

Ana Sanchez Barini

Sobre Cuidado e Transferência na Clínica Pais-Bebê

COEGAE-PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
2009

Ana Sanchez Barini

Sobre Cuidado e Transferência na Clínica Pais-Bebê

Monografia apresentada como trabalho de conclusão do curso de especialização “Clínica Interdisciplinar com o Bebê – a saúde física e psíquica na primeira infância” da Cogae/Puc-SP, sob a orientação da profa. Eloisa Tavares de Lacerda.

COEGAE-PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2009

AGRADECIMENTOS

A Eloisa Lacerda, minha orientadora suficientemente-bona, pela paciência e reconhecimento positivo com o meu processo caótico, criativo e demorado.

Ao Tales, por caminhar ao meu lado enquanto eu fui construindo um sentido para estes escritos e leituras.

A Camila Junqueira, que abriu muitas portas para pensar este trabalho - e tanto mais! - me mandando textos chave via email.

Ao Alberto, pela atenta leitura e edição, e por sua incrível capacidade de me fazer ressignificar as coisas.

RESUMO

Tendo em vista a diversidade dos cuidados clínicos oferecidos aos pais e bebês pelas diversas áreas da saúde, o interesse deste trabalho é formular uma reflexão sobre o lugar do cuidado oferecido pela psicanálise na clínica com pais e bebês, a delimitação de seu fazer e pensar sua contribuição para as demais clínicas no panorama da interdisciplinaridade. Para tanto, trabalha-se com a relação entre o conceito psicanalítico de transferência e o cuidar.

O trabalho está organizado em uma breve revisão acerca da noção de transferência em Freud, já que o conceito foi fundamentalmente formulado por ele; são apresentadas as inovações no campo da transferência propostas por Winnicott, em especial o conceito de transicionalidade; a contextualização da clínica psicanalítica com pais e bebês; por fim articulação das contribuições de Winnicott para a noção dos cuidados na clínica.

Palavras-Chave: Cuidado, Transferência, Clínica Pais-Bebê, Transicionalidade.

ABSTRACT

Considering the diversity of clinical care offered to parents and their babies by the different health sciences, the aim of this paper is to reflect on the care in psychoanalysis, in the parent- baby clinic. For that matter, the psychoanalytical concept of transference is regarded with the concept of care.

This paper is organized in 1a quick revision work regarding the concept of transference according to Freud, since he was the first to develop it. Second, innovation on the concept brought by Winnicott. Third a quick contextualization on the psychoanalytical clinic with parents and babies. Last, an articulation of Winnicott's contributions to the concept of care, emphasizing the sense of transicionality.

Keywords: Care, Transference, Parent-Baby Clinic, Transicionality.

SUMÁRIO

Introdução.....	05
Capítulo 1 – Transferência.....	10
1.1. Uma introdução ao tema.....	10
1.2. Freud.....	12
1.3. Winnicott.....	19
Capítulo 2 – A Clínica com Pais e Bebês.....	30
2.1. Aspectos relevantes sobre a clínica psicanalítica com bebês e a transferência.....	30
2.2. Sobre o Espaço Transicional na Clínica Pais-Bebê.....	34
Considerações Finais.....	38
Referências.....	43

Introdução

O presente trabalho é fruto das minhas inquietações e reflexões a respeito da clínica com pais e bebês, pelo encontro entre a prática e a teoria tendo como pano de fundo o debate interdisciplinar. Há pouco mais de três anos atendo no projeto *Consultas Terapêuticas Pais/Bebês* pela ONG Habitare, em parceria com o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis em São Paulo, Capital, (PEC da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein), e me encontro agora ao final do curso de especialização **Clínica Interdisciplinar com o Bebê – a saúde física e psíquica na primeira infância** da Coordenadoria Geral de Aperfeiçoamento e Extensão (COGEAE) da PUC-SP. Neste último, ao longo de dois anos, fui nutrida pelos encontros semanais entre professores e alunos, o contato com as linhas teóricas que atravessavam a clínica de cada um de meus professores da área Psi, bem como o olhar dos profissionais das demais áreas da saúde (fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem etc), contribuíram para a abertura de novas formas de pensar o cuidado com o bebê. Meu olhar e escuta na clínica deste primeiro tempo da vida foram, certamente, muito enriquecidos. Apresento aqui um recorte deste percurso.

Quando um bebê chora incessantemente, somos movidos por uma urgência em aliviá-lo, fazê-lo parar. Sabemos que ele precisa de ajuda de alguém, que não será possível parar sozinho. Penso que é difícil resistir a um apelo desta natureza. É tão extrema a imaturidade com a qual os bebês chegam ao mundo, que somos impelidos a atender suas necessidades. Sua dependência dos demais seres humanos nos convoca: bebês não precisam de cuidados apenas para sobreviver do ponto vista físico, mas também para se constituírem subjetivamente como pessoas. Não existimos a sós.

Assim, ao pensar a clínica com bebês, independente da área da saúde da qual partamos, sempre somos atravessados pela importância dos **cuidados** nestas primeiras etapas da vida. São corpinhos a serem protegidos, alimentados, sanados, limpos e acolhidos. São mães e famílias que também passam por momentos delicados e por vezes sofridos e que, por isso, também precisam de cuidado e de apoio para receberem seus bebês.

Doravante, a noção de que é fundamental agir o mais rápido possível para garantir a vida ou amenizar o sofrimento futuro do bebê - uma vez que estamos constantemente movidos pela noção de que se trata de um momento ímpar por ser inaugural - tanto do ponto de vista do seu desenvolvimento orgânico, quanto de sua constituição psíquica. Isto porque sabemos que o que ocorre nestes tempos tão primeiros pode deixar marcas irreparáveis nele e/ou em seus pais.

Com este trabalho, proponho uma reflexão sobre o cuidar a partir de um lugar – dentre os possíveis existentes nestas clínicas que lidam com a primeira infância – o “meu lugar”: o da psicóloga clínica que já foi atravessada pela teoria da Psicanálise.

Desse modo, nos distanciamos do cuidar que segue a tendência geral dos tempos modernos e contemporâneos, forma esta que vem se estratificando cada vez mais, fazendo crer que o modo rápido e fragmentado do cuidar, promovam a eficácia do cuidar e a integralidade do bebê. As especialidades pensam poder responder isoladamente a quaisquer necessidades da maternagem e da primeira infância e cada uma delas pretende responder às suas próprias demandas, ao invés de compor um sistema articulado evitando uma “corrida” entre os grupos profissionais buscando a dianteira na “salvação dos pacientes”. Se o cuidar não se deve fazer apenas da somatória de muitos cuidados e muitos cuidadores - que poderíamos chamar de multidisciplinaridade - é preciso pensar uma articulação para compor este cuidado com a primeira infância.

Assim, vemos crescer o debate acadêmico entre as equipes que trabalham de forma inter e trans-disciplinar, como é o caso do curso de especialização ao qual esta Monografia está atrelada. Foi dentro deste espaço acadêmico proposto pelo curso que pude pensar meu fazer com a primeira infância, de forma a poder trocar conhecimentos e inquietações com profissionais das mais diferentes áreas de atuação. Certamente, esta foi uma vivência enriquecedora ao longo do curso, mas também muito trabalhosa, pois pudemos constatar que nossas articulações entre teorias e clínicas superam a mera soma das partes. Ao final deste tempo, foi possível constatar a complexidade daquilo que o curso veio nos ensinando, ou seja, que teoria e prática não se sobrepõem por completo, porque aponta-nos descontinuidades, incongruências e brechas.

São inúmeras as discussões em sala que ficaram marcadas na memória. Posso citar aqui nossa professora a psicanalista Julieta Jerusalinsky, que organizando um pouco nossas angústias iniciais, falava da interdisciplinaridade como um exercício da **castração**, no sentido de que é o encontro dos limites das várias áreas, do que falta a cada uma delas e talvez do que falte a todas elas, do saber e do não saber de cada um dos alunos/profissionais.

A compreensão acima nos leva a pensar que no fazer com a primeira infância, é constantemente necessário fazer um caminho de ida e volta entre aquilo que é comum e compartilhável dos conhecimentos e práticas, com aquilo que é peculiar a cada um deles. Neste sentido, acredito que o exercício no campo da interdisciplinaridade é um encontro feliz: ao mesmo tempo em que nos coloca frente a frente com os limites de cada clínica, nos permite descobrir e criar espaços aos quais não se acreditava ainda ser possível chegar. A clínica, por ser soberana, constrói dialeticamente com a teoria um saber que está para além dos fundamentos previamente expostos na teoria, produzindo uma autonomia muito própria à sua prática e contribuindo reflexivamente com a teoria.

