

Relações alimentares iniciais, uma investigação clínica

Pediatria e psicanálise nutrindo vínculos¹

Mariângela Mendes de Almeida,² Rudolf Wechsler,³
José Augusto Carrazedo Taddei,⁴ Fabíola Isabel Suano-Souza⁵ e
Dirceu Solé,⁶ São Paulo

Resumo: Na interface psicanálise/pediatria e clínica/investigação, este artigo apresenta considerações acerca das dificuldades alimentares infantis em sua transitoriedade ou tendência à cristalização como possíveis indicadores de resiliência ou vulnerabilidade nas relações iniciais pais-bebê. Além de oferecerem um panorama da qualidade do vínculo, tais dificuldades podem evocar intensas ansiedades dos cuidadores, criando um círculo vicioso de recusa, evitações mútuas, intensidade projetiva e desinvestimento na subjetivação que pode permear a dimensão mais ampla do desenvolvimento psíquico do bebê. Resultados de estudo clínico detalhado e material ilustrativo, são consideradas em seu processo de captação psicanalítica e propostas como categorias para identificação de vulnerabilidade emocional na relação pais-bebê e encaminhamento de famílias em necessidade de intervenção terapêutica, o mais cedo possível, por parte de profissionais de saúde em contexto pediátrico.

Palavras-chave: dificuldades alimentares, investigação em psicanálise e pediatria, intervenção na relação pais-bebê, vulnerabilidade, resiliência

- 1 Estudo produzido no âmbito do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).
- 2 Membro filiado ao Instituto de Psicanálise “Durval Marcondes” da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, SBPSP. Psicóloga Clínica. Mestra pela Tavistock Clinic e University of East London, Coordenadora do Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês no Setor de Saúde Mental, Depto. de Pediatria, UNIFESP. Membro da Clínica 0-3 da SBPSP.
- 3 Pediatra e psicodramatista, professor adjunto (disciplina de Pediatria) do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp, chefe do Setor de Saúde Mental da EPM-Unifesp.
- 4 Pediatra, epidemiologista, professor associado (disciplina de Nutrologia), livre-docente, do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp.
- 5 Pediatra, professora adjunta do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp e professora auxiliar do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina do ABC.
- 6 Pediatra, professor titular do Departamento de Pediatria da EPM-Unifesp.

Introdução: “Arrumando a mesa” A díade pediatria/psicanálise “face a face”

A interface da pediatria com a psicanálise tem-se mostrado campo fértil para reflexão, investigação, intervenção e prevenção em saúde mental. A preocupação com o acompanhamento de situações de vulnerabilidade e a discussão acerca da criação e implementação de dispositivos profissionais em saúde pública, que possam contribuir para a intervenção a tempo, visando a não cristalização de transtornos no desenvolvimento infantil, têm sido constantes nas discussões científicas e relativas a políticas de saúde.

No campo da pediatria e da psicologia do desenvolvimento, a alimentação tem sido tomada principalmente em seus aspectos funcionais e nutricionais. Contribuições psicanalíticas, adicionalmente, proporcionam “nutritiva” e “saborosa” troca ao considerarmos em que os processos alimentares têm servido como modelo de processamento das relações entre o indivíduo e suas figuras de cuidado significativas. Processos psíquicos postos em cena desde experiências nutricionais primitivas, principalmente em torno da amamentação e do desmame, (Klein, 1936/1988) e o modelo digestivo, com seus atributos de incorporação, processamento, assimilação, elaboração, transformação, produção de “obra”, e eliminação/evacuação, têm sido utilizados como metáfora para a possibilidade de internalização ou dificuldade de metabolização/descarga de vivências emocionais e conteúdos mentais (Bion, 1962).

Psicanálise e pediatria: fortalecendo vínculos

Problemas alimentares durante o desenvolvimento inicial apresentam-se constantemente como fonte de preocupação para pais e profissionais envolvidos com os primeiros cuidados. De forma transitória ou persistente e mesmo sem comprometimento orgânico primário, podem apresentar-se como pouco apetite, recusa a aceitar e dificuldades de engolir, resistência a mudanças de alimentação, seletividade, aversões, vômitos constantes, redução/ganho insuficiente de peso, cólicas recorrentes, evitações e aversões alimentares, dificuldades entre cuidadores e bebês na regulação de ritmos alimentares (quantidades, velocidades, intensidades, estilos), diferenças nas percepções de saciedade e oferta excessiva de alimentação, entre as principais manifestações.

Para pais, tais situações são mobilizadoras de intensa angústia, medos, fantasias, quase sempre permeadas de culpa, quanto ao desenvolvimento saudável e comprometimento do crescimento (Taddei, 2004) e, e em casos mais extremos, de intensa fragilidade e risco para o desenvolvimento e continuidade de vida do bebê.

É comum ocorrerem oscilações e dificuldades de adaptação no estabelecimento de ritmos próprios em todos os ciclos de regulação de cada bebê na relação com seus cuidadores. Neste sentido, a área da alimentação configura-se como a primeira janela clínica significativa no desenvolvimento das relações iniciais (Stern, 1997), já que, por meio dela, podemos entrever tanto potencialidades da relação bebê-cuidadores, quanto possíveis desencontros sutis nas trocas interativas.

