TECER (S.P)¹⁹². Entretanto, afirmo a ideia de buscar a lógica da apresentação da própria imagem, de ir à cata do que está prevalecendo, mas para isso é preciso acolher a imagem que aparece. Ante a imagem, é preciso um tempo lógico¹⁹³ que não pode ser o tempo da urgência (que normalmente esses casos trazem), mas o tempo do “a-pressado”, daquele que vai se precipitar ante o que não sabe, nessa antecipação necessária. Contudo, é preciso certo cálculo em segundos, como muito bem descreve Rilke num poema sobre o andar de alguém que não sabe o que está adiante dos seus passos, mas precisa andar: “como alguém que deve cantar diante de um grande público em instantes”¹⁹⁴.

¹⁹² R. Lethier, Conferências em São Paulo. Disponível em <http://www.projetotecer.org.br> Acesso em junho de 2009.

¹⁹³ J. Lacan (1954), “*Les temps logiques...*”, *op. cit.*

¹⁹⁴ *A que vai ficar cega.*

“ Ela sentou-se como as outras para o chá.
Me pareceu então que segurava a taça
De um jeito diferente das que estavam lá.
Pouco depois sorriu. Um sorriso sem graça.

Quando se levantaram, enfim, conversando,
E juntas percorreram numerosas salas,
Devagar, ao acaso (entre risos e falas),
Se súbito, eu a vi. Ela seguia o bando

Das outras, concentrada, como alguém que deve
Cantar diante de um grande público em instantes.
Sobre seus olhos claros e rejubilantes,
Como a incidir num lago, a luz caía, leve.

Precisa de espaço. Andava lentamente.
Andava quase como se não fosse andar.
Como se houvesse algum degrau`a sua frente.
Como se de repente, ela fosse voar.

Diante da certeza materna, no fragmento apresentado anteriormente; a certeza de que “uma possível pausa (na mamada)” é uma parada sem volta que carrega a marca da desidratação, era preciso “a-pressar”, posteriormente à transcrição, agora sim numa tradução, numa leitura que arriscasse a prevalência do sentido, um sentido diferente daquele único sentido materno. É verdade, como afirma Allouch, que o problema da tradução não é propriamente o problema do sentido, mas o da necessidade de reclamar um sentido único para poder fugir dos falsos sentidos. Esse momento de encruzilhadas torna importante a busca de uma referência na alteridade que a imagem pode provocar. Mesmo que a questão para o analista não seja buscar o afastamento de um falso sentido diante de uma designação parental, a transcrição e a transliteração podem abrir possibilidades de outra tradução, que provoque um corte numa possível precipitação do lado do bebê em responder à demanda parental ancorado na ideia de um sentido único.

O bebê também faz sua leitura, portanto. A questão é saber qual.

A transcrição transitiva é concebida aqui como uma operação para responder ao que a clínica com esses que ainda não falam tem mostrado. Quando o bebê dá um sinal sintomático qualquer, é preciso entender, a partir de um apelo à “mostração”, que existe algo a ser lido, e que, quando o bebê mostra, apenas executa em seu corpo um tipo de leitura. Deve ser por isso que por vezes escutamos a ideia de que o próprio bebê aí é quem “interpreta”; entretanto, eu diria que o bebê transcreve transitivamente.

Esse bebê provoca o Outro parental em sua divisão, mas, sobretudo, faz aí uma leitura do Outro, encarnado pelo cuidador primordial, com o aparato de seu corpo. Chamo aqui de uma leitura que é uma Transcrição Transitiva do real

do corpo do bebê ao real do corpo do cuidador primordial e que promove uma leitura real por parte do bebê: são músculos, olhares, odores, voz, nada. Essa leitura decididamente efetivada pelo bebê é tomada pelo Outro primordial num aparato fantasmático que irá, num mínimo espaço de tempo, afinar as significações: “ele faz isso de propósito”, “veja como ele faz exatamente o que não queria que ocorresse”, “isso que ele faz significa aquilo que falei com você” ...porque o bebê aparece aí como objeto *a*.

É possível entrar com a ideia do jogo entre tensão e apaziguamento¹⁹⁵. O movimento instaurado entre a mãe e seu bebê inscreve um costume de tensões e apaziguamentos que permitem ao bebê a possibilidade de antecipação; não ainda uma antecipação imaginária, mas um movimento real, do real do corpo. Desse modo, acredito que o bebê realiza uma leitura real do agente parental, vertente materna em sua maioria (quando a mãe muda no meio da mamada seus pequenos “trejeitos”). A leitura que ele faz é do real da imagem, uma Transcrição Transitiva, sendo uma operação real que se passa entre corpos. Não podemos dizer que o bebê responde ao que “imagina ou crê” que seja o desejo materno. Ele cifra a partir de uma transcrição transitiva que promove uma leitura direta, um transitivismo do afeto, podendo até mesmo chegar a uma transcrição do pensamento não falado. Se o bebê cifra e decifra o que se passa no real do corpo, facilitado pelo desenho de um corpo só entre agente parental e criança, não é tão difícil de entender que o bebê pode deixar de mamar quando a mãe se “pre-ocupa” que ele possa parar de mamar – trata-se de uma transcrição pela assonância, ou mesmo pela frase. Ao parar de

¹⁹⁵ A. Vorcaro. *A clínica da psicanálise com crianças*, *op. cit.*

mamar o bebê está fazendo uma leitura, uma transcrição (leitura que usa imagem ou som) transitiva (que se passa de corpo a corpo).

A necessidade de acrescentar o mecanismo do transitivismo à operação da transcrição, para abarcar o que se passa do lugar do bebê, faz-se pela perspectiva de que há uma operação de leitura de corpo a outro e que tem o afeto como via de passagem numa leitura real. O corpo do bebê transcreve transitivamente, ou seja, lê o que se passa no real do corpo do outro transcrevendo de uma imagem a outra o que se passa no corpo. Essa imagem do corpo do outro que lê se refere aos mais sutis detalhes que, sob efeitos de tensões e apaziguamentos, transitivam ao bebê as possíveis mudanças que fazem marca. Portanto, não é uma operação que se passa na leitura do sujeito ao mundo, mas de um organismo ao outro. A tradução dessa transcrição transitiva realizada pelo agente parental vai estar ancorada na transliteração da transmissão da letra, o que favorece que essa tradução tenda a um sentido único. A partir daí, um circuito fechado se instala e as leituras daí decorrentes se repetem; e se repetem em sua transmissão, já que toda leitura se transmite.

Tecendo os fios: a imagem, a letra e a transferência

As relações entre imagem e letra são ensaiadas por Lacan no texto *A instância da letra no inconsciente*¹⁹⁶, em que cita Freud a partir da imagem do significante e considera que isso nada tem a ver com a significação: “O que distingue os dois mecanismos (condensação e deslocamento), que têm na

¹⁹⁶ J, Lacan (1957), L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. *Ecrits*, Paris: Seuil. 1992, p. 511.

função do trabalho dos sonhos, *Traumarbeit*, um papel privilegiado de homólogo do discurso?” Responde ele mesmo que, eles (esses mecanismos) têm o papel de possibilitar a figuração e, ainda que limitados, favorecem essa condição de figurabilidade, que Freud designou como representabilidade. Então, se há uma razão para o privilégio das figuras da condensação e do deslocamento em lugar de outras, é por serem mais propícias às condições de representabilidade. Esse é, afinal, um privilégio para a imagem. E a marca, a letra, como se apresenta?

Existem relações intrínsecas entre traço, imagem e letra. Dado que o sujeito não se reflete no espelho, mas no traço que ele busca ao se voltar ao Outro. É, então, fora da imagem que se busca a identificação. Essa virada na teoria lacaniana – passar do traço unário do reconhecimento do sujeito pela imagem ao traço lido pelo sujeito como sinal do amor do Outro, justamente no que se encontra fora da imagem – sugere certo descentramento da imagem. Todavia, é justamente a diferença entre o ponto em que o sujeito se vê como total (portanto Eu ideal) e o que ele olha como sinal de reconhecimento do Outro (Ideal do Eu) que institui todo o campo dos avatares do sujeito, onde não há hierarquização entre as instâncias, real, simbólico e imaginário.

É então dessa tapeação, advinda da bifurcação do investimento libidinal (imagem total e traço fora da imagem), que sempre haverá um ponto no jogo especular que não se dará a ver, ponto não especularizável. A partir dessa ideia Lacan introduz a noção de objeto *a*, sua invenção. “o objeto *a* escapa à função idealizante do amor, já que resiste a todo e qualquer apelo unitário”¹⁹⁷. Ele se vê na imagem real e invertida do seu próprio corpo, no esquema do Eu,

¹⁹⁷ A. C. B. M. Masagão, *A impressão da marca e a rasura do traço na escrita das margens*. Tese defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo USP. São Paulo: 2007.

mas ele se olha fora do espelho. Mas é preciso ainda algum desenvolvimento a mais: para que o traço unário faça marca é preciso ser apagado, é preciso que seja negado. O traço inaugura a cadeia significativa pela repetição¹⁹⁸.

A materialidade da letra serve de apoio já que “o inconsciente é o nome das modalidades, da estrutura e dos efeitos do encontro entre a linguagem e o corpo”¹⁹⁹. Interessa aqui saber que existem dois polos da letra: o que opõe letra como significativa e o que trata da letra pulsional. Ambos têm a ver com corpo, marca, inscrição (eixo patêmico, seja no nível inconsciente, significativa, seja no nível pulsional²⁰⁰). Existe também no âmbito da letra, o eixo matemático, ou seja, do que se transmite. A letra como inscrição no corpo, de um lado, e a letra como o que se transmite, do outro lado, compõem a clínica com aqueles que ainda não falam. Se de um lado há uma relação direta com o que se mostra para ser cifrado e lido numa direta relação com a imagem, do outro lado há o que não se mostra, numa oposição à imagem, que é o que se transmite de letra. Trata-se de duas ordens distintas, mas que se ligam.