O interesse deste trabalho é formular uma reflexão sobre a questão dos cuidados oferecidos pela psicanálise, delimitando o lugar do seu cuidado na clínica pais/bebê, tendo em vista a diversidade dos cuidados com o bebê e com seus pais que são oferecidos por cada uma das áreas da saúde; para então pensar a contribuição da psicanálise para as demais clínicas.

Para fazer este percurso, elejo a teoria de Donald Woods Winnicott. Esta não é uma escolha ocasional, pois tenho privilegiado a leitura deste autor para dar fundamentação teórica à minha prática clínica e ao longo do curso, me vi retomando a as proposições de Winnicott. Posso dizer que pude aprofundar minha compreensão de sua teoria ou ressignificá-la, a partir de suas articulações com a clínica com pais e bebês. Assim, o momento da elaboração desta Monografia é um reencontro com Winnicott, em especial com suas contribuições sobre a noção psicanalítica de **transferência** e a importância de pesá-la à luz do conceito de **transicionalidade**.

A justificativa da presente monografia reside na possibilidade de contribuir para que profissionais de outras áreas - que também trabalham com a primeira infância - compreendam como opera a transferência, já que ela atravessa toda a relação humana. Ainda que caiba a estes profissionais utilizarem a técnica do seu manejo, visto que se tratara de uma prática *par excellence* dos psicanalistas.

Independente de considerar a transferência para os bebês – dado que está é uma questão polêmica entre os teóricos - é importante considerar a existência de complexas redes de transferências entre os cuidadores diretos das crianças, sejam eles pais ou profissionais, pois elas compõem o cenário psíquico e afetivo no qual se dará a constituição destes sujeitos.

Assim, este trabalho está composto por uma reflexão sobre o **cuidado** e sua relação com a **transferência** na psicanálise, introduzindo a necessidade de se trabalhar com este conceito. Segue-se uma breve revisão acerca a noção de **transferência** em Freud, já que o conceito foi fundamentalmente formulado por ele. Posteriormente, são apresentadas as

inovações no campo da transferência propostas por Winnicott, para no próximo capítulo, depois de contextualizada a clínica psicanalítica com bebês, articular as contribuições deste autor com a noção dos cuidados na clínica.

Capítulo 1 – Transferência e Cuidados

[...] tudo que importa no processo analítico virá na forma da Transferência: ou seja, mais do que narrar, trata-se de reeditar experiências e padrões de relacionamento com objetivos externos e internos encarnados na figura do analista. Tudo que há de importante no mundo interno é ativado na situação analítica, diante desse personagem enigmático e propiciador de projeções que é o analista para seu paciente. Todas as interpretações que atingem os estratos mais complexos e primordiais do mundo interno mobilizam uma vasta gama de respostas transferências. Tudo o que o paciente diz, tudo o que relata, suas brincadeiras, seus desenhos, os sonhos, suas reações às interpretações oferecidas, tudo precisa ser visto e escutado como endereçado ao analista de uma forma em que este é percebido como tal ou qual figura significativa da experiência do paciente e efetivamente colocado neste lugar [...] (FIGUEIREDO e CINTRA, 2008, p. 84).

1.1. Uma introdução ao tema

Para refletir sobre os cuidados que a clínica psicanalítica tem a oferecer – no sentido daquilo que a caracteriza e diferencia das demais clínicas - é imprescindível tomar como central a noção de transferência e seu manejo.

A transferência, conceito descrito por Freud, é a forma de investimento afetivo que retoma aspectos infantis daquele que ama; acontece em qualquer relação humana, mas nem sempre é reconhecida ou nomeada assim. A transferência não é privilégio da clínica psicanalítica, entretanto, é na psicanálise que ela ganha um lugar central, uma vez que no *setting* clínico é tratada de forma especial. Laplanche (2001) expõe que graças ao rigor e constância dos atendimentos, a transferência pode ser observada de um ponto de vista privilegiado pelo analista. Cabe a ele reconhecer e operar sobre a transferência, usando-a

como componente importante no processo de cura, uma vez que ela é chave para o acesso e elaboração de conteúdos inconscientes dos pacientes.

Neste sentido, a compreensão e conseqüente manejo e interpretação da transferência delimitam o campo da psicanálise com relação às demais clínicas, dentro da psicologia ou nas outras áreas da saúde Laplanche (2001) afirma que:

[...] a transferência é classicamente conhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, sua interpretação e a sua solução que o caracterizam. (LAPLANCHE, 2001, p. 515).

Assim, ainda que esteja presente e opere nos atendimentos das demais clínicas da saúde, não é tomada por estas como objeto de trabalho ou cuidado. Mas por que manejar a transferência é cuidar? Como veremos adiante, ao tomar um paciente em análise e, portanto trabalhar com a transferência que se instala, tem-se acesso aos conteúdos **inconscientes** e há possibilidade de, pelo manejo transferencial, ajudar o paciente a elaborá-los. Aquilo que aparece em forma de repetição no comportamento do paciente e, portanto, nas transferências que estabelece, é, por definição, fruto de seu sintoma. Oferecer a possibilidade de se elaborar aquilo que insiste em se repetir é uma forma de diminuir o sofrimento do paciente.

O analista pode acompanhar o paciente no percurso por territórios obscuros, inacessíveis à consciência até então. Ele também recebe, acolhe, suporta e permite conhecer aquilo que parecia incompressível ou caótico e aterrorizante, além de facilitar que novas compreensões e sentidos sejam criados para o que foi vivido.

A análise não é um cuidado no sentido comum do termo, pois ela não é igual a um tratamento que alivia ou aplaca dores. À medida que se permite ao paciente conhecer os próprios desejos e assim se responsabilizar por eles, permite que o sujeito tome mais as rédeas de sua própria existência e ainda que saiba que sua consciência não é sempre sua

determinante. Essencialmente, o manejo da transferência na clínica psicanalítica é oferecer um tipo de cuidado potencialmente transformador e significativo e que só cabe à Psicanálise.

Para melhor compreender estas questões iremos primeiro visitar as noções de transferência para Freud, que é o autor do conceito e então iremos para Winnicott, autor inglês que tem importantes contribuições sobre o tema e permite novas relações deste e o cuidar.

É importante que fique claro que dentro da própria psicanálise há divergências e leituras inclusive opostas sobre o tema, que muitos ângulos poderiam ter sido os adotados aqui, mas como fora explicado anteriormente, esta monografia é apenas um recorte.

1.2. A Transferência em Freud

Transferência é um dos conceitos pilares da psicanálise, resultante da prática clínica em psicanálise, reformulada e ampliada ao longo do tempo por Freud e por vários de seus seguidores. Sua compreensão é essencial para o domínio do que é o fazer psicanalítico.

De modo geral, podemos entender que transferência é aquilo que se repete nas relações afetivas de alguém. Algo sobre a forma como o paciente se apresentava nas relações afetivas do passado, em especial nas relações parentais, e que se repete nos dias atuais, sobre a pessoa do analista. A bem dizer, pode se repetir em quaisquer relações do paciente, mas somente o psicanalista tem instrumentos (sua **escuta**) para operar sobre ela, pois domina os conceitos da psicanálise e passou pela experiência da própria análise.

Entretanto, a repetição de afetos expressa pelo paciente não correspondem a uma repetição literal, mas constituem-se em repetições simbólicas, equivalentes aos conteúdos reprimidos do paciente. Assim, há um deslocamento do desejo inconsciente daquele que escutamos. **A transferência, neste sentido, é tão intensa que o paciente ignora aspectos concretos do analista.**

Em “Recordar, Refletir e Elaborar”, texto de 1914, Freud trata de como o **passado do paciente se atualiza na relação com o terapeuta**, no presente. Ele afirma: “*devemos tratar a (sua) doença não como um acontecimento do passado, mas como uma força atua*” (FREUD, [1914] 29006, p.176). A memória vira ato.

A transferência permite acesso específico ao modo de funcionamento do paciente, mostrando como ele estabelece relações objetais: como ama e demanda amor; como se liga ou não aos outros. Em outras palavras, na transferência a organização libidinal do paciente é encenada, isto é, a dinâmica e economia de sua energia vital. As formas como ele obtém

satisfação e os elementos do seu desejo que estão reprimidos, nos dizem quem é este indivíduo. Estes aspectos, como se sabe, levam importantes marcas das vivências arcaicas de cada sujeito. Elas são ambivalentes em sua natureza, tal como é ambivalente o amor que se tem pelas figuras parentais¹.

Faz-se aqui um corte. Para melhor compreender as especificidades das ligações objetais que se manifestam na transferência é importante esclarecer que Freud considera as pulsões como elemento motor da vida psíquica, elas são componentes elementares da sexualidade humana. Porém, é importante considerar que, para Freud, a sexualidade ultrapassa o escopo da reprodução, tal como considerado pelo senso comum, e diz respeito, portanto, aos destinos que damos as nossas pulsões.