O que contribui para que pequenos obstáculos sejam superáveis, transitórios, ou se tornem parte de uma estrutura potencial de risco, de caráter menos passageiro, no relacionamento pais-bebê? Poderíamos tomar essas estratégias mútuas para lidar com as primeiras dificuldades e necessidades de adaptação a mudanças como parâmetros demonstrativos de capacidades de resiliência?

Com base em definições do campo da física e da química acerca da capacidade elástica de materiais para sofrer pressão e retornar ao estado anterior, consideramos aqui como resiliência a capacidade dos indivíduos (e de cada família) de enfrentar adversidades, desafios, mantendo a saúde por meio de fatores de proteção para lidar com vulnerabilidades e elaborar o sofrimento psíquico, e criando um campo de continência (Mendes de Almeida, 1993).

Poderíamos desenvolver instrumentos sensíveis no âmbito da pediatria e atenção primária para localizar pais e bebês vulneráveis, para, já nas primeiras dificuldades, investir no acompanhamento profissional, fortalecendo competências individuais e relacionais, favorecendo a resiliência e evitando-se a cristalização de modalidades pouco favoráveis a desenvolvimentos?

Cardápio retrospectivo: dificuldades alimentares iniciais como janela clínica, metáfora e matriz

Em estudo clínico-investigativo desenvolvido pela autora principal como mestrado pela Clínica Tavistock, com base no registro detalhado do atendimento clínico de seis casos de dificuldades alimentares iniciais no North Middlesex Hospital, Londres, realizado em parceria pediatria-psicoterapia infantil (Mendes de Almeida, 1993), formulam-se as seguintes considerações:

Observam-se correspondências entre padrões de relacionamento pais-bebês e sintomas apresentados como problemas de alimentação infantil.

Destacam-se fatores facilitadores e complicadores na superação das dificuldades alimentares.

Desencontros inicialmente transitórios podem, na ausência de fatores de plasticidade e resiliência, evoluir para possível tendência à cristalização, no contexto das relações iniciais.

As relações alimentares iniciais, mais do que de maneira metafórica, refletem e “realizam” modalidades de continência, “digestão” e processamento

de conteúdos emocionais, vivenciados no contexto do relacionamento pais-criança. Observam-se as dificuldades infantis de aceitar o alimento como ocorrendo num contexto familiar de dificuldades temporárias, ou às vezes mais significativas, de “digerir” mentalmente experiências emocionais e dificuldades de continência expressas na relação pais-bebê.

As experiências alimentares constituiriam, portanto, ao mesmo tempo, matrizes e campo para expressão de modalidades relacionais vivenciadas pelo bebê e seus pais, sendo assim, base importante para o contínuo desenvolvimento de suas interações.

Vulnerabilidade e resiliência com base nas relações alimentares

Com base na análise das similaridades e das particularidades emergentes no estudo investigativo citado acima, aspectos complicadores ou facilitadores para a superação de dificuldades de alimentação puderam ser categorizados como vulnerabilidade e resiliência.

Tais indicadores foram sistematizados na tabela a seguir, divididos por razões didáticas em aspectos parentais, aspectos observados nos bebês e aspectos relacionais, indicados, respectivamente, pela diferença decrescente de sombreamento. Em duas colunas interligadas e interdependentes, os indicadores de resiliência, como recursos de proteção, amenizariam os indicadores de vulnerabilidade e risco, rompendo circuitos cristalizadores e facilitando a retomada de um ciclo promotor de desenvolvimento na relação pais-bebê.

A apresentação dessas categorias tem sido verificada e aprofundada na continuidade ao atendimento de bebês com dificuldades iniciais de alimentação no Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês, Setor de Saúde Mental, Departamento de Pediatria do Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina (EPM)-Unifesp.

Tabela de indicadores de vulnerabilidade e indicadores de resiliência

INDICADORES DE VULNERABILIDADE (V)	INDICADORES DE RESILIÊNCIA (R)
(V1) Gravidez, parto e pós-parto conflituosos, representados como sobrecarga emocional	(R1) Dificuldades não se avolumam como sobrecarga emocional
(V2) Desistência da amamentação ao seio, mudanças no tipo de alimentação ou desmame abruptos	(R2) Acompanhamento do ritmo do bebê, transições graduais
(V3) Estados maternos de tristeza e humor deprimido	(R3) Capacidade do bebê de “reavivar” a relação com a mãe
(V4) Intenso investimento emocional atribuído à questão alimentar	(R4) Investimento emocional comum atribuído à questão alimentar
(V5) Perdas/lutos não elaborados	(R5) Capacidade parental de tolerar a própria dor e se identificar com o bebê
(V6) Desvalorização da figura materna	(R6) Apoio e respaldo à figura materna (por exemplo, por pai e avós)
(V7) Tensão e/ou falta de suporte nos relacionamentos familiares	(R7) Recursos de continência na família – campo de continência
(V8) Tendência do bebê à autossuficiência	(R8) Bebê aceita dependência
(V9) Evitação e defesa contra entradas externas	(R9) Bebê aceita entradas externas. Cuidadores não invasivos
(V10) Inibição das atitudes exploratórias (orais e gerais)	(R10) Desenvolvimento das atitudes exploratórias, contando com o estímulo dos pais
(V11) Alimento como resposta imediata a qualquer desconforto	(R11) Pais disponíveis para explorar os sinais do bebê
(V12) Modalidades de relacionamento anticontinente (evacuação de ansiedade e ação). Reversão da relação de continência: bebê como receptáculo	(R12) Modalidades de relacionamento continente (receptividade e metabolização de conteúdos emocionais)
(V13) Falta de outros relacionamentos continentes para o bebê	(R13) Suporte de relacionamentos continentes alternativos
(V14) Dificuldade em se ver o bebê real devido à atribuição ao bebê de sentimentos e estados mentais dos pais: projeções intensas de iminência de morte, culpa e hostilidade, difíceis de serem metabolizadas	(R14) Permeabilidade das projeções ao impacto da realidade, da experiência com o bebê de fato (R14’) Capacidade do bebê de sustentação de sua identidade
(V15) Estímulo parental à autossuficiência do bebê	(R15) Aceitação da dependência infantil