É a ideia de letra que permite distinguir a noção de que a psicanálise é também uma prática de leitura. Se, como argumenta Brauer²⁰¹, o campo da psicanálise lacaniana situa-se entre o escrito e a fala, é possível entender ainda de forma mais ampla a referência ao campo do inconsciente como campo da linguagem. A autora afirma ainda que se a psicanálise privilegia o significativo não se trata de qualquer significativo, mas daquele “sob a condição de que ele tenha valor de escritura do caso singular”²⁰².

¹⁹⁸ Idem.

¹⁹⁹ H. Yankelevich, *Do pai à letra*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2004, p. 261.

²⁰⁰ J. Ritvo, O conceito de letra na obra de Lacan. *A prática da letra*. Escola letra freudiana, Ano XVII, n. 26. Rio de Janeiro: Publicação Escola Letra freudiana. 2000.

²⁰¹ J. F. Brauer, *Ensaio sobre os distúrbios graves da infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

²⁰² J. F. Brauer, idem, p. 92.

O significante que importa é esse que se faz letra, ou seja, que se faz transmitir e pode se dar a ler. Esse ponto unário, para o qual se volta o bebê ao procurar no olhar do outro seu assentimento, faz letra. Pode-se ler através dos espelhos a transferência nessa clínica?

Possivelmente o analista se encontra, no início do trabalho clínico, no lugar do Outro, para onde os pais se dedicam a demandar em busca de algum signo de assentimento de seu lugar de pais. Na clínica com os bebês o analista inicialmente também se encontra no lugar do espelho plano. Espera-se que o trabalho favoreça, portanto, a rotação de noventa graus relatada por Lacan²⁰³ para que o analista possa se retirar desse lugar no espelho plano, e para que o agente parental possa, desse modo, encontrar-se em condições de assumi-lo. É por isso que, em algumas situações, o trabalho clínico com o bebê pode ser apenas um primeiro tempo de um pedido de análise por parte de um dos agentes parentais.

A transferência precisa ser pensada na sua relação ao saber. Já foi apontado em um momento anterior que considero a ideia de Porge sobre a transferência para bastidores²⁰⁴ um marco para pensarmos a transferência em relação àqueles que ainda não falam; agora, porém, temos elementos para pensar também que, se pudermos sair da ideia do espelho e considerar esse marco da “virada” do bebê num apelo ao assentimento do Outro como uma estrutura que inclua o analista, estamos conjecturando que, para pensar a transferência, é preciso pensá-la num quadro, para além do jogo de espelhos, e que é justamente o analista que compõe o quadro. A virada do bebê para o

²⁰³ Lacan, Observations sur l'apprésentation de Daniel Lagache, *Ecrits*, 1992.

²⁰⁴ E. Porge, Transferência para bastidores, revista *Littoral, A criança e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud,

adulto indica que, se ele está ao lado do espelho côncavo, portanto num ponto fora do espelho plano, é preciso uma tela maior que o inclua nesse quadro.

A *coalescência* entre estrutura clínica e transferência na sua relação ao saber é muito bem descrita por Porge em seu texto sobre *O analista na história e na estrutura do sujeito como Velazquez em as meninas*²⁰⁵, e interessa aqui o enquadramento que faz dessa *coalescência* como a possibilidade de pensá-la no enquadramento como uma estrutura. Interessa para esta tese a ideia de que o analista já está antecipadamente incluído no quadro, ou seja, na estrutura da transferência. É por isso que a questão não é saber se o bebê “transfere” ou não, mas se há uma estrutura de relação ao saber que, rompida precocemente, toma o analista como parte desse quadro. É por esse mesmo motivo que há nessa clínica esse jogo entre as posições (analista, bebê e agente parental) e as leituras (tradução, transcrição, transliteração e transcrição transitiva).

A passagem para essa estrutura que já contempla o analista e o efeito de seu ato propriamente dito é, como afirma o autor citando Lacan: “o psicanalista não pode nada instituir de sua experiência clínica sem a presentificar seu próprio olhar”²⁰⁶. Mas como?

Defendo aqui a tese de que a psicanálise trata da clínica daqueles que ainda não falam, e é a imagem apoiada na letra que pode trazer inicialmente a possibilidade de presentificar esse olhar. Longe de confundir olhar e visão, é através de estar em face de um invisível que o analista deve se deixar fazer ante um visível em relação ao qual a criança comparece tão bem, mas que não

²⁰⁵ E. Porge, L'analyste dans l'histoire et dans la structure du sujet comme Velazquez dans Les ménines. *Revue Littoral*, Paris, n. 26, november, 1988. (3-29).

²⁰⁶ E. Porge, idem, p. 6

deixa de engendrar o que há de invisível, como enfatiza o autor, “o olhar é esse objeto invisível e irrecuperável que se desloca no campo do visível”²⁰⁷.

Ao analista não cabe interpretar o que se passa diante da “mostração” frente aos seus olhos. Num primeiro momento, ele deixa exalar a atualidade do olhar a partir do semblante da visão do que se mostra, para se ver o que foi escolhido para ser mostrado e o que lhe olha, dado que essa não é decididamente uma escolha qualquer, para que num segundo momento seja possível transcrever e transliterar a imagem em letras que podem vir a ser seus pontos de leitura sobre e para esse que ainda não fala, diante de sua transcrição transitiva. Como bem diferencia o autor, há o espelho e o quadro, ambos trabalham com a imagem – visível e invisível – tão alicerçante para essa clínica. O analista, no momento da “mostração”, é colocado nesse ponto fora do espelho para o qual o agente parental se vira, quando ele se deixa fisgar nesse tempo de não palavra que seu bebê, que não fala, provoca. Daí são as letras que, inscritas nesse ponto fora do espelho, mas dentro do quadro, serão lidas.

A clínica da psicanálise é uma só. Essa afirmativa, além de não desfazer das especificidades (dado que a singularidade é a clínica), e apesar de absolutamente verdadeira, não pode ser tomada como óbvia. No próximo capítulo, o das considerações finais, a leitura 4 serve para anunciar para o leitor uma das principais conclusões desta tese: a ideia de que a psicanálise para aqueles que ainda não falam, com todos os efeitos de suas especificidades, não se restringe à clínica com o bebê, e é mais precisamente a clínica da falta da palavra. A partir de Freud, a clínica da psicanálise trata, é

²⁰⁷ Idem, *ibidem*, p. 13.

bem verdade, do fato de que há sofrimento justo quando não se pode falar; e mesmo na clínica freudiana já se encontra revelado que os momentos mais intensos de transferência e de seu manejo são aqueles em que a palavra falta. Se a clínica psicanalítica é uma clínica do discurso sem palavras, e a especificidade dessa clínica com aqueles que ainda não falam não seria, portanto, a falta de palavras, de que especificidade se trataria? Todos os autores citados no primeiro capítulo – que trabalham ou trabalharam com bebês – construíram conceitos para sustentar a especificidade de uma clínica na qual o paciente não fala, mas, ao que parece, a base que precisa ser construída nessa clínica não é exatamente a da falta da palavra falada, mas a do tipo de tratamento que se dá à imagem.

O que este percurso me faz defender é a tese de que não é a falta da palavra falada que define a especificidade dessa clínica, tampouco o “desenvolvimento psíquico” de seus pacientes, mas a necessidade que ela apresenta, através da presença desse encontro de não fala: a necessidade de “mostração”. Essa é a clínica do que é mostrado porque não pode ser dito²⁰⁸. Já que se mostra o que não pode ser dito, é preciso que isso que não cessa de se mostrar possa ter seu lugar nas sessões, na clínica do dia a dia. Se a clínica para aqueles que não falam é a própria clínica psicanalítica, se existe uma especificidade na clínica com o bebê, não é portanto, o fato de que ele ainda não fala, mas a forma radical como ele mostra isso: através da imagem, tornando o trato com a imagem uma grande possibilidade de momentos de viradas do trabalho.

²⁰⁸ R. Lethier, Seminários brasileiros Roland Lethier. Org. Jussara Falek Brauer, Disponível em <http://www.projetotecer.org.br> Acesso em junho de 2009.

5. Capítulo 4

Leitura 4

A porta se abre abruptamente. Mais do que um susto, é a idéia de rasgar um silêncio que, súbito, rompe a cena, como se se tratasse da mais pura manifestação de certa necessidade. A criança entra. Ainda sob o barulho da porta que se bate na inútil parede, ela fotografa todos os perigosos detalhes de uma possível e minimalista mudança nessa sala que já conhece há dois anos. Quando, nesse lapso de segundo, acostumada que se encontra às similitudes que a acompanham durante essa linha do tempo de dois anos, inicia sua proposição. Abre ambos os braços, como se deixasse entre eles a distância de metade da terra e, logo então, um leve tapa se dá, ela mesma, em seu peito, para cair no chão de forma muito bem calculada. E de barriga para cima, como se esperasse uma resposta que não vem, fecha os olhos devagar. Nem mesmo um minuto se passa para que ela repita essa cena algumas vezes.

Encontro-me ali, diante da cena. Meu olhar interrogativo é, portanto, curioso. O abismo do não saber se abre sobre mim, como o abrupto barulho que fez a porta ao rasgar o seu silêncio: trata-se de um grande anúncio? Uma novidade?

Guiada pelo abismo desse não saber, dirijo-me à cena e, ligeiramente afastada, repito-a também, porém apenas uma parte, modificando-a em outra.