Ao reconhecer uma sexualidade infantil, Freud aponta para a presença da pulsão sexual já nas crianças, o que lhes confere desejo e também prazer somático. Isto marca a vida psíquica do sujeito, reaparecendo ao longo de sua vida nas escolhas objetais e na transferência.

A diferença entre a sexualidade adulta e a infantil é a primazia da genitalidade nos adultos, ou seja, que a satisfação sexual ulterior seja alcançada no encontro dos genitais. Por encontrarem satisfação em outras partes do corpo, as crianças são chamadas por Freud de **perversos polimorfos**. Este tipo de satisfação reaparece em diversos âmbitos relacionados à organização pulsional futura do sujeito.

¹ É a partir dessa noção que Freud formula os conceitos de transferência positiva e negativa, não desenvolvidos aqui.

Freud pensa em termos de desenvolvimento da vida pulsional ou da libido². Ele formula as diferentes fases da organização sexual pré-genital (oral, anal, fálica e latente) - que lhe ajudarão a pensar as modalidades de relação objetal que se estabelecerão - e enfatiza o aspecto endogâmico (amor às figuras parentais) na infância. É a passagem pelo complexo de Édipo que garante o acesso da sexualidade infantil à adulta, pois a partir dele (que é a inscrição da castração) a libido pode se ligar a outros objetos (exogamia). Não cabe aqui aprofundar cada um destes conceitos, porém é essencial entender que formas de satisfação infantis permanecem presentes nos adultos. Em outras palavras, é crucial a compreensão de que algo do adulto diz respeito ao seu infantil, que algo do presente do adulto fala de seu passado. Mas isto é inconsciente, pois o recalque opera encobrendo “a totalidade do que é essencial na infância³” (FREUD [1914], 2006, p. 164). Se for inconsciente, é desconhecido para o paciente, é aquilo que ele **sabe sem saber**.

Assim, as marcas do desenvolvimento sexual de cada indivíduo apontam para aquilo que está recalçado, e que, portanto tendem a aparecer sempre da mesma forma. Este aspecto nos leva a compreender também o caráter repetitivo da transferência, muito trabalhado por Freud. O doente não pode se recordar de tudo, repete com o analista o que está reprimido como vivência no presente.

Neste caminho, Freud se propõe a escutar “tudo o que se acha presente na superfície do paciente para identificar as resistências que lá aparecem e torná-las conscientes ao paciente” (FREUD [1914], 2006, p. 163). Ao lembrar aquilo que a princípio não podia, o paciente em análise recorda aquilo que não estava consciente.

² Em *O Desenvolvimento da Libido e as Organizações Sexuais*, de 1916, ele vai mostrando como este desenvolvimento não ocorre de forma homogênea, isto é, ao longo do processo algumas pulsões parciais evoluem e outras estacionam em variados pontos do desenvolvimento onde encontram satisfação, de formas mais ou menos primitivas. Esta é a origem das inibições. Ao observar que a libido, frente a uma frustração, pode voltar a uma fonte de satisfação anteriormente conhecida, Freud formula o conceito de fixação. Assim, estão presentes numa mesma pessoa formas diferentes de satisfação libidinal, que se manifestam conforme as frustrações com as quais ela se depara ao longo de sua vida.

³ O recalque recai preferencialmente sobre o sexual.

Este não é um processo simples. Leva tempo e exige paciência do analista, pois o paciente naturalmente tentará se defender das revelações sobre suas resistências. Para isso, à medida que o tratamento avança, ele dirigirá ao analista seu material inconsciente com maior intensidade.

Assim, Freud identifica que a transferência funciona também resistência. Ele afirma: “O paciente retira do arsenal do passado armas com que se defende contra o progresso do tratamento – armas que lhe temos de arrancar, uma por uma” (FREUD [1914], 2006, p. 167). Mas à medida que se torna consciente de sua doença e por seu desejo de recuperar-se dela o processo vai se desenrolando. Freud também fala dos aspectos positivos da transferência, de como ela ajuda a manutenção do tratamento, pois o paciente deposita na figura do analista a possibilidade de receber cuidados e melhorar. Por “amor” ao analista o paciente se submete e permanece em análise.

O caminho para a cura não está na satisfação dos desejos do analisando. Retribuir é o fracasso da análise. Para Freud a vivência de frustração do paciente funciona como estímulo para a continuação do tratamento. Assim, o analista não deve entrar no papel ao qual a transferência do paciente o convoca. A saída para a não repetição é a abstinência do analista. Ao discutir este assunto Tanis (1993, p. 99) esclarece que ainda que o analista permita a colocação dos atos inconscientes, ele não está no lugar do sedutor, ou seja, ele não atua desde o lugar que o paciente lhe dá, no sentido de não repetir na análise aquilo que aconteceu nas relações anteriores do paciente, isto seria repetir o trauma. Este posicionamento ativo e consciente do analista abre espaço para o paciente conhecer aquilo que apenas podia repetir e a partir daí fazer diferente. Esta é a possibilidade de cura.

Para Freud é fundamental na análise, que os recursos atuais do ego sejam usados para lidar com o conteúdo que precisou ser recalçado no passado, quando o ego era frágil. Ele

ênfatiza a necessidade do terapeuta impedir que as repetições ocorram. Em seu texto *Transferência* (1916), Freud diz:

[...] superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhes aconteceu anteriormente. Desse modo, obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança. (FREUD [1916], 2006, p. 444).

Só assim se pode desfazer, de fato, um conflito. O ideal, segundo este raciocínio, seria uma rememoração completa do material reprimido. Mas a prática clínica de Freud vai mostrando como isto nem sempre é possível. Em seu texto “*Construções em Análise*”, de 1937, que faz parte da obra madura do autor, Freud discute como o papel do analista muitas vezes é ajudar o paciente a preencher as lacunas do infantil, a partir do material encontrado. Assim, o que se constrói, são novas cenas, que têm o mesmo efeito terapêutico que as lembranças rememoradas. É importante enfatizar este aspecto, pois ele dá à clínica uma flexibilidade muito maior do que uma pura investigação escavatória.

Freud faz algumas recomendações aos analistas, que segundo ele, facilitam o manejo da transferência. Ele é categórico ao dizer que considera artigos sobre a técnica inadequados se tomados de forma muito diretiva e os jovens analistas poderiam ficar tomados por elas, por isso considera que a técnica deve ser ensinada diretamente.

Freud dá alguns recados claros aos iniciantes. Aconselha o analista não expor ao paciente seus aspectos pessoais, intimidades e posições políticas ou religiosas, pois em longo prazo isso dificulta a remoção das resistências mais profundas do paciente. Pelo mesmo motivo, Freud aconselha que se deva evitar a analisar pessoas conhecidas ou próximas. Segundo Martins (2004), ao manter essa neutralidade o analista mostra ao paciente que está à prova de qualquer tentação e tem o benefício de converter o que é manifestado em material de análise. Ainda assim, o analista deve ser simpático aos conteúdos trazidos pelo paciente, pois assumir uma postura moral diante deles pode impedir a instalação da transferência. Da mesma

forma, o analista deve considerar tudo o que ocorre durante as sessões, sem privilegiar um ponto ou outro *a priori*. Assim, devem ser levados em conta inclusive nos momentos em que a sessão parece ter terminado oficialmente, pois o paciente está manifestando aspectos importantes da transferência neles também. Neste contexto, ele recomenda o uso do divã como facilitador da associação livre. Outra recomendação interessante é de que o analista considere o pagamento em termos transferenciais, pois eles têm um efeito regulador do tratamento.

1.3. A Transferência em Winnicott

A escolha deste autor - entre tantos na psicanálise - para ampliar a compreensão sobre Transferência, se deve em especial ao seu olhar para as etapas mais primitivas do desenvolvimento emocional humano, ou seja, pela ênfase dada às etapas anteriores à vivência do Complexo de Édipo, que tem relevância óbvia na clínica pais-bebê.

Ao enfatizar os primeiros estágios da vida, Winnicott coloca uma lente de aumento nas sutilezas da relação mãe-bebê e pauta sua teoria no fato de nascermos absolutamente dependentes dos cuidados do ambiente e de que através deles nos constituímos de forma cada vez mais integrada e rumo à independência.

É crucial esclarecer que para Winnicott “não se trata de considerar o ambiente como fator que influencia, mas sim que constitui a subjetividade” (OLIVEIRA, 2008, p. 28) e que nesta primeira etapa da vida o ambiente para o bebê corresponde aos cuidados que ele recebe.

Ao olhar para os sujeitos que ainda não estão plenamente integrados, em outras palavras, que ainda não tem um ego constituído e que não podem fazer relação de objeto, Winnicott abre o campo da clínica psicanalítica para a análise das psicoses, casos limítrofes e também das crianças muito pequenas. Assim, suas maiores contribuições sobre transferência, não ocorrem na clínica das neuroses. Winnicott expande o conceito de transferência colocado por Freud e, como veremos, aborda a questão dos cuidados de forma central e objetiva ao pensar a relação analista-analisando. Como veremos aqui, ele vai trazer para o campo da psicanálise a diferença entre **desejos** (como propunha Freud) e **necessidades** a serem atendidos.