Tabela inicial (Mendes Almeida, 1993), complementada em publicações posteriores (Mendes de Almeida, 2010, 2013 e 2016)

Ingredientes projetivos

A atribuição a outros de sentimentos, estados de mente, pensamentos e representações presentes em nosso próprio mundo interno é processo bem conhecido da psicanálise. Ampliando a visão de projeção para além de um mecanismo exclusivamente patológico, Bion (1962) enfatizou a função da continência materna e a transformação das identificações projetivas normais como essenciais para o desenvolvimento da capacidade de pensar do bebê. Brazelton e Cramer (1991) referem-se à função adaptativa da projeção como algo que facilita empatia e reestabelecimento natural de antigos laços parentais por meio do relacionamento com seus filhos. Quando, entretanto, a projeção de conteúdos pessoais é massiva, desconsiderando a individualidade do bebê, a distorção da realidade pode interferir no relacionamento.

Com base nos casos acompanhados, corroborando achados de Brazelton e Cramer (1991), verifica-se que dificuldades alimentares podem ser altamente potencializadas por projeções de hostilidade e medos relacionados à morte. Como tentativa de evitar a repetição de experiências de perda não metabolizadas, ou como resposta ansiosa a ameaças catastróficas, tais medos podem ser reais (por exemplo, em um dos casos, fome e morte de parentes na Somália). O bebê pode ser visto como parte do *self* dos pais em relação primitivamente modulada com o objeto perdido. Mecanismos de controle, expressos em modalidades de alimentação, como forçar a ingestão, alimentar o bebê dormindo ou distraído, e de negação (do ritmo, dos sinais, das demandas e da individualidade do bebê), podem ser dotados de magnífico poder para “assegurar” que a ameaça de “suposta morte” não se materialize.

Quando o bebê se torna recipiente de projeções de hostilidade, pode ser sentido, reativamente, como dirigindo agressão e hostilidade ao cuidador. Desconfortos do bebê podem ser então interpretados como ataque à capacidade dos pais de nutrir a criança, como punição ou rejeição pessoal dos pais pelo bebê. Sentimentos de agressão recíproca, fantasias de dano mútuo, culpa e interpretação das dificuldades da criança como retaliação parecem aprisionar alguns desses pais e bebês numa espiral de trocas altamente sobrecarregadas. Desengajamento e distanciamento relacional podem então produzir alívio e senso de proteção contra trocas representadas como potencialmente nocivas.

Podemos relacionar as dificuldades alimentares e suas manifestações (recusar alimentação, balançar a cabeça, cuspir, regurgitar, vomitar, preferência por líquidos e alimentos pastosos, dificuldade de engolir) com modalidades pelas quais os bebês recebem ou recusam nutrientes parentais, tanto física quanto emocionalmente. Se as projeções são intrusivas, o bebê a ser alimentado será o bebê da mente dos pais, mais do que o bebê que expressa seus próprios sinais e necessidades. O alimento a ser oferecido será misturado com expectativas e ansiedades, expressos na maneira como o/a cuidador/a olha, toca, fala com o bebê enquanto

oferece a alimentação e na maneira com que interpreta as dicas quanto ao ritmo, quantidade e duração da oferta alimentar. A recusa do bebê pode então também ser dirigida a essas projeções oferecidas “à força” (em analogia com a alimentação forçada) e a essa experiência de anticontinência, que inclui a comida de fato e os componentes psíquicos indigestos que fazem parte do “alimento”.

Fraiberg et al. (1980) referem-se às projeções e reedições dos conflitos primitivos dos pais em seu contato com os filhos como “fantasmas” interferindo em suas relações e cuidados iniciais (*ghosts in the nursery*). Brazelton e Cramer (1991) sugerem que a representação subjetiva dos pais a respeito dos filhos pode, como uma tela interposta entre eles em questões específicas como comer, dormir e estabelecer limites, interferir na percepção e sintonia com a criança presente.

Williams (1997) descreve uma dinâmica relacional que denomina *no entry syndrome*, e nela ocorrem defesas evitativas e protetoras, manifestas frequentemente como recusa alimentar contra projeções massivas e “entradas” de conteúdos não elaborados, sentidas como invasivas, revertendo a relação de continência natural para uma condição em que o “alimentado” aparece como receptáculo de elementos projetados, dos quais precisa ativamente se proteger.