A partir daí um jogo mudo, como um filme mudo, inicia uma virada no trabalho: a entrada de uma suposta encenação, que, sem que este que foi convidado o saiba, começa o assunto.

5.1. Considerações finais

A psicanálise possui ferramentas que tornam possível a clínica com o bebê, mesmo que a história da psicanálise com crianças tenha sempre interrogado a episteme psicanalítica e que a clínica com o bebê tenha acirrado esses questionamentos. É um engano, na concepção de linguagem, acreditar que a psicanálise, uma vez teorizada por Freud como uma prática de *talking cure*, não serviria para a clínica daqueles que ainda não falam. A clínica com aqueles que ainda não falam é, por assim dizer, o modo mais radical de comprovação de que a psicanálise é uma prática de leitura, um discurso sem palavras. Mas, afinal, não esteve sempre a psicanálise a favor de um trabalho a partir do sofrimento quando a ele faltam palavras?

As especificidades são exigências de toda clínica, dada a singularidade que lhe é inerente. Ante uma clínica em que o paciente ainda não fala, defendo, portanto, uma tese diferente daquelas de meus antecessores. Diferentemente de Anna Freud e de Melanie Klein – que entraram em disputa pela especificidade da relação entre a cronologia da criança e o desenvolvimento libidinal –, assim como de autores inspirados na escola inglesa – que trabalham com bebês baseando a clínica seja no fato de o bebê não falar, seja em seu desenvolvimento psíquico – defendo a tese de que a “não fala” não retrata uma especificidade, dado que a psicanálise irá sempre tentar trabalhar a partir do real, do sem palavras.

A partir de Freud, criança foi considerada, reveladora do que estaria recalcado. Assim, a criança que sempre foi vista como aquela que pode

mostrar o que está escondido, possuindo claramente um caráter de visibilidade, passa a ser também aquela que mostra, mas também esconde, dado que no jogo de espelhos há sempre uma reserva não transferível para a imagem especular. Na clínica com o bebê, é preciso apostar nas imagens, reconhecendo nelas um valor distinto, dado que mostra o que não pode ser dito, portanto, nem privilégio nem abandono, mas uma via possível para os efeitos do real. Fazer valer o ciframento ali contido é tomar a imagem inicialmente como imagem: que ela se dê a ler.

A necessidade de “mostração” não vem apenas do fato de o bebê não falar, mas do fato de que esse não falar do bebê produz um espaço de não fala entre o bebê e seu agente parental, dado que este também é despertado em seu lugar de não fala. Portanto, tomar a imagem muda como via de acesso possível ao real não é interpretá-la, mas, pelo contrário, considerá-la uma letra que precisa chegar ao seu destino e, portanto, não podendo ser falada – ela precisa ser lida. As leituras da imagem, tomadas desse modo, podem revelar momentos de virada no atendimento. O que impele à necessidade de trabalhar a imagem num lugar de importância, positivado, dado que aquilo que se mostra pode ser “via régia” ao inconsciente. Positivado porque não está aqui a imagem, como substituta da palavra, mas porque a imagem se apresenta quando algo não tem como ser dito.

Nesse tipo de clínica, a leitura se faz a partir de pelo menos três posições. Da posição do bebê: o que chamei de uma transcrição transitiva, quando o bebê lê, apoiado no som e na imagem, através do seu corpo. Da posição do agente parental: em que se dá a tradução como leitura, mas é interessante que o trabalho possibilite outras traduções. Da posição do

analista: na qual é possível a transcrição considerando a “imagem muda”, e a transliteração considerando a letra. É possível até que haja a necessidade de um empréstimo imaginário na tradução a partir da posição do analista, na condição, porém, de fazer valer a prudência.

São posições (analista, bebê e agente parental) e leituras em diversas voltas – como numa espiral –, que precisam ser consideradas para sair do espaço planejado e bifurcado que normalmente leva ao raciocínio tipo “causa/consequência”. Não se trata de tomar a transcrição, a tradução, a transliteração e a transcrição transitiva como únicas vias possíveis para ler o caso; mas importa firmar a necessidade de construir algumas voltas de leituras para dar conta dos movimentos do caso e de criar possibilidades de reinscrições imaginárias, reais e simbólicas que se enodam diferentemente e num tempo lógico que prescindia da lógica causal.

Há certa restrição quanto ao entendimento dessa clínica se o espaço considerado pelo olhar do analista for unicamente o espaço euclidiano, pois, a bifurcação entre um lado (o do bebê) e o outro (o dos agentes parentais) não apenas exclui o analista, mas impossibilita que a profundidade (ultrapassar o espaço) e o tempo (ultrapassar a cronologia) sejam considerados. O momento de intervenção ou de virada, considerando a separação da fala (lado do cuidador) e o que o bebê mostra, realiza-se, portanto, no espaço euclidiano, barrando a possibilidade de leituras da imagem e da letra em várias posições.

É o real do corpo do bebê em sua posição de “não fala” que provoca no lugar dos agentes parentais os efeitos de real num tempo de “não fala” que se pronuncia também na posição de agente parental. Portanto, não vem dos agentes parentais uma determinação inequívoca sobre a provocação de um

sinal de sofrimento no bebê, mas o real que a posição de filho provoca (“não fala”) faz eclodirem efeitos de real na posição dos agentes parentais. Assim, não há uma leitura causal do tipo: o filho é efeito dos pais, mas sim que há efeitos de real tanto na posição de agente parental, quanto na posição de bebê, que se encontram num tempo de “não fala”. É por isso que ficamos tão impressionados com os sinais de sofrimento apresentados no corpo do bebê, como se eles “adivinhassem” a melhor forma de corresponderem à posição dos agentes parentais nesse tempo de não fala; inundando-a, muitas vezes, com a idéia de certa naturalidade entre o que o bebê mostra e o que a posição de agente parental tenta esconder. Isso pode ser observado, por exemplo, quando se interpretam certas traduções maternas como uma manifestação do que convencionou chamar de “instinto materno”. Um sinal do bebê faz remeter, no fantasma parental, à letra presa no corpo do agente parental num tempo fora das palavras. O bebê, dada a transcrição transitiva, lê essa letra e apresenta o que se chama de “sinal de sofrimento”, que apela a uma tradução do agente parental.

A imagem deve passar pelo olhar do analista, passar pelo Outro, para passar para outra coisa. Ao analista cabe enfrentar esse apelo ao seu olhar sem desconsiderar o efeito de gozo que isso possa provocar. A imagem, então, passada pelo Outro, pode fazer retornar aos personagens presentes os efeitos especularizáveis e os não-especularizáveis, possibilitando que haja, no revestimento dessa imago, uma inicial separação para o bebê. E como efeitos de real se dão nesse espaço de não fala, a imagem, em sua “mostração”, pode ser a primeira possibilidade de consistência aí tomada. O lugar do analista no momento da “mostração” é esse eixo para o qual se vira o agente parental sob

o fundo da “não fala”, ante o real que o corpo do bebê mudo provoca, ponto fora do espelho, fora da fala, mas dentro do quadro, diante do olhar do analista. Esse simples dispositivo promove ao mesmo tempo a diferença entre o que se olha e o que é olhado, entre o que se mostra e o que é visto. Essa diferença – entre o que aparece como traço na virada do agente parental ao analista e a imagem com tradução única trazida pelo agente parental – é fundamental para a passagem a outras leituras.

A imagem e a letra na clínica com o bebê atendem não a uma separação entre os indivíduos, um e outro num espaço euclidiano, mas sim a uma atenção a essas duas dimensões necessárias à clínica (imagem, jogo especular/o que se mostra e se esconde na “mostração” e letra, traço para o qual o sujeito se vira/que se transmite na “não fala”), venham elas de onde vierem: do bebê, do cuidador primordial, do analista; seja como objeto, como sujeito ou como Outro.

A clínica com o bebê e seu cuidador trata do encontro do *Infans* com o Outro real da linguagem. O sujeito pode nascer antes do bebê, dado que a linguagem a ele pré-existe, mas é preciso uma dura batalha para que dela se aproprie. Falar não é nada natural, muito menos fácil.

Já entrei na psicanálise pela clínica com aqueles que não falam. Foi justo por isso que me interessei e me interesso ainda, pelo que se tornou tema formador no meu percurso clínico. Mas as passagens da clínica com o bebê para a clínica daqueles que ainda não falam, e para a idéia de uma psicanálise como um discurso sem palavras fez-me passar para outra coisa. Esta tese, portanto, ao mesmo tempo em que me fez escrever sobre meu percurso clínico com o bebê e seus cuidadores, levou-me a renunciar à clínica com o bebê

como um lugar privilegiado. A formalização da escrita dessa clínica tornou-se a escrita da clínica psicanalítica para aqueles que ainda não falam, para além do sujeito em corpo de bebê. Agora, a clínica com os bebês faz parte da minha clínica de psicanálise de modo corrente e sem privilégios – e é possível dizer que os bebês me ensinaram a trabalhar em psicanálise. O trabalho clínico com os bebês introduziu-me de modo radical à psicanálise em seu aspecto mais caro: o sofrimento que provoca o que não se diz porque não pode ser dito, mas que, no entanto, impele a uma “mostração”.

Mais uma volta pela espiral epistemológica na qual está implicada a clínica com aqueles que ainda não falam, para constatar, após tantos paradoxos relacionados aos fundamentos da psicanálise, que não se trata mais de buscar comprovações para essa clínica no campo da psicanálise, mas de que essa mesma clínica talvez seja a prova mais contundente de que a psicanálise é uma prática de discurso sem palavras. E se existe aqui uma especificidade, não é a da falta de palavras, mas a da necessidade da “mostração” e, portanto, da necessidade de que tal “mostração” possa ser tomada, sem preconceitos, como ponto chave para uma intervenção. A psicanálise para aqueles que não falam é a psicanálise da leitura do que se mostra.