Neste percurso o leitor notará que será necessário retomar alguns dos conceitos pilares da obra de Winnicott para construirmos a leitura que ele propõe para a transferência.

Quando pensamos na clínica precoce, Winnicott nos dá pistas para entender o que se passa com o bebê que está se desenvolvendo emocionalmente; também nos permite compreender muito à respeito das vivências primitivas/constitutivas de sua mãe (que como veremos estarão em jogo nos cuidados do bebê hoje e, portanto, serão centrais na clínica pais-bebê).

Winnicott parte da noção de dependência absoluta do bebê ao nascer e considera que a vida é uma jornada rumo à autonomia. A cada etapa novas conquistas são adquiridas, mas não se visa uma existência totalmente independente dos demais. Por isso Winnicott fala em termos de uma independência relativa.

Destacando alguns aspectos da **Teoria do Desenvolvimento Emocional**, temos que, num primeiro momento, o bebê não é capaz de se perceber como diferenciado de seu ambiente. Mas ele precisa ser prontamente atendido em suas necessidades (fome, sono, proteção, regulação dos ritmos do corpo, etc.) por seu cuidador, pois só assim ele poderá constituir a experiência de ilusão de criar o ambiente que o cerca. Ou seja, se constituirá à medida que concebe seu entorno – e dessa forma poderá experimentá-lo como real e não como uma invasão ao seu *self*⁴.

Por isto, segundo Winnicott, se tudo for bem, o bebê será cuidado por uma **mãe suficientemente boa**, que pode se adaptar muito eficientemente àquilo que o bebê precisa. Isto é possível porque na presença de seu bebê a mãe entra em um estado psíquico especial⁵, no qual recorda, inconscientemente, o bebê que ela foi e assim ela se identifica com seu filho. Ela pode sentir como ele sente e por isso se afinar às suas necessidades, mas ainda que esteja

⁴ Self para Winnicott, segundo o Dicionário de Jan Abram, é a descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente. O “sentir-real” é que dá centralidade sentimento de *self*. A origem do *self* é como um potencial do recém nascido, que a partir de um ambiente suficientemente bom poderá desdobrar-se em um *self* total, isto é, uma pessoa capaz de estabelecer distinção entre eu e não-eu. Por outro lado, o Ego é uma parte do *self* cuja função é integrar e organizar a experiência.

⁵ Preocupação Materna Primária.

devotada a ele, a mãe não perde o contato com a realidade externa e faz, justamente, o papel de mediá-la para seu bebê. O bebê não é capaz de saber que sua mãe existe independentemente dele, mas ela não se esquece disso.

No esquema proposto para exemplificar o estabelecimento da experiência de ilusão de onipotência que o bebê vive nos estágios iniciais de sua existência, o seio lhe é oferecido pela mãe no momento em que ele, faminto, o “alucina”. Dessa forma, quando o bebê encontra no mundo aquilo que concebeu subjetivamente, o seio passa a existir também dentro dele (a conceituação de interno e externo só faz sentido para alguém que observa a situação de fora, já que para o bebê, ele e o ambiente não estão discriminados *a priori* e tudo é **percebido subjetivamente**).

Para sustentar a ilusão de onipotência de seu filho, a mãe lhe oferece cuidados de forma razoavelmente previsível, para proteger o bebê daquilo que ele poderia sentir como invasivo e que rompesse com a experiência de **continuidade do ser** (*going on being*) que está, delicadamente, sendo criada. Assim, o sentimento de **continuidade de existir** precisa primeiramente ser oferecido por um outro, para que a **confiabilidade básica** seja estabelecida. Se tudo vai bem, o bebê conquista um **sentimento de existir, de estar vivo** e, segundo Winnicott, isto é essencial para se preservar um contato saudável com o *self*.

É interessante notar como o aspecto simbólico e o concreto são vividos de forma imbricada nas experiências primitivas do bebê. Winnicott formulou o conceito de *Holding* materno para descrever como o colo da mãe oferece, simultaneamente, sustentação física e emocional ao seu bebê, por dar-lhe um contorno e continência, e concomitantemente, suporte egóico. Aqui o corpo da mãe ainda é uma extensão do seu e essa é sua primeira morada. A forma como a mãe faz o manejo do corpo do bebê também tem importante atenção na teoria Winnicottiana. A ação denominada *handling* ajuda a criança a reconhecer suas próprias extremidades e aos poucos poder habitar este corpo, dando-lhe a capacidade de se integrar.

No segundo momento da teoria do amadurecimento, o da **dependência relativa**, a **mãe suficientemente boa** irá, aos poucos, a se ocupar de outras tarefas que não o bebê. Do ponto de vista dele, essa mãe que se retira, falha em atendê-lo. Coincide com este momento, em geral, o desmame. Mas ela só faz isso porque sabe que seu bebê já suporta suas pequenas ausências. Esta é a etapa em que o bebê vive a **desilusão**. Como a mãe passa a estar fora de seu controle onipotente, aos poucos ela é percebida como exterior ao bebê, ou seja, de que no mundo as coisas existem anteriormente a ele.

Esta passagem gradual, pela repetição das experiências, permitirá que o mundo seja concebido como objetivo e o bebê, agora já maior, passará a estabelecer outros tipos de relação, com o **não-eu**. Aqui, as novas conquistas do bebê também passam a interessá-lo e ele ganhará cada vez mais autonomia, podendo sinalizar melhor suas necessidades, ou seja, precisando ser menos “adivinhado” pela mãe e ganhando novas relações sociais. Neste caminho, quando se deparar com percalços, eventualmente ele precisará recorrer à provisão ambiental que encontrava na mãe anteriormente, ele regredirá, e é muito importante que ele possa ser recebido de volta por ela, sem ser retalhado.

Aliás, a mãe continua cheia de tarefas importantes aqui: por um lado ela mesma deve se interessar por outros objetos e auxiliar o bebê no processo de separação, o que lhe exige, muitas vezes, uma boa dose de agressividade bem elaborada⁶. Por outro lado, ela precisa sobreviver à frustração do bebê e não retalhar seus ataques, uma vez que isto poderia vir a ser extremamente traumatizante para ele.

É crucial a noção da perda da **ilusão onipotência**, mas uma vez que a confiabilidade no mundo já está estabelecida e que permanece preservado o sentimento de que “o mundo foi

⁶ Winnicott se debruça sobre as vivências de ódio da mãe com relação ao seu bebê e as legitima – ele inclusive cria uma lista com razões para tal ódio em um artigo de 1947, intitulado “*Ódio Na Contratransferência*” – porém deixa claro a importância dela poder tolerar ser próprio ódio, sem que este seja diretamente expresso para o bebê.

criado pessoalmente, e pode continuar a ser criado, não desaparece. A despeito da capacidade intelectual, o indivíduo mantém a capacidade para a ilusão, exercendo naturalmente a criatividade” (DIAS, 2003, p. 228). Isto significa que um espaço intermediário, nem externo nem interno, será preservado.

Estas são as experiências de integração permitem que o bebê perceba sua existência como real, assim como o mundo em que ele habita. A leitura da obra winnicottiana faz pensar no quanto é importante que haja afinação afetiva entre mãe e bebê e do quanto à integração da mãe é importante para que ela possa se dedicar ao bebê e permitir que ele também vá se integrando.

Porém, nem sempre o amadurecimento se dá de forma tão afinada entre bebê e ambiente. As falhas que ocorrem antes que ele possa suportá-las, deixam marcas importantes que irão determinar toda a compreensão psicopatológica winnicottiana. Como este não é o foco do presente trabalho, são descritas apenas as três categorias de casos que Winnicott propõe e os tipos de manejo correspondentes a cada um dos tipos de sofrimento psíquico.

No primeiro estão as **pessoas inteiras**, aquelas que apresentam problemas de relação interpessoal, descritas por Winnicott como os pacientes que encontramos na clínica freudiana e cuja técnica de atendimento também foi elaborada por Freud.

No segundo encontram-se as **personalidades que recém começaram a se integrar** e precisam de análise para a junção dos sentimentos de amor e ódio. Seria a análise do **estágio do concernimento** ou da posição depressiva, que o autor relaciona ao período do desmame e que precisa ser sustentado pela mãe. Destaque-se a necessidade de sobrevivência do analista aos ataques do paciente.

No terceiro, estão os **pacientes mais primitivamente afetados**, os gravemente traumatizados, que ainda não chegaram a se integrar e precisam de sustentação materna, literalmente. Por isso em suas análises é necessário o manejo (*handling*) em si, mais do que

qualquer outra função do analista. Estes são os pacientes que não podem perceber a existência do analista como externa a eles.