Esses autores possibilitam integrar contribuições psicanalíticas com a psicologia do desenvolvimento, no contexto dos cuidados terapêuticos pais-bebês e foram aqui selecionados para ilustrar o diálogo possível entre publicações de base nesses campos, de maneira a enriquecer o olhar pediátrico, tal como demonstrado na experiência clínica abaixo relatada.

A microscopia clínica psicanalítica como prato principal: Rita e Cida

Com a descrição de um caso, passamos a relacionar as categorias (indicadas numericamente conforme a tabela apresentada) com o objetivo de integrar o olhar psicanalítico à manifestação sintomática e interativa que se apresenta ao profissional de saúde e cuidado pediátrico. Localizar nossos modos de compreensão no que observamos como fenômeno clínico, para compartilhá-los com outros profissionais, tem sido um constante desafio e aprendizado na construção desta interface.

Encaminhada por uma pediatra aos 5 meses, Rita e sua mãe Cida são acompanhadas em 8 sessões durante um período de 9 meses em Intervenção na Relação Pais-Bebê, trabalho desenvolvido com base em consultas terapêuticas (Winnicott, 1971/1984; Lebovici & Stoleru, 1983), e coconstrução de redes de sentido (Mendes de Almeida, Marconato & Silva, 2004). A intervenção consiste em oferecer escuta e acolhimento às ansiedades parentais e manifestações da criança, e em conter internamente, elaborar e compartilhar percepções emergentes durante o contato, na tentativa de facilitar a comunicação pais-bebê, fortalecer a função parental e o funcionamento da família como “campo de

continência” (rede de relações receptivas ao sofrimento psíquico, facilitando elaboração e tolerância a conteúdos emocionais).

Rita apresenta dificuldade em ganhar peso e recusa alimentar. É uma criança pequena, de saúde delicada e propensão a resfriados. Em nosso primeiro encontro, carregando-a aninhada no colo, sua mãe Cida, com expressivas caretas faciais, a descreve como uma bebê frágil, tensa, instável, “magrinha dentro de suas roupas”, assustada com tudo (“ruídos na rua, vozes grossas de homem, barulhos altos domésticos de rotina”), medrosa, “nervosinha” (V9). A bebê move os olhos com interesse e vivacidade apesar de não se mostrar muito ativa fisicamente. Quando a mãe a deixa sentada no chão apoiada próxima de suas pernas, ela permanece bem quieta, encolhida, dando a impressão de que ficaria em qualquer lugar em que fosse colocada (V10).

Cida é mãe solteira e vive momentos de intensa ansiedade desde a gravidez, fruto de breve relacionamento com um namorado, que a deixa logo que informado da gravidez. Cida sabe que não teria suporte do pai da criança (V7). Pensa inicialmente em aborto e não se alimenta bem, imaginando que não comer seria uma maneira mais aceitável de induzir naturalmente o término da gravidez (V4). “Se a natureza levasse, não seria tão mal, mas me sentiria muito culpada por um aborto intencional.” Em meio à intensa ansiedade e sugestões conflitivas, Cida decide manter o bebê (V1).

Durante a gravidez, costuma ter a impressão de que seu bebê vai precisar de assistência hospitalar, já que ela própria encontra-se tão tensa e aflita, chorando o tempo todo (V3). Teme que isto afete o bebê (V1).

Sente-se muito deprimida após o nascimento de Rita (V3). Interpreta as primeiras tímidas tentativas e dificuldades de aproximação de Rita ao seio como punição e acusação a seus sentimentos de rejeição pela bebê e por não ter se alimentado bem durante a gestação (V14), (V4). Inicialmente, não se sente vinculada à bebê e comenta que nota que “há algo errado com Rita desde o segundo dia depois do nascimento, porque a bebê costumava ficar exausta quando estava ao seio”. Rita é amamentada por 3 semanas, mas começa a vomitar (V9). A amamentação ao seio é interrompida e introduz-se a mamadeira, mas Rita tem dificuldade de aceitar o leite de vaca (V2), (V9). Com acompanhamento e medicação pediátrica, Rita passa a aceitar a mamadeira (R13). Cida se sente melhor, porque pode “ver” que Rita se alimenta e quanto está tomando, se reassegurando sobre a possível qualidade do que lhe oferece em meio a tantos sentimentos de culpa, e insuficiência (V6).

Rita, entretanto, apresenta resistência a experimentar e aceitar novos alimentos (V9), (V10). Aos 6 meses, Rita é ansiosamente descrita por Cida como não tendo “nenhum interesse por alimentos..., só toma líquidos, qualquer outra comida é cuspidada para fora, não põe na boca, não engole, nem experimenta... (V10), rejeita qualquer coisa... tosse, se eu insistir, vomita... parece que faz

alguma coisa para pôr para fora ativamente, provoca o vômito (V9). Parece que está me dizendo que tudo é horrível, que não está interessada em nada” (V14).