Três premissas foram construídas nesta tese: 1) a psicanálise tem ferramentas para trabalhar com aqueles que não falam. 2) A especificidade da clínica com aqueles que não falam não é a não fala do bebê, mas a necessidade de “mostração” provocada pela irrupção de efeitos de real ante um espaço de não fala. 3) A imagem e a letra são elementos da psicanálise propiciadores do trabalho clínico com aqueles que não falam, e suas leituras,

longe da necessidade de identificação ao paciente ou interpretação da imagem, podem permitir momentos de virada no atendimento.

Retorno ao começo, com uma volta a mais já num outro ponto da espiral, a uma pergunta que já me foi feita muitas vezes:

“-Como assim, psicanálise para aqueles que não falam?”

O criador Prajapati, repartiu seus bens entre suas criaturas: os deuses receberam em partilha o Sacrifício e os Asura, os demônios, a Fala.

Os deuses disseram ao Sacrifício: “A Fala é mulher. Interpele-a, e seguramente ela te convidará. Ou então, o sacrifício espontaneamente se disse: “A Fala é mulher, vou interpelá-la. Ela seguramente me convidará”.

Ele a interpelou. Mas ela primeiramente o desdenhou. E é por isso que uma mulher, quando um homem a interpela, o desdenha primeiramente. O Sacrifício disse: “Ela me desdenhou”. Os deuses lhe disseram: senhor, interpela-a. “Ela seguramente o convidará”. Ele a interpelou. Mas ela lhe fez apenas um movimento de cabeça. E é por isso que uma mulher, quando um homem a interpela, lhe responde apenas com um movimento de cabeça. Ele a interpelou e ela o convidou. É por isso que uma mulher convida um homem no fim das contas. Ele disse (aos deuses): “Ela me convidou”. Os deuses refletiram: “A Fala é mulher. Tomemos cuidado para que ela não o arraste”. (eles disseram ao Sacrifício): “Dize-lhe fico aqui, vem comigo e, quando tiver chegado, avisa-nos”. Ela veio até o lugar onde ele se achava. Por isso que uma mulher vai até um homem que se acha em bom lugar. Ele lhes avisou que

ela tinha chegado... Os deuses, então, a tomaram dos Asura e se apoderaram dela.

O Sacrifício foi, portanto, a isca. Mas ele próprio se apaixonou por ela, a quem deveria seduzir em nome dos deuses.

O sacrifício desejou a fala. "ah... como eu gostaria de fazer amor com ela!" e eles se uniram.

Nada é mais perigoso para os deuses, disseram, do que esses amores entre o Sacrifício e a Fala.²⁰⁹

²⁰⁹ C. Malamoud, *Cuire le Monde*, citado por J. Allouch, em *A erótica do luto no tempo da morte seca*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2004, p. 396.

Referências bibliográficas

ABRÃO, J. L. F. *A história de psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta. 2001.

ALLOUCH, J. *Lettre pour lettre: transcrire, traduire et translittérer*. Paris: Éres. 1984.

_____. *A Erótica do luto, no tempo da morte seca*. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2004.

_____. *Marguerite ou a 'aimée' de Lacan*, Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

ANSERMET, F. *A clínica da origem. A criança entre a medicina e a psicanálise*. Tradução: Daise de Ávila Seide. Rio de Janeiro: Contra-capá, 2003.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. São Paulo: LTD. 1981.

ATTAL, J. Transferência e final de análise com a criança. *A criança e o psicanalista*. Revista Litoral. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

BADINTER, E. L'histoire des bébés, em *Psychopatologie du bébé*, Lebovici S. & Wail-Halpern (orgs.), Paris: PUF. 1992.

BERGÉS, J.; BALBO, G. *Jogos de posições entre a mãe e a criança: ensaios sobre o transitivismo*. Tradução de N. Leite, V. Veras e A. Vorcaro. Porto Alegre: CMC. 2004.

BERGÉS, J. *O corpo na neurologia e na psicanálise, lições clínicas de um psicanalista de crianças*. Tradução de Maria Folberg. Porto Alegre: CMC. 2008.

BERNARDINO L. *As psicoses não decididas na infância: um estudo psicanalítico*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

BLANCHOT, M. *O livro por vir*. Tradução de Leila Perrone-Moisés. Rio de Janeiro: Martins Fontes. 2005.

_____. *A conversa infinita. A palavra plural*. Tradução de Aurélio G. Neto. São Paulo: Escuta. 2001.

BLONDEL, M. *Peut-on parler de transfert chez le bébé?* In *Psychanalyse et enfance*, no 28, Éd. du Monde interne, septembre 2000.

BORGES, J. L. Os caminhos que se bifurcam, em Ficções. Tradução de Carlos Nejar. São Paulo: Globo 1970.

BRAUER, J. F. *Ensaio sobre os distúrbios graves da infância*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BUCHER, J. P. Anna Freud, quel passage à l'analyste? *Essaim*, revue de psychanalyse, Paris: Eres, n. 11, 2003.

CRAMER, B. e PALACIO-ESPASA, F. *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

_____. Les bébés, font-ils un transfert? Réponse à Serge lebovici. In *Psychiatrie de l'enfant* XXXVII, 2, 1994.

CRESPIN, G. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

DEBRÉ, R. *Bebês e mães em revolta*. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

DIAKTINE, R. e SIMON, J. *La psychanalyse precoce*. Col.le fil rouge. Paris: PUF. 1972.

DIDI-HUBERMAN, *Ce que nous voyons, ce qui nous regarde*. Paris: de minuit, 1992.

DOUFUR, R. D. *Lacan e o espelho Sofianico de Boehme*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

ELIACHEFF, C. *Corpos que gritam, a psicanálise com bebês*. São Paulo: Ática. 1995.

FERNANDES M, C. *A criança em cena: o infantil e a perversão*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

FINGERMANN, D. e DIAS, M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras. 2005.

FONTANIER, P. *Les figures du discours*, Paris: Flammarion, 1977.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. Tradução de Salma T. Muchail. São Paulo: Martins Fontes. 2007.

_____. *Problematizações do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro. Col. Ditos e Escritos I, Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006.

FREUD, A. *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*, Tradução de Stella B. Abreu, Ines P. e C. Buenos Aires: Paidós. 1980.

_____. *El psicoanálisis infantil y la clínica*, Buenos Aires: Paidós. 1977.

_____. *O ego e os mecanismos de defesas*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira. s/ data.

FREUD S. (1925) *Inibição, sintoma e angústia*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão) Rio de Janeiro: Imago. 1969.

_____. (1910) *Cinco lições de psicanálise*, Quarta lição. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

_____. (1909) *Análise de uma Fobia de um Menino de Cinco Anos*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

_____ (1915) *Observações sobre o amor transferência*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

_____ (1895) Projeto para uma psicologia científica. Tradução e notas de Osmyr Gabbi Jr. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

_____ (1900) Considerações de representabilidade. In *A interpretação dos sonhos*. S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

_____ (1923) *O ego e o Id*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

_____ (1920) *Mais além do princípio de prazer*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

_____ (1900) Representação por símbolos nos sonhos – Alguns outros sonhos típicos In *A interpretação dos sonhos* In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Coordenador da tradução, J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. 1969.

FREUD, S. E ZWEIG, S. *Sigmund Freud e Stefan Zweig: Correspondance*, preface de Roland Jaccard. Paris: Rivages, 1987.

GABBI JR., O. F. A leitura freudiana das teorias pré-psicanalíticas sobre os sonhos. In Bento Prado Jr. (org.) *Filosofia da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense. 1991.

GEISSEMAN, G., e GEISSEMAN, P. *L'histoire de la psychanalyse de l'enfant, perspectives, mouvements et idées*. Paris: PUF. 1992.

GOLSE B. *Sobre a psicoterapia pais bebês: narratividade, filiação e transmissão*. Tradução de Inês Catão et alii. Col. Primeira Infância, São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

_____ *L'être bébé*. Paris: PUF. 2006.

_____ Les psychothérapies conjointes parent(s)–bébé: conquête ou dérive? *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, fev. 2005.

GOLSE, B. ; BÉNONY, C. *Psychopathologie du bébé*. Paris: Ères. 2002.

GRACIELA C. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. Col. Primeira Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.

GRANON-LAFONT J. *A topologia de Jacques Lacan*. Tradução de Luiz C. Miranda e Evany Cardoso. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1990.

GUTTON, P. *Le bébé du psychanalyste*. Paris: Paidós, 1992.

HARARI, R. *O seminário A angústia de Lacan*. Porto Alegre: Artes e Ofícios. 1997.

KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S.; RIVIERE, J. *Os progressos da psicanálise*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1978.

KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. Tradução de M. Maillat. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

KLEIN, M. *Novas contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou. 1970.

KREISLER, L. *Le nouveau enfant du désordre psychosomatique*. Payot: Paris. 1992.

LACAN J. (1938) *Os Complexos familiares na formação do indivíduo*. Tradução de M. A. C. Jorge e P. da Silveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1984.

_____ (1945) Les temps logique et l'assertion de certitude anticipée, un nouveau sophisme. In *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.

_____ (1946) Propos sur la causalité psychique. In *Ecrits*. Paris: Seuil, 1992.

_____ (1948). L'étape du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. In *Ecrits*. Paris : Seuil. 1992.

_____ (1953) Fonction et champ de la parole et du langage dans la psychanalyse. In *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.

_____ (1955) D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.

_____ *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Tradução de Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

_____ (1958) La direction de la cure et les principes de son pouvoir. In *Ecrits*, Paris: Seuil. 1992.

_____ (1960). Remarque sur le rapport de Daniel Lagache: "psychanalyse et structure de la personnalité". In *Ecrits*. Paris: Seuil. 1992.