Winnicott discute como não é o simples exercício da técnica que permite a análise, mas que o papel do analista é cooperar com o paciente no seguimento de um processo que tem o rumo e ritmo daquele que cuidamos. O analista não pode impor aos seus pacientes uma técnica *a priori*. É neste sentido que Winnicott afirma dar ao paciente aquilo que este precisa. Kupperman (2008) analisa este aspecto e afirma que o manejo winnicottiano diz respeito “a adaptar-se suficientemente bem aos modos de subjetivação do analisando, criando um contexto analítico adequado” (KUPPERMAN, 2008, p. 97).

Para isso, Winnicott pensa em termos de uma teoria da regressão, na qual um ambiente de confiança criado na relação com o analista permitiria um descongelamento das falhas de maternagem (que resultaram no funcionamento psíquico atual). Assim, o paciente voltaria a um estado arcaico de dependência, mas esta agora dirigida ao analista. Na relação com ele e pelos cuidados por ele dispensados, o paciente poderia reviver experiências essenciais ao seu desenvolvimento constituindo-se de forma mais integrada. Assim, para estes pacientes, Winnicott vai pensar a transferência tal como uma repetição do vínculo materno, que tem como modelo a **mãe suficientemente boa** e coloca os cuidados que o analista oferece ao paciente em destaque, muito diferentemente do modelo freudiano, que se restringia a não atender os desejos dos pacientes. Porém, enfatizamos: tratam-se aqui de **necessidades**. Sobre este aspecto Figueiredo (2007) afirma:

É importante que o analista desempenhe um papel semelhante ao da mãe suficientemente boa: sobrevivendo a possíveis ataques, ouvindo as angústias, estando presente tanto no sentido concreto quanto no subjetivo. O horário fixo, a assiduidade do analista, a exclusividade durante o período da sessão, assim como aspectos menos concretos, como por exemplo, as lembranças e a escuta inconsciente, ou seja, todo o *setting* terapêutico. Uma vez que este seja bem definido, cria-se um espaço de experimentação. (FIGUEIREDO, 2007, p. 13).

Estabelecida uma confiança básica, abre-se um espaço para a emergência de conteúdos inconscientes que o analista deve ouvir sem invadir, dando apenas contorno. Assim como a mãe deve ser capaz de acompanhar o bebê e conter os sentimentos com os quais ele não consegue lidar, funcionando como ego auxiliar, isso também se repete na transferência analítica. O analista buscará se afinar às necessidades de seu paciente tal como o faz a mãe de um recém nascido. E ele será um “analista suficientemente bom” se falhar (esquecer a sessão, dormir, sair de férias, não estar realmente ali, etc.) apenas quando seu paciente puder suportar esta interrupção.

Assim, podemos pensar no *handling* materno como metáfora para o manejo clínico presencial e cuidadoso por parte do analista. O manejo de satisfação das necessidades do paciente facilita a ocorrência regressão do paciente, para que após a vivência da dependência do analista, este aos poucos vá se retirando e possa começar a existir um espaço entre eles.

Porém, o manejo clínico winnicottiano é muito mais do que oferecer a possibilidade de regressão e maternagem a pacientes graves, no sentido dos cuidados ativamente dispensados. A maior riqueza de sua obra é a noção de **espaço transicional** ou **potencial**.

A princípio, pensado como o espaço existente entre a mãe e o bebê, do eu e o não eu, é área fronteira, ao mesmo tempo em que une estes elementos, os separa. É o espaço que pode conter o gesto espontâneo da criança, receber sua criatividade, permitindo que ele construa seu mundo subjetivamente à medida que o encontra no real. Este espaço não está previamente preenchido, ele é protegido pela mãe.

Winnicott fala na existência de um **objeto transicional**, que permite o bebê suportar as ausências da mãe, a media que ela se retira dos cuidados simbióticos que ofereceu ao bebê. Este objeto⁷ é a primeira possessão do bebê, que o criou subjetivamente, porém, como afirma

⁷ Winnicott esclarece que, as vezes, não se trata de um objeto concreto, mas de uma música ou um certo balançar-se que a criança elege neste momento.

Winnicott (1990, p 126), nós sabemos tratar-se da ponta do cobertor ou um brinquedo, ou seja, algo que existe externamente ao bebê. É a primeira “posse **não-eu**”. Estes objetos são eleitos por conterem algo – um aspecto, um traço - da experiência de ambiente daquele bebê, em geral algo de sua mãe. Neste sentido eles precedem a capacidade de se usar simbolização.

Daqui nasce o brincar. Chamo atenção para o fato de que a qualidade destas experiências é mais importante que seu conteúdo. Esta qualidade é uma conquista que se mantém até a vida adulta, como a capacidade de circular pelo campo da cultura, da arte e da religião, aspectos que dizem respeito diretamente à criatividade do indivíduo.

A partir do modelo mãe-bebê, o **espaço transicional** é compreendido como aquele existente entre o indivíduo e o meio ambiente, entre o objetivo e o subjetivo, o espaço para a criação e para a experiência cultural. Para nós, a maior relevância está em pensar o espaço entre analista e analisando como transicional; um espaço protegido onde as experiências do paciente possam ser significativas e aquilo que é realidade externa possa ganhar sentido pessoal e o mundo possa ser criado pelo paciente.

Deve-se permitir que o paciente possa criar dentro de si o sentido que já existe de alguma forma fora dele – tal como descreve a necessidade de se conceber o objeto internamente para ele poder existir. Fica claro porque muitas vezes o terapêutico não é a interpretação em si, mas sim a experiência vivida ali.

Para atingir um campo de confiabilidade real, Winnicott diz que as interpretações devem ser retidas, pois elas podem romper com este lugar tão essencial e delicado. Se a realidade é imposta ao paciente, tal como aquela imposta ao bebê, ele não pode **se apropriar dela**. Desse modo, o indivíduo sente que participa do processo de evolução e crescimento. Descobre, ainda, que é capaz de criar.

Winnicott fala da necessidade do analista saber esperar e permitir que o paciente possa chegar, quase que por si só, aos sentidos ou interpretações da análise. Ele diz que os

pacientes fazem uma auto-análise na presença do analista: “todos os processos originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas” (WINNICOTT [1954], 2000, p 374).

As interpretações, neste sentido, perdem a função central que tinham na clínica Freudiana e entram em cena o **jogo** ou o **brincar** – aquilo que analisando e analista podem construir juntos. “Assim, temos que em Winnicott, diferente de Freud o foco é deslocado do desvelamento do inconsciente, por meio das interpretações, para a realização de um manejo adequado às necessidades do paciente” (MARTINS, 2004, p. 24).

Trata-se de uma alteração de posição. Se em Freud cabia ao analista remeter o indivíduo às figuras originárias, trata-se aqui de permitir o surgimento da experiência do novo. A este respeito, Gilberto Safra, em seu livro *A Po-ética na Clínica Contemporânea*, chama atenção para como Winnicott propõe uma mudança significativa na compreensão e no trabalho da transferência, ao compreendê-la como um campo de transformação. Diferente de Freud e dos outros autores da psicanálise até então, Winnicott passa a trabalhar para além da concepção do representado, indo para a dimensão do ainda **não acontecido**, e que assim, ainda não pode ser representado.

O analista trabalha com o intuito de que o processo analítico possa evoluir o suficiente para que o inédito possa ocorrer, possibilitando ao paciente a abertura para regiões de si, que podem vir a ser gestadas e realizadas como aspectos do **si mesmo** [*self*] do paciente. (SAFRA, 2004, p. 146).

Isto é significativamente diferente da concepção de uma clínica concebida a partir da noção de **experiência emocional reparadora**.

Por isso cabem na clínica winnicottiana pacientes tão fragilmente integrados, regredidos às etapas iniciais. Sobre este aspecto, merece destaque o estado emocional das mães que, por estarem vivendo a gestação e puerpério, revivem suas experiências primitivas regredindo.

Cabe aqui uma consideração especial sobre o fato de em se tratando da clínica com pais e bebês, o manejo cabível é justamente este não apenas por haver um bebê em cena, mas porque a vivência da maternidade/paternidade mobiliza aspectos regressivos tanto na mãe quanto no pai e eles entram em jogo na relação que estes tem com seu bebê.

Sobre o delicado manejo proposto por Winnicott, ressalte-se também a importância daquilo que Figueiredo (2007) chama de uma **ação negativa**, no sentido de impedir que algo indesejável aconteça ao paciente. Segundo este autor, por vezes isto se traduz em **deixar-ser** ou **deixar acontecer**, de poder ausentar-se ou estar presente de forma reservada, não invasiva para que as fantasias do paciente possam surgir.