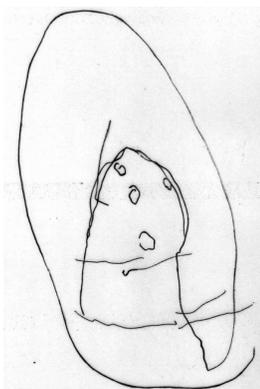
Chamam a atenção as recorrentes caretas e expressões faciais de Cida ao falar da recusa alimentar da bebê, dos não-quereres, vômitos e expulsões, sugerindo ora intenso desagrado (como também tendo ela própria que aceitar e digerir muitas coisas difíceis, de gosto ruim) (V9), ora desolação e desamparo (ao ter que fazer isso sozinha). Percebe-se uma intensa identificação de Cida com os desconfortos da bebê (V12) (V14).

As interpretações de Cida a respeito das características e dificuldades de Rita parecem estar carregadas com elementos de culpa e temor de retaliação por sentimentos de rejeição e agressão, projetados então sobre a filha (V14). Tais interpretações interferem na capacidade de Cida de explorar as demonstrações de Rita como comunicações não saturadas e responder a elas de maneira continente, receptiva, que poderia ajudá-las a encontrar formas de lidar com as novas experiências e desafios (V12), (V14). As resistências alimentares demonstradas pela criança parecem ressoar como dificuldade mútua em processar realidades difíceis de digerir, e também como preocupação em discriminar os conteúdos emocionais nutrientes para o desenvolvimento, dos conteúdos tóxicos presentes nas interações permeadas por intensas projeções parentais (V12), (V14). Rita parece precisar regular, selecionar, digerir, metabolizar, engolir, mais tarde mastigar, e até, como proteção, “recusar” não somente o alimento concreto, mas também os elementos psíquicos e emocionais para os quais ela pode estar servindo como receptáculo (V12), “filtrando” a qualidade intrusiva e dolorosa de que se revestiram essas primeiras trocas e interações (V9), (V12), (V14). O alimento e o alimentar-se parecem ser tópicos que concentram grande intensidade emocional tanto para Cida como para Rita, assinalando estados internos e sendo percebidos como controlando vida e morte, sobrevivência ou definhamento, tanto físico quanto psíquico (V4). Cida observa e comenta com perplexidade como as oscilações de saúde de Rita, resfriados e episódios de respiração ofegante são sempre precedidos por ocorrência de vômitos. “Este é o primeiro sinal que Rita me dá quando algo não vai bem. Esta é sua maneira de me contar que algo está errado.” “Rita tosse quando não quer mais comer... Tossir é seu sinal de que, se eu insistir, ela vai vomitar...” (V9).

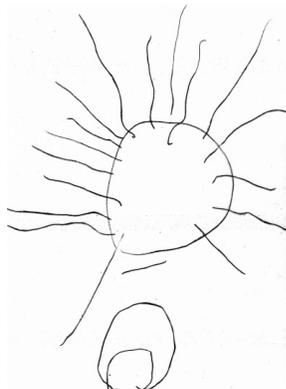
Por que as necessidades e desconfortos de Rita precisariam ser expressos através de sinais tão extremos e movimentos de expulsão e ejeção tão intensos? Estaria Cida disponível para comunicações menos extremas de Rita? Haveria espaço, em meio a tantos pressupostos de dano e ataque, para uma exploração mais atenta e menos apressada das tímidas tentativas de Rita?

Representações gráficas sugestivas desse fechamento em cápsula protetora por parte da bebê e das emanções maternas são oferecidas pela meia-irmã de 8 anos (de relacionamento anterior da mãe), presente em uma de

nossas sessões (tentativas de contato? elementos projetivos? autoproteções também evitativas?).



Bebê



Mamãe

Ao longo de nosso trabalho, convido o olhar da mãe, agora apoiado por nossa parceria (R13), a se dirigir também para o que Rita quer, não só para o que ela recusa; para o que ela escolhe, não só para o que ela despreza (R14).

Diferentemente do momento inicial, de intrigante passividade, Rita passa gradativamente a se mostrar uma bebê um pouco mais ativa (R10), (R14'), com a qual a mãe pode arriscar algumas ofertas de trocas sentidas como satisfatórias. Cida, entretanto, se sente ainda diante de uma bebê crítica e exigente e parece mais confiante na garantia que atribui a seus dispositivos de apoio (remédio que faz com que ela aceite o leite, a mamadeira, a chupeta) (V6), do que em seu arsenal de recursos maternos relacionais naturais e na força do vínculo com sua bebê.

Cida expressa grande contentamento quando Rita, aos 7 meses, começa a chupar pêssego e pirulito, dizendo que ela ainda prefere coisas que durem bastante, coisas que ela possa sugar, não parecendo à vontade para engolir pedaços de alimento. Conversamos, nesse momento, sobre a maneira de Rita se aproximar dos alimentos e das coisas de forma cautelosa e gradativa, sentindo cuidadosamente quanto disso fica dentro dela, mas também quanto ainda permanece fora (quem sabe sem ser ameaçado de perda ou ataque?). Estariam aparecendo aí ansiedades relacionadas ao desmame abrupto (V2) e às atribuições de impulsos agressivos e destrutivos no intercâmbio alimentar da díade (V14)?