_____ (1962-1963) *L'Angoise*, seminário. Documento interno à Associação Freudiana e destinada a seus membros.

_____ (1969). Notes sur l'enfant. In *Autres Écrits*. Paris: Seuil, 2001.

_____ *Le transfert sans errata*. Publicação interna da École Lacanienne de Paris. 1992.

_____ (1964) *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1973.

_____ (1968-1969) De um Outro ao outro. Publicação não comercial exclusiva para os membros do centro de estudos freudianos do Recife. Tradução Francisco Serttineri e Coll. Recife, 2004

LARROUSSE. *Dicionário*. São Paulo: Larrousse. 1996.

LEBOVICI, S. *Éléments de la psychopathologie du bébé*. Col. B. Golse e S. Lebovici, Paris: Starfilm international/Association L'aube de la vie. 1994.

_____ A propos des psychothérapies analytiques chez le jeune enfant. In Fava Vizzello, G. e Stern, D. (orgs.) *Modèles psychothérapeutiques au premier âge, de la théorie à l'intervention*. Paris: Masson.1995.

LEBOVICI, S.; SOLIS-PONTON, L.; MENENDEZ, J. A. A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o *Enactment*. In Silva, M. C. P. da (org.) *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LE GAUFEY, G. *Le lasso spéculaire, une étude transversière de l'unité imaginaire*. Paris: E.P.E.L. 1997.

LEMAITRE, V. L'enaction selon Serge Lebovici dans les consultations thérapeutiques. In Soussan, P. B. ; Missionier, S. (Orgs.), *Serge lebovici, le bébé*. Paris: Éres. 2000.

LETHIER, R. Conferências em São Paulo, publicação interna projeto TECER.

LINS C. E. Observações sobre o tempo e o sujeito. In *Sujeito e Linguagem*, revista Letra Freudiana. Rio de Janeiro: Revinter, Ano XVI, n. 22, 1977.

MANDIL, R. Os efeitos da letra, Lacan leitor de Joyce. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2003.

MASAGÃO, A. A impressão da marca e a rasura do traço na escrita das margens. Tese defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo USP. São Paulo: 2007.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento, as bases biológicas da compreensão humana*. Tradução de Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Palas Athena. 2002.

MONZANI, L. *Freud movimento de um pensamento*. Campinas: Editora da Unicamp. 1985.

PEREZ-SANCHES, M. *L'observation des bébés. Les relations émotionnelles dans la première année de la vie*. Paris: Clancier Guénaud, 1986.

PICOLLI, B. Algumas considerações sobre a aplicação do modelo de observação. Em *Observação da relação mãe-bebê, método Ester Bick: tendências*. São Paulo: Unimarco editora. 1997.

POMMIER, G. *Qu'est-ce que le "réel"?* Col. Point hors ligne, Paris: Eres. 2004.

POULAIN-COLOMBIER, J. Histórico dos conceitos e das técnicas que contribuem para a psicanálise com crianças. Em *A criança e o psicanalista*, Revista Litoral, Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998.

PORGE, E. O tempo. In P. Kaufman (Ed.) *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1992.

_____ A transferência para bastidores. In *A criança e o psicanalista*. Revista Litoral, Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998.

_____ *Des fondements de la clinique psychanalytique*. Col. Point hors ligne. Paris: Eres. 2008.

_____ *Transmettre la clinique, Freud, Lacan Aujourd'hui*. Paris: Eres. 2005.

_____ L'analyste dans l'histoire et dans la structure du sujet comme Velazquez dans les meninas. *Littoral*. Paris. 1988.

_____ Des faits de présentation dans la psychanalyse avec les enfants. *Fragments*, Bulletin intérieur de l'école lacanienne de psychanalyse, Paris. Juin, n. 4, 1987.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1999.

Rilke, R.M. Rilke: poesia-coisa. Tradução e introdução de A. Campos. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

RITVO, J. O conceito de letra na obra de Lacan. *A prática da letra*. Escola Letra Freudiana, Ano XVII, n. 26. Rio de Janeiro: Publicação Escola Letra Freudiana. 2000.

RODRIGUÉ, E. *O Século da Psicanálise – 1895-1995*. São Paulo: Escuta, 1995.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1997.

SHUTTLEWORTH, J. A relação entre os métodos e modelos da psicanálise e os da psicologia do desenvolvimento. In *Observação da relação mãe-bebê método Ester Bick: tendências*. São Paulo: Unimarco. 1997.

SIMANKE, R. *Metapsicologia lacaniana*. São Paulo: Fapesp, Discurso editorial, UFSC. 2002.

SOLLER, C. *Déclinaisons de l'angoisse*. Paris: college clinique de Paris. 2000/2001. Cours édités, diffusion: Francis Ancibure.

SOUSSAN, B. e MISSONIER, P. (org) *Serge Lebovici, le bébé*. Paris: Eres, 2000.

SOUZA, A. *De um corpo ao outro*. Trabalho apresentado na XV Jornada do Espaço Moebius. Nov. 2005.

STERN, D. *Le moment présent en psychothérapie, un monde dans un grain de sable*. Paris: Odile Jacob, 2004.

SZEJER, M. *Palavras para nascer*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRAD P. *Psicoterapia breve pais/bebê*. Tradução: Maria Cristina Muller e Maria Elisa Schestatsky. Porto Alegre: Artes médicas. 1997.

VIZZELLO, F. G.; STERN, D. (Orgs.). *Modèles psychothérapeutiques au première âge, de la théorie a l'intervention*. Paris: Masson, 1995.

VORCARO, A. M. R. *A clínica da psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1997.

_____. *Crianças na psicanálise, clínica, instituição e laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1999.

YANKELEVICH, H. *Do pai à letra*, na clínica, na literatura, na metapsicologia.
Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2004.

Anexos

Anexo 1

O lugar do bebê na história

A idéia de que a noção de infância nem sempre existiu²¹⁰ permite-nos afirmar que esta é uma invenção da modernidade, quando, então, assistimos também a uma diferenciação entre adulto e criança. Essa diferença se marca pela visão da criança pré-moderna como um ser incompleto, inocente e imperfeito, e pela preocupação com a sua transformação em adultos honrados e racionais: “a criança precisar ser preparada para a vida adulta, preparação que exige cuidados e uma formação com disciplina rigorosa e efetiva...”²¹¹

Duas consequências são retiradas daí. A primeira, a da criança como ideal para o adulto (dado que é incompleta em relação ao adulto) e a segunda, a da criação da necessidade de “especialistas” em questões relativas à infância (pois será necessário prepará-la para ser adulta).

É na virada do século XVIII para o XIX que podemos encontrar os teóricos que tomarão a criança como objeto de estudo e de interesse. A educação e, posteriormente, a pediatria surgem como ciências adequadas para produzir conhecimentos sobre esse novo ser que não será mais um simples adulto em miniatura, mas um indivíduo com características próprias.

A partir do momento em que a criança deixou de ser socializada pelo contato direto com os adultos, sendo confinada, nos seus primeiros anos de vida, no meio familiar e

²¹⁰ P. Ariès, *História social da criança e da família*. São Paulo: LTD. 1981.

²¹¹ Idem, p.12.

mais tarde na escola, surge a necessidade de instrumentalizar e gerir a educação²¹².

Não somente se tem como efeito a necessidade de instrumentalizar a educação, mas tem início um movimento de raciocínios, teorias, investigações, enfim: os profissionais precisam ajudar a “decifrar” a criança. Dois dos mais proeminentes autores representantes dessa idéia serão Freud e Piaget, certamente. Nos dois casos, o interesse sobre a criança está inicialmente marcado pelo interesse voltado para as origens: Piaget busca a origem do pensamento; Freud, a origem das psicopatologias. Esse movimento revela um fantasma: se a criança é o adulto de amanhã, estudando-a será possível entender o homem.

Em relação ao bebê, foram necessários dois séculos, segundo Elizabeth Badinter²¹³, para que seu estatuto evoluísse consideravelmente no Ocidente. Durante muito tempo, nossos antepassados não tinham nem mesmo uma palavra para designar essa primeira etapa da vida, caracterizada, então, pela falta de autonomia.

Associada à fragilidade e à precariedade, é a partir da segunda metade do século XVIII que a imagem do bebê passa a se modificar, e começa a ser vista como imagem de um ser único, cuja espontaneidade e necessidades precisam ser respeitadas. É então que desponta uma preocupação com sua saúde e sua higiene.

O bebê passa a ser, no século XIX, o centro da célula familiar. As regras do *bebê rei* começam a governar. A maternidade torna-se a glória da mulher,

²¹² J. Abrão, *A história de psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta. 2001. p. 30.

²¹³ E. Badinter, *L'histoire des bébés*. Em *Psychopathologie du bébé*, Lebovici S. e Wail-Halpern (org.), Paris: PUF, 1992.

de forma que todos os problemas daí derivados são também sua culpa e sua responsabilidade. O bebê torna-se, também para o estado, fonte de riqueza: se cada nascimento de um bebê é uma promessa de riqueza, a morte de cada bebê é sentida como uma perda irreparável.

Nossa herança ocidental e burguesa será então um “bebê majestade” que sofre os efeitos do pavor dos pais ante a idéia de sua morte ou de sua perda. O investimento no bebê como promessa de um futuro que não repita o passado dos pais que eles não querem mais marcará nossa época. Esse ideal reduplicado guiará a frágil idéia: a majestade não pode falhar!