Nas palavras de Figueiredo, o analista deve oferecer um

[...] espaço vital desobstruído, não saturado por sua presença e seus fazeres. É neste espaço vital, que o cuidador deixa livre e vazio – sendo sua tarefa justamente a de protegê-lo contra a presença excessiva de objetos e representações – que o sujeito poderá exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades. A base de todo o movimento é exatamente o da retirada estratégica do agente cuidador: ele se mantém em reserva para convocar à ação [...] Cria-se, assim, um espaço potencial na presença reservada do cuidador. (FIGUEIREDO, 2007, p. 09).

Não resta dúvida de que para poder oferecer e suportar o manejo exigido por esta clínica cabe ao analista, necessariamente, um trabalho interno significativo. Em *Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico* (1954), Winnicott conta de sua própria experiência. Foi necessário amadurecer de forma dolorida para cuidar de uma paciente que experimentou uma regressão à dependência muito intensa na análise com ele, a ponto de ele sentir que foi preciso uma auto-análise adicional de sua parte.

É notável que Winnicott tenha hesitado tanto em descrever estes fenômenos ou vivências clínicas. Há algo de muito delicado tocado com este conceito, a ponto de o analista poder ser objeto subjetivo do paciente. Esta qualidade da experiência deste trânsito, tão

precisa entre os dois, pode muito facilmente se perder à medida que é relatado a um terceiro.

A língua é por natureza, da ordem deste terceiro.

Por fim, é preciso colocar que a leitura tão profunda e profícua de transferência que Winnicott constrói a partir do paralelo com a relação mãe-bebê, recoloca a questão do cuidar no campo da psicanálise. Como vimos, ele passa a ocupar um lugar muito maior e mais direto no fazer do analista, compondo diretamente seu manejo.

Capítulo 2 - A Clínica com Pais e Bebês

2.1. Aspectos relevantes sobre a clínica psicanalítica com pais e bebês e a transferência

As intervenções de psicanalistas com foco no início da vida têm crescido de forma significativa desde as primeiras constatações sobre a vida emocional dos bebês, feitas por Winnicott, Spitz e Bolby durante e após a segunda guerra mundial.

Hoje, a produção de pesquisa e atendimento clínico nesta área é expressiva, há centros importantes em diferentes regiões do globo – por exemplo, o Alfred Binet em Paris, a Clínica Tavistock em Londres e o Centro Lúcia Coriat em Buenos Aires.

Coexistem modelos variados de compreensão do fazer do analista que se ocupa de bebês, cada qual marcado pelas diferentes escolas psicanalíticas. Esta multiplicidade de visões aparece desde a nomeação que se dá para o trabalho. Para citar alguns, temos **clínica pais-bebê**⁸, **psicoterapia mãe-bebê**⁹, **consultas terapêuticas**¹⁰, **estimulação precoce**¹¹. Compreender as nuances teóricas e práticas que delimitam o fazer de cada grupo, certamente redundaria na produção de outro trabalho científico, - que foi competentemente elaborado por Daniela Teperman (2005), em sua tese de mestrado.

Se, por um lado, há divergências dentro deste campo, há também pontos comuns. De modo geral, a clínica com bebês é pensada a partir da relação entre o bebê e seus cuidadores, pois se o bebê é alguém que está se constituindo, essa constituição passa, necessariamente,

⁸ Laznik (2005).

⁹ Crammer e Palacio Espasa (apud GOLSE, 2003).

¹⁰ Winnicott e Lebovici (apud GOLSE, 2003).

¹¹ Centro Lydia Coriat (apud TEPERMAN, 2005).

pela relação com os outros. Winnicott dizia que um bebê sozinho não existe. Os autores lacanianos ressaltam sempre a importância do outro encarnado ou do outro primordial. Há aqueles que se referem à dupla, díade ou unidade mãe-bebê. Sabe-se, em outras palavras, que para cuidar de um bebê é importante cuidar dos seus cuidadores primordiais. Assim, não se toma um bebê sozinho em atendimento psicanalítico.

Para pensar no bebê, é preciso também pensar nas mudanças vividas pela mãe (e a família). Engravidar e maternar são processos extremamente mobilizadores do ponto de vista psíquico, pois significativas mudanças são necessárias para a construção de uma nova identidade para a mulher. Tornar-se mãe é mudar de posição na genealogia familiar, é adquirir mais uma função dentro de casa (ser esposa e mãe, ser mãe de dois etc.), ganhar um novo status social e é também ter que renunciar, se afastar temporariamente do trabalho ou ver seu corpo mudar. Ao mesmo tempo, o inconsciente trabalha resgatando a maternagem recebida quando se era bebê, assim como retoma conflitos infantis e edípicos. Questões da mesma profundidade são colocadas para os pais, avós e irmãos. O papel do analista diante deste cenário é colocar para operar os seus recursos clínicos: sua escuta e a leitura da transferência.

Com relação a esta última, na situação psicanalítica clássica, como vimos anteriormente, a transferência era pensada como um fenômeno da relação do analisando com o analista. Mas como na clínica pais-bebê, estamos em uma situação onde há, no mínimo, três pessoas em questão: bebê, mãe, analista (e às vezes também o pai e possivelmente alguém mais do contato direto do bebê, como uma babá ou um irmão), temos mais de uma transferência em cena, há uma multiplicidade delas. E mais, elas estão operando ao mesmo tempo, cada qual com seus conteúdos específicos – e por que não pensar, interagindo entre si?

Nas palavras de Laznik (2005)

Estamos pensando que um processo de transferência está ocorrendo e é muito impressionante porque o bebê transfere muito depressa e as

transferências não são do bebê, mas do pai, da mãe, do bebê no pai, do bebê na mãe. (LAZNIK, 2005, p. 32).

Do lado da mãe (ou pais) ela opera fortemente. O terapeuta pode ser tomado como aquele que tem um suposto saber sobre o que se passa com o filho deles, que vai lhes ajudar a resolver uma questão. Podem também tomar o analista no lugar de uma figura parental, como se ele fosse o avô ou avó que pudesse transmitir algo sobre cuidar da nova geração, assim como uma figura que irá cuidar deles, pais. Por se encontrarem na passagem de filhos à mãe ou pai, a regressão deles estaria facilitada.

O analista pode também ocupar o lugar de uma mãe ou pai idealizados - que sabem o melhor – o que coloca os pais numa posição de rivalidade com o analista, podendo haver um tom de competição a ser nomeado e reconhecido pelo analista.

Olhando para a relação mãe e bebê, o analista pode ser percebido por ela como um **terceiro**, como alguém que está de fora e que pode representar o pai ou a lei paterna, convocando a mãe a outros lugares e efetuando um “corte” organizador no laço dela com seu filho.

Se há mais de um terapeuta, o mesmo precisa ser considerado. Um exercerá o papel da mãe boa, e o outro o da mãe má? Será um o pai, e outro a mãe? Uma será a avó e a outra a mãe? A mãe e a irmã? Podemos considerar que se estabelece uma “rede” inconsciente e, portanto desconhecida para os pais e que cabe ao analista reconhecer esta rede e considerá-la em sua intervenção ao longo do trabalho.

Assim, a depender de cada mãe ou pai e do momento que cada um atravessa, aspetos diferentes de seu infantil serão manifestadas na transferência com o terapeuta. A noção de **particularidade** é pilar na compreensão do humano na psicanálise, por isso não cabem aqui modelos para o manejo de transferências que tendam por um ou outro dos caminhos citados acima.

Entretanto, há práticas que se tornaram pilares e se mostram úteis na clínica. Um recurso comumente usado por psicanalistas é falar com o bebê ali presente como forma de acessar o bebê da mãe, o bebê que ela foi. Outras vezes fala-se diretamente a este último. Dirigindo-nos ao bebê, dizemos, por exemplo: “*fulaninho, nós vamos cuidar da mamãe para ela cuidar de você*”.

Há maior debate acadêmico acerca da transferência do ponto de vista do bebê. Alguns autores afirmam que, por não estar constituído como sujeito o bebê não pode ainda transferir. Para os autores lacanianos, como Julieta Jerusalinsky (2002), o analista pode passar a compor o Outro primordial do bebê a partir da transferência que seus pais estabelecem como ele e é isto que o possibilita operar na constituição do bebê.

Cramer (apud GOLSE, 2003) também acredita que os bebês não transferem e segundo Golse (2003), ele se ocupa das mães, pois uma vez que elas são tocadas, algo no bebê muda também. Para outros autores, como Lebovicy (apud GOLSE, 2003), o bebê faz, sim, transferência e ele pode ser modificado pela dinâmica que se estabelece na transferência com o analista, e assim ele transformará os pais.

Poderíamos supor que para Winnicott essa questão não se colocaria deste modo, visto que para ele o bebê não existe sem a mãe. Não cabe recortá-lo da cena, pois ele é com seu ambiente de forma absolutamente radical.