O pavor, aparentemente compartilhado, de algo destrutivo ou muito sensível presente nessas trocas relacionais primitivas adquire nova e dolorosa luz quando Cida menciona que perdera sua própria mãe aos 9 meses de idade (“quando eu tinha a idade de Rita”) (V14). Cida não sabe a causa da morte de sua mãe e relata ter sido então posta num orfanato, sem nenhum contato subsequente com seu pai. Agora, ela quer saber mais sobre seu passado e sobre seus

pais, mas se sente “preocupada em desenterrá-lo”. Tal como “pedaços duros/sólidos” de alimento que Rita evita aceitar, mastigar e engolir, esse parece ser para Cida, um “pedaço” de realidade duro de engolir e metabolizar (V5). Rita parece ter tido pouca oportunidade de mobilizar a vivacidade de Cida, o que poderia, em ciclo crescente, ajudá-la a desenvolver um interesse básico no que a mãe e o ambiente poderiam oferecer. Mãe e filha parecem enredadas num estado de desolação, permeado por projeções indigestas, ambas impossibilitadas de atrair um engajamento recíproco, com risco de que se estabeleça um círculo vicioso de desesperança (V3), (V14).

Uma das funções de nosso trabalho constitui-se no acolhimento não acusatório e no compartilhar, em uma relação adultos-criança (pais-terapeuta-criança), as lembranças infantis de Cida e as preocupações desde os primeiros tempos de Rita, cujas possíveis dificuldades e incômodos não parecem ser discriminados das próprias angústias da mãe (V14).

Cida comenta que Rita às vezes quer dar comida a ela, mãe, em vez de comer. Rita nos oferece aí uma pungente percepção da carência materna (V3), mas também uma possível dificuldade de preservar e discriminar suas próprias necessidades e dependência (V8). Tento facilitar a discriminação entre o mundo interno da criança e da mãe. Comentando sobre as sessões, Cida diz: “Me ajuda pensar que eu não sou completamente responsável pelos problemas de Rita, que ela é, ela própria, uma pessoinha... Às vezes eu consigo ver que ela está fazendo as coisas no ritmo dela...” (R14).

Em nosso sexto encontro, Cida coloca Rita (com 10 meses) sentada no chão, no meio da sala, de frente para a caixa de brinquedos. Rita permanece do jeito em que foi posta, de costas para a mãe, relacionando-se timidamente com os brinquedos, parecendo amedrontada em tocá-los ou explorá-los mais ativamente (V10). Durante grande parte do tempo, segura firmemente um bloco de madeira, movendo-o repetidamente para cima e para baixo, enquanto permanece próxima da caixa. Rita mantém contato visual comigo, parece às vezes tranquila, mas, além de movimentar a mão, se desloca bem pouco, raramente explorando o ambiente ou outros brinquedos disponíveis (V10).

Ao mesmo tempo, Cida também fala de sua hesitação em acolher o que recebe, sentindo-se ora ajudada, ora invadida pela contribuição alheia. Comenta que amigos e pessoas à sua volta continuam a lhe sugerir o que fazer e o que preparar para Rita. Nada funciona, entretanto, e ela sente os comentários como sobrecarga. Digo que o momento parece similar a como ela se sentiu durante a gravidez, confusa entre diferentes opiniões e dúvidas sobre o que fazer. Talvez nestas situações, mesmo ali entre nós, ela se sinta ajudada e, ao mesmo tempo, como se estivesse sendo “forçada a comer”. Cida parece tocada emocionalmente por esses comentários e começa a chorar baixinho, expondo uma fragilidade e vulnerabilidade que evitava demonstrar abertamente (R15).

Conforme continuamos a conversar nessa sessão, Cida parece se sentir mais livre para se relacionar com Rita de maneira diferente, talvez por ter se sentido acolhida e em contato com sua própria dor, sem precisar projetá-la tanto em Rita. Até este momento, a passividade de Rita, sua pouca solicitação em direção à mãe, e seu entretenimento com o mesmo bloco de madeira surpreendem (V10), sugerindo, até mesmo, risco alarmante quanto a seu desenvolvimento psíquico. Comento que Rita parece brincar do mesmo jeito que a mãe descreve sua alimentação: come pouco, seleção restrita, não mostra “fome”. Conversamos sobre o envolvimento da mãe nesses momentos. Cida comenta que Rita gosta de brincar quietinha em seu próprio canto (8V), (15V). Mesmo quando Rita parece satisfeita e autossuficiente, comento que já a vimos aqui apreciando algumas tentativas de Cida de se aproximar dela. Cida se aproxima de Rita, redirecionando seu rosto para a bebê e mudando sua própria posição na poltrona, como se estivesse experimentando e se permitindo uma nova perspectiva em seu olhar para a filha (R11). Rita então se engaja num contato olho a olho contínuo com a mãe, enquanto brinca de entregar para a mãe e pegar de volta o bloco de madeira ao qual ela havia antes se “agarrado” de maneira tão forte e contínua. Pela primeira vez na sessão, Rita solicita contato ativamente (8R), e, daquele momento em diante, não para de olhar para a mãe, movendo-se em direção a ela, oferecendo-lhe outros brinquedos, movimentando braços e face de maneira viva e expressiva. Vemos que, dada a oportunidade, Rita mobiliza recursos para responder ativamente e demonstra interesse por contato, pelos brinquedos, e possivelmente (por que não?) por alimentos. Converso então com Cida sobre a significativa diferença observada em Rita desde que ela começou a se dirigir para a criança e brincar com ela (R9), (R10), (R11), (R12).