A ajuda dos profissionais será decisiva para que o bebê, *Sua majestade*, não fracasse. Portanto, é nesse cenário de reinado e pavor da morte que as pesquisas sobre as competências precoces (cada vez mais precoces) irão subsidiar os trabalhos dirigidos ao bebê e aos seus cuidadores. A idéia de que muito precocemente ele já sente dor, por exemplo, abre espaço para outra idéia mais complexa: já possui sofrimento. Avalia-se a importância dos profissionais em torno do bebê, ao mesmo tempo em que a conquista das pesquisas sobre as competências desse bebê retira dos pais “certo saber” sobre o filho. Prova-se que as pessoas que estão ao redor do bebê lhe são caras e que as primeiras relações aí estabelecidas serão fundamentais ao seu devir.

O bebê, agora, mais do que suposto, o bebê da realidade, torna-se um tema principal, e o caráter de visibilidade da natureza das suas manifestações irá inseri-lo no mundo dos profissionais, dos psicanalistas também, já que a psicanálise tem seu lugar reconhecido de saber sobre o sofrimento humano.

Anexo 2

Anna Freud, a filha

Alguns eixos básicos do pensamento de Anna Freud são necessários para entendermos tanto a visão sobre a criança quanto a epistemologia subjacente à sua teorização da clínica.

Características imputadas pela autora ao trabalho com a criança, tais como: ausência de associação livre, impossibilidade de separar fala e ação, e impossibilidade de excluir a participação dos pais, oferecem marcas em sua forma de trabalhar. Algumas conseqüências imediatas são: a indicação de análise para a criança somente após o complexo de Édipo, a contemplação da noção de desenvolvimento infantil e o intercâmbio necessário entre psicanálise e educação, que seguiram então como eixos fundamentais para a autora balizar sua prática.

Intercâmbio necessário entre psicanálise e educação: há ainda nessa época, segundo a autora²¹⁴, um grande preconceito e um não menos importante temor de imoralidade frente à análise com crianças. O retorno do temor ocorrido no início da psicanálise com adultos, do preconceito de que a partir da tomada de consciência dos conteúdos inconscientes os pacientes apresentariam uma atualização das pulsões perversas, retorna com toda força em relação ao atendimento psicanalítico de crianças. Seria preciso

²¹⁴ A. Freud, *O ego e os mecanismos de defesas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, s/data.

então, uma educação dos pais e da família, para que não somente os efeitos benéficos da análise pudessem ser reconhecidos e mantidos, como também, desse modo, os pais pudessem ser ajudados a se absterem de seus preconceitos. Fica claro, então, que a educação psicanalítica dos pais está também associada a uma estratégia da autora em relação ao preconceito da época contra a psicanálise com crianças. Sendo os pais os maiores responsáveis pela criança, era imprescindível que eles se abstivessem desses preconceitos.

Portanto, a ligação entre psicanálise e educação²¹⁵ advém da necessidade de barrar preconceitos a ela dirigidos e, assim, oferecer aos pais a possibilidade de suportar as mudanças da criança e poderem ajudar em seu ambiente, assim como as indicações para análise, o seu processo e o fim de tratamento deveriam ser conversados sempre com os pais.

A leitura de que o inconsciente é “interno” e se contrapõe às necessidades do ambiente torna presente, também para Anna Freud, o imperativo de um tempo prévio ao tratamento da criança para trabalhar essa educação dos pais (responsáveis pelas condições do ambiente da criança). Dessa forma, teoriza a autora, o ambiente (no qual os pais são os responsáveis) pode falhar durante o desenvolvimento da criança e isso pode trazer prejuízos para ela. Existe, por exemplo, um ambiente familiar que não pode falhar: a suficiência do narcisismo primário, que depende do vínculo não perturbado entre mãe e filho. Este é revelado pelo prazer da atividade motora, pela satisfação do bebê em ser tocado, e pela conseqüente necessidade da mãe de desempenhar um papel ativo na libidinização do corpo do filho.

²¹⁵ A. Freud, *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*, Buenos Aires: Paidós. 1980.

Relações objetais ainda não maduras precisam de figuras parentais estáveis para que aconteçam. Há temores arcaicos que só são superados se a mãe ajudar como ego auxiliar. Uma atividade de defesa excessiva conduz à inibição, que só melhora quando o ambiente se torna favorável às pulsões, por isso os pais devem ter uma orientação adequada: esforços fálicos da criança necessitam do orgulho da mãe, enquanto a espontaneidade da feminilidade precisa da resposta edípica do pai.

Todavia, isso não significa que dentre os motivos para empreender uma análise os fatores externos teriam maior peso, muito pelo contrário, segundo a autora, a neurose infantil é a expressão de conflitos internos. Quando o Eu se vê enfrentando desejos orais, agressivos e anais, e não está preparado para isso, ele se defende através de deslocamentos, repressão, formação reativa. Se as defesas do Eu não tem êxito frente a esses conflitos, formam-se os sintomas, que persistem até se tornarem a expressão central da vida da criança.

Com tudo o que foi exposto, uma análise de criança é indicada quando: 1. Há conflitos entre as instâncias psíquicas, pois consomem a energia da criança. 2. Quando existem defesas inadequadas que imitam o Eu contra as pulsões. 3. Se as ansiedades forem desfavoráveis às atividades do Eu. 4. Se as fixações da libido forem elevadas, impedindo o desenvolvimento delas. 5. Em casos de movimentos regressivos do Eu e da pulsão. 6. E quando a repressão da agressividade severa limita todo tipo de atividade produtiva.

A indicação da autora para o início de um tratamento psicanalítico à criança, no entanto, devia acontecer somente após o complexo de Édipo.

Antes disso, a relação deveria ser com os pais, e qualquer indicação relativa a sintomas, inibições ou ansiedades só poderia ser tratada por um analista, posteriormente, para que ele não tomasse o lugar dos pais. Trata-se realmente de uma hipótese importante a ser considerada, mas não a autora ponderou a possibilidade de trabalhar com a criança sem destituir o lugar dos pais.

Anna Freud estava atenta ao sofrimento precoce de crianças que foram bruscamente separadas de seus pais pela guerra. Há relatos²¹⁶ da luta que a autora travou contra os abrigos para crianças abandonadas, fazendo supor com tranquilidade que era sensível a uma atenção aos primeiros anos de vida; porém, sua interdição a uma prática com crianças pequenas referia-se à entrada da criança numa análise que poderia retirar a função dos pais. Ou seja, Anna Freud lidava claramente com situações em que existiam crianças com sofrimentos antes do complexo de Édipo freudiano²¹⁷.

Segundo Bucher²¹⁸, Anna Freud vai aderir ao pensamento de seu pai, fechar-se numa versão do pai e não passar, portanto, do pai a uma condição de servir-se dele. Isso, segundo a autora, devido a uma análise impossível (em dois tempos, mantida em segredo²¹⁹ pelos dois) feita de pai para filha. A indicação de análise antes do complexo de Édipo foi, portanto, interdita por Anna Freud não para poupar as crianças pequenas da crença em seu sofrimento, mas para não “balançar” o lugar dos pais.

²¹⁶ G. e P. Geisseman, *L'histoire de la psychanalyse de l'enfant*. Idem.

²¹⁷ Freud levou quase vinte anos para incorporar coerentemente o complexo de Édipo em sua pesquisa sobre a sexualidade. O complexo de Édipo, para Freud, ocorre entre 3 a 5 anos, e esse é o único momento em que o autor se refere a uma cronologia em seus textos sobre a criança – certamente, esse era um achado caro para o criador da psicanálise. Em *A criança em cena: infantil e a perversão*, Claudia Mascarenhas Fernandes, idem.

²¹⁸ J. P. Bucher. *Anna Freud, quel passage à l'analyste? Essaim*, revue de Psychanalyse, Paris: Eres, n. 11, 2003.

²¹⁹ E. Rodrigué, Somente quem sabia era Lou Salomé e Max Eitingon. Em *O século da psicanálise*, vol. II, São Paulo: Escuta, 1995.

Seu primeiro texto – apresentado no ano de 1922, como requisito para entrar na sociedade vienense de psicanálise –, *Fantasias de espancamentos e devaneios*²²⁰, foi sobre seu próprio caso. Em 1919, Freud publica o texto *Bate-se numa criança*, no qual, como discute Rodrigué²²¹, uma das pacientes citadas é Anna Freud.

Contemplação da noção desenvolvimento libidinal infantil: dado que o complexo de Édipo restringe a indicação de análise para a criança, certamente a noção de desenvolvimento infantil a centraliza. Para Anna Freud, o desenvolvimento libidinal é central na avaliação da criança, na sua indicação de tratamento e decisão sobre o fim de tratamento. Mecanismos de defesas como: regressão, introjeção, isolamento, anulação, projeção, inversão contra o Ego²²², são mecanismos que podem impedir o desenvolvimento da libido caso estejam em doses impeditivas para o funcionamento do Ego. E o desenvolvimento libidinal precisa ser liberado para que a criança possa se desenvolver em equilíbrio entre as exigências das pulsões, do ego e do Id, além do superego, nas suas relações com o mundo exterior.

Vejamos algumas das suas posições na técnica²²³ do tratamento com a criança²²⁴:

1- É contra a substituição da associação livre pelo brincar. Acredita Anna Freud que isso leva a uma interpretação de símbolos rígida e estereotipada,

²²⁰ E. Rodrigué, Idem.

²²¹ Idem, ibidem.

²²² Mantida a palavra “Ego” para ser fiel ao que a própria autora nomeia.

²²³ “Técnica” é um conceito dos psicanalistas pós-freudianos que mantereí aqui por se tratar da psicanalista Anna Freud.