Trata-se aqui apenas de um pequeno esboço sobre o tema, não correspondendo a um debate sobre a capacidade de transferência ou não do bebê o foco deste trabalho. A ênfase recairá sobre a transferência materna, pois tomando a compreensão Winnicottiana sobre o início da vida, faz-se necessário uma abordagem sobre a importância dos cuidados despendidos à mãe pelo psicanalista na clínica com pais e bebês, tendo em vista o que foi considerado anteriormente sobre a regressão vivida pela mãe.

2.2. Sobre o Espaço Transicional na Clínica Pais-Bebê.

Dada a importância da experiência de transicionalidade na constituição do bebê, é óbvia a sua relevância com relação ao bebê que se atende e, certamente há, ótimos trabalhos sobre este tema, que de modo geral se ocupam da questão do brincar como experiência constitutiva, seja na clínica ou fora dela. Porém, este campo é menos explorado no que diz respeito à transicionalidade vivida na relação (transferência) do terapeuta com a mãe (pais) da criança trazida ao atendimento clínico pais-bebê e por isso a escolha da ênfase deste trabalho.

A maternidade é um fenômeno transicional (FALIVENE, 2004), pois para cuidar de seu bebê a mãe precisa transitar entre as realidades, interna e a externa, tanto dela como do bebê. Ela se identifica com seu filho porque guarda dentro de si o registro de ter sido um bebê um dia, assim pode se dedicar às necessidades, suportar ser seu **objeto subjetivo** e então lhe apresentar o mundo pouco a pouco, à medida que seu bebê também possa ir criando-o. Este acesso ao mundo subjetivo, sem perda do contato com o externo, é aquilo que chamamos de intuição. Ela é o elemento principal de uma maternagem **suficientemente boa**, que segundo Winnicott é o que garante uma provisão ambiental adequada para a constituição saudável do bebê. Mas, para que vivam a maternagem de forma transicional, é necessário que a mãe tenha tido, em sua história pessoal, experiências dessa qualidade. Em geral elas o tiveram, diria Winnicott e o fazem por seus filhos sem saber, mas porque sentem que é disso que eles necessitam e não por reproduzirem um padrão pedagogicamente assimilado.

Entretanto, com a regressão às próprias experiências primitivas da mãe, provocada pela gestação e nascimento de um bebê, algumas mulheres precisam de uma sustentação externa para poder oferecer o mesmo para seus filhos, dadas as falhas a intensidade das

marcas deixadas pelas falhas vividas precocemente, sem a possibilidade posterior de elaboração das mesmas. Neste lugar a intervenção clínica se faz necessária.

Mais do que interpretações, nessa clínica nos cabe oferecer sustentação e manejo à mãe regredida para garantir-lhe um cuidado suficientemente bom. Deste modo, a ênfase da intervenção, a princípio, recai sobre o *holding* em seu sentido simbólico, ao se proporcionar o *setting* como um lugar acolhedor, confortável e reservado para a mãe viver suas experiências. Isto se dá no nível das experiências da mãe enquanto bebê (do bebê que ela foi) - uma vez que a transicionalidade na clínica pode funcionar como caminho para o descongelamento de falhas da maternagem que ela viveu e para a reelaboração dessa, via relação com o terapeuta, que lhe permite atingir um novo grau de integração pessoal.

A transicionalidade na clínica também é muito importante no nível das experiências – concretas - de maternagem que a mãe pode experimentar no próprio setting com seu filho. De como ela pode encontrar e construir uma forma própria de cuidar de seu bebê, por estar num contexto protegido e sustentado. Ao ser sensível e se adaptar às necessidades da mãe, o analista sustenta a devoção dela ao bebê.

Dessa forma, o analista não antecipa à mãe um modelo pronto de maternagem – o que seria uma intervenção pedagógica -, mas permite que ela integre os cuidados recebidos (tanto no passado, como na relação com o analista) e que então possa reconhecer e atender as necessidades do bebê. Para tanto, o analista se alterna entre dois lugares: daquele que cuida ativamente (**presença implicada**, segundo FIGUEIREDO, 2007) e do que acompanha e deixar descobrir (**presença reservada**, idem, 2007) – tal como uma mãe que deixa seu filho brincar sossegado enquanto ela se atém a estar presente, ao lado, silenciosa.

Para a mãe que pode “brincar” de ser mãe, a construção da maternidade é vivida no trânsito entre mundo interno e externo, na possibilidade de encontrar no mundo algo que se criou também internamente e de integrar algo que pertence a este externo (a cultura). O

aspecto criativo da clínica ganha força aqui, como conquista de algo original e potente, que abre para mais do que a repetição dos padrões antigos, pela integração dos cuidados recebidos e o que se descobre na relação com o bebê ali presente, o novo pode surgir. Não se trata de uma única conquista criativa, mas da conquista de algo vivo, em constante movimento, que irá se transformar e reformular com o passar do tempo. A intervenção terapêutica lhe permite um encontro verdadeiro consigo e com seu bebê, algo que Winnicott qualificaria como da ordem do vivo e da espontaneidade, que a própria paciente pode reconhecer como valioso.

Cabe salientar a singularidade dos encontros entre cada mãe, com cada bebê. Por mais que já se tenha maternado outro bebê, nunca será o mesmo bebê. A mãe, por mais que carregue marcas das experiências vividas anteriormente, trará algo daquilo que experimenta particularmente no momento de vida presente. O inédito fica potencializado aqui.

A preciosa leitura de Winnicott feita por Falivene (2004), em sua tese de mestrado, mostra a correlação entre o aspecto transicional da maternagem e na intervenção clínica, em suas palavras

O terapeuta é suficientemente bom quando pode usar a realidade externa e mundo subjetivo para estar com o paciente. É claro que isso não pode ser conseguido intencionalmente, como exercício de vontade. As experiências vividas por ele no contexto da dependência, e outras experiências que ele tenha buscado e encontrado, determinam suas possibilidades de viver a transicionalidade. Operando neste campo o terapeuta sabe intuitivamente a respeito das necessidades da mãe. Ele é capaz de **sentir** o que é preciso, por conhecer o que é ser um bebê. Além disso, ele pode usar seus conhecimentos teóricos e a percepção da mãe como alguém diferente dele. (FALIVENE, 2004, p. 105).

Para ocupar este lugar é necessário que o analista suporte as próprias angústias que as cenas de seu consultório lhe provocam. Este aspecto pode parecer óbvio para os colegas psicanalistas, mas creio que ele merece ênfase pela intensidade e pouca elaboração – ou mesmo concretude! – dos aspectos vividos na clínica com pais e bebê. O desamparo de um bebê ou mãe pode provocar facilmente os registros inconscientes do analista, por exemplo,

das falhas na maternagem que ele recebeu, mas sua atuação clínica não pode, em hipótese alguma, ser a atuação dessa.

Se o aspecto da transicionalidade é ignorado, corremos o risco de, na clínica com pais e bebês, ficarmos muito presos na leitura do primeiro momento de maternagem descrita na da teoria Winnicottiana, e oferecermos espaço de escuta continente e excessivamente “maternador” – no sentido de absolutamente adaptados, sem brechas - e assim nos tornarmos terapeutas invasivos e, portanto ruins. Uma mãe só é suficientemente boa por que ela aos poucos se faz menos presente e vai abrindo cada vez mais espaço para o bebê experimentar seu mundo. O terapeuta, da mesma forma, deve ir se ajustando às necessidades da mãe e do bebê. A noção de **desenvolvimento emocional** é essencial para sustentar este raciocínio.

Voltar a Winnicott nos permite discriminar cuidadosamente à que tipo de ligação ou estágio de desenvolvimento emocional se remetem as questões postas por elas na transferência e na relação delas das mães com seus bebês. Só assim poderemos adequar o manejo a ser feito na clínica com pais e bebês ao que está posto na transferência. Frequentemente há algo a ser feito antes de se poder ouvir o desejo materno e como vimos, não menos necessário.

Considerações Finais

Ao final deste trabalho, chegamos a uma formulação sobre papel do cuidar da psicanálise na clínica com pais e bebês que implica, necessariamente, o manejo da transferência dos pais do bebê, pois compreende que nesta primeira etapa vida as necessidades do bebê estão intimamente ligadas à provisão ambiental que ele pode receber. Seu ambiente é, essencialmente, o cuidado que ele recebe.

Cabe salientar que o manejo da transferência na clínica psicanalítica – seja no campo das **necessidades** ou **desejos** - é potencialmente transformador, pois age no cerne das questões inconscientes que operam na vida do paciente. Este tipo de cuidado, específico da Psicanálise, permite ao sujeito maior apropriação e integração de experiências, de sua história pessoal e também mais autonomia sobre o próprio desejo.