Vemos aqui um indício da capacidade da díade para o exercício da continência e reavivamento da relação (R3), (R14), (R15), reativando-se um circuito benigno em suas interações (R9), (R12), (R14).

Ao ser sustentada por experiências reiteradas e consistentes de continência com sua mãe, Rita pode então gradativamente, com vivacidade psíquica, começar a empreender, tanto na alimentação quanto na movimentação oral, gestual, corporal, e no “banquete” do brincar, novas explorações.

Atualizações: semeando desdobramentos

Tem sido grande o empenho dos clínicos e pesquisadores em psicanálise em buscar maneiras de acessar e descrever estados e movimentos psíquicos evidenciando o alcance de dispositivos terapêuticos e modos de compreensão psicanalítica de forma compartilhável pela comunidade científica mais ampla, para além de nossas fronteiras. O estudo dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (protocolo IRDI) na Pesquisa Multicêntrica realizada no

Brasil e atualmente disponível para aplicação em escala pública nos serviços de atendimento pediátrico (Lerner & Kupfer, 2008), o empenho do Projeto Pre-Aut, iniciativa francesa para identificar risco de autismo em bebês (Crespin, 2007), a investigação para avaliar *rêverie* materna e desenvolvimento da capacidade simbólica (Mélega & Sonzogno, 2008), a discussão acerca de critérios de evolução em tratamento psicanalítico de crianças autistas (projeto PRISMA), definindo desenvolvimento emocional e avaliando resultados em pesquisa por psicanalistas da SBPSP (Lisondo et al., 2017), em seus inícios subsidiada pela IPA, são alguns exemplos desse intento. Busca-se, assim, ampliar a visibilidade e aplicabilidade dos instrumentos psicanalíticos sem se perder sua forma específica de compreensão dos fenômenos psíquicos, considerando-se peculiaridades desse olhar, como a atenção a aspectos subjetivos e intersubjetivos em contexto relacional.

Em projeto de continuidade do estudo inicial, discutido no Research Training Programme da IPA (University College London, em 2006) e realizado no Departamento de Pediatria da Unifesp, temos aprofundado o estudo dos indicadores de vulnerabilidade e resiliência na superação de dificuldades iniciais, propondo a inclusão de mais casos clínicos aos quais temos aplicado também um questionário com base nas categorias aqui descritas sob o ângulo da janela clínica das dificuldades alimentares.

Espera-se que tais desdobramentos facilitem o reconhecimento da necessidade de intervenção oportuna no contexto das relações iniciais pais-bebê, identificando-se casos em que haja riscos desestabilizadores para o desenvolvimento infantil e fortalecendo-se a rede pediátrica de cuidados multiprofissionais de suporte aos vínculos iniciais. Pretende-se que a continência oferecida pelos profissionais na detecção e acompanhamento de dificuldades alimentares com potencial de cristalização possa multiplicar-se e reverberar na capacidade dos pais para digestão e metabolização de sua experiência emocional, gerando capacidades de oferecimento de alimentos “menos contaminados” ao bebê e favorecendo a constituição de bebês-indivíduos com capacidade de conter e aproveitar os alimentos e nutrientes psíquicos oferecidos.

Conclusão: Compartilhando a conta Parcerias e investimentos

A atenção a aspectos de vulnerabilidade e a intervenção feita cada vez mais cedo focando dificuldades infantis, cuja primeira apresentação muitas vezes se faz pelas questões alimentares trazidas ao pediatra, tem-se mostrado de significativo benefício para a possibilidade de desenvolvimento dos recursos de proteção e alternativas para a saúde do vínculo pais-bebê. Nessa frutífera parceria entre os campos da pediatria e psicanálise, acreditamos poder estreitar vínculos e trocas produtivas entre clínica psicanalítica e investigação no campo

científico mais amplo, integrando estudos de caso e aprofundamento qualitativo com a formulação de instrumentos úteis no campo pediátrico e comunitário. Nesta parceria crescem, portanto, com mais saúde nossos campos de trabalho, clínica e pesquisa, fertilizados e nutridos pelo diálogo e trocas recíprocas proporcionadas por esta interface.

Relaciones alimentares tempranas, una investigación clínica: pediatría y psicoanálisis nutriendo vínculos

Resumen: En la interfaz psicoanálisis/pediatría y clínica/investigación, este trabajo presenta consideraciones acerca de las dificultades de alimentación infantiles en su fugacidad o cristalización de tendencias como posibles indicadores de resiliencia o vulnerabilidad inicial en las relaciones padres-bebé. Además de proporcionar una visión general de la calidad del enlace, estas dificultades pueden evocar intensas angustias en los cuidadores, creando un círculo vicioso de evitación mutua, negación, intensidad proyectiva y desinversión en la subjetivación que puede impregnar la dimensión más amplia del desarrollo psíquico del bebé. Resultados de un estudio clínico detallado, con material ilustrativo, son considerados en su proceso psicoanalítico inicial y propuestos como categorías para identificación de vulnerabilidad emocional en la relación padres-bebé y encaminamiento de familias a intervención terapéutica, tan pronto como sea posible, por parte de profesionales de la salud en contexto pediátrico.