²²⁴ A Freud. *El psicoanálisis infantil y la clínica*, Buenos Aires: Paidós.1977.

não considerando aí a participação da criança, conseqüentemente, não passava pela resistência da própria criança. Além do mais, afirmava: a interpretação do brincar não é a cura pela transferência, elemento fundamental da psicanálise. É preciso trabalhar com derivados dos sonhos, fantasias, jogos imaginativos e desenho, além das reações emocionais dentro e fora da sessão.

2- Se uma parte da neurose da criança se transforma em neurose de transferência, a outra parte se acumula em torno dos pais, objetos do passado patógeno; a participação dos pais no tratamento é fundamental para a continuidade e para os efeitos deste, e o sofrimento se divide em criança e pais. As reações ou sofrimentos da criança dependem das reações do ambiente.

3- A tarefa do analista é igual tanto no tratamento de adultos como de crianças. Sua tarefa consiste em: desmanchar repressões que tinham sido estabelecidas como mecanismos de defesas – o que pressupõe uso da linguagem.

4- Indicação para análise: somente as crianças em situações graves devem passar por um processo de análise a partir da latência; nos demais casos, a aplicação da psicanálise deve se restringir a uma atividade educacional. Portanto, o tratamento psicanalítico em crianças não deve ser usado como estratégia preventiva.

Acredito que fica claro que há indicações muito precisas sobre o trabalho com crianças no raciocínio clínico de Anna Freud (como, por exemplo, a de que a interpretação do brincar como símbolo substituto da

associação livre pode causar erros interpretativos graves; ou mesmo a idéia de que a análise com crianças não deve ter objetivos preventivos, ou ainda que a transferência vai apenas pela metade para o analista, a outra parte fica com os pais), mas existem dois aspectos críticos a serem considerados.

O primeiro, já bem explicitado, referente à dívida para com seu pai, mas, de todo modo, como foi sua escolha, não pode ser tomado como justificativa para sua “timidez” teórica. O segundo, a partir da crítica de Lacan, é mais contundente, refere-se à noção de Eu, já que Anna Freud acredita que toda análise deve passar pelo Eu, e mais, que só há comunicação possível com o Eu, ele afirma:

Todo progresso dessa psicologia do Eu pode se resumir nestes termos – o eu está estruturado exatamente como sintoma. No interior do sujeito, não é senão um sintoma privilegiado. É o sintoma humano por excelência, é a doença mental do homem²²⁵.

Desse modo, não poderia o Eu ser referência para o tratamento.

De todo modo, uma interdição ao trabalho clínico com as crianças pequenas foi escrita pela autora, mesmo que não duvidasse da existência do sofrimento precoce.

O furacão Klein²²⁶

²²⁵ J. Lacan. *O seminário, livro 1, escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1996, p. 25.

²²⁶ Expressão usada por Emílio Rodrigué ao dedicar em seu livro o capítulo “Furacão Klein” a Melanie Klein, em *O Século da Psicanálise*, Rio de Janeiro: Escuta, 1995.

Sempre reconhecida por ter inaugurado a clínica com crianças pequenas, Melanie Klein desarruma o quadro teórico freudiano em relação à criança, promove toda uma releitura sobre a instauração das instâncias psíquicas bem anteriores ao que Freud teorizou. É a possibilidade de realizar uma leitura sobre o que se passava com essas crianças pequenas que descreve suas concepções teóricas.

No decurso das últimas décadas, os conflitos inerentes ao complexo de Édipo têm sido amplamente reconhecidos e, em resultado disso, a compreensão das dificuldades emocionais da criança aumentou; mas estas palavras aplicam-se, principalmente, a criança num estágio mais avançado do desenvolvimento. A vida mental dos bebês é ainda um mistério para a maioria dos adultos. Arrisco-me a sugerir que uma observação mais minuciosa dos bebês²²⁷ (....)

É desse modo que pescamos Klein introduzindo sutilmente suas novas idéias sobre a precocidade da instauração da vida psíquica dos bebês.

O fato é que, segundo a autora, desde os primeiros momentos de vida existem manifestações de ansiedades persecutórias nos bebês: “a ansiedade persecutória participa desde o início e sua relação com os objetos, na medida em que o bebê está exposto a privações.”²²⁸

A implicação da noção de desenvolvimento infantil também não deixa de estar presente nas avaliações da autora a respeito das dificuldades da criança. As fobias primárias, por exemplo, podem se iniciar na criança a partir do primeiro ano de vida e, mudando de forma e conteúdo, podem reaparecer

²²⁷ M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs e J. Riviere. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1978, p. 284.

²²⁸ M. Klein, *Contribuições a psicanálise*, idem, p. 217.

ao longo dos anos da infância. Incluídas nessa noção de fobia primária estão todos os tipos de ansiedades persecutórias e depressivas como: “dificuldades alimentares, pavores noturnos, ansiedades relacionadas com ausência da mãe, medo de estranhos e distúrbios nas relações objetais de forma geral.”²²⁹ Quanto ao segundo ano de vida, continua a autora, “as tendências obsessivas passam para o primeiro plano, expressam e conjugam as ansiedades orais, uretrais e anais”²³⁰. Ou seja, a despeito de todo o questionamento que a teorização kleiniana dirige à psicanálise freudiana a respeito da precocidade das instancias psíquicas e à noção de desenvolvimento, ela também retrocede quando aplica uma cronologia a essas dificuldades psíquicas.

Em sua tese para defender sua entrada na IPA, apresenta o caso Fritz²³¹ (que vem a ser seu filho), com a principal hipótese de que a inibição da criança seria provocada pela repressão da sua curiosidade sexual, dado que somente uma curiosidade sexual sublimada poderia expandir o interesse da criança para outras atividades da cultura²³². Acredita também que o esclarecimento ao interesse sexual da criança deve ser praticado pelos adultos, isso facilitaria uma menor repressão dos instintos sexuais... pena que ao tentar camuflar que o paciente era seu filho não deixa claro o envolvimento dos pais no tratamento: “parece, por exemplo, que todas as medidas educativas visando, entre outras coisas, à satisfação irrestrita da curiosidade sexual, esta curiosidade nem sempre é francamente expressa pelo

²²⁹ Ibid, p. 244.

²³⁰ Ibid, p. 245.

²³¹ M. Klein, *Novas contribuições à psicanálise*, São Paulo: Mestre Jou, 1970.

²³² J. Abrão, *Idem*, p. 44.

paciente”²³³. De quem teria obtido essa informação? Segundo a autora, nos neuróticos mais leves, repulsas provocadas pelo ambiente podem determinar marcantes resistências a qualquer esclarecimento sexual e levar a uma repressão opressiva. Melanie Klein enfrenta a oposição de Freud, e desde sua primeira publicação não consegue explicitar como incluía ou não os pais nos atendimentos. O que observamos em seus escritos sobre a clínica são relatos de aspectos da história da criança que só poderiam vir do discurso dos pais, mas sem que Klein nos informe como fazia esse manejo.

Mesmo reconhecendo a ajuda da orientação psicanalítica dos pais num possível transbordamento da instauração de repressões no que tange ‘às curiosidades sexuais’ ou mesmo ‘às manifestações sexuais da criança’, acentua a existência de outros fatores internos e submetidos a uma pré-disposição neurótica, que ultrapassariam os esforços da mais bem intencionada educação.

É claro que a técnica analítica do brincar foi, de uma vez por todas, cunhada por Klein na prática clínica com a criança, principalmente com crianças pequenas; um método que possibilitou uma leitura necessária diante das crianças com precários recursos de fala. O problema mais tarde ficou sendo: que leitura seria essa?

Trata-se, no caso das interpretações clínicas kleinianas, sobretudo da operação da tradução. Duas grandes críticas se opõem aí:

No caso dos annafreudianos, a crítica vinha pelo viés da equivalência que Klein operava entre associação livre e brincar. Este trecho de Klein deixa claro o caráter de suas interpretações:

²³³ M. Klein, *Novas contribuições à psicanálise*, São Paulo: Mestre Jou, 1970.

Um menino de cinco anos costumava fingir que tinha toda espécie de animais ferozes, como elefantes, leopardos, hienas e lobos, para o ajudarem contra seus inimigos. Representavam objetos perigosos – perseguidores – que ele domesticara e podia usar como proteção contra os inimigos. Mas, na análise, apurou-se que eles também representavam o próprio sadismo, simbolizando cada animal uma fonte específica de sadismo e os órgãos usados nessa conexão²³⁴.

Fica evidente a relação entre animais ferozes que ajudavam o menino contra os inimigos e os possíveis componentes sádicos que esses animais simbolizariam – o que não deixa dúvidas na tradução que a autora realiza para ler o brincar da criança. Ela traduz animais ferozes por símbolos de aspectos sádicos e, desse modo, é sua abordagem teórica que serve de referente para tal conexão.

Ao nomear “imaginárias” as intervenções kleinianas, Lacan não desconsidera que produziam efeitos importantes em sua clínica:

Melanie Klein enfia o simbolismo, com maior brutalidade, no pequeno Dick! Ela começa jogando em cima dele as interpretações maiores. Ela o joga numa verbalização brutal do mito edípico, quase tão revoltante para nós quanto para qualquer leitor – você é o trenzinho, você quer foder com sua mãe²³⁵.

Confessa Lacan que, afinal, *algo* se produz após essa intervenção. Como Dick está inteirinho na realidade, no estado puro, inconstituído, à

²³⁴ M. Klein, Sobre a teoria da ansiedade e culpa. M. Klein, P. Heimann, S. Isacs, J. Riviere. Em *Contribuições à psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978, p. 296.

²³⁵ J. Lacan, *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 84.

medida que se produzem essas ejeções fora do mundo primitivo do sujeito surge um novo tipo de identificação. Melanie Klein se arrisca a falar com o menino que não está diferenciado da realidade que o rodeia, portanto, ela fala com ele, e isso introduz uma relação com o simbolismo kleiniano.

Entretanto, independentemente da dificuldade que a criança apresenta, o que se passa com as intervenções kleinianas é que elas se dão na ordem da operação da tradução, o que leva necessariamente a ancorá-las numa rede conceitual prévia (sua teoria). O problema, antes de qualquer possível crítica, é que o uso exclusivo da tradução remete irremediavelmente ao uso do aporte teórico que o autor venha a utilizar. A complexidade da tradução, porém, coloca-se muito mais para os que estão de fora do aporte teórico usado; é isso, aliás, que provoca perplexidade, dado que nenhuma crítica a Klein levanta dúvidas quanto a sua efetividade como analista. O problema vai repousar nas possíveis transposições de uma clínica e um estilo tão único, ou seja, na transmissão da psicanálise.

Anexo 3

Debate sobre a transferência na clínica com o bebê

Um debate acirrado acontece nos anos de 1993/1994 entre Serge Lebovici e Bertrand Cramer a respeito da transferência no atendimento ao bebê e seus pais. Esse debate trouxe à psicanálise a ousadia de interrogar a possibilidade de transferência dos próprios bebês em atendimento. O primeiro dos autores, ante uma intervenção psicoterápica pais-bebês, aposta numa relação direta com os bebês e, como consequência, acredita que o bebê “investe” no terapeuta, sendo então capaz de transferir sobre as representações mentais que tem sobre ele, além das descargas pulsionais (com seus aspectos narcíseos) originalmente ligados aos seus objetos primários²³⁶. A fundamental observação de Cramer à concepção de Lebovici é a afirmativa de que não se pode promover uma intervenção direta em relação ao bebê numa psicoterapia, sobre a experiência subjetiva da criança, sem o intermédio da mãe, pois, segundo Cramer, “o efeito terapêutico sobre a criança passa, sobretudo, pelo trabalho psíquico na mãe”²³⁷, e continua afirmando que essa relação ao bebê só pode ser direta apenas em aparência. Cramer afirma que a intervenção do terapeuta se dá com a família e, portanto, a intervenção terapêutica se dá nessa zona intermediária onde os investimentos da mãe se fazem e fazem parte do funcionamento simultâneo do psiquismo do bebê. Para

²³⁶ Cramer B. e Palácio-Espasa, F. Les bébés, font-ils un transfert? Réponse a Serge Lebovici. Em *Psychiatrie de l'enfant* XXXVII, 2, 1994, p. 429.

²³⁷ Idem, p. 430.

finalizar, acredita que o debate é mais sobre a capacidade de representação mental do bebê do que sobre sua capacidade de transferir, e afirma que a representação mental do bebê vem com a linguagem, o que significa que ele só pode ser objeto de representações parentais, estando aí excluída da noção de “sujeito psicanalítico”. E acrescenta que mesmo que não possamos negar que os bebês reagem às mensagens do terapeuta, pensa que somente os kleinianos podem acreditar que os bebês possam ser promotores de competências transferenciais desde o início da vida, já que para eles existem fantasias que fazem parte de uma bagagem mental inata do bebê. Essa aporia de Cramer pode ser interrogada pela própria noção de linguagem que pré-existe ao sujeito sem que necessariamente se tenha que pensar em bagagem inata. Ou melhor, o bebê está inserido na linguagem, mesmo que não tenha ainda se apropriado da fala já sofre os efeitos simbólicos dessa linguagem.

É verdade que esse debate só teve lugar porque os bebês apresentam reações e modalidades relacionais instigantes na clínica com o terapeuta. Eles respondem, repetem situações, mostram...

É possível pensar em relação a essa problemática da transferência com os bebês que o que se passa com um bebê na sessão não é da ordem de uma transferência, dado que é definida normalmente pela escola inglesa como um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre certos objetos e, em particular, no quadro analítico. Há o fato objetivo dos efeitos que o bebê provoca em seus cuidadores, e Blondel²³⁸ oferece exemplos de bebês abrigados que promovem uma repetição contundente em relação aos educadores; repetição dos comportamentos para eles já familiares, ou seja, os

²³⁸ Blondel H. *Peut-on parler de transfert chez le bébé?* In *Psychanalyse et enfance*, no 28, Éd. du Monde interne, septembre 2000.

bebês “provocam” os educadores a repetirem comportamentos familiares a eles.

A repetição dessas relações inadequadas, segundo a autora²³⁹, dar-se-ia porque, para se adaptar às modalidades inadequadas das relações com a mãe, o bebê colocaria em jogo defesas muito precoces. Essa fixação relacional contribuiria para manter a permanência do objeto em todas as situações em que houvesse ameaça de perda ou de separação – situação em que o bebê provocaria prematuramente um sistema de defesa muito ativa. Blondel conclui, ante as reações e repetições do bebê diante dessas situações de dificuldade, que se pode falar apenas de deslocamento (pois nenhuma modificação se opera e somente o porta-objeto muda), de inversão de papéis (ele impõe ativamente uma relação que lhe foi imposta, passa do passivo para ativo) ou mesmo de compulsão à repetição (quando repetem ou promovem repetições), mas contra esse conceito se tem a idéia da desorganização provocada nos cuidadores, parecendo muito mais uma transferência psicótica ou identificação projetiva.

Mais uma vez fica claro que esse debate tão controvertido e de sentido complexo não foi levado a cabo por repetir a necessidade de pensar o psiquismo como a resultante de um embate entre o externo e interno: o tempo e o espaço, considerados nos fundamentos das interlocuções anteriores, é linear, euclidiano; e a transferência seria um fenômeno pessoal (certamente baseada num inconsciente teorizado como interno ao indivíduo). Um fenômeno que se projeta entre os personagens como uma via dupla, vinda de um para o outro numa linha reta entre transferências e contra-transferências, como uma

²³⁹ Blondel, H. idem.

relação a dois. Pensar o inconsciente como uma instancia psíquica interna ao sujeito e concepção de uma relação dual é o que tem sido predominante nas leituras do que se passa nessa clínica, mas, ao mesmo tempo, é esse pensamento que pode dificultar as teorizações ante a clínica para os que ainda não falam.

No texto *A transferência para bastidores*²⁴⁰, sem se referir à clínica com bebês propriamente dita, Erik Porge parece trazer um eixo norteador sobre o tema da transferência. A idéia básica é a de que na criança a neurose comum é a própria neurose de transferência: “na criança a neurose comum substituiria uma neurose de transferência não resolvida”²⁴¹. E a grande descoberta do autor é a de que a neurose na criança eclode diante de quem não mais sustenta a transferência da criança, os pais, por exemplo, não mais sustentam esse lugar de sujeito suposto saber em relação ao filho. O sintoma da criança será então esse representante, para os pais, de um saber suposto que a criança esconde e que o analista deveria descobrir. Uma verdadeira ruptura na transmissão do saber.

O que está em jogo, portanto, no trabalho da psicanálise com a criança, é uma transferência indireta, e a função do analista será sustentar essa transferência rompida entre pais e criança. Não se trata aqui de discutir se a criança transfere ou não, se é ou não psicanálise, mas de pensar uma estrutura maior composta de funções em que habitam esses personagens: criança, pais

²⁴⁰ E. Porge, *A transferência para bastidores*. Em Littoral, *A criança e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1998, p. 7-19. A tradução *Transferência para bastidores* não contempla toda a acepção desenvolvida pelo autor, portanto, nos casos de citação do título do texto optou-se por manter a tradução publicada em português; contudo, quando se tratar da noção a que o autor se refere, será mantida a versão original, *Le transfert à la cantonade*.

²⁴¹ Idem, p.11.

e analista. O uso que pude retirar disso para o trabalho com os bebês será discutido no capítulo 2.

A leitura apresentada refere-se a uma estrutura maior, que envolve tanto os agentes parentais nas suas funções, como o espaço e as circunstâncias em que essa família se movimenta, além de um apagamento entre os limites do tempo cronológico ou histórico. É possível pensar uma manifestação sintomática no bebê como um dos efeitos da linguagem, como marca que pode perpassar gerações, basta que esteja escrita.

O trabalho clínico com aqueles que ainda não falam, de toda sorte promove mudanças, questiona o tempo e o espaço escritos de modo linear, e desse modo também a necessidade de outras direções para essa forma de pensar, numa condensação e numa falta complexa de delimitações entre os dois ângulos de mirada fundamentais dessa clínica, a saber, o lado do cuidador primordial e o lado do bebê.

Foi considerando também o lado do bebê e o lado de seu cuidador primordial que iniciei essa clínica, e aproveitei o capítulo 2 para apresentar – ainda que um momento vacilante de minha clínica – o que também já se encontra aí de extimo e de íntimo. Atualmente, no tempo do só-depois, posso considerar que mesmo trabalhando com um espaço plano e bifurcado, não há somente a idéia da clínica vista puramente num espaço euclidiano, mas tangenciando outros olhares a partir do fato de que o analista está incluído no recorte, isso era o que minha clínica me ensinava à medida que acontecia.

É a idéia da “topologia do extimo” tratada por Porge²⁴² que encontra aqui um eco, pois é essa mesma topologia que afirma que o que nos é mais

²⁴² E. Porge, *Transmettre la clinique psychanalytique, Freud, Lacan, Auhourd'hui*. Paris: Éres. 2005.

estranho, distante, é o que nos é mais íntimo, de modo que não traça *a priori* as fronteiras entre interior e exterior, dentro e fora, o mesmo e não mesmo, e a passagem entre um e outro se faz em continuidade. Atualmente, o que chamo aqui de momento vacilante – a leitura do espaço euclidiano – acontece no início do trabalho, quando os elementos do caso estão se apresentando.

FIM