Ao oferecermos à mãe um ambiente acolhedor, confiável e protegido na relação terapêutica - onde suas **necessidades** primitivas e inconscientes podem ser reconhecidas e atendidas - construímos com ela a possibilidade ir além deste modo de existir possível até então e abrimos para que as novas experiências vividas sejam integradas ao seu *self*. Esta abertura facilita o **encontro** da mãe com seu bebê, pelo resgate positivo de seus registros inconscientes dos cuidados recebidos quando era bebê e na relação terapêutica. Assim, uma **comunicação verdadeira** entre ela e seu filho poderá ocorrer mais facilmente e ele poderá experimentar o mundo de forma mais **criativa e integrada**.

Esta visão enfatiza ainda o aspecto **transicional** no manejo desta clínica, pois considera que a qualidade dos encontros entre sujeitos em constituição e seus cuidadores é marcada pela capacidade dos últimos de transitar entre a realidade interna e externa próprias (se emprestando como objeto subjetivo ao bebê, para que ele construa um “dentro” e um

“fora” de seu eu). Isso se dá pela adaptação às necessidades do bebê e se as ausências dos cuidados ocorrerem à medida que o bebê puder suportá-las. Este mesmo jogo se dá entre o analista e seu paciente.

Salienta-se ainda que estas considerações não devem ser tomadas diferentemente quando há mais de um paciente em cena, como é o caso da clínica com pais e bebês. Deve-se atentar para a complexa rede de transferências que se estabelece, sem perder de vista que há, no presente, um bebê se constituindo, e um passado se fazendo presente – naquilo que diz respeito à transferência dos pais. O mesmo vale para as situações em que há mais de um terapeuta no atendimento.

Um alerta deve ser feito a cerca da **contratransferência** do analista e do considerável risco de **atuação** na clínica com pais e bebês. Como vimos, nesta clínica, temos em cena um bebê sofrendo concretamente e nos convocando a ajudá-lo, mas temos também a mãe ou os pais, cujas transferências precisamos sustentar. O risco reside em nos deixamos tomar pela urgência que o bebê nos impele ou pela intensidade com a qual a transferência regressiva dos pais nos convoca. Nestes casos a capacidade de reconhecer e manejar a transferência. Como há em cena um bebê que, não raro corre risco de vida, é muito fácil ficarmos tomados por isso.

Dado que a transferência dos pais costuma ser muito intensa, freqüentemente somos convocados a suportar projeções de conteúdos muito primitivos ou de **processo primário**. Por vezes recebemos cargas massivas de ódio ou dependência. Este tipo de transferência igualmente exige enorme clareza, pois para de fato poder cuidar de um paciente, e poder oferecer-lhe algo realmente novo (diferente do que as outras clínicas da saúde podem fazer), um analista precisa processar a transferência e não atuá-la. Ele precisa “digerir” estes conteúdos e devolvê-la ao paciente de uma forma que possam ser compreendidos ou que façam sentido.

É importante considerar que esta função se torna especialmente difícil diante de conteúdos tão pouco elaborados. Elas podem ativar aspectos de desamparo do analista (extremamente inconscientes) e o cuidado excessivo pode ser uma forma de tentar conter estas angústias. É, por vezes, difícil esperar que uma mãe possa de fato descobrir como ela se liga ao seu bebê, sem antes tentar indicar a ela uma direção.

A delimitação do campo do cuidado na transferência a partir de Winnicott nos permite compreender que, freqüentemente, o manejo dos aspectos regredidos e das necessidades dos pacientes devem ser atendidos. O aspecto da **transicionalidade**, porém, não implica que este cuidado resuma sempre ao manejo ativo por parte do analista, mas também que a sua escuta e **presença não saturada** no encontro com o paciente.

Assim, o preparo e atenção para esta clínica precisam ser redobrados: é ponto indiscutível a necessidade de análise do analista e importância da supervisão para cuidar da contratransferência. Quando estes aspectos estão mal elaborados e não podem ser contidos, manejos pedagógicos e normatizantes começam a aparecer.

Os efeitos nocivos desta problemática para os pacientes são, a partir da presente reflexão, a infantilização excessiva da mãe, que obtura sua construção **verdadeira** da maternagem, além da tendência a não interrupção do trabalho, já que deixa de funcionar em prol da independência dos pacientes. Em suma, a presente pesquisa aponta para como nestas situações a clínica corre o risco de ser menos transformadora do que poderia.

Isto porque é função da clínica buscar a abertura para que algo novo possa ocorrer. Ela deve ser o espaço protegido onde poderá advir algo peculiar a cada paciente. Em última instância, propiciar uma afinação única e sensível entre cada mãe e bebê, deve ser o resultado perseguido por uma clínica com pais e bebês efetivamente ética.

O conhecimento do campo da transferência para os profissionais das demais áreas pode auxiliá-los a compreender como, na relação deles com seus pacientes, há mais questões

em jogo do que a relação atual em si, ou seja, que há determinações inconscientes atuando que remetem ao infantil e ao primitivo dos pacientes. Assim, para usar um exemplo simples, imaginemos que uma mãe, cujo bebê está internado numa UTI neonatal, se recusa a seguir as instruções para o aleitamento de seu bebê, dadas pela fonoaudióloga ou enfermeira. Se esta toma a resistência da mãe concretamente, o trabalho com ela pode ser fortemente comprometido, tendo efeitos inclusive sobre a vinculação dessa mãe com seu recém nascido. Por outro lado, se a profissional puder compreender que sua intervenção ativou aspectos transferenciais que trazem à tona angústias de rivalidade dessa mãe, a enfermeira poderá perceber que não é necessário tomar pessoalmente a projeção de afetos do paciente sobre ela e, ao contrário de retalhar a paciente, ser acolhedora com ela.

Este tipo de abertura facilita não só a intervenção do próprio profissional – como no exemplo acima - como também facilita a atuação da equipe interdisciplinar, pela sensibilização a respeito da questão. Por fim vale ressaltar, tal como foi discutido ao longo do trabalho, não cabe aos profissionais das demais áreas da saúde o manejo direto e específico sobre a transferência, uma vez que não possuem a formação de analistas.

*

* *

O fim deste trabalho não é, certamente, o fim das perguntas. Caberia ainda aprofundar o debate sobre os bebês transferirem ou não; pesquisar estas questões mais a fundo nos escritos de Winnicott, o que provavelmente levaria maior minúcia na compreensão da relação com o objeto (de subjetivo à objetivamente percebido). Neste sentido seria interessante também explorar a conceituação a respeito do **uso do objeto** para poder tratar dos aspectos relacionados à agressividade e articulá-la com a maternagem. Falta, por fim, explorar

mais a fundo os aspectos contratransferências mobilizados pela intensidade da transferência no trabalho com pais e bebês. Esta monografia, tal como se encontra, é apenas uma síntese provisória da elaboração sobre o tema neste momento do percurso do percurso realizado pela autora.

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

CINTRA, E. U. e FIGUEIREDO, Luís Claudio. *Melanie Klein*. São Paulo: Ed. Publifolha, 2008 (Coleção Folha Explica).

DIAS, Elsa de Oliveira. *A Teoria do Amadurecimento em D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FALIVENE, R B do Nascimento. *Maternando: Intervenção Terapêutica para Potencialização da Maternagem Suficientemente Boa*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica, PUC, São Paulo, 2004.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. *A metapsicologia do cuidado*. Palestra na Maternidade-Escola da UFRJ em 09 de março de 2007. (O texto atual se beneficiou da leitura de uma primeira versão por Marion Minerbo, Alfredo Naffah Neto, Talya Candi, Nelson Coelho Júnior, Liana Melo Bastos e Ignácio Gerber).

FREUD, S. [1914] *Recordar, repetir e elaborar*. In: **Edição Standart Brasileira Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1916] *O Desenvolvimento da Libido e as Organizações Sexuais* In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1916], *Transferência* In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1937] *Construções em análise*. In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GOLSE, B. *Sobre a Psicoterapia Pais-Bebê: Narratividade, Filiação e Transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

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

KUPPERMANN, D. *Presença Sensível – Cuidado e Criação na Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

LAZNIK, M. C. e MARCONATO, M. M. *Observação de Bebês e Psicanálise com Bebês* In: **Boletim do Departamento de psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae**. Ano III, n 8. Dezembro de 2005. São Paulo-SP.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. 4ª edição, São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MARTINS, A A. *Estudo comparativo do conceito de Transferência em Winnicott e Freud*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica, PUC. São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, T. M. *Atenção Materna Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária*. Orientador José Tolentino Rosa. Tese de Doutorado - Psicologia Clínica – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ROUDINESCO, E. e PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Trad. Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SAFRA, G. *A Po-ética da Clínica Contemporânea*. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.

TANIS, B. *Memória e Temporalidade: um estudo sobre o Infantil em Psicanálise*. Mestrado em Psicologia Clínica, PUC, São Paulo, 1993.

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

WINNICOTT, D. W. [1954] *Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. [1971] *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.