Palabras clave: dificultades de alimentación, investigación en psicoanálisis y pediatría, intervención temprana en la relación padres-bebé, vulnerabilidad, resiliencia

Early feeding relationships, a clinical investigation: psychoanalysis and pediatrics nourishing links

Abstract: Within the interface psychoanalysis/pediatrics and clinical work/research, this paper presents considerations about early feeding difficulties in its transience or crystallization trends as possible signs of resilience or vulnerability within parent-infant relationship. In addition to providing an overview of the relationship quality, these difficulties can evoke intense anxieties of caretakers, creating a vicious circle of mutual avoidance, refusal, projective intensity and disinvestment in the subjectivities which can permeate the wider dimension of the baby's psychic development. Results of a detailed clinical study with illustrative material are considered in its initial investigation phase and proposed as categories for identification of emotional vulnerability within parent-infant relationship and early referral of families in need of therapeutic intervention by health professionals in pediatric context.

Keywords: feeding difficulties, research in psychoanalysis and pediatrics, early intervention, parent-infant relationship, vulnerability, resilience

Les relations alimentaires initiales, une recherche clinique: l'établissement de liens entre pédiatrie et psychanalyse

Résumé: Dans l'articulation entre psychanalyse/pédiatrie et recherche/clinique, cet article présente des considérations sur les difficultés alimentaires infantiles transitoires ou avec des tendances de cristallisation. Ces difficultés indiquent des potentiels de résilience ou de vulnérabilité dans les premières relations parents-bébé. Ce cadre offre un panorama de la qualité du lien de la relation, bien qu'il peut évoquer des angoisses intenses par les soignants, ce qui peut créer un cercle vicieux de d'évitement mutuelle dans la relation. La cristallisation des aspects transitoires peut jouer un rôle important dans une dimension plus large du développement psychique du bébé. Les résultats détaillés et les illustrations cliniques de l'étude sont proposés comme des catégories pour l'identification de la vulnérabilité émotionnelle de la relation parents-bébé. En plus, ces catégories peuvent être utilisés par les professionnels de la santé pour adresser les familles à une intervention thérapeutique le plus tôt possible.

Mots-clés: difficultés alimentaires, recherche en psychanalyse et pédiatrie, intervention parents-bébé, vulnérabilité, résilience

Referências

- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1991). *The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment*. London: Karnac.
- Crespin, G. C. (2007). *Clínica e prática da prevenção do autismo*. São Paulo: Instituto da Família.
- Fraiberg, S. et al. (1980). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In S. Fraiberg (Ed.), *Clinical studies in infant mental health: the first year of life*. London: Tavistock.
- Klein, M. (1988). *Love, guilt and reparation and other works*. London: Virago Press. (Trabalho original publicado em 1936)
- Lebovici, S. & Stoleru, S. (1983). *La mère, le nourrisson et le psychanalyste, les interactions précoces*. Paris: Le Centurion.
- Lerner, R. & Kupfer, M. C. M. (Orgs.) (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta.
- Lisondo, A. B. D. et al. (2017). Sinais de mudança em autismo: Prisma, um instrumento de pesquisa. *Rev. Bras. Psicanál.*, 51(4): 225-244.
- Mélega, M. P. & Sonzogni, M. C. (2008). *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes de Almeida, M. (2004). Feeding difficulties in infancy: Faruk and Shereen. In G. Williams et al. (Eds.), *Exploring feeding difficulties in children – the generosity of acceptance* (pp. 21-43). London: Karnac.
- Mendes de Almeida, M. (2010). Diferenciando a qualidade de projeções parentais na interface com dificuldades alimentares infantis: intervenção clínica e investigação psicanalítica com bebês. In C. Bruno (Org.), *Distúrbios alimentares – uma contribuição da psicanálise* (pp. 169-189). Rio de Janeiro: Imago.
- Mendes de Almeida, M. (2013). Aspectos emocionais das dificuldades alimentares no contexto da relação pais-bebê. In M. B. Morais, S. O. Campos e cols. (Orgs.), *Pediatria: diagnóstico e tratamento* (pp. 121-125). São Paulo: Manole.
- Mendes de Almeida, M. (2016). Meu filho não come. In V. F. R. B. Barros, *A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica* (pp.174-183). São Paulo: Atheneu.

- Mendes de Almeida, M. (1993). Clinical study of early feeding difficulties: risk and resilience in early mismatches within parent-infant relationship. Dissertação de Mestrado, Tavistock Clinic/University of East London, Londres. [nome registrado nessa obra: Mendes de Almeida Pinheiro, M.]
- Mendes de Almeida, M., Marconato, M. & Silva, M. C. P. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Rev. Bras. Psicanál.*, 38(3): 637-648.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Taddei, J. A. C. (Org.) (2004). *Sofrimento psicológico e baixa estatura na infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Williams, G. (1997). *Internal landscapes and foreign bodies – eating disorders and other pathologies*. London: Duckworth.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)

Mariângela Mendes de Almeida
mamendesa@hotmail.com

Rudolf Wechsler
r.wechsler@unifesp.br

José Augusto Carrazedo Taddei
ieddat.taddei@gmail.com

Fabiola Isabel Suano-Souza
fsuano@gmail.com

Dirceu Solé
sole.dirceu@gmail.com

Recebido em: 30/4/2018
Aceito em: 3/6/